**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**Escola Superior de Enfermagem São João de Deus**

**Departamento de Enfermagem**

**Titulo: A mulher/ casal em Ameaça de parto pré-termo:**

**Programa de Apoio Hospitalar**

**Mestrando**: Cristina Isabel Picado Galucho

**Orientação:** Professora Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim

**Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica**

Relatório de Estágio

Évora, 2013

|  |
| --- |
|  |



**Agradecimentos:**

Agradeço a todos aqueles que colaboraram na realização deste relatório. Às senhoras entrevistadas e questionadas que deram o seu testemunho, à orientadora Prof Dra Margarida Sim-Sim e aos membros do júri que se debruçaram e avaliaram este trabalho.

Obrigado!

**RESUMO**

**Título: A mulher/ casal em Ameaça de parto pré-termo: Programa de Apoio Hospitalar**

A assistência à mulher gravida internada é de extrema importância, de modo a evitar e/ou minimizar os potenciais problemas para mãe e para o feto.

No caso das mulheres internadas por ameaça de parto pré-termo, essa monitorização contínua é ainda mais relevante, de modo a tentar retardar o nascimento de um recém- nascido [RN] prematuro, devido às consequências nefastas que poderão advir da prematuridade. O normal decurso da gravidez é interrompido, a unidade materno-fetal sofre alterações e a expetativa de transição para a maternidade é modificada. Não raras as vezes, instalam-se quadros difíceis relativamente aos quais o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia deve estar atento de maneira a dar resposta adequada às vivências e expetativas da mulher/casal.

Surgiu assim este programa de apoio hospitalar à grávida/casal em APPT, que tem como objetivos esclarecer/informar a grávida internada de todas as intervenções a que é sujeita, familiarizar a grávida/casal com as características do RN prematuro, de forma a atenuar o choque entre bebé real- bebé imaginário, bem como as alterações ao processo de vinculação.

A metodologia deste Projeto de Intervenção iniciou-se pela constatação na clinica, da lacuna de apoio a estas mulheres, nomeadamente no que diz respeito à antecipação face à situação de conviver com a prematuridade. Seguiu-se o diagnóstico da situação e execução de atividades.

No percurso desta metodologia utilizaram-se instrumentos (aplicação de entrevistas e questionários), realizou-se pesquisa bibliográfica, desenvolvendo-se competências na área da especialidade.

Conclui-se o atual relatório com a convicção de que o programa de apoio à grávida em APPT, constitui uma mais valia para o serviço, permitindo mais informação aos futuros pais, maior acompanhamento em cada caso, porventura facilitando o processo de internamento numa fase critica da parentalidade.

**Palavras-chave:** Gravida, Ameaça de parto pré-termo, Prematuridade

**ABSTRACT**

**Title: The woman couple in Threatened preterm labor: Hospital Support Program**

Assistance to pregnant woman hospitalized is extremely important in order to avoid and/or minimize potential problems for both mother and fetus.  
For women admitted for threatened preterm labor, this continuous monitoring is even more important, so try to delay the birth of a preterm infant due to adverse consequences that may result from prematurity. The normal course of pregnancy is interrupted, the maternal-fetal unit undergoes changes and the expectation of transition to motherhood is modified. Not rare times, settle difficult frames for which the Nurse Specialist in Obstetrics and Maternal should be aware of how to appropriately respond to the experiences and expectations of women/couples.

Thus emerged this hospital support program for pregnant/couple in threat of pre-term birth, which aims to clarify/inform all pregnant women hospitalized that is subject to interventions, to familiarize pregnant / couple with the characteristics of preterm infants in order to mitigate the clash between real baby-baby, as well as changes to the binding process.

The methodology of this Intervention Project was initiated by the observation in the clinic, the lack of support for these women, particularly with regard to the anticipation at the situation of living with prematurity. Then came the diagnosis of the situation and implementation of activities.

In the course of this methodology we used instruments (application interviews and questionnaires) was held bibliographic research, developing competencies in the area of ​​specialty.  
 We conclude the report with the current belief that the support program for pregnant women in Threat of Preterm-birth , is an added value to the service, allowing more information to prospective parents, greater monitoring in each case, perhaps facilitating the admission process at a critical phase of parenting.

**Key words:** Pregnant women, Threat of pre-term labor, Premature

**INDICE**

[**1. INTRODUÇÃO 7**](#_Toc352898350)

[**2. ANÁLISE DO CONTEXTO 12**](#_Toc352898351)

[**2.1 Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final 12**](#_Toc352898352)

[**2.2 Caracterização dos recursos materiais e humanos 14**](#_Toc352898353)

[**2.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências 16**](#_Toc352898354)

[**3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES 18**](#_Toc352898355)

[**3.1 Caracterização geral da população/utentes 18**](#_Toc352898356)

[3.1.1 Caracterização geral da população/utentes grávidas 18](#_Toc352898357)

[**3.2 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo 21**](#_Toc352898358)

[3.2.1 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo de grávidas 21](#_Toc352898359)

[**3.3 Estudos sobre programas de intervenção com população-alvo 26**](#_Toc352898360)

[**3.4 RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO 27**](#_Toc352898361)

[**4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS 28**](#_Toc352898362)

[**4.1 Objectivos da intervenção profissional 28**](#_Toc352898363)

[**4.2 Objetivos a atingir com a população-alvo 29**](#_Toc352898364)

[**5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES 30**](#_Toc352898365)

[**5.1 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES 30**](#_Toc352898366)

[**5.2 Metodologias 32**](#_Toc352898367)

[5.2.1 Atividades prévias à implementação do Projeto 32](#_Toc352898368)

[5.2.2 Atividades Subsequentes à Permissão pela Comissão de Ética: 32](#_Toc352898369)

[**5.3 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS 33**](#_Toc352898370)

[**5.4 RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS 33**](#_Toc352898371)

[**5.5 CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS 34**](#_Toc352898372)

[**5.6 ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL 34**](#_Toc352898373)

[**5.7 CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA 35**](#_Toc352898374)

[**6.** **ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO 36**](#_Toc352898375)

[**6.1 AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS 36**](#_Toc352898376)

[**6.2 Avaliação da implementação do programa 37**](#_Toc352898377)

[**6.3 Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas 37**](#_Toc352898378)

[**7.** **ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS 38**](#_Toc352898379)

[**8. CONCLUSÃO 41**](#_Toc352898380)

[**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 43**](#_Toc352898381)

**ÍNDICE DE FIGURAS**

[Figura 1 Área de Abrangência dos ACES Algarve 13](#_Toc352898041)

[Figura 2 Nados-vivos em 2011 nos ACES Algarve de Acordo com a Idade Gestacional 14](#_Toc352898042)

[Figura 3 Representação dos Partos a Termo e Pré-termo de Acordo com a Nacionalidade das Utentes do HDF-EPE 19](#_Toc352898043)

[Figura 4 Historia Obstetrico-Ginecológica das Entrevistadas 20](#_Toc352898044)

[Figura 5 Análise das Respostas aos Inquéritos 1 24](#_Toc352898045)

[Figura 6 Análise de Respostas aos Inquéritos 2 25](#_Toc352898046)

[Figura 7 Análise de Respostas aos Inquéritos 3 25](#_Toc352898047)

[Figura 8 Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas 34](#_Toc352898048)

[Figura 9 Quadro dos Gastos em Material 35](#_Toc352898049)

# INTRODUÇÃO

A gravidez comporta grandes alterações físicas e psicológicas para a mulher, provoca a reestruturação do casal (quando é esse o caso) e alterações no seio familiar, com a aquisição de novos papéis, após a chegada do novo membro da família.

Durante o período gravídico, a mulher/casal, passa por toda uma fase de adatação/preparação para o nascimento do seu descendente. É um período durante o qual se idealiza o bebé imaginário, o momento do parto e apesar da ansiedade e receios que, por vezes, envolve todo este processo, é sempre espetável que tudo ocorra a “seu tempo”.

Contudo nem sempre o tempo de gravidez normal, definido como nove meses solares, dez lunares, 280 dias, ou 40 semanas (Montenegro & Rezende, 2011) é cumprido na sua totalidade. Deparamo-nos com um número elevado de partos pré-termo [PPT], representando cerca de 12% no mundo (Bayle & Martinet,2008), facto a que porventura não é estranho o surgimento do Dia Mundial da Prematuridade, comemorado a 17 de Novembro, com celebrações visíveis em várias instituições de saúde, nomeadamente em Portugal (Machado, 2012). Surgem atualmente, alguns projetos nas redes sociais que sublinham a importância dos cuidados ao recém-nascido pré-termo já inserido na família. Por exemplo, a Fundação Europeia para o cuidado dos recém-nascidos [EFCNI] no programa “ene, mene, mini”, dá informação à população e, entre outros aspetos, propõe a criação de um sistema de registo de dados sobre PPT na Europa, destinado à criação de bases de dados para a investigação para a prevenção. Pretende assim, sensibilizar a sociedade civil (pais e profissionais) para este tema.

Neste Programa, no documento denominado “Carta Branca”, são enunciadas 13 recomendações-chave a nível Europeu, todas realmente significativas, mas das quais, no contexto atual deste relatório se destacam:

1. *Recognize the issues of maternal, newborn, care and aftercare as a public health priority, particularly the health of preterm infants and infants with illnesse;*
2. *Invest in comprehensive research to tackle the challenge of preterm birth and its potential long-term consequences* (EFCINI,2013).

A taxa de prematuridade de acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], em 2003, foi de 6,2 em França e de 5,9 para Portugal, para cada 100 nascimentos (Bayle & Martinet, 2008). Dados da Organização Mundial de Saúde [OMS] referentes a 2005, identificam as taxas mais elevadas de partos prematuros em Africa (11,9%) e América do Norte (10,6%) e mais baixa na Europa (6,2%). O Relatório Europeu de Saúde Perinatal de 2008, apresenta como extremo mínimos a Suécia (5,9%) e máximo a Áustria (11,4%), sublinhando o nascimento de cerca de meio milhão de nascimentos prematuros anualmente na Europa. Mais recentemente, o Relatório das Estatísticas Perinatais de 2012 refere que a mortalidade dos recém-nascidos prematuros se situa nos 76,7/1000 nados-vivos pré-termo e em 6% dos nados-vivos totais.

Em Portugal alguns esforços têm sido realizados para baixar as taxas e conjuntamente com o Reino Unido, é-lhe reconhecido o mérito na sua diminuição como alvo político nacional EFCNI(2013) . São vulneráveis não só ao nascer, constituem o mais alargado grupo de pacientes europeus que estão em elevado risco de desenvolver complicações de saúde a curto e longo prazo e, as soluções disponíveis para que as famílias lidem com os problemas não estão a ser implementadas, sendo necessário implicar a World Health Organization [WHO] para encontrar soluções concretas (Mader, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um parto é dito prematuro quando ocorre antes das 37 semanas de gestação. Distingue-se prematuridade média, entre as 33 e 37 semanas, que engloba 5% dos nascimentos e onde há poucas complicações. A grande prematuridade, entre as 27 e as 33 semanas. Engloba 1% dos nascimentos e necessita da transferência do bebé para o serviço de neonatologia. O grande prematuro, entre as 22 e as 27 semanas engloba menos de 1% dos nascimentos. Os riscos de morte e de sequelas são muito importantes (Benbassa *et al* 2007).

As consequências da prematuridade são várias para o RN. As consequências somáticas para a criança dependem da importância da prematuridade e da adequação dos meios terapêuticos. Destacam-se o risco de hipotermia, debilidade respiratória, problemas pulmonares, patologias digestivas, sequelas neurológicas (hemorragias intracerebrais, com as suas consequências isquémicas, essencialmente Paralisia Cerebral) (Bayle & Martinet, 2008).

No Algarve e recorrendo aos dados de 2011 do Instituto Nacional de Estatista [INE] a representação dos partos pré-termo, considerando os nados-vivos de 22 a 36 semanas é de 8,06%, valor que coloca acima da média do Continente (7,71%) INE (2011).Para cuidar destas crianças, a Unidade de Neonatologia do Hospital Distrital de Faro-Entidade Pública Empresarial [HDF-EPE] é uma das unidades de referência do país, a única existente no Algarve, equipada com material técnico sofisticado e com profissionais qualificados, de forma a dar resposta às necessidades dos grandes prematuros (HF,2010).

A situação de mulher que vive a experiência de ter um filho prematuro é algo complexa. Para a mãe, as consequências psíquicas são de quatro ordens:

1. rotura da relação estabelecida in útero, uma vez que o parto se realiza num contexto mais ou menos dramático e angustiante. 2)
2. A mãe é privada das interacções gratificantes e tranquilas necessárias à formação do processo de vinculação. Estas mães sentem-se, por norma, culpadas de não terem dado vida a um bebé “acabado”(Rezende, 2011).
3. A presença de grande desespero materno, a reacção emotiva e intensa são frequentes.
4. No caso de mulheres sem problemas psíquicos e bem preparadas para a maternidade a ausência de sofrimento aparente, é sinal de defesa contra a ansiedade, que poderá reaparecer quando a mãe se ocupar da criança (Bayle & Martinet, 2008).

A assistência materno-fetal em situação de APPT engloba cuidados farmacológicos e não farmacológicos. Relativamente aos farmacológicos, a ideia subjacente é a do efeito dos corticosteróides, que administrados à mãe, acelerem a maturação pulmonar fetal e assim a um RN com menor probabilidade de problemas respiratórios, sendo eficaz nas mulheres com ruptura prematura de membranas e síndromes associados à hipertensão (Dalziel, 2006).

A maioria dos serviços possui protocolo, o que se encontra em vigor no HDF- EPE, no que concerne à administração de corticoterapia preconiza a administração de Betametasona (“Celesdepot”), 12mg intra-muscular, de 24/24 horas, 2 tomas ou Dexametasona, 6mg de 12/12 horas, 4 tomas. Isto para gravidezes entre as 24 s- 34s+6 dias.

Não se repete em internamentos subsequentes, a não ser que tenham sido administrados antes das 26 semanas Protocolos de Obstetricia (2012).

Referem estudos credíveis da Cochrane Colaboration que estão outros fármacos em investigação no sentido de provar a evidência de medicamentos específicos (i.e. efeito mucolítico de Ambroxol e inibição da enzima que degrada o surfatante pulmonar), num estudo em desenvolvimento (Gonzalez Garay, Reveiz, Velasco Hidalgo & Solis Galicia, 2012). Quanto aos cuidados não farmacológicos, o repouso no leito, tanto em casa como no hospital é amplamente recomendado e muitas vezes a primeira prescrição, baseada na observação de que a actividade física intensa pode levar a PPT e à ideia de que o repouso no leito diminui a actividade uterina. Porém na revisão sistemática da Cochrane Colaboration® não são reconhecidas evidências de que esta prática possa ser benéfica, remarcando outros efeitos na mulher, família e exigindo mais investigação (Sosa, Althabe, Bélizan & Bergel, 2004). Para outros autores, o repouso no leito para prevenção do PPT não pode ainda ser recomendado nem refutado (Qureshi, 2007).

Apesar destes recursos, a ansiedade da mulher em situação de APPT é elevada. O efeito de terapias de relaxamento é uma estratégia na situação de ansiedade na gravidez normal. Contudo quando existe desvio de saúde, há que observar cuidadosamente a qualidade dos estudos, não se podendo concluir em absoluto sobre a relação causa-efeito do relaxamento na situação de APPT (Khianman, Pattanittum, Thinkhamrop & Lumbiganon, 2012). No que respeita à ansiedade, o apoio oferecido à mulher em situação de APPT, sugere ter efeitos positivos moderando os efeitos de *stress* (Ghosh, Wilhem, Dunkel-Schetter, Lombardi & Ritz, 2010).

No enquadramento da mulher em situação de APPT e no que respeita ao exercício do EESMO, de acordo com as competências reguladas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), o especialista está habilitado a cuidar da mulher nas fases 1) pré-concecional e no âmbito do Planeamento familiar, 2) no período pós-natal, 3) no climatério, 4) em situação de doença ginecológica e 5) como grupo-alvo inserido na comunidade 6) durante o trabalho de parto e 7) durante o período pré-natal.

No que respeita à situação de APPT, as competências do EESMO são visíveis no descritivo H2 “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e no período pré-concepcional;

Expostas as competências reguladas pela OE, o enfermeiro especialista está habilitado à prestação de cuidados à mulher grávida, como se destaca pela alínea b), incluindo a situação de internamento a grávidas de risco, nomeadamente em APPT, incluído numa equipa multidisciplinar.

Face ao exposto e tendo constatado a existência de um protocolo de atuação no ponto de vista médico (i.e. protocolos de Obstetricia,2012) onde as EESMO têm atividades por delegação, mas a ausência de um programa de Enfermagem com atividades autónomas, considera-se de suma importância iniciar um processo de acompanhamento e esclarecimento para a mulher/casal em APPT, de modo a minimizar/atenuar o impacto entre o bebé imaginário face ao bebé real, as alterações ao processo de vinculação pais-RN, a familiarizar os pais com o serviço de neonatologia, de forma a facilitar a adaptação ao nascimento de um bebé prematuro.

Assim, exercendo a atividade clínica no Serviço de Obstetrícia do HDF-EPE com internamento para mulheres em situação de APPT, é objetivo do atual Relatório descrever a realização do Projecto inicialmente proposto para a conclusão do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia subordinado ao título: Criação de Programa de Apoio à mulher/casal em situação de Ameaça de Parto Pré-Termo. São objectivos: preparar os futuros pais para a realidade de terem um filho prematuro; familiarizar os pais com o serviço de neonatologia; esclarecer/informar os pais sobre as características do RN prematuro; informar os pais das complicações que advêm da prematuridade; dar a conhecer os mecanismos de apoio existentes de modo a atenuar o impacto bebé real- bebé imaginário.

O documento actual segue as normas da American Psychological Association [APA] de acordo com o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de conforme com a Ordem de Serviço n.º 18/2010, tal como do Regulamento do ciclo de estudos conducente com o grau de Mestre pela Universidade de Évora (i.e. Ordem de Serviço n.º 14/2012). Considerem-se ainda alguns Apêndices que ilustram o texto produzido.

**2 . ANÁLISE DO CONTEXTO**

A análise de contexto constitui-se no examinar das condições em que se incorpora este relatório, nomeadamente no que concerne às competências do ESMO e às necessidades da população alvo, contextualizando o tema deste relatório.

O especialista em ESMO é um profissional de reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas, que conforme o define o Ministério da Saúde (1998), realiza intervenções no contexto da saúde sexual e reprodutiva da mulher/casal. Tal é documentado também pela Ordem dos Enfermeiros (DR, 2-º serie Nº 35, 18 Fevereiro 2011) que enuncia uma panóplia de competências específicas, entendendo-se por competências a capacidade de realizar prontamente e com convicção actos adequados às situações (Franco, 1998). No âmbito da Gravidez, é definido pela Ordem dos Enfermeiros que o EESMO tem como área de actuação a assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal.

Assim exercendo funções no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, do qual faz parte a Unidade de Grávidas do HDF-EPE, local onde são internadas mulheres grávidas em situação de APPT, prevendo a realização de actividades profissionais nesse âmbito descreve-se seguidamente o contexto onde o Projecto tem implementação.

Para atingir os objetivos propostos, aplicaram-se instrumentos a utentes atuais e anteriores e através do tratamento dos dados, pode propor a implementação de estratégias para melhor ultrapassar esta fase crítica do ciclo reprodutivo.

## 2.1 – Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final

A caracterização do ambiente dirige-se aos campos de intervenção, nomeadamente os contextos habitados pelas beneficiárias dos cuidados e dos respectivos prestadores. O Relatório enquadra-se na área de abrangência do HDF-EPE, nomeadamente no serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, do qual faz parte a Unidade de Grávidas.

Quanto ao envolvente populacional, a população residente na área de abrangência do HDF-EPE reveste-se de grande diversidade cultural, por exemplo africanos, indianos, população de países de Leste, britânicos, holandeses, entre outros.

A proveniência dos utentes na área de abrangência do Hospital de Faro, de acordo com a área geográfica em que está inserido, em conformidade com os dados do ACES de Albufeira (46773 utentes), ACES de Faro (74549 utentes), ACES de Loulé (7901107), Olhão (44339 utentes) e ACES de São Brás de Alportel (10836 utentes) Portaria nº 272/2009. DR nº54, série I de 2009.03.18. Recorrem ainda utentes de Portimão e Tavira e dado o contexto turístico do Algarve, os utentes são das mais variadas nacionalidades e culturas.

Na organização dos espaços de saúde e considerando o HDF-EPE como unidade que recebe utentes da ACES- Central a *Figura I*, ilustra a área de abrangência:



**Figura 1 Área de Abrangência dos ACES Algarve**

Relativamente aos nascimentos a casuística referida, após consulta dos serviços de Estatística do HDF-EPE, aponta para 3100 nascimentos no ano 2012.

No Serviço de Obstetrícia do HDF-EPE, a Unidade de internamento de Gravidas é a mais diferenciada da região e recebe utentes de risco de todo o Algarve. Não possuindo dados sobre os casos das mulheres em situação de APPT, registe-se, atendendo à idade gestacional dos nados-vivos, no ano 2011 a afluência ao HDF-EPE na Figura 2 e repare-se a proveniência das diferentes ACES

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 22-27 semanas | 28-31 semanas | 32-36 semanas | 37-41 semanas | Mais de 41 semanas |
| Total | 96993 | 289 | 651 | 6259 | 89379 | 201 |
| Portugal | 96856 | 288 | 647 | 6255 | 89251 | 201 |
| Continente | 91701 | 274 | 621 | 5995 | 84415 | 186 |
| Algarve | 4561 | 17 | 32 | 319 | 4180 | 10 |
| Albufeira | 445 | 1 | 2 | 32 | 409 | 1 |
| Faro | 689 | 2 | 10 | 54 | 622 | 0 |
| Loulé | 694 | 4 | 2 | 52 | 633 | 3 |
| São Brás de Alportel | 77 | 0 | 1 | 7 | 68 | 1 |
| Aljezur | 36 | 0 | 0 | 1 | 35 | 0 |
| Lagoa | 220 | 3 | 0 | 5 | 211 | 1 |
| Lagos | 319 | 1 | 1 | 26 | 290 | 1 |
| Monchique | 33 | 0 | 0 | 4 | 29 | 0 |
| Portimão | 658 | 2 | 9 | 56 | 589 | 0 |
| Silves | 344 | 1 | 2 | 29 | 311 | 1 |
| Vila do Bispo | 56 | 0 | 0 | 3 | 53 | 0 |
| Alcoutim | 14 | 0 | 0 | 0 | 14 | 0 |
| Olhão | 532 | 2 | 3 | 30 | 495 | 2 |
| Tavira | 207 | 0 | 0 | 8 | 199 | 0 |
| Vila Real de Santo António | 190 | 1 | 2 | 9 | 178 | 0 |

**Figura 2 Nados-Vivos em 2011 nos ACES Algarve de Acordo com a Idade Gestacional**

Como se pode verificar pelos dados apresentados, a afluência de grávidas e o número de nascimentos ocorridos no Hospital de Faro é considerável.

## 2.2 – Caracterização dos recursos materiais e humanos

O serviço de Obstetrícia, situa-se no 5º piso do Hospital de Faro, é constituído pela Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, Unidade de Grávidas, Unidade de Puérperas. Estas unidades ocupam espaços físicos distintos, embora próximos. Este serviço de Urgência e Unidade de Grávidas têm a mesma chefe de enfermagem e a equipas de enfermagem prestadoras de cuidados são compostas pelos mesmos elementos. A unidade de Puérperas tem outra chefe de enfermagem e outra equipa prestadora de cuidados.

A equipa de enfermagem é constituída por 5 equipas, com 8 elementos cada, 4 especialistas em Saúde Materna e 4 elementos generalistas e uma enfermeira-chefe. Cada equipa tem um chefe.

A unidade de Grávidas tem a lotação máxima de 15 camas, distribuindo-se por enfermarias de 3 camas. O número de enfermeiros por turno é de 2 no turno da manhã e da tarde e 1 à noite, sendo obrigatória a presença de pelo menos 1 enfermeiro especialista em Saúde Materna, em cada turno.

A visita médica ocorre diariamente preferencialmente no turno da manhã. A visita médica em passada em conjunto com a equipa de enfermagem e a situação clinica de cada grávida é avaliada, frente à utente.

O Método de trabalho em enfermagem utilizado é o método de cuidados de enfermagem em equipa que foi criada com o objectivo de reunir as parcelas de informação num todo (Kron & Gray, 1989), em que a prestação de cuidados é supervisionada por um enfermeiro que é líder (Humphris, 1988).

Koerner, Cohen e Armstrong (1986), referem que trabalhar em colaboração confere respeito mútuo pelas dificuldades, fornecendo um sentido de responsabilidade compartilhada de modo a completar o trabalho que os juntou. A cooperação permite aos enfermeiros o desempenho de tarefas mais completas, com mais responsabilidades no seu trabalho e tornando-os mais aptos na interacção com os utentes.

A prestação de cuidados é centrada no utente, implementada por reuniões diárias de equipa, nas quais são discutidos as necessidades de cada utente, permitindo a continuidade dos cuidados (Kron & Gray, 1989).

Na prestação de cuidados a situação clinica de cada utente e a idade gestacional, são factores que definem algumas particularidades. Em grávidas com idade gestacional superior a 30 semanas é efectuado CTG pelo menos uma vez por dia. Na grande maioria dos casos, a realização de CTG é efectuada uma vez por turno. Nos casos de mulheres em ameaça de parto pré-termo, aquando do cumprimento do protocolo de tractocile, é apenas ouvido o foco fetal. A frequência cardíaca fetal é ouvido uma vez por turno. A medicação é administrada consoante prescrição e de acordo com os horários estipulados. Sempre que o enfermeiro ache necessário é contacto o médico de urgência.

No caso das mulheres em indução de trabalho de parto, sendo através de perfusão ocitocica ou aplicação tópica de misoprostol, são adequados os procedimentos ao tipo de indução. É realizado CTG, sempre que o ESMO considere necessário e efectuada avaliação obstétrica sempre que se justifique. Assim que a mulher se encontra em trabalho de parto activo, com dilatação cervical ≥3 cm, acompanhada de contractilidade regular e intensa, estando a situação dentro da normalidade, o ESMO transfere a grávida para o Bloco de Partos, para ser monitorizada continuamente, efectuar epidural, se a grávida reunir valores analíticos dentro da normalidade e se assim o desejar.

No caso de uma grávida pré-termo entrar em trabalho de parto, é contacto o médico de urgência, afim de decidir a via de parto que mais se adequa e contactar o serviço de neonatologia, para receber o recém-nascido. É desta forma que está convencionada a actuação em mulher em PPT, não há protocolo escrito neste âmbito.

## 2.3 – Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

A gravidez é um período de vulnerabilidade, em que a ansiedade está presente, na medida em que o receio de que algo durante o processo gravídico, decorra menos bem assola a grávida / casal. No caso de mulheres/ casais em APPT esse receio transforma-se em realidade, pois requer sempre o internamento da grávida e o sentimento de culpa é frequente, bem como o medo de dar vida a um RN prematuro.

Iniciámos a implementação do Projeto com da recolha de informação científica sobre o tema da APPT. A partir da aquisição/desenvolvimento dos conteúdos, foi possível definir e planear e desenvolver estratégias e intervenções.

Define-se competência, como a palavra do senso comum, usada para denominar uma pessoa apta para realizar alguma coisa (Fleury& Fleury 2010).

O dicionário Webster (1981,p.63) define competência, na língua inglesa, como: “qualidade ou estado de ser funcionalmente adequado ou ter suficiente conhecimento, julgamento, habilidades ou força para uma determinada tarefa”. Esta definição genérica nomeia dois pontos fundamentais ligados à competência: conhecimento e tarefa.

No dicionário da língua portuguesa Aurélio é enfatizado na definição, aspectos similares: capacidade para resolver qualquer assunto, aptidão, idoneidade e introduz outro: capacidade legal para julgar pleito (Fleury& Fleury 2010).

O ESMO tem competência para prestar cuidados à grávida em APPT, em contexto de equipa multidisciplinar, tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros na designação de competências de SMO, nomeadamente no ponto b)”Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.” (DR nº54, série II, 2011).

Sendo detentor de conhecimentos específicos, sobre as várias etapas da gestação, trabalho de parto, parto e puerpério, RN até aos 28 dias e sobre as diversas patologias da gravidez está apto à vigilância de gravidas de risco em contexto de internamento, estando devidamente fundamentado e documentado nas diversas intervenções de enfermagem e prestação de cuidados (OE,2008).

Exposto isto, foi possível o levantamento de dados para execução deste relatório, utilizaram-se algumas estratégias para a aquisição de competências que sucintamente consistiram:

1. Pesquisa de literatura científica em bases de dados através do site da Ordem dos enfermeiros, que contempla na Editora Ebsco várias bases de dados, com particular destaque para a Cochrane Colaboration, Scielo, Google Académico.
2. Pesquisa de literatura científica em manuais técnicos de Obstetrícia e Enfermagem.
3. Pesquisa em Manual de Protocolos do serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do HDF-EPE.
4. Recolha de informação sobre existência de protocolos de cuidados na situação de APPT;
5. Normas da Direcção Geral de Saúde
6. Revisão de conteúdos referentes a metodologias de investigação qualitativa e quantitativa- aplicados questionários e entrevistas.

Munidos desta revisão e com sabendo das fontes e recursos, procurou-se a sua integração e assim passar à aplicação no contexto do atual Relatório.

# 3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Define-se população como o conjunto de pessoas adscritas num espaço, num determinado tempo. Segundo Livi-Bacci (1993), população é “um conjunto de indivíduos constituído de forma estável, ligado por vínculos de reprodução, identificado por características territoriais, politicas, jurídicas, étnicas e religiosas”.

A população/ utentes que tem como hospital de referência o HDF- EPE é caracterizada pela multiculturalidade, uma vez que a população residente tem as mais diversas proveniências, passando não só pela população portuguesa, como pelas diferentes populações que usam esta região como destino de férias ou fixaram na região do Algarve.

## 3.1 – Caracterização geral da população/utentes

Segue-se a descrição da população de utentes/beneficiários de cuidados.

*3.1.1 Caracterização geral da população/utentes grávidas*

A população de referência do actual Relatório é constituída pelas grávidas residentes no Algarve, que recorreram ao serviço por ameaça de parto pré-termo.

Trata-se de uma população variada, devido às diferentes culturas e etnias, de diferentes faixas etárias e de meios socio-economicos diferentes, que residem no Algarve. De acordo com os registos desta unidade de cuidados a representação da nacionalidade dos utentes no último ano civil [2011] e a respectiva frequência de partos a termo e pré-termo é apresentada na figura:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Partos a Termo | Partos Pré-Termo |
| Nacionais |  | 1994 | 9 |
| Estrangeiros | Países de Leste | 300 | 4 |
| Britânicos | 5 | 8 |
| Holandeses | 12 | 3 |
| Franceses | 0 | 0 |
| Outros | 403 | 6 |
| Total |  | 2714 | 30 |

**Figura 3- Representação dos Partos a Termo e pré-termo de acordo com a nacionalidade das utentes do HF, EPE**

Para melhor caracterizar o ambiente de realização do Estagio no que respeita a apoio da mulher em situação de APPT, optou-se por uma abordagem a 6 utentes dos serviços através de uma entrevista e a 9 utentes através de um questionário.

1. **Aspectos sociodemográficos das entrevistadas**

Das 6 entrevistadas:

**Idade:** 5 entre [30-35], 1- 20 anos;

**Situação conjugal:** 3 casadas, 2 união de facto, 1 solteira;

**Vive com companheiro:** 5 vivem, 1 não vive com o companheiro;

**Agregado familiar actual:** 3 das entrevistadas composto por 4 pessoas, 2 entrevistadas composto por 3 pessoas, e 1 entrevistada é composto por 2 pessoas.

**Habilitações literárias:** 2 são licenciadas, 3 têm 12º ano e 1 tem o 9º ano.

**Empregada:** 5 estão empregadas. 1 não está empregada

1. **História Obstétrico- ginecologia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Idade à data internamento** | **Composição agregado à data internamento** | **Vigilância da gravidez a que se refere o internamento** | **Índice Obstétrico actual** |
| 31 | 2 | sim | 0/1//0/1 |
| 34 | 3 | sim | 0/2/0/2 |
| 19 | 2 | sim | 0/1/1/1 |
| 34 | 3 | sim | 1/1/0/2 |
| 29 | 3 | sim | 1/1/0/2 |
| 33 | 2 | sim | 0/1//0/1 |

**Figura4- História Obstetrico-Ginecologica das Entrevistadas**

1. **Abordagem qualitativa das vivências de internamento por APPT**

Foram realizadas 6 entrevistas, no início do mês de Março de 2013, a mulheres que estiveram internadas por APPT e tiveram filhos prematuros, tendo ultrapassado essa situação com sucesso. Estas entrevistas foram efectuadas em local designado pela participante, meses após de terem tido alta hospitalar.

Nestas entrevistas as mulheres relatam a sua experiência de internamento, os sentimentos que experienciaram, que apoios tiveram por parte da família e avaliam os cuidados recebidos por parte da equipa de enfermagem.

Foi elaborado um guião de entrevista que se encontra em *Apêndice A.*

1. **Abordagem quantitativa da experiência de internamento**

Apliquei 9 questionários, acerca dos sentimentos experienciados durante a gravidez e o que pensam as grávidas relativamente ao parto.

Foram fornecidos no final de 2012, a grávidas internadas, aquando do momento da alta.

O questionário aplicado intitula-se “*Pregnancy Research Questionnaire”,* cuja tradução para português foi efectuada por Inês Jongenelen e insere-se num questionário que recolhe também dados sociodemográficos (*Apêndice C)*

3.2 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo

Consideramos nesta secção, e referente às utentes gravidas:

* Caracterização das participantes
* Diagnóstico de situação através a aplicação de questionários
* Tratamento dos dados obtidos

3.2.1 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo de grávidas

Segundo Bardin (1977) “A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações. Não é um instrumento, mas um leque de apetrechos, ou com maior rigor, será um único instrumento, embora revestido por uma grande disparidade de formas e com adaptação a um campo muito vasto: as comunicações.

As entrevistas foram analisadas, construi-se uma grelha onde se inscrevem as unidades, conforme *Apêndice B.*

Analisando as respostas das entrevistadas, utilizando a análise de conteúdo de Bardin:

Assim emergiram significados tais como 1) Lidar com o quotidiano, 2) Instalação de APPT, 3) Confronto com a notícia de APPT. Apresenta-se seguidamente um resumo dessa análise, que através das palavras das senhoras ilustra a sua experiência na experiência de internamento por APPT.

Significado de “Lidar com o quotidiano”: A restrição da actividade pela prescrição de repouso, levou a que algumas senhoras sentissem pouco à-vontade na realização de algumas actividades de vida diária e em aspectos de maior intimidade, tal como é evidente no discurso:

“Fazia tudo na cama, não tinha hipótese e, era muito complicado sem privacidade, a enfermaria tinha mais duas camas e depois havia as visitas” (E1).

“Tive sempre repouso total na cama durante todo o internamento. Fazia tudo na cama, tomava banho, fazia as refeições, ia à arrastadeira. Foi também muito complicado, porque tinha vergonha” (E6)

“Não me podia levantar. Fazia tudo na cama. Para tomar banho traziam-me uma bacia e uma esponja e lavava-me ali mesmo entre cortinas. Para urinar/evacuar era com uma arrastadeira que ficava sempre ao lado da cama. Para comer traziam um tabuleiro com a refeição que colocavam numa mesa e comia ali. É mesmo muito mau, não se tem privacidade, senti-me muito exposta” (E3)

Exposto isto, conclui-se que a restrição de atividade, foi uma das prescrições mais difíceis de lidar por parte das entrevistadas, devido à exposição da intimidade de que foram alvo. O repouso absoluto no leito, é prescrição frequente como medida não farmacológica na APPT, pois acredita-se que a restrição de actividade física diminui a actividade uterina (Bayle & Martinet, 2008).

Significado “Instalação de APPT”: confrontadas com os sinais de APPT, valeram-se de apoio de figuras significativas, tal como demonstram as afirmações:

“Esteve presente a minha colega e o meu marido, na sala de urgência do 5º piso, que me apoiaram” (E1).

“Quem me apoiou foi o meu marido e a enfermeira que me recebeu em grávidas, que estava mais disponível para mim.” (E3)

“Em termos de apoio pessoal, o meu marido e o meu filho de 8 anos que estava na sala de espera” (E4).

Como se comprova, as entrevistadas procuram apoio na pessoa que as acompanha, em primeiro lugar. De facto o confronto com a APPT, deixa as grávidas vulneráveis, sensíveis e fragilizadas, procurando de imediato apoio na pessoa mais próxima fisicamente (Bayle & Matinet, 2008).

Significado de :”Confronto com a notícia de APPT”

O sentimento comum presente em todas as entrevistadas foi o de auto- culpabilização, tal como pode ser verificado nas afirmações:

“ Senti-me sobretudo culpada por não descansar mais” (E1).

“Senti-me infeliz e perdida e muito culpada também. Se tivesse uma vida mais sedentária, talvez nada disso tivesse acontecido” (E2)

“Lidei mal, senti-me muito culpada e com medo que o meu marido me culpabilizasse. Senti-me a única responsável pelo nascimento antecipado do meu filho” (E3)

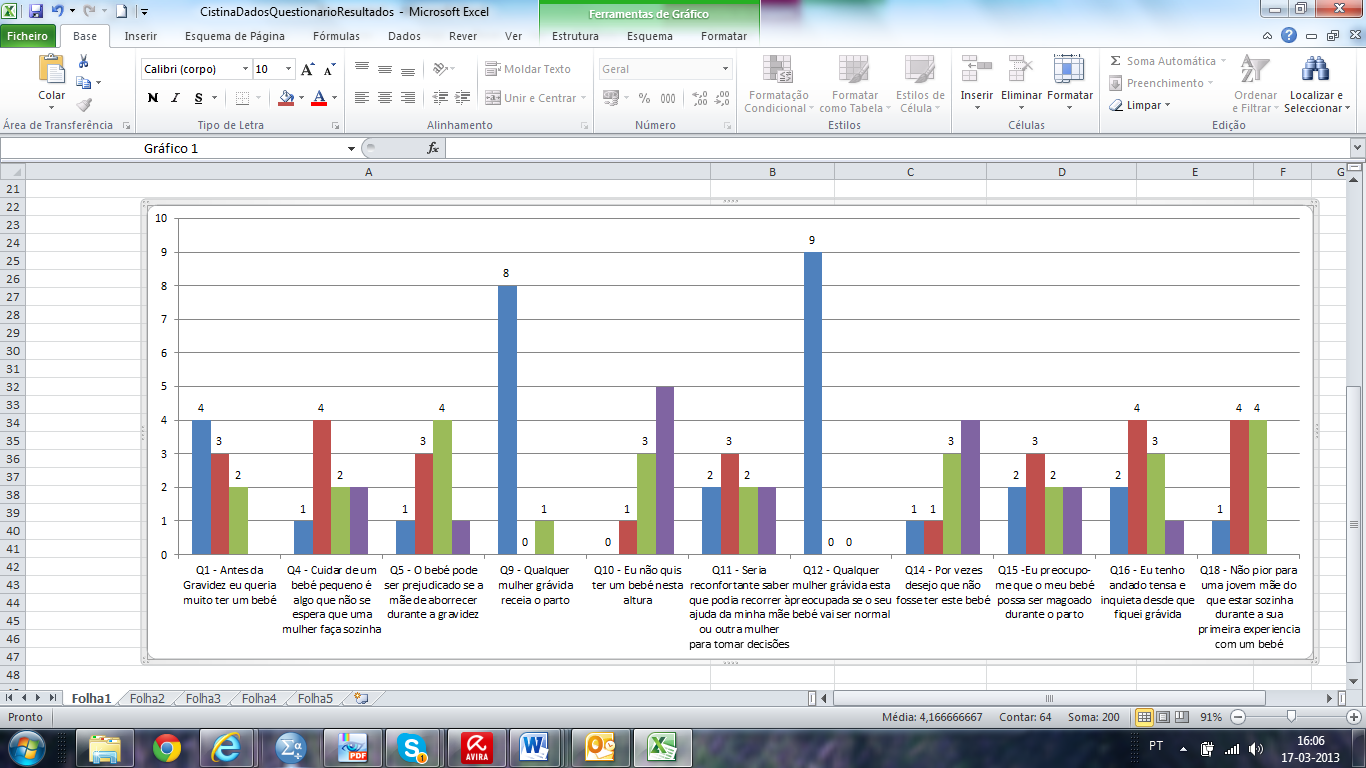
Sentimentos de culpa costumam ser muito frequentes em qualquer situação de ameaça de perda ou perda efectiva. Não existe mulher que, na ameaça de perder uma criança durante a gestação, ou na perante a perda efectiva, não se pergunte se o que aconteceu não foi por sua culpa (Markham, 2004).

De uma maneira global os relatos de experiência transmitem angústia, desconforto pela deslocalização do seu ambiente familiar, refúgio em figuras significativas que transmitem algum conforto e segurança e porventura um mal-estar consigo mesmo.

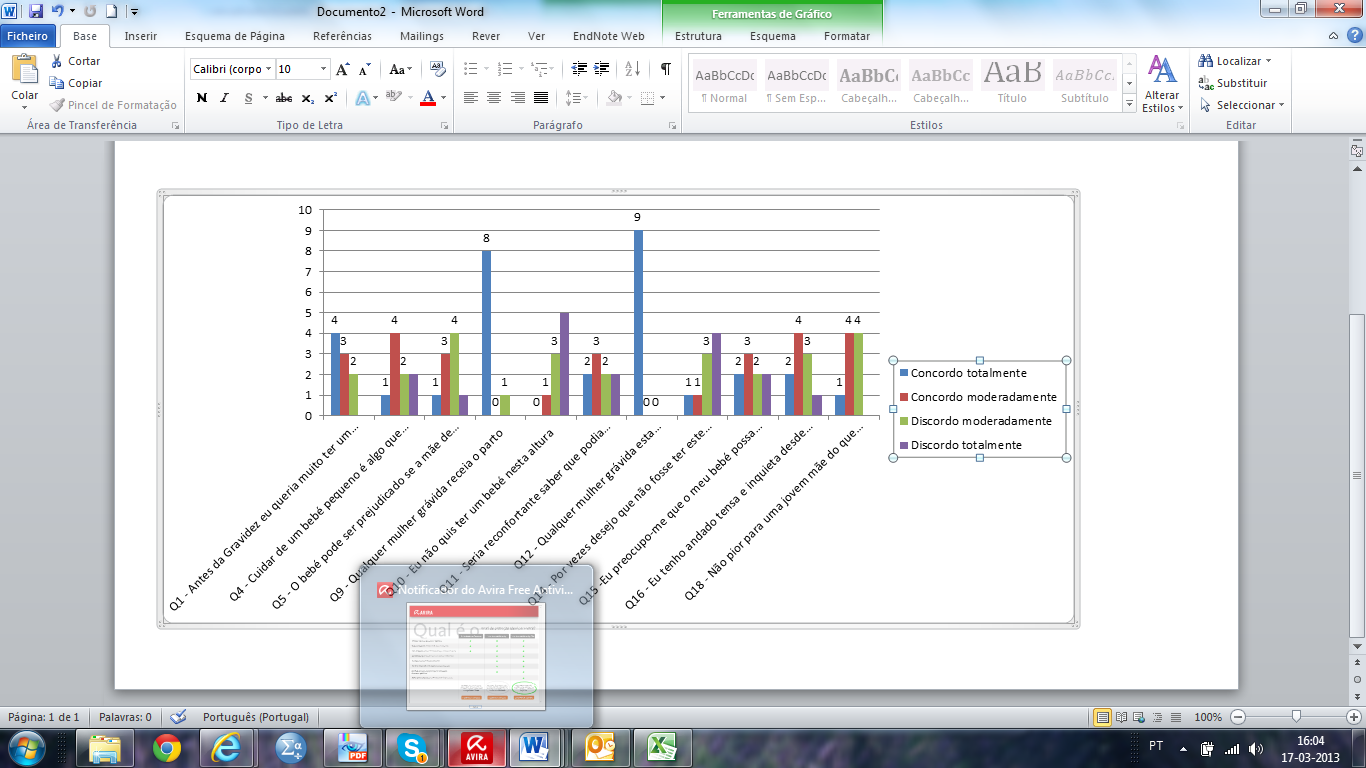
Todas as entrevistadas recorreram ao serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia do HDF-EPE, hospital de referência para todas (*Apêndice B)*

Relativamente à analise dos questionários constata-se que:

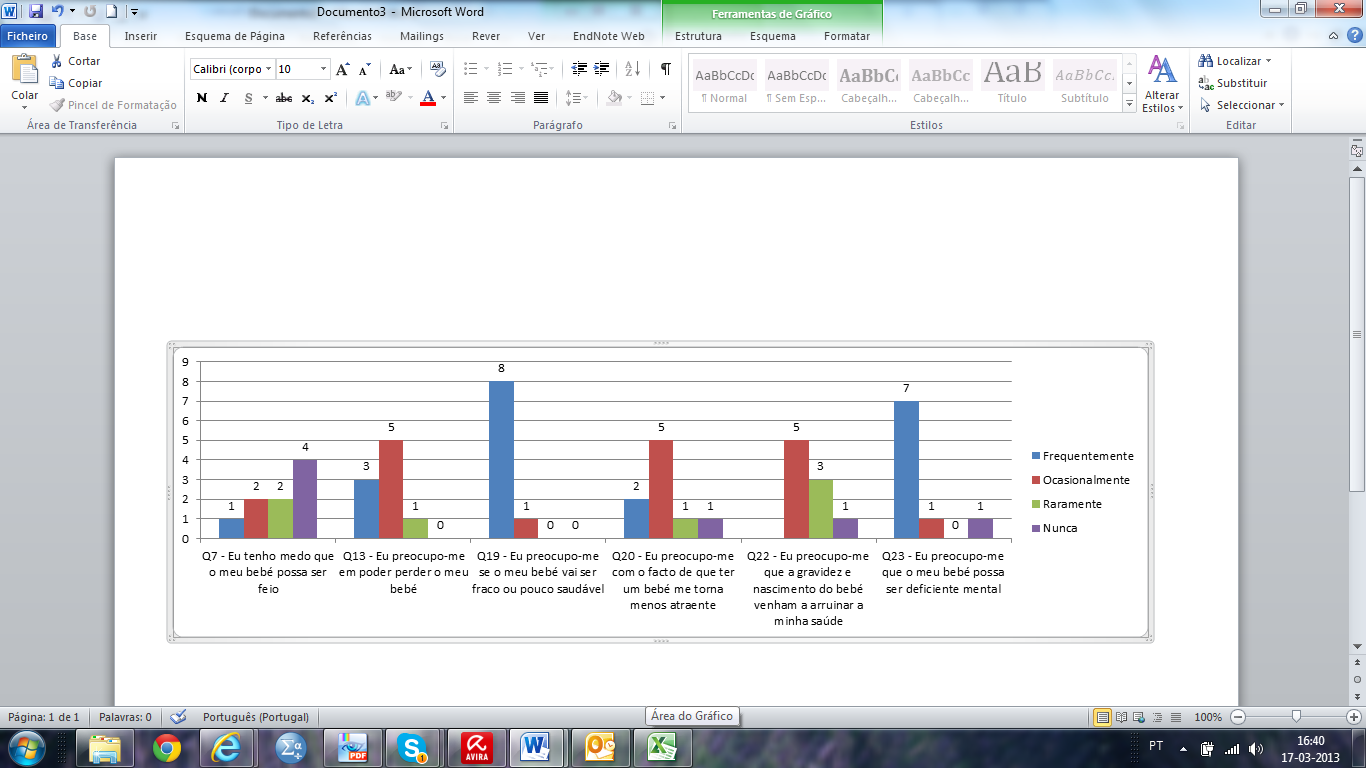
Os resultados mostram que a maior parte desejava ter um bebé (N=7), considera que os cuidados não devem ser prestados apenas pela mãe (N=5), considera que o bebé não é prejudicado se a mãe se aborrecer durante a gravidez (N=5), que qualquer mulher grávida tem receio do parto (N=8), que a maioria das mulheres quis ter um bebé nesta altura (N=8), que gostaria de recorrer à mãe ou outra mulher mais velha para tomar decisões (N=5), que todas as grávidas se preocupam se o seu bebé vai ser normal (N=9). A maioria deseja ter este bebé (N=7), a maioria preocupa-se que o bebé possa ser magoado durante o parto (N=5), a maioria das grávidas tem ficado inquieta desde que ficou grávida (N=6), a maioria considera que não há pior do que estar sozinha durante a primeira experiência de ter um bebé (N=5), dados que podem ser apreciados graficamente na Figura:



**Figura 5- Análise das respostas aos inqueritos1**



A maioria das participantes não receia que o bebé seja feio (n=4); a preocupação de perder o bebé é bastante marcada nas participantes (n=8), assim como o receio pela saúde do filho (n=8); A preocupação com a auto-imagem está presente na maioria das participantes (n=7); a saúde da própria é um assunto que ocasionalmente está no seu pensamento (n=5); a preocupação com a deficiência mental do filho está muito vincada neste grupo de senhoras (n=7), conforme aFigura 6

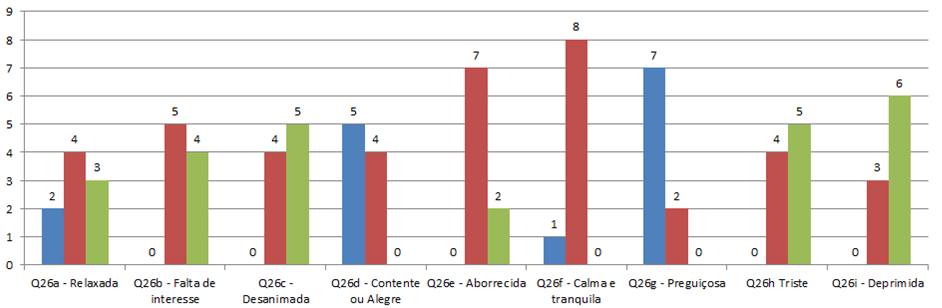


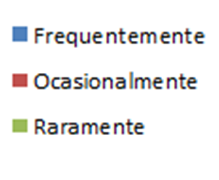
## Figura 6- Analise de respostas aos inquéritos 2

No grupo das participantes o estado de humor é caracterizado por relaxamento ocasional (n=4) mas tendendo a negatividade, tal como a falta de interesse (n=5), assim como o aborrecimento (n=7) e a calma e tranquilidade (n=8).

O contentamento embora presente na maioria (n=5) é ocasional em 4 participantes

A maior parte sente-se frequentemente preguiçosa (n=7), triste (n=5) e deprimida (n=6)



**Figura 7- Análise das respostas dos inquéritos 3**

*3.3 Estudos sobre programas de intervenção com população-alvo*

Tanto quanto foi possível pesquisar, não se encontram estudos sobre mulheres em APPT, realizados por enfermeiros na zona Algarvia. Assim, para documentar a actual secção deste Relatório, servimo-nos de estudos resultantes da nossa própria pesquisa. De facto, constata-se que a investigação sobre o parto pré-termo em língua inglesa é desenvolvida, mas também realizada por autores portugueses e o tema tem sido explorada. Têm sido efectuados vários estudos neste âmbito.

O estudo realizado por Barros H., Tavares M.& Rodrigues T. (1996), intitulado “*Role of prenatal care in preterm birth and low birthweight in Portugal”* é um dos exemplos.

Este estudo realizado em 1996, foi desenhado para avaliar a associação independente entre a adequação dos cuidados pré-natais e decursos adversos da gravidez, medida através da ocorrência de parto prematuro ou baixo peso ou nascer. Os resultados mostram que numa população com acesso gratuito aos cuidados pré- natais, existe um efeito independente sobre o resultado da gravidez, seja avaliada através da ocorrência de nascimentos prematuros ou baixo peso ao nascer. Este estudo está intimamente ligado com a vigilância da gravidez, que nas gravidezes de baixo risco é efectuada por ESMO, ao nível dos cuidados de saúde primária.

Outro estudo desenvolvido nesta temática, realizado por Bittar R.& Fonseca E.(2010), cujo titulo é a “*Predição e prevenção do parto pré-termo”,* constitui outro exemplo.

Este artigo realizado em 2010, baseia-se no estudo de medidas preventivas do parto prematuro, que têm por base três níveis de acção: prevenção primária (identificação e tratamento dos factores de risco) prevenção secundária (diagnóstico precoce de trabalho de parto pré-termo) e prevenção terciária (intervenções para minimizar complicações do nascimento prematuro- tocolise e corticóides). No entanto os esforços são actualmente mais prevalentes ao nível da intervenção terciária. São necessários avanços na prevenção primária e secundária, para diminuição da incidência de parto prematuro.

Também este estudo está intimamente ligado à vigilância da gravidez, podendo ajudar o ESMO nestas intervenções e encaminhar as situações de risco.

Tanto estes estudos, como tantos outros apresentados sobre a temática da prematuridade podem envolver os ESMO, incrementando conhecimentos aos que se dedicam à vigilância da gravidez, bem como aos que prestam cuidados em gravidas de risco.

## 3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO

A partir da nossa população-alvo, grávidas em ameaça de parto pré-termo, internadas na Unidade de Grávidas do HDF-EPE, são utilizados os seguintes critérios de inclusão:

* Residir no distrito de Faro;
* Falar/escrever português ou inglês;

Utilizo o residir no distrito de Faro como critério, na medida em que o Hospital de Faro é o hospital de referência, sendo mais fácil obter feedback do programa de apoio, fazer um melhor acompanhamento e também recrutar estas mulheres para a criação de um futuro grupo de apoio. O critério de falar/escrever em português ou inglês é importante, uma vez que temos que transmitir a informação e saber se esta foi ou não apreendida, com mulheres que dominam apenas idiomas pouco utilizados, torna-se muito difícil esclarece-las e até prestar apoio.

**4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS**

Os objetivos constituem formulações sucintas, que evidenciando e comunicando os resultados a alcançar, sugerem um trabalho intrínseco de planeamento, desenvolvimento e consecução de ideias, e actividades. Na hierarquia dos objectivos existem níveis, considerando-se que os objetivos gerais são abrangentes, latos e complexos, enquanto os específicos são indicadores mais detalhados, dirigidos a áreas de intervenção mais delimitadas (Mão de Ferro, 1999 ).

Relembrando o actual Projecto, tem como objectivo geral:

Criar um programa de apoio para a mulher/casal que vive em ambiente hospital a situação de ameaça de parto pré-termo

*4.1 Objetivos da intervenção profissional*

A formulação de tal objetivo geral, enraíza-se pelo contacto e prestação de cuidados na unidade de grávidas de risco, na medida em que as mulheres com ameaça de parto pré-termo, são aqui internadas.

Objetivos de intervenção profissional

* Obter o parecer favorável do HDF-EPE relativamente ao Projecto
* Desenvolver conhecimentos sobre o tema APPT
* Construir documentação de informação
* Divulgar o programa de apoio à gravida em situação de APPT junto dos pares

*4.2 Objetivos a atingir com a população-alvo*

Apesar do ambiente protector que o internamento hospitalar pode oferecer à mulher em situação de ameaça de parto pré-termo, a espera a que se vê votada pela condição materno-fetal, é porventura angustiante. Por um lado, é retirada do seu meio familiar, passando a habitar um espaço institucional, não privado, por um tempo expectante e algo desconhecido em longitude. Pode tomar traços ambivalentes, pois tanto se deseja que a experiência termine, como por outro lado, se deseja que o desfecho do parto seja o mais longínquo possível.

Tendo caraterizado anteriormente a população de gravidas, são objetivos de intervenção profissional:

* Informar os pais sobre tratamento da situação de APPT através do conhecimento do tipo de medidas farmacológicas e não farmacológicas (ver *Apendice D)*
* Preparar os futuros pais para a realidade de ter um filho prematuro e suas caraterísticas antecipando as suas características através de sessões informativas (ver *Apendice E)*
* Informar sobre o parto antecipando as opções para o parto através da informação sobre os benefícios materno-fetais;
* Familiarizar os pais com o serviço de neonatologia que irá acolher o RN visualizando o serviço de neonatologia através de álbum fotográfico (ver *Apendice F)*
* Criar mecanismos de apoio de modo a atenuar o impacto bebé real/imaginário diminuindo o impacto do confronto através da orientação para mulheres/grupos voluntários de apoio, blog ou redes de apoio (ver *Apendice G)*

É importante a colaboração dos pares (equipa de enfermagem), para o posterior sucesso do projecto. Auxiliando na divulgação junto das grávidas, sendo este o único papel da equipa. Na finalidade última desta intervenção, o que se pretende é que de maneira real, a mulher em APPT consiga lidar o melhor possível com a situação de crise em que se encontra.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

As intervenções realizadas transmitem a ideia da consecução dos objetivos, mas vão mais além, na medida em que justificam por si mesmo a medida em que as competências foram desenvolvidas e os respectivos ganhos enquadrando-os nos tempos previstos, cumpridos ou adiados.

## 5.1 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

As intervenções realizadas ocorreram em diferentes passos e dirigiram-se a duas populações. Assim reflete-se seguidamente nesse contexto:

1. **Resultados diagnósticos recolhidos junto das gravidas**

A análise dos dados recolhidos juntos das grávidas em APPT, através da ansiedade por elas manifestada durante o internamento, em cada contacto, conduziu à aplicação de um questionário acerca da ansiedade na gravidez, de modo a perceber quais as suas principais preocupações, o grau de aceitação da gravidez, o apoio familiar fornecido à mulher, o seu estado de humor durante a vivência da gravidez, a preocupação com a sua saúde e com a do feto.

A elaboração de seis entrevistas a mulheres que vivenciaram a experiencia de um parto pré-termo e cuidaram de um RN prematuro com sucesso, de modo a documentar neste relatório as diferentes versões. De facto conhecendo as experiências vividas, embora não traga benefício de vulto para quem presta o depoimento, pode contudo dar orientações para que outras mulheres sejam melhor cuidadas e apoiadas na situação de crise.

1. **Intervenções propostas junto das grávidas**
2. A realização de um álbum fotográfico do serviço de Neonatologia, familiarizando a mulher com o serviço que acolherá o seu bebé.

A ideia prévia da estrutura do serviço de Neonatologia, a imagem da incubadora e de todos os aparelhos que poderá encontrar conetados ao seu filho, contribuirá para a diminuição dos níveis de ansiedade sentidos pela futura mãe/pais, na medida em que o ambiente se torna mais familiar, menos desconhecido. O saber que poderá tocar no RN, prestar-lhe cuidados (mediante a situação), facilitará a aceitação e vinculação pais-RN (*Apêndice F).*

1. Informar os pais sobre tratamento da APPT, medidas farmacológicas e não farmacológicas, através da exposição de um power-point (*Apêndice D).*

Esta atividade terá efeitos a curto prazo, já que é aplicada a mulheres que vivem no momento a APPT. Poderá contribuir para o esclarecimento de dúvidas sentidas pela grávida/casal, envolvendo-a nos cuidados que lhe são prestados, fornecendo-lhes conhecimento de tudo o que é feito e sua finalidade, diminuindo também a ansiedade sentida durante o internamento.

1. Preparar os pais para a realidade de ter um filho prematuro- Características do RN através da elaboração de um power-point (*Apêndice E).*

Esta intervenção vai contribuir para os pais estarem mais familiarizados acerca das características e do aspeto que irá ter o seu bebé. Diminuirá, desta forma, o impacto inicial na primeira vez que irão ver o RN, estando mais preparados para esse efeito. Também com o objectivo de facilitar o processo de vinculação pais-RN prematuro.

1. Informar sobre o parto antecipado. Benefícios materno-fetais

Será explicado de acordo com a situação específica de cada grávida. Neste ponto é importante a colaboração com a equipe médica, afim de saber qual é a decisão sobre a data de parto e via escolhida, afim de adequar toda a informação posteriormente fornecida à grávida.

1. Criar mecanismos de apoio de modo a atenuar o impacto bebé real-bebé imaginário, encaminhando para grupos de apoio, elaborando também um power-point (*Apêndice G).*

Aqui é dado a conhecer aos futuros pais os grupos de apoio existentes, grupos online, blogs, onde poderão partilhar experiências com os pares. A vantagem será a partilha de experiências e demonstrar que existem muitas situações semelhantes, podendo assim diminuir o “sentimento de culpa” que algumas mulheres possam sentir.

* 1. *Metodologia*

A metodologia é a explicação detalhada e rigorosa de toda a actividade desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa. É a explicação do tipo de pesquisa realizada, dos instrumentos utilizados (questionários, entrevistas…) sendo que, neste trabalho foram utilizados estes dois instrumentos, tempo previsto, divisão do trabalho, formas de tratamento de dados, enfim tudo o que foi usado no trabalho de pesquisa (Fortin 2003).

* + 1. *Atividades prévias à implementação do Projecto*

Foram realizadas algumas acções antes de ser possível implementar as actividades que compõem este Relatório, destacando-se:

• Reuniões com a Enfª-Chefe/ supervisora/ director

• Solicitação de permissão à Comissão de Ética

*5.2.2 Actividades Subsequentes à Permissão pela Comissão de Ética:*

• Reunião com equipa para sensibilização sobre o Projecto

• Contactos com ONG

• Contactos com Serviços de Informática do HDF-EPE.

* Atividades junto das gravidas em APPT

A elaboração de um álbum fotográfico de modo, a dar a conhecer o espaço de acolhimento do RN e dos pais, onde serão potenciados a cuidar do RN prematuro (*Apendice G).*

De registar que dada a multinacionalidade das utentes, o álbum fotográfico foi redigido nas 2 principais idiomas das utentes beneficiárias

Atividades de Informação Individual das Utentes.

Atividades de Informação Coletiva (Power-point)

## 5.3 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

A elaboração de todas as atividades desenvolvidas na execução deste trabalho, nomeadamente no que concerne na aplicação de questionários permitiu analisar vários itens que serviram de base a este trabalho, saber se estavam ansiosas, se desejavam muito aquele bebé, se tinha apoio familiar, se consideravam este como momento adequado para ter um filho.

Assim permitiu adequar a informação nas atividades propostas subsequentes.

As entrevistas permitiram perceber como as mulheres em APPT experienciaram o internamento, o que sentiram, quem as apoiou e avaliar os cuidados de enfermagem prestados, afim de verificar o que pode ser implementado e/ou alterado.

A execução de power-point informativos acerca do tratamento da APPT, das características do RN prematuro, dos grupos de apoio existentes, permite atingir os objetivos propostos, preparando a mulher/casal para a realidade de ter um filho prematuro, bem como, os tipos de ações e tratamentos a que é sujeita durante o internamento por APPT.

A execução de um álbum fotográfico, de modo a dar a conhecer aos pais o espaço físico que acolherá o seu bebé, com o objetivo, de diminuir os níveis de ansiedade, de atenuar o impacto do desconhecido, facilitando assim o processo de vinculação.

## RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

* Fotocópias
* Computador e data-show
* Máquina fotográfica
* Colaboração da equipa de enfermagem, médica do Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia

## 5.5 CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Realizaram-se reuniões preparatórias com os superiores hierárquicos, nomeadamente com a enfermeira-chefe responsável pela Unidade de Grávidas, a enfermeira supervisora responsável pela área da Obstetrícia, o enfermeiro director do Hospital de Faro EPE, e com a chefe do serviço de Obstetrícia.

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Actividade |
| 22 de Novembro de 2011 | 1ª reunião com a Enfermeira Responsável pela Unidade de Grávidas. |
| 7 de Fevereiro de 2012 | reunião com a chefe do serviço de Obstetrícia |
| 12 de Março de 2012 | reunião com o enfermeiro director |
| 19 de Abril de 2012 | reunião com a enfermeira supervisora |
| 12 de Setembro 2012 | nova reunião com a enfermeira chefe da Unidade de Grávidas |

**Figura 8 Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas**

## 5.6 ANALISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Os gastos do Projeto e atual Relatório estiveram a cargo da mestranda, apresentando-se as despesas na figura 9:

|  |  |
| --- | --- |
| Materiais |  |
| Fotocopias | 7€ |
| Material de escritório (agrafos, capas, folhas) | 5€ |
| Cd’s | 3€ |
| Impressões | 15€ |
| Correio | 20€ |
| Total | 50€ |

**Figura 9- Quadro dos Gastos com Material**

## 5.7 CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O Cronograma inicialmente traçado não foi cumprido. Era esperado a implementação do projeto até Julho de 2012, o que não veio a acontecer, na medida em que não foi autorizado a criação do gabinete de apoio à mulher em APPT, não foi possível a criação de qualquer protocolo de visitas ao serviço de Neonatologia. Após a entrega de um projeto com novo titulo e novas actividades, afim de substituir as ações que originaram indeferimento do projeto anteriormente apresentado, este foi extraviado na direção, pelo que entreguei ainda uma terceira via do projeto. Esperei largos meses pela decisão do conselho de ética, pois qualquer atividade que envolve os utentes do hospital tem que ser autorizada por este gabinete. São estas as razões de adiamento e atraso que têm dificultado a elaboração deste relatório final.

# ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Para Kraemer (2006, p. 14), avaliação vem do latim, significa “valor ou mérito, ao objetivo em pesquisa, junção do acto de avaliar ao medir conhecimentos adquiridos pelo individuo (…) Sendo assim, a avaliação revela os objectivos do ensino já atingidos, num determinado ponto do percurso e também as dificuldades no processo de aprendizagem”.

“Um processo pelo qual se procura identificar, aferir, investigar e analisar as modificações do comportamento e rendimento do aluno, do educador, do sistema, confirmando se a construção do conhecimento se processou, seja este teórico ou prático” (Santanna, 1998,p.29,30).

*6.1 AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS*

Os objetivos delineados para este trabalho foram o de esclarecer/informar a grávida internada de todas as intervenções a que é sujeita, envolvendo a grávida nos cuidados que lhe são prestados, esclarecendo as suas dúvidas, diminuindo a ansiedade sentida, tornando a relação grávida-enfermeira de maior confiança.

Familiarizar a grávida/casal com as características do RN prematuro, de forma a atenuar o choque entre bebé real- bebé imaginário, bem como as alterações ao processo de vinculação, facilitando o processo de aceitação da situação por parte dos pais, esclarecendo também sobre algumas das complicações que podem advir da prematuridade.

Dar a conhecer aos futuros pais a existência de grupos de apoio para pais de RN prematuros, de forma a que possam partilhar experiências, ouvir testemunhos de pais que passaram por situações similares, mostrando que não são os únicos confrontados com a realidade de um RN prematuro. Estes grupos de apoio virão dar algum conforto a estes futuros pais.

Através do álbum fotográfico de serviço de Neonatologia, é possível a visualização do espaço que a criança irá ocupar. A tecnologia das unidades de prematuros é também um obstáculo, algo torneado com o álbum, na medida em que evita um primeiro impacto que poderia ser mais angustiante devido ao desconhecimento total do espaço e dos aparelhos.

A mulher/casal sentir-se-á mais orientada e talvez menos ansiosa, pois são de certa forma “desmistificados” os receios sentidos pelos pais, mostrando-lhes que podem tocar no RN e até prestar-lhes cuidados, que todos os sensores conectados ao RN servem para o monitorizar e que podem ser retirados, afim de estabelecer contacto com o RN.

* 1. Avaliação da implementação do programa

O programa proposto não foi implementado na totalidade, foram aplicadas as várias ações descritas ao longo deste relatório, nomeadamente a execução do álbum fotográfico, a aplicação do questionário a 9 grávidas, as 6 entrevistas a mulheres com as quais consegui estabelecer contacto após o nascimento dos RN prematuros e que superaram a situação. No entanto elaborei vários power-point (*Apendices D,E,G)* para impressão e validação por parte da directora do serviço de Obstetrícia, com o objetivo de serem entregues aos pais ou de virem a ser apresentados em sessões e cujos temas já foram supra-citados (medidas farmacológicas e não farmacológicas no tratamento do parto pré-termo, características do RN prematuro, informação sobre grupos de apoio, blogs, grupos nas redes sociais sobre parto e RN prematuro para partilha de experiências).

Tratando-se de um projeto académico, a implementação real no campo não foi ainda atingida e depende da aceitação da hierarquia institucional do HDF-EPE.

6.3 Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas

Na medida da evolução do Projeto, encontrámos alguns obstáculos iniciais que se prenderam com a impossibilidade de acesso/visita das utentes em situação de APPT às dependências do Serviço de Neonatologia, a demora por parte do conselho de ética para autorização de aplicação dos questionários, pelo que foram entregues às grávidas no momento da alta e posteriormente recolhidos.

Face a este obstáculo, houve que criar alternativas, surgindo novas ideias que salvaguardassem o espírito e objetivo geral do Projeto.

Foram necessárias correções ao projeto, ao nível do título e das ações que inicialmente eram para desenvolver.

1. **ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS**

O desenvolvimento de competências é um processo evolutivo que significa tanto a apreensão de conhecimento, como a maturação pessoal-profissional.

O exercício da enfermagem de saúde materna e obstétrica reveste-se de uma vasta área de actuação no âmbito da saúde reprodutiva, sendo regulamentado tanto pela Ordem dos Enfermeiros como pela International Confederation of Midwifes (IMC).

A IMC (2011) assume a liderança global para definir os conteúdos programáticos essenciais à formação das parteiras, permitindo a aquisição de competências para a prática obstétrica de qualidade. Define ainda quais as competências e área de abrangência das parteiras no exercício da prática.

Possuem competências reguladas:

- As parteiras que optem por se envolver num âmbito mais amplo da prática.

- As parteiras devem deter certas habilidades para fazer a diferença em desfechos maternos e neonatais no seu país.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) “o enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica (ESMOG) assume responsabilidade pelo exercício nas seguintes áreas de actuação: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional- assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade. 2. Gravidez- assistência à mulher a vivenciar períodos de saúde/doença durante o período pré-natal. 3. Parto- assistência à mulher a vivenciar períodos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto. 4. Puerpério- assistência à mulher a vivenciar períodos de saúde/doença durante o período pós-natal. 5. Climatério- assistência à mulher a vivenciar períodos de saúde/doença durante o período peri-menopausico. 6. Ginecologia- assistência à mulher a vivenciar períodos de saúde/doença ginecológica. 7. Comunidade- assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença”.

“O ESMOG assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos, processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas interdependentes em todas as situações de médio/alto risco entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” (OE,2010).

Exposto tudo isto, compreende-se que este projeto assenta completamente na área de intervenção do ESMOG e que está perfeitamente habilitado à implementação das ações descritas ao longo deste relatório e à realização dos objetivos aqui propostos.

No entanto, o desenrolar do Projeto inicialmente proposto sofreu alterações fruto das condições encontradas no campo. Contudo, as dificuldades surgidas foram contornadas, pois predispusemo-nos intrinsecamente a levá-lo a cabo. Tomando posturas de adatação, conseguimos atingir os objetivos.

O objetivo fundamental a que nos propusemos foi o de conseguir implementar um “programa” que respondesse às necessidades da grávida/casal em APPT.

A nossa intervenção pautou-se e orientou-se de acordo com as competências específicas enquanto EESMO. Adquirimos e mobilizámos conhecimentos e praticas. De facto exercer como EESMO aponta desafios e dirige-se á optimização dos cuidados e tal ocorre no reconhecimento de responsabilidades e competências inerentes.

E de acordo com a análise de Benner (2001), parti do estado 3: competente evoluindo para o estado 4: proficiente, na mobilização das competências.

Segundo o modelo de Dreyfus, a fase competente surge quando começa a denotar-se um planeamento razoável pautado por uma consciência e um agir voluntário e ponderado, separando os aspectos essenciais dos dispensáveis numa situação concreta. Benner afirma que nesta fase, as enfermeiras trabalham no mesmo serviço há 2/3 anos.

É neste estadio que se começa a fazer o reconhecimento dos padrões e a estabelecer quais os componentes da situação mais ou menos importantes.

Foi o que ocorreu aquando do início de funções na Unidade de Grávidas do HDF-EPE, sendo uma enfermeira com 6 anos de prática clinica na altura, foi efectuado um reconhecimento do serviço e das necessidades das grávidas, despertando o interesse para a grávida internada por APPT, devido às dúvidas, incertezas e ansiedade manifestada pelas mulheres nesta situação concreta. Deste modo surgiu a ideia deste projecto, fazendo para isso, o levantamento das necessidades das grávidas.

No estado 4: Proficiente. As enfermeiras tornam-se capazes de reconhecer os atributos e características de uma situação de mudança, adquirindo a capacidade e o conhecimento para fornecer respostas satisfatórias e competentes. Assim, desta forma, pode-se dizer que “a enfermeira proficiente percepciona as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada” (Benner, 2001).

Foi o que aconteceu após o tempo de permanência no serviço e realizada a analise e tratamento dos dados recolhidos junto das utentes e implementadas as atividades de resposta às necessidades das grávidas.

O estadio 5: Perita será ainda uma meta a atingir com o desenvolvimento das novas competências enquanto ESMOG.

8. CONCLUSÃO

A APPT é uma situação inesperada, que pode ser despoletada por vários factores, mas que gera ansiedade e, por vezes, sentimentos de culpa na grávida/casal.

Através da implementação de um conjunto de intervenções neste âmbito, considero ser possível minimizar o impacto negativo durante a situação de internamento por APPT, bem como o impacto entre bebé real-bebé imaginário, na situação de parto e nascimento prematuros.

Surgiu assim o tema para este projeto/relatório, que tendo sofrido algumas alterações ao longo da sua execução, consegui levar a cabo ” programa”.

São relatados neste documento as várias fases que se desenvolveram num contínuo desde a preparação e implementação de atividades, avaliação das intervenções propostas para levar à prática o projeto inicialmente desenhado. Na fase de preparação saliente-se a abordagem da hierarquia e a necessidade de diagnóstico de situação que permitiu caracterizar a população-alvo, através da aplicação de questionários acerca da ansiedade na gravidez e entrevistas às mulheres que estiveram internadas por APPT e tiveram filhos prematuros. Posteriormente foram elaborados power-points informativos acerca do tratamento farmacológico e não farmacológico na APPT, sobre as características do RN prematuro, sobre grupos de apoio e redes sociais relacionados com o tema da prematuridade, bem como a informação adequada e em cooperação com a informação fornecida pela equipa médica, aquando da decisão do parto e sua via. Foi ainda executado um álbum fotográfico bilingue, de modo a dar a conhecer aos pais o serviço de neonatologia.

Considero a execução deste relatório uma mais valia para mim enquanto enfermeira, na medida em que contactei mais profundamente com algumas utentes, permitindo-me compreender e entender melhor as suas necessidades e angustias, apercebendo-me das lacunas de informação e, por vezes, das dificuldades de percepção da situação vivida, do impacto que o nascimento de um RN prematuro poderia ter na sua vida enquanto futura mãe, e no relacionamento do próprio casal.

Acredita-se ao terminar este Relatório que embora se verificassem dificuldades, foram ultrapassadas e os objetivos cumpridos. Em conclusão, julgamos ter demonstrado a necessidade da implementação de um programa para mulheres em situação de APPT e simultaneamente um desenho possível para o levar à prática, no sentido da melhor vivência da gravida nesta experiência de vida.

1. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Alarcão, M. (2002), *(des) Equilibrios Familiares.* (2ª Edição), Coimbra: Quarteto

Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento.* Lisboa: Climepsi Editores.

Bayle F.& Martinet S. (2008). *Perturbações da Parentalidade.* Lisboa: Climepsi Editores, 1ª

Edição

Bardin, L. (1994). *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70.

Barros H. Tavares M. & Rodrigues T. (1996), “*Role of prenatal care in preterm birth and low birthweigth in Portugal.* Acedido a 2 de Fevereiro de 2013: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8887844

Beck S., Wojdyla D.,Lale S., Betran A., Merialdi M., Requejo J.H., Ruben C., Menon R.& Look P. (2010). *The Worldwide incidence of preterm birth- a systematic review of maternal mortality and morbidity.* Bull World Health Organ 88: 31-38

Benbassa, A., Tournaire M. & Nathan M. (s/d)*. Prematurité. Guide de surveillance de la grossesse.* Andem.

Benner, P., (2001) *De Iniciado a Perito.* Coimbra: Quarteto Editora

Berghella, V., (2010). *Preterm Birth Prevention and Management.* Wiley-Blackwell, 1ª Edição

Bittar R., Fonseca E.& Zugaib M. (2010), “*Predição e prevenção do parto pré-termo”.* Acedido a 25 de Fevereiro de 2013: <http://www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/Femina2010/janeiro/Femina_38n1/Femina_38n01_p13-22.pdf>

Brazelton. T.B. (1981). *Comportement et compétences du noveau-né. Psychiatr. Enfant,* 24, 375-396

Brazelton, T.B & Cramer, B.G (2001). *A relação mais precoce.* Lisboa: Terramar Editores.

Bowlby, J. (1994). *Attachement et perte.* Paris: PUF.

Canavarro, M.C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade.* Coimbra: Quarteto Editora.

Colman, L. & Colman, D. (1994). *Gravidez- A experiência Psicológica.* Edições Colibri.

Costa, J., *Métodos de Prestação de Cuidados.* Acedido a 18 de Março de 2013: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf>

Cruz, O. (2005). *Parentalidade.* Coimbra: Quarteto Editora.

Dalziel, R. (2006). *Antenal corticoesteroides for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Art. No: CD004454. DOI 10.1002/14651858.CD004454.pub2

Dayan, J. & Dugnat, M. (1999). *Psychopathologie de la périnatalité.* Paris: Masson.

*Diário da República* *nº 54*. Portaria nº 272/2009. Série IIde 18 de Março de 2011..

European Foundation for the Care of Newborn Infants (2013). Thirteen key recommendations <http://www.efcni.org/index.php?id=1888>

Estado da saúde ARS Algarve (s/d). Acedido a 10 de Outubro de 2011: <http://www.google.com/#sclient=psyab&hl=ptPT&site=&source=hp&q=taxas+de+prematuridade+no+algarve&pbx=1&oq=taxas+de+prematuridade+no+algarve&aq=f&aqi=q->

I. Health Research and Information Division (2012). *Perinatal Statistics Report*. Acedido a 3 de Março de 2013 : <http://www.esri.ie/__uuid/c02110d1-3093-4674-a64c-3ae567219ca1/Perinatal_Statistics_Report_2010.pdf>

Fleury, A. & Fleury, L. M, *Construindo o conceito de Competência,* RAC, edição especial 2001

Fortin M. (2003). *O Processo de Investigação.* 3ªedição. Loures: Lusociencia

Gameiro. M.H (1999). *Sofrimento na doença.* Coimbra: Quarteto Editora

Gonzalez Garay, A., Reveiz, L., Velasco Hidalgo, C. & Solis Galicia, L. (2012). Ambroxol for women at risk of preterm birth for preenting neonatal respiratory distress syndrome (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Art. No: CD009708. DOI: 101002/14651857.CD009708

Graça, L. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel

Ghosh, J.,Wilhelm, M., Dunkel-Schetter, C., Lombardi, C. & Ritz, B. (2010). Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of cronic stress: a study in Los Angeles County mothers. Archives of Womens Mental Health 13 327-228.

Hanus, M. (1994). *Les deuils dans la vie- deuils et séparations chez l’ adulte et chez l’enfant.* Paris: Maloine

Hospital de Faro, EPE (2010), “*Neonatologia”.* Acedido a 20 de Outrubro de 21012: [*http://www.hdfaro.minsaude.pt/site/index.php?option=com\_content&task=view&id=539&Itemid=138*](http://www.hdfaro.minsaude.pt/site/index.php?option=com_content&task=view&id=539&Itemid=138)

Humphris, D. (1988). *“Trabalho em equipa: a eliminação de barreiras”.* Nursing, Março 14-15.

ICM (2011). *Essential competencies for Basic Midwife Practice.* Acedido a 20 de Março de 2013:

<http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-coredocuments/essential-competencies-basic-midwifery-practice/>

INE (2011) *“Representação de partos pré-termo e nados-vivos 22-36 semanas no Algarve”.*

Acedido a 22 de Novembro de 2012:

*www.ine.pt/ngt\_server/attachfileu.jsp?look\_parentBoui...*

James, D. (2011). “*High Risk Pregnancy- Management Options”.* Elsevier, 4ª Edição

Khianman, B., Pattanittum, P.,Thinkhamrop, J. & Lumbiganon, P. (2012). “Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews”*, 8 Art. No: CD007426. DOI:101002/146511858.CD007426.pub2.

Koerner, B., Cohen, J. & Armstrong, D. (1986). *“Professional Behaviour in collaborative practice”.* Jona, 16.

Kramer, M. (2006). *“Avaliação da Aprendizagem como construção do saber”.*

Kron, T. & Gray, A. (1989). *“Administração dos Cuidados de Enfermagem ao Paciente: colocando em ação as capacidades de liderança”.* 6ª Edição, Rio de Janeiro: Interlivros.

Livi- Bacci, (1993) acedido a 18 de Março de 2013: http://www.infopedia.pt/$populacao-(sociologia)

Lopes, M.F. (2006), *Manual de Estilo da APA: Regras Básicas, American Phychological Association.* Portalegre, Artmed.

Lowdermilk, Deitra L. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade***.** 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.

Machado, M.C (2012), *“Dia Mundial da Prematuridade”.* Acedido a 23 de Outubro de 2012:

http://www.ispup.up.pt/uploads/newsletters/Newsletter%203\_EPICE-PO\_17-11-11.pdf

Mader, S. (2012). [EFCNI and WHO call for urgent action on maternal and newborn health across Europe](http://www.efcni.org/index.php?id=1926). May 2012. Acedido a 4 de Abril de 2013:

<http://www.efcni.org/index.php?id=1925>

Mão de Ferro, A. (1999). *“Na reta da Pedagogia”.* Lisboa. Edições Colibri

Markham, U. (2004). *Aborto Espontâneo.* São Paulo: Agora

Mendes , I.M. (2002). *Ligação Materno-fetal.* Coimbra: Quarteto Editora.

Ministério da Saúde (2006). *Requalificação dos Serviços de Urgência Perinatal.* Lisboa

*One baby in term is born premature* (s/d). Acedido em 3 de Março de 2013 em: <http://www.enemenemini.eu/welcome-page/>

Oliveira, A., Aparecida, C.& Sousa M. (s/d) *Avaliação: conceitos em diferentes olhares:Uma experiência vivenciada no curso da Pedagogia.* Acedido a 19 de Março de 2013:

http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/510\_223.pdf

Organização Mundial de Saúde (s/d)*- Disorders related to short gestation and low birth weigth.* Acedido a 6 de Novembro de 2011*:* <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/P07>

Oomen et al (s/d)- *Social Support provided to finnish mothers and fathers by nursing professionals in post natal ward.* Acedido a 11 de Outubro de 2011:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&hid=122&sid=e519198f-ef2a-4b44-99d9-55dcf8020b56%40sessionmgr114&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2011269156>

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Parecer da Ordem dos enfermeiros sobre condições de funcionamento das Maternidades.* Acedido a 30 de Março de 2013:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\_CD-11Jul-2008.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna Obstetrica e Ginecologica*. Acedido a 18 de Março de 2013:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf>

Qureshi Z. (2007) *Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth : RHL commentary*. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/preterm_birth/zqcom/en/index.html>

Sá, E. (1997). *A maternidade e o bebé.* Lisboa: Fim de Século.

Santos, C. (2003). *Vinculação, Estudo e Aprendizagem.* Coimbra: Quarteto.

Santanna, I.M. (1999). *“Porque avaliar? Como avaliar? Critérios e Instrumentos”.* 3ª Edição. Petropolis: RJ.

Soifer, R. (1986). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério.* Porto Alegre: Artes Médicas

Sosa, C., Althabe F., Belizán J.& Bergel E.(s/d) *Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD003581. DOI: 10.1002/14651858.CD003581.pub2 <http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/preterm_birth/cd003581/en/index.html>

Stern, D & Stern N. (1998). *O nascimento de uma mãe. Como a experiência da maternidade transforma uma mulher.* Porto: Ambar.

Taxa de Prematuridade OCDE (2007). Acedido a 11 de Outubro de 2010:

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

***APENDICE A***

Consentimento

**Tema do estudo**: Experiência de Internamento Hospitalar por Ameaça de Parto Pré-Termo

Apresento-me como a Enfermeira Cristina Isabel Galucho, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, encontrando-me a realizar um Projeto sobre o tema acima enunciado, que é orientado por professora da universidade.

Deste Projeto faz parte a abordagem a mulheres que estiveram internadas no hospital antes do bebé nascer para evitar o nascimento antes do tempo esperado. Consiste essa abordagem na realização de uma entrevista, onde se pede à senhora que conte a sua experiência durante o tempo de internamento.

A entrevista não tem benefícios diretos para a senhora, mas conhecendo profundamente a realidade das experiências vividas pelas mulheres, poderemos compreender melhor e aperfeiçoar a assistência de outras senhoras que passem pela mesma experiência.

A decisão de participar ou não, é sua, considere-se livre para aceitar ou rejeitar o convite que é feito. Em qualquer momento pode interromper a participação se não deseja continuar. Na apresentação dos resultados, o seu nome ou dados que o possam identificar não serão revelados.

Caso tenha dúvidas ou questões a colocar, antes de tomar a sua decisão em participar contacte-me através do telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A participação nesta entrevista toma-lhe aproximadamente 30 a 40m e será no local que indicar.

Li este consentimento e concordo em participar no estudo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Data ) (Assinatura do participante)

Li, expliquei este consentimento e assegurei-me que o participante compreendeu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Data ) (Assinatura da Mestranda)

**Guião de Entrevista**

1.Por favor *Dª ……………………………………, conte-me como foi a sua experiência de internamento no hospital por risco de parto antes do tempo.*

*Peço à Dª ………………………………….. que nos fale em 1º lugar de como soube da situação, como foi a decisão para o internamento, como é que o período de internamento decorreu e como foi assistida pelas enfermeiras*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grelha 1 - Revisão Estruturada da Descrição** | | |
| Tema | Sub-tema | Tópicos orientadores [Recordatório de aspetos] |
| Notícia de APPT | * Quando se iniciou a situação de APPT, o que sentiu, como reagiu | * Descrição do contexto: hora, local, duração desde os 1ºs sinais * Sinais e sintomas, ânimo/humor * Para onde foi e porquê |
| * Quem a apoiou em termos familiares | * Pessoa mais significativa * Forma de ajuda dessa pessoa |
| * A quem técnico/serviço recorreu | * Pessoa/técnico mais significativo * Forma de ajuda da pessoa/técnico |
| * Como lidou com a noticia de APPT | * O que sentiu * O que pediu aos outros para melhor lidar com a APPT * O que os outros lhe disseram pª que melhor lidasse com a APPT * Facilidades e/ou dificuldades durante o TP |
| Decisão de Internamento por APPT | * Local | * Onde ocorreu [Condições/estrutura física do espaço] * Recursos técnicos que encontrou * Recursos humanos que encontrou |
| * Como se confrontou com a situação | * Pessoas presentes * Quem assistiu tecnicamente (pessoa/técnico de saúde) * Quem assistiu em termos de apoio pessoal |
| Decurso do Internamento por APPT | * Ocupação durante os dias de internamento | * O que fazia para se ocupar * Quem a ajudava a passar o tempo |
| * Como lidou com o tempo de internamento | * Que pensamentos * Que sentimentos * Que formas de lidar com a situação |
| * Que cuidados e respetivas formas de lidar | * Que tipo de repouso * Que recomendações lhe fizeram relativamente ao repouso * Como realizava atividades diárias [higiene, alimentação, sono…] |
| * Avaliação da qualidade dos cuidados recebidos | * Desempenho instrumental das enfermeiras * Desempenho relacional das enfermeiras * O que sugere para a melhoria dos cuidados de Enfermagem |

Grelha 2 – Aspetos Sociodemográficos

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

Morada (onde vive atualmente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Objetivo Geral: Recolher informação sobre a primeira experiência de maternidade

Local (a designar pela participante):

Data da entrevista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dados Sociodemográficos** | | | |
| 1.Idade atual | 2.Situação conjugal atual | | 2.1Vive com parceiro /marido  Sim Não |
| 3.Composição do Agregado familiar: | | | |
| 4.Habiliações Profissionais | | 5.Empregada/desempregada | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dados Obstétricos completar** | |
| 6.Idade à data do internamento | 7.Composição do agregado à data do internamento |
| 8.Vigilância da gravidez a que se refere o internamento Sim Não | 9.Indice Obstétrico atual  \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10.Outros dados que a senhora por iniciativa própria queira dar | |

***APENDICE B***

Análise das Entrevistas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quando se iniciou a situação de APPT, o que sentiu? Como reagiu?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Instalação da APPT | Identificação da situação | Aconteceu em Setembro de 2012, depois de passar várias horas em pé, senti-me molhada (E1[[1]](#footnote-1)) |
| Reconhecimento dos Sinais | Já era o segundo filho e sabia que tinha “rebentado as águas” (E1) |
| Recursos mobilizados | Depressa pedi a uma colega para me levar ao hospital (E1); Tentei contactar logo o meu companheiro para que viesse ter comigo à urgência do hospital de Faro (E1) |
| Conhecimento da Gravidade | Fui para o hospital porque sabia que era condição para recorrer à urgência (E1) |
| Antecipação da prematuridade | Pensei logo que ia ter o bebé (E1) |
| Sentimentos face ao quadro | senti-me bastante nervosa, porque tinha apenas 29 semanas de gestação (E1) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quem a apoiou em termos familiares?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com a APPT em meio familiar | Figuras de apoio | O meu companheiro principalmente e também os meus pais (E1) |
| Desculpabilização intra e interpessoal | nunca me culparam do sucedido [pais e companheiro] (E1) |
| Manifestações de apoio | sempre me escutaram [pais e companheiro] (E1); |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A quem técnico/serviço recorreu?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Contexto de Urgência em APPT | Locais de recurso | Ao serviço de urgência de Obstetrícia do Hospital de Faro (E1) |
| Figuras profissionais de apoio | Fui atendida por uma médica e um enfermeiro, que me observaram e me ajudaram na minha situação (E1) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Como lidou com a noticia de APPT?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com a notícia de AMPT | Expropriação das expetativas da gravidez | na outra gravidez não ocorreu nada semelhante (E1) |
| Angústia pela prematuridade | Foi muito difícil, não esperava poder vir a ter um filho prematuro (E1) |
| Auto-culpabilização | Senti-me sobretudo culpada por não descansar mais (E1); |
| Prejuízo familiar do internamento | o facto de ter um filho em casa que precisava de mim, deixava-me ainda mais ansiosa (E1) |
| Irreversibilidade da situação | Não havia nada que pudesse mudar o que aconteceu (E1) |
| Improficiência do apoio | nem nada do que me pudessem dizer atenuava o que sentia (E1) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Decisão para Internamento por APPT** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com o internamento na AMPT | Identificação das figuras de assistência | Quem me assistiu foi uma médica e um enfermeiro (E1) |
| Qualificação dos apoios profissionais | Encontrei enfermeiros e médicos disponíveis (E1) |
| Qualificação dos recursos terapêuticos | penso que não me faltou medicamentos e cuidados (E1); acho que está bem equipado (E1) |
| Qualificação dos apoios de significativos | Esteve presente a minha colega e o meu marido, na sala da urgência do 5º piso, que me apoiaram (E1); |
| Prejuízo familiar do internamento | o facto de ter um filho em casa que precisava de mim, deixava-me ainda mais ansiosa (E1) |
| Irreversibilidade da situação | Não havia nada que pudesse mudar o que aconteceu (E1) |
| Improficiência do apoio | nem nada do que me pudessem dizer atenuava o que sentia (E1) |
| Meios de superação | Navegava na internet, via tv, lia revistas. Passava o tempo a falar com as outras grávidas e com as visitas (E1) |
| Preocupação por dependentes familiares | Foi muito complicado, porque tinha um filho pequeno em casa que precisava de mim (E1) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Viver o Internamento por APPT** | | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado | |
| Lidar com as Medidas Terapêuticas | Prescrição de repouso | Disseram-me sempre que não podia levantar-me (E1) | |
| Repercussões do Repouso | Efeitos da inatividade | tinha que permanecer sempre deitada, o que foi péssimo para mim, sou muito ativa, tive bastante dificuldade em lidar com isso (E1) |
| Aceitação pelo benefício fetal | O facto de não querer ter o meu segundo filho as 29 semanas ajudou a aceitar a situação (E1) |
| Lidar com o quotidiano | Prejuízo das AVD e privacidade | Fazia tudo na cama, não tinha hipótese e era muito complicado, sem privacidade, a enfermaria tinha mais 2 camas e depois havia as visitas (E1) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Avaliação do internamento por APPT** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Qualificação dos técnicos | Representações positivas | Foi bom. Eram todos simpáticos. Não sei o que possa sugerir para melhorar (E1) |

**Análise de Entrevistas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quando se iniciou a situação de APPT, o que sentiu? Como reagiu?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Instalação da APPT | Identificação da situação | Em meados de Outubro, tinha vindo de uma caminhada, era por volta das 19h, senti dores abdominais muito fortes  (E2[[2]](#footnote-2)) |
| Reconhecimento dos Sinais | senti dores abdominais muito fortes, nunca tinha sentido nada semelhante.( E2) |
| Recursos mobilizados | pedi à amiga que tinha ido caminhar comigo para me levar à urgência do hospital de Faro, sabia que ia demorar porque moro em Tavira. (E2) |
| Conhecimento da Gravidade | Fui para o hospital porque sabia que era condição para recorrer à urgência (E2) |
| Antecipação da prematuridade | tive medo de perder o bebé.Tinha 30 semanas na altura. (E2) |
| Sentimentos face ao quadro | Fiquei receosa e assustada. (E2) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quem a apoiou em termos familiares?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com a APPT em meio familiar | Figuras de apoio | amiga Helena, o meu marido (E2) |
| Desculpabilização intra e interpessoal | Senti-me infeliz e perdida e muito culpada também. (E2) |
| Manifestações de apoio | Pedi para me esclarecerem bem de tudo o que podia acontecer comigo e com o bebé, e assim foi feito, logo pela médica e depois pela enfermeira do internamento e o meu marido que esteve comigo.; (E2) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A quem técnico/serviço recorreu?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Contexto de Urgência em APPT | Locais de recurso | Ao serviço de urgência de Obstetrícia do Hospital de Faro (E2) |
| Figuras profissionais de apoio | Fui atendida por uma médica e uma enfermeira, que me observaram (E2) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Como lidou com a noticia de APPT? | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com a notícia de AMPT | Expropriação das expetativas da gravidez | A ideia de ter um bebé prematuro, que tivesse que ficar internado não era de todo algo que tivesse considerado que pudesse suceder.  (E2) |
| Angústia pela prematuridade | mas o bebé teve que ser internado, mal o vi e para mim foi muito negativo, não foi nada como estava à espera (E2) |
| Auto-culpabilização | Senti-me infeliz e perdida e muito culpada também. Se tivesse uma vida mais sedentária, talvez nada disto tivesse acontecido. (E2) |
| Prejuízo familiar do internamento | Tive que ficar internada e em repouso, o meu marido ficou sozinho  (E2) |
| Irreversibilidade da situação | (…) mas mesmo assim não resultou, o bebé nasceu antes do tempo.  (E2) |
| Improficiência do apoio | Pedi sempre informação para diminuir a minha ansiedade (E2) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Decisão para Internamento por APPT** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com o internamento na AMPT | Identificação das figuras de assistência | Quem me assistiu foi uma médica e uma enfermeira(E2) |
| Qualificação dos apoios profissionais | Encontrei enfermeiros e médicos disponíveis (E2) |
| Qualificação dos recursos terapêuticos | Muito bom. Elas foram óptimas comigo,  Fiz a medicação (E2) |
| Qualificação dos apoios de significativos | Esteve presente a minha amiga e o meu marido, na sala da urgência do 5º piso, (E2) |
| Prejuízo familiar do internamento | O meu marido ficou sozinho (E2) |
| Irreversibilidade da situação | (…) mas mesmo assim não resultou, o bebé nasceu antes do tempo.  (E2) |
| Improficiência do apoio | Pedi sempre informação para diminuir a minha ansiedade (E2) |
| Meios de superação | Navegava na internet, via televisão e bordava fraldas para o bebé. (E2) |
| Preocupação por dependentes familiares | Somente o marido que ficou só (E2) |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Viver o Internamento por APPT** | | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado | |
| Lidar com as Medidas Terapêuticas | Prescrição de repouso | só podia estar deitada, enquanto fiz a medicação. Tudo era feito na cama. Depois comecei a poder deslocar-me ao WC (E2) | |
| Repercussões do Repouso | Efeitos da inatividade | Bastante mal, enquanto só podia estar deitada, enquanto fiz a medicação. Tudo era feito na cama. E2 |
| Aceitação pelo benefício fetal | Era o melhor para o bebé (E2) |
| Lidar com o quotidiano | Prejuízo das AVD e privacidade | Fazia tudo na cama (E2) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Avaliação do internamento por APPT** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Qualificação dos técnicos | Representações positivas | Muito bom. Elas foram óptimas comigo, sobretudo na sala de parto (E2) |

**Análise de Entrevistas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quando se iniciou a situação de APPT, o que sentiu? Como reagiu?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Instalação da APPT | Identificação da situação | No dia 1 de Abril de 2012 recorri ao serviço de urgência por “perda de liquido amniótico” e contracções (E3[[3]](#footnote-3)) |
| Reconhecimento dos Sinais | fui avisada e vem no livro de vigilância da gravidez que se perdesse liquido devia ir ao hospital (E3) |
| Recursos mobilizados | eu e o meu marido, que foi quem estava comigo e me levou. (E3) |
| Conhecimento da Gravidade | Fui para o hospital porque sabia que perda de liquido era motivo para recorrer à urgência (E3) |
| Antecipação da prematuridade | Apercebi-me de que havia risco de ter o bebé antes do tempo (E3) |
| Sentimentos face ao quadro | Estava em pânico,(E3) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quem a apoiou em termos familiares?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com a APPT em meio familiar | Figuras de apoio | O meu marido e os meus pais essencialmente (E3) |
| Desculpabilização intra e interpessoal | senti-me muito culpada e com medo que o meu marido me culpabilizasse (E3) |
| Manifestações de apoio | sempre presentes nas visitas e disponíveis via telemóvel, para me ouvir. (E3) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A quem técnico/serviço recorreu?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Contexto de Urgência em APPT | Locais de recurso | serviço de urgência de Obstetrícia do Hospital de Faro (E3) |
| Figuras profissionais de apoio | foram a médica que me atendeu e a enfermeira do serviço de grávidas que me recebeu (E3) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Como lidou com a noticia de APPT? | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com a notícia de AMPT | Expropriação das expetativas da gravidez | Culpada pelo nascimento antecipado do meu filho. (E3) |
| Angústia pela prematuridade | Pensava que o meu filho podia morrer, que podia ter alguma complicação. Li na internet que os prematuros podiam ter muitos problemas, tinha muito medo que nascesse cego ou com alguma deficiência por minha culpa.(E3) |
| Auto-culpabilização | Sentia-me culpada, ansiosa, triste (E3); |
| Prejuízo familiar do internamento | Não verbalizou (E3) |
| Irreversibilidade da situação | Nada podia mudar o facto de estar ali (E3) |
| Improficiência do apoio | Não pedi nada para melhor lidar com a APPT (E3) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Decisão para Internamento por APPT** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com o internamento na AMPT | Identificação das figuras de assistência | Quem me assistiu foi uma médica e um enfermeira (E3) |
| Qualificação dos apoios profissionais | Encontrei enfermeiros e médicos, auxiliares e uma psicóloga disponíveis (E3) |
| Qualificação dos recursos terapêuticos | Achei que tinham todo o equipamento, Lembro-me que fiz medicação, antibióticos e uma medicação para não ter contracções. Acho que não me faltou nada, pelo que me explicaram.  (E3) |
| Qualificação dos apoios de significativos | o meu marido, na sala da urgência do 5º piso, que me apoiou(E3); |
| Prejuízo familiar do internamento | Não referiu. |
| Irreversibilidade da situação | Nada podia mudar o facto de estar ali (E3) |
| Improficiência do apoio | Não pedi nada para melhor lidar com a APPT (E3) |
| Meios de superação | Para me ocupar, navegava na internet, pedi para aceder à rede do hospital. Lia revistas e via tv.  Quem me ajudava a passar o tempo eram as minhas visitas, os meus pais e o meu marido.  (E3) |
| Preocupação por dependentes familiares | Não referiu. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Viver o Internamento por APPT** | | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado | |
| Lidar com as Medidas Terapêuticas | Prescrição de repouso | tinha que estar sempre deitada (E3) | |
| Repercussões do Repouso | Efeitos da inatividade | Fazia tudo na cama. Foi muito complicado.  (E3) |
| Aceitação pelo benefício fetal | (Disseram-me sempre que na minha situação não me podia levantar, porque corria o risco de entrar em trabalho de parto.  (E3) |
| Lidar com o quotidiano | Prejuízo das AVD e privacidade | Fazia tudo na cama. Para tomar banho traziam-me uma bacia e uma esponja e lavava-me ali mesmo entre cortinas. Para urinar/evacuar era com uma arrastadeira que ficava sempre ao lado da cama. Para comer traziam um tabuleiro com a refeição que colocavam numa mesa e comia ali. É mesmo muito mau, não se tem privacidade, senti-me muito exposta.  (E3) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avaliação do internamento por APPT | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Qualificação dos técnicos | Representações positivas | Considero que são boas profissionais nos dois campos. O que sugeria eram que aumentassem o número de enfermeiras no serviço. Acho que são poucas para tantas mulheres grávidas. (E3) |

**Análise de Entrevistas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A quem técnico/serviço recorreu?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Contexto de Urgência em APPT | Locais de recurso | Ao serviço de urgência de Obstetrícia do Hospital de Faro (E4) |
| Figuras profissionais de apoio | Então fui atendida pelo médico que estava de urgência. (E4) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Quem a apoiou em termos familiares? | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com a APPT em meio familiar | Figuras de apoio | A minha família, os meus pais, o meu irmão, o meu filho, o meu marido. (E4) |
| Desculpabilização intra e interpessoal | Achei que o meu marido me culpava um pouco pela situação (E4) |
| Manifestações de apoio | De todos, o meu filho foi o que mais me acarinhou. (E4) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quando se iniciou a situação de APPT, o que sentiu? Como reagiu?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Instalação da APPT | Identificação da situação | Em Outubro de 2012, ao final da tarde, depois de um dia cansativo, comecei a perder sangue vivo e comecei a sentir contracções (E4[[4]](#footnote-4)) |
| Reconhecimento dos Sinais | Fiquei receosa, pois na minha primeira gravidez correu tudo normalmente (E4) |
| Recursos mobilizados | Falei com o meu marido e fomos de imediato para o Hospital de Faro. Moramos em Tavira (E4) |
| Conhecimento da Gravidade | sabia que era condição para recorrer à urgência (E4) |
| Antecipação da prematuridade | Pensei que ia ter o bebé antes do tempo (E4) |
| Sentimentos face ao quadro | Fiquei receosa (…)Achei também que o meu marido me culpabilizava um pouco pela situação, pois dizia muitas vezes que eu devia descansar mais.  (E4) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Como lidou com a noticia de APPT? | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com a notícia de AMPT | Expropriação das expetativas da gravidez | na minha primeira gravidez correu tudo normalmente (E4) |
| Angústia pela prematuridade | Não esperava que nada disto acontecesse (E4) |
| Auto-culpabilização | senti-me culpada por descansar pouco durante esta gravidez (E4); |
| Prejuízo familiar do internamento | (…)Muito mal, tinha um filho de 8 anos em casa, (E4) |
| Irreversibilidade da situação | Agora não havia nada a fazer(E4) |
| Improficiência do apoio | Pedi que me explicassem toda a situação e todos os riscos que corria o meu bebé, queria ter toda a informação , ajudou-me a perceber a situação(E4) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avaliação do internamento por APPT | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Qualificação dos técnicos | Representações positivas | Muito bom. Sempre esclareceram todas as minha duvidas e questões. Para melhorar, não sei, pelo menos comigo não tenho nada a acrescentar. (E4) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Decisão para Internamento por APPT** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com o internamento na AMPT | Identificação das figuras de assistência | Quem me assistiu foi o médico e enfermeiro de urgência (E4) |
| Qualificação dos apoios profissionais | Encontrei enfermeiros e médicos, uma psicologa (E4) |
| Qualificação dos recursos terapêuticos | Penso que o serviço de urgência estava muito bem equipado, com todas as condições e meios técnicos e humanos para me assistir nesta situação.(E4) |
| Qualificação dos apoios de significativos | O meu marido, o meu filho ficou na sala de espera. (E4) |
| Prejuízo familiar do internamento | (…)Muito mal, tinha um filho de 8 anos em casa (E4) |
| Irreversibilidade da situação | Agora não havia nada a fazer(E4) |
| Improficiência do apoio | Pedi que me explicassem toda a situação e todos os riscos que corria o meu bebé, queria ter toda a informação , ajudou-me a perceber a situação(E4) |
| Meios de superação | Lia livros e revistas, navegava na internet, conversava com as visitas e colegas de quarto. (E4) |
| Preocupação por dependentes familiares | Tinha um filho de 8 anos em casa (E4) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Viver o Internamento por APPT** | | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado | |
| Lidar com as Medidas Terapêuticas | Prescrição de repouso | De inicio tive repouso absoluto, não podia levantar-me, depois comecei a ir ao WC para a higiene (E4) | |
| Repercussões do Repouso | Efeitos da inatividade | Foi complicado, nunca passei por tal (E4) |
| Aceitação pelo benefício fetal | O repouso era em beneficio do bebé (E4) |
| Lidar com o quotidiano | Prejuízo das AVD e privacidade | Fazia tudo na cama. (E4) | |

**Análise de Entrevistas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quando se iniciou a situação de APPT, o que sentiu? Como reagiu?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Instalação da APPT | Identificação da situação | Foi no inicio de Setembro de 2012, senti por contracções muito fortes (E5[[5]](#footnote-5)) |
| Reconhecimento dos Sinais | Esta era a minha segunda gravidez e esta a minha segunda filha. A primeira também nasceu prematura.  (E5) |
| Recursos mobilizados | A minha mãe levou-me ao hospital (E5) |
| Conhecimento da Gravidade | esta a minha segunda filha. A primeira também nasceu prematura, pensei que devia recorrer ao hospital. (E5) |
| Antecipação da prematuridade | Era a segunda vez que passava pela situação (E5) |
| Sentimentos face ao quadro | culpada e triste, pois já era a segunda vez que via esta situação a decorrer, no entanto um pouco mais tranquila uma vez que já sabia o percurso se ficasse internada, e também quanto ao desfecho já que a minha primeira filha também foi prematura e é uma menina saudável. O que não queria era passar por toda a situação de internamento (E5) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quem a apoiou em termos familiares?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com a APPT em meio familiar | Figuras de apoio | A minha mãe. Ela esteve sempre comigo a dar-me força e a tranquilizar-me e a presença dela ajudou bastante. (E5) |
| Desculpabilização intra e interpessoal | Ninguém me culpou, só eu me culpei (E5) |
| Manifestações de apoio | A minha mãe deu-me força; (E5) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A quem técnico/serviço recorreu?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Contexto de Urgência em APPT | Locais de recurso | Ao serviço de urgência de Obstetrícia do Hospital de Faro (E5) |
| Figuras profissionais de apoio | O médico, médico estagiário e as enfermeiras (E5) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Como lidou com a noticia de APPT? | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com a notícia de AMPT | Expropriação das expetativas da gravidez | Estava à espera, a situação foi muito semelhante à do nascimento da minha primeira filha. Ela tem 3 anos. Ainda me lembro bem. Senti-me culpada, triste, revoltada, mas menos nervosa, do que da primeira vez. (E5) |
| Angústia pela prematuridade | Estava à espera, a primeira também foi prematura (E5) |
| Auto-culpabilização | Senti-me culpada, triste (E5); |
| Prejuízo familiar do internamento | Foi muito difícil, tenho uma filha pequena que precisa de mim e um “marido” ausente. (E5) |
| Irreversibilidade da situação | Agora já não podia voltar atrás (E5) |
| Improficiência do apoio | Expressei bastante os meus sentimentos durante as semanas de internamento, era a única forma de me aliviar mais. (E5) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Decisão para Internamento por APPT** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com o internamento na AMPT | Identificação das figuras de assistência | Quem me assistiu foi o médico, médico estagiário e uma enfermeira (E5) |
| Qualificação dos apoios profissionais | Não tenho nenhum profissional de eleição, gostei de todos e do atendimento, todos cuidaram bem e mim e me ajudaram (E5) |
| Qualificação dos recursos terapêuticos | O procedimento foi muito semelhante. Acho que não me faltou nada. Ainda me lembrava de algumas enfermeiras e médicos. (E5) |
| Qualificação dos apoios de significativos | Esteve presente a minha mãe que me apoiou. (E5) |
| Prejuízo familiar do internamento | Foi muito difícil, tenho uma filha pequena que precisa de mim e um “marido” ausente (E5) |
| Irreversibilidade da situação | Agora já não podia voltar atrás (E5) |
| Improficiência do apoio | Expressei bastante os meus sentimentos durante as semanas de internamento, era a única forma de me aliviar mais. (E5) |
| Meios de superação | Via televisão, fazia palavras cruzadas e lia revistas. A minha mãe e a minha filha que me visitavam todos os dias, eram as pessoas mais presentes, também uma grande amiga minha e a minha irmã me ajudaram a passar o tempo. (E5) |
| Preocupação por dependentes familiares | tenho uma filha pequena que precisa de mim (E5) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Viver o Internamento por APPT** | | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado | |
| Lidar com as Medidas Terapêuticas | Prescrição de repouso | Tinha repouso total, não me podia levantar para nada (E5) | |
| Repercussões do Repouso | Efeitos da inatividade | Foi complicado mais uma vez o facto de não me poder levantar (E5). |
| Aceitação pelo benefício fetal | Era para o bem do bebé (E5) |
| Lidar com o quotidiano | Prejuízo das AVD e privacidade | comia, tomava banho, e todo o resto na enfermaria. Quando terminou passei a poder ir ao WC para a higiene e” necessidades” (E5) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avaliação do internamento por APPT | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Qualificação dos técnicos | Representações positivas | Considero bom. Não tenho qualquer razão de queixa. (E5) |

**Análise de Entrevistas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quando se iniciou a situação de APPT, o que sentiu? Como reagiu?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Instalação da APPT | Identificação da situação | Estava em casa, quando” romperam as águas”. Aconteceu em Outubro de 2012 (E6[[6]](#footnote-6)) |
| Reconhecimento dos Sinais | Sabia que tinha que ir, porque me tinham dito no Centro de Saúde e estava no livro da gravidez (E6) |
| Recursos mobilizados | Estava sozinha, liguei à minha irmã, para me levar ao hospital Ela veio buscar-me e levou-me para o hospital de Faro. Eu moro em Olhão. (E6) |
| Conhecimento da Gravidade | Fui para o hospital porque me disseram no CS nas consultas que era para ir (E6). |
| Antecipação da prematuridade | Ainda não era tempo do bebé nascer. Eu também tinha muito medo do parto. (E6) |
| Sentimentos face ao quadro | Fiquei muito assustada , tinha 28 semanas de gestação. (E6) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quem a apoiou em termos familiares?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com a APPT em meio familiar | Figuras de apoio | A minha irmã. O pai do meu filho terminou comigo quando engravidei. (E6) |
| Desculpabilização intra e interpessoal | não entendia muito bem o porquê de estar naquela situação (E6). |
| Manifestações de apoio | A minha irmã esteve sempre comigo durante as longas semanas que estive internada. Eu só queria alguém que conhecesse perto de mim. E6 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A quem técnico/serviço recorreu?** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Contexto de Urgência em APPT | Locais de recurso | Ao serviço de urgência de Obstetrícia do Hospital de Faro (E6) |
| Figuras profissionais de apoio | Recorri ao médica e as enfermeiras que me atenderam (E6) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Como lidou com a noticia de APPT? | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com a notícia de AMPT | Expropriação das expetativas da gravidez | Não percebi muito bem o que me estava a acontecer, só sabia que não era altura do bebé nascer (E6). |
| Angústia pela prematuridade | Senti medo, mesmo muito medo como já disse, sobretudo do parto e pensei que o bebé podia morrer (E6) |
| Auto-culpabilização | Não referiu sentimento de culpa (E6) |
| Prejuízo familiar do internamento | Não referiu. |
| Irreversibilidade da situação | Não havia nada que pudesse fazer (E6) |
| Improficiência do apoio | Nada do que dissesse melhorava a minha situação (E6). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Decisão para Internamento por APPT** | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Confronto com o internamento na AMPT | Identificação das figuras de assistência | Quem me assistiu foi uma médica e uma enfermeira (E6) |
| Qualificação dos apoios profissionais | Encontrei enfermeiros e médicos simpáticos (E6) |
| Qualificação dos recursos terapêuticos | Acho que estava bem equipado. As camas eram articuladas, tinham comando (E6) |
| Qualificação dos apoios de significativos | A minha irmã que esteve sempre nas visitas. (E6) |
| Prejuízo familiar do internamento | Não referiu |
| Irreversibilidade da situação | Não havia nada que pudesse fazer (E6) |
| Improficiência do apoio | Nada do que dissesse melhorava a minha situação (E6). |
| Meios de superação | Via televisão e conversava com as colegas de quarto e com as minhas visitas, (irmã e amigas) e enviava sms.  (E6) |
| Preocupação por dependentes familiares | Não referiu. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Viver o Internamento por APPT** | | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado | |
| Lidar com as Medidas Terapêuticas | Prescrição de repouso | Tive sempre repouso total na cama durante todo o internamento. (E6) | |
| Repercussões do Repouso | Efeitos da inatividade | Também foi muito difícil estar sempre deitada, muito aborrecido. Às vezes sentia-me sozinha e desamparada, pois a maioria das senhoras tinham visitas dos maridos e eu não e isso foi muito complicado para mim. (E6) |
| Aceitação pelo benefício fetal | Era para o bem do meu filho (E6) |
| Lidar com o quotidiano | Prejuízo das AVD e privacidade | Fazia tudo na cama, tomava banho, fazia as refeições, ia à arrastadeira. Foi também muito complicado, porque tinha vergonha. (E6) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avaliação do internamento por APPT | | |
| Categorias Temáticas ou de Significado | Sub-categorias ou Unidades de Registo | Unidades de Verbalização ou de Enunciado |
| Qualificação dos técnicos | Representações positivas | Achei que foram todas atenciosas e carinhosas, eram boas profissionais. Acho é que deviam ser mais por turno. (E6) |

***APÊNDICE C***

Questionário

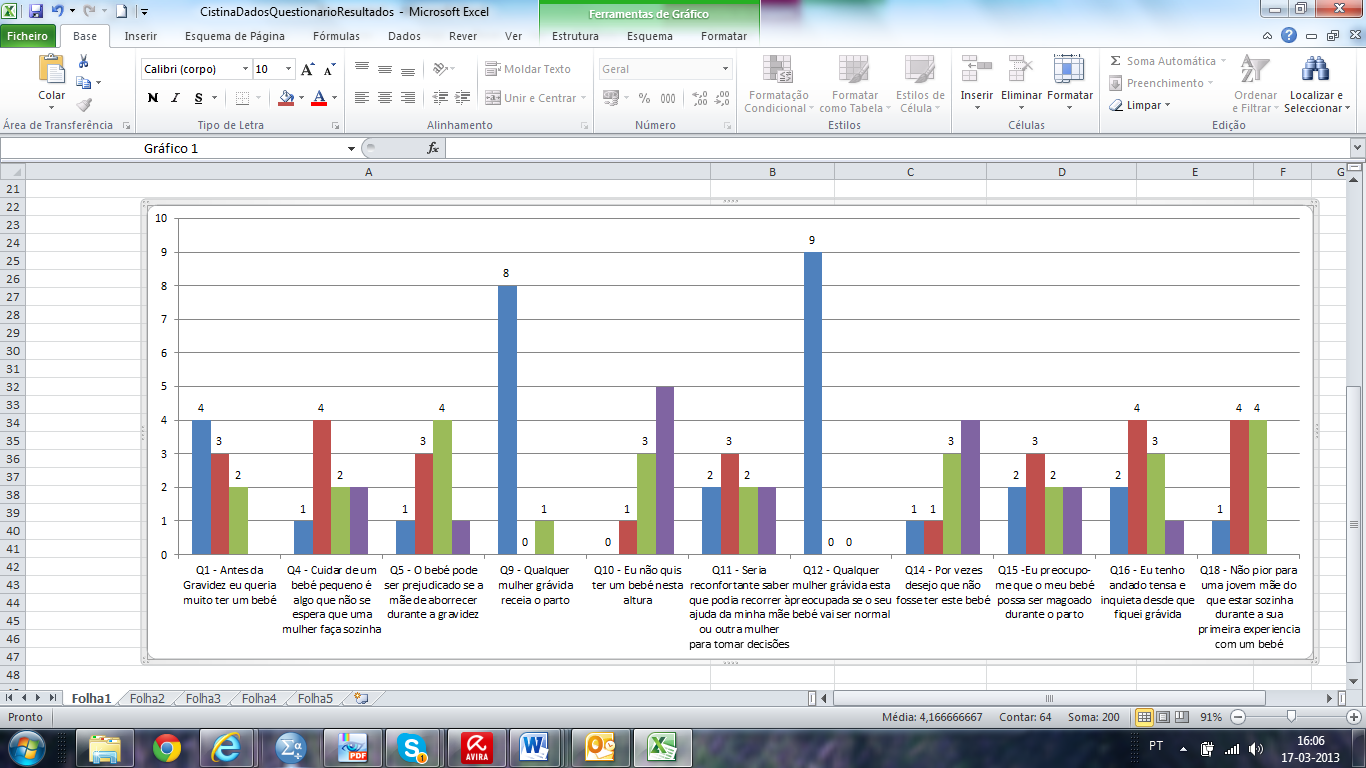
Responderam ao questionário nove utentes. Os dados sociodemográficos e obstétricos apresentam-se nos gráficos abaixo

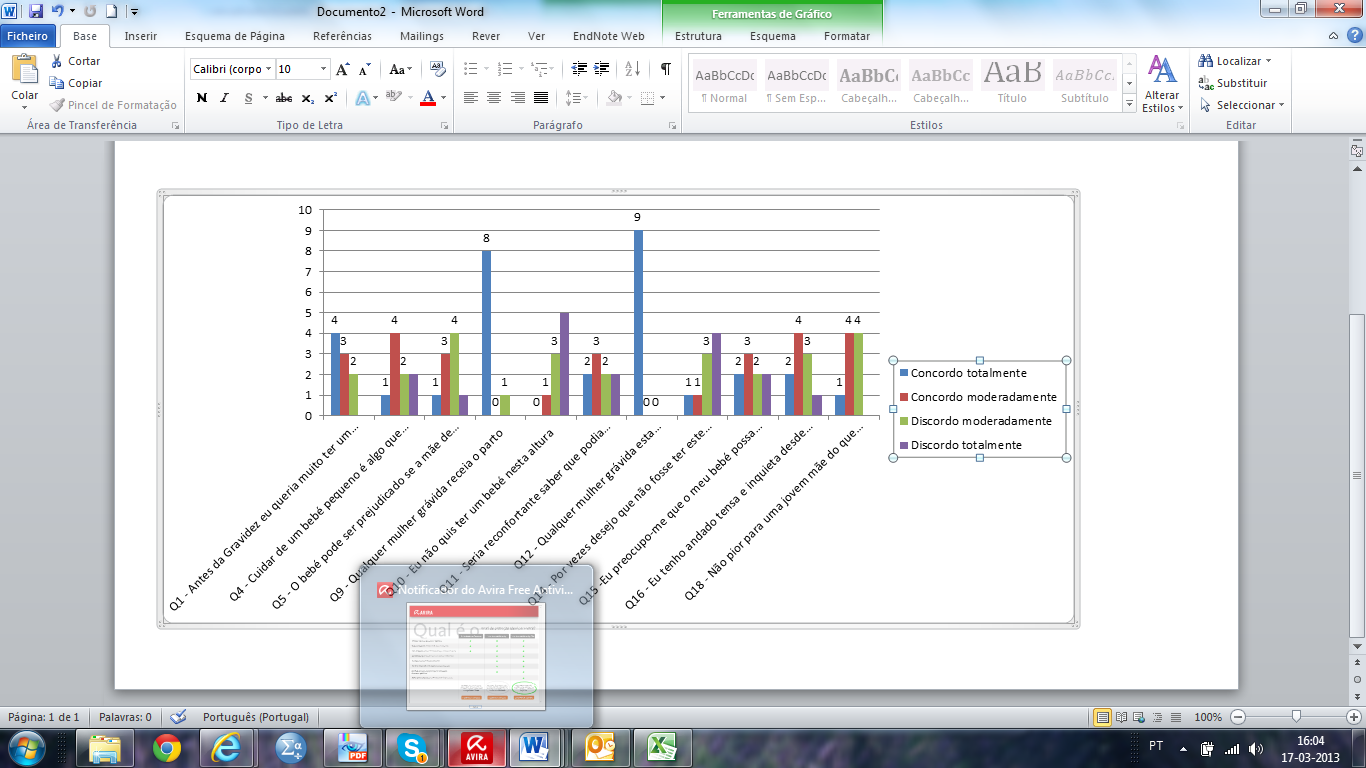
|  |  |
| --- | --- |
| A maior parte das participantes (n=6) encontra-se na faixa etária entre os 25 e os 30 anos |  |
| A residência em Faro e Olhão predomina (n=4 & n=4) |  |
| O agregado familiar da maior parte das participantes (n=5) é composto por 2 pessoas |  |
| A maior parte das participantes (n=5) encontra-se entre as 21 e as 30 semanas. |  |

Aplicou-se a este grupo de mulheres internadas no HDF, por razões de APPT o questionário de Shaefer & Manheimer. A tradução do inglês para português foi realizada por Inês Jongenelen.

Os resultados mostram que a maior parte desejava ter um bebé (N=7), considera que os cuidados não devem ser prestados apenas pela mãe (N=5), considera que o bebé não é prejudicado se a mãe se aborrecer durante a gravidez (N=5), que qualquer mulher grávida tem receio do parto (N=8), que a maioria das mulheres quis ter um bebé nesta altura (N=8), que gostaria de recorrer à mãe ou outra mulher mais velha para tomar decisões (N=5), que todas as grávidas se preocupam se o seu bebé vai ser normal (N=9). A maioria deseja ter este bebé (N=7), a maioria preocupa-se que o bebé possa ser magoado durante o parto (N=5), a maioria das grávidas tem ficado inquieta desde que ficou grávida (N=6), a maioria considera que não há pior do que estar sozinha durante a primeira experiência de ter um bebé (N=5).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Concordo totalmente | Concordo moderadamente | Discordo moderadamente | Discordo totalmente |
| Q1 - Antes da Gravidez eu queria muito ter um bebé | 4 | 3 | 2 | 0 |
| Q4 - Cuidar de um bebé pequeno é algo que não se espera que uma mulher faça sozinha | 1 | 4 | 2 | 2 |
| Q5 - O bebé pode ser prejudicado se a mãe de aborrecer durante a gravidez | 1 | 3 | 4 | 1 |
| Q9 - Qualquer mulher grávida receia o parto | 8 | 0 | 1 | 0 |
| Q10 - Eu não quis ter um bebé nesta altura | 0 | 1 | 3 | 5 |
| Q11 - Seria reconfortante saber que podia recorrer à ajuda da minha mãe ou outra mulher para tomar decisões | 2 | 3 | 2 | 2 |
| Q12 - Qualquer mulher grávida esta preocupada se o seu bebé vai ser normal | 9 | 0 | 0 | 0 |
| Q14 - Por vezes desejo que não fosse ter este bebé | 1 | 1 | 3 | 4 |
| Q15 -Eu preocupo-me que o meu bebé possa ser magoado durante o parto | 2 | 3 | 2 | 2 |
| Q16 - Eu tenho andado tensa e inquieta desde que fiquei grávida | 2 | 4 | 3 | 1 |
| Q18 - Não pior para uma jovem mãe do que estar sozinha durante a sua primeira experiencia com um bebé | 1 | 4 | 4 | 0 |





Relativamente ao bébe e atual gravidez:

|  |  |
| --- | --- |
| A maior parte das participantes (n=6) refere que gostaria de ter 1 a 2 filhos |  |
| Aquando da notícia de gravidez a maioria teve sentimentos muito positivos (n=7) |  |
| Predomina a preferência por um filho do sexo feminino (n=4) |  |
| A perceção de sentimentos maternais são na média (n=3) e/ou considerados muito maternais (n=3) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| A maior parte (n=7) não evitou a gravidez |  |

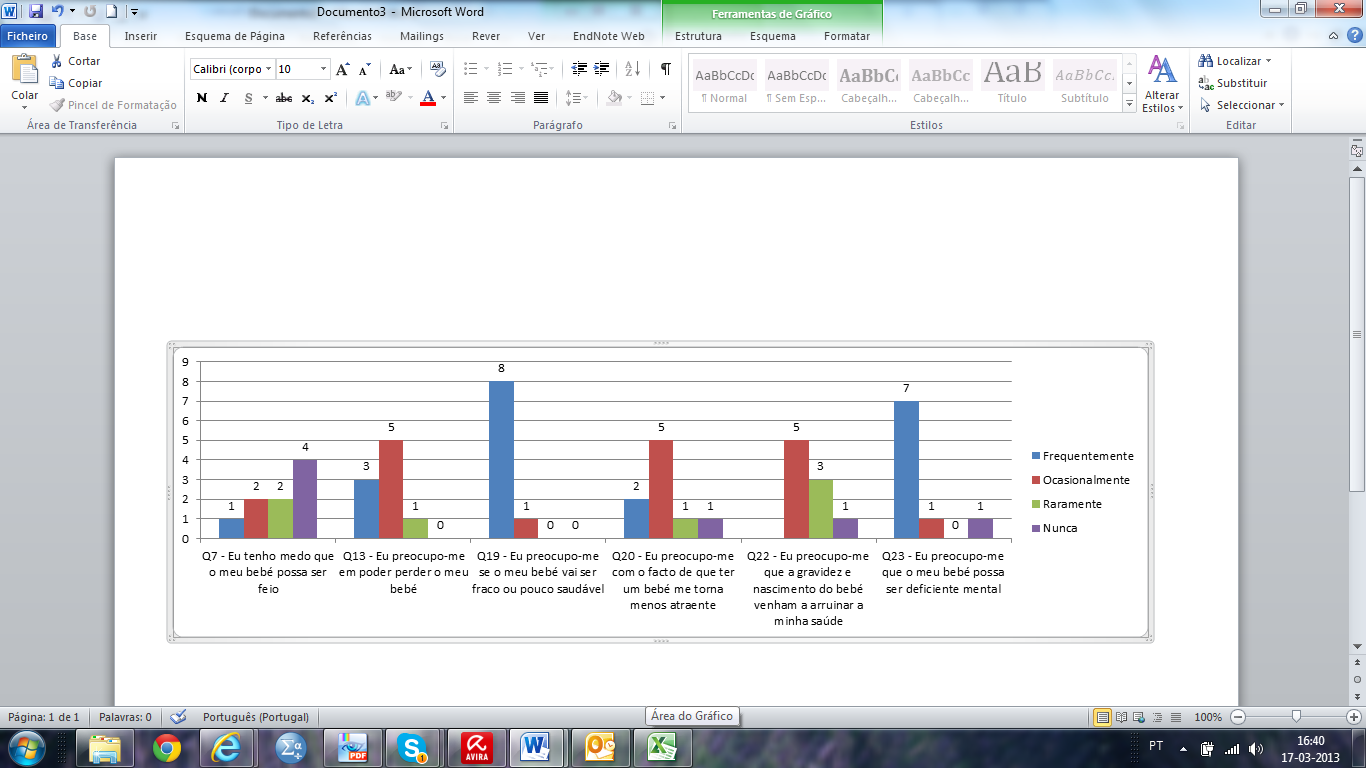
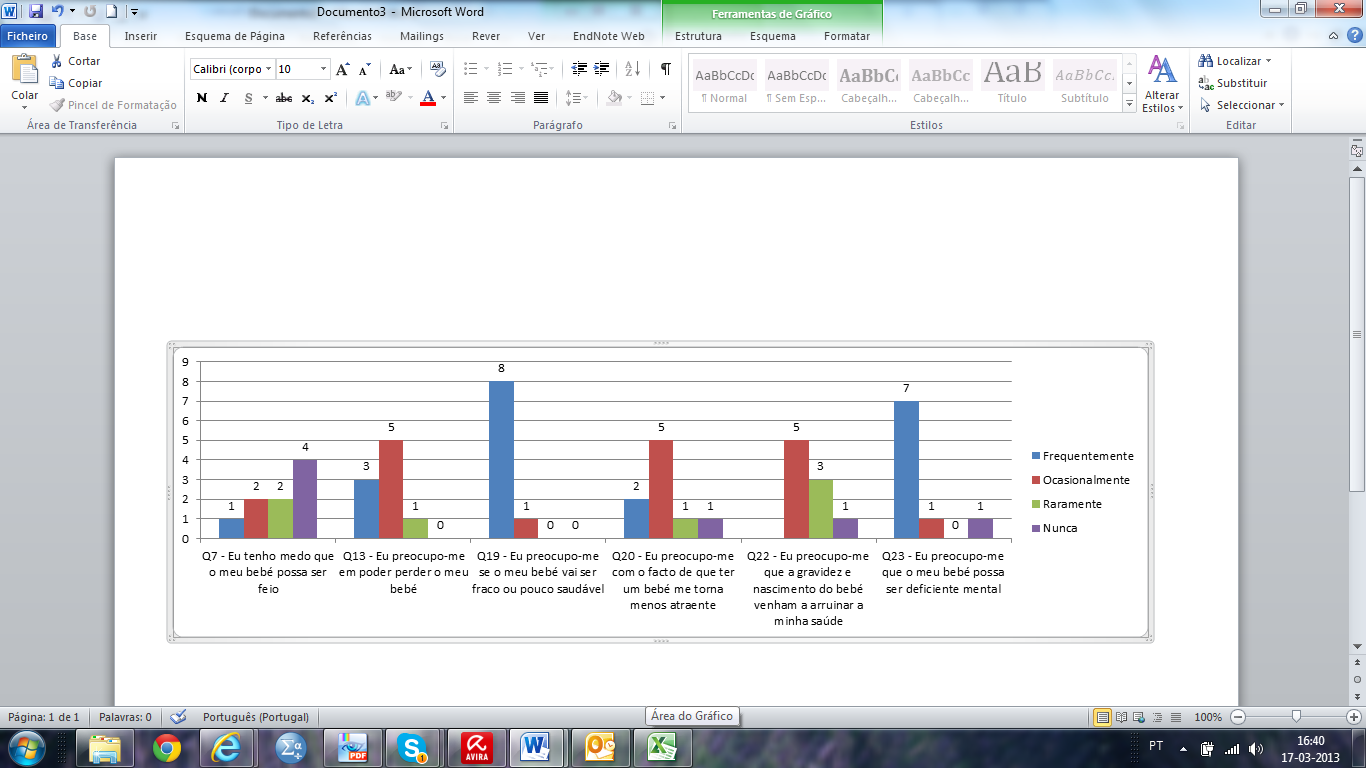
A maior parte não reconhece o atual momento como inadequado para ter um filho (n=7)

A maioria (n=7) refere que gostaria de ter alguém que cuidasse do bebé às vezes

A maior parte vê a amamentação num sentido positivo

A maioria das participantes não receia que o bebé seja feio (n=4); a preocupação de perder o bebé é bastante marcada nas participantes (n=8), assim como o receio pela saúde do filho (n=8); A preocupação com a auto-imagem está presente na maioria das participantes (n=7); a saúde da própria é um assunto que ocasionalmente está no seu pensamento (n=5); a preocupação com a deficiência mental do filho está muito vincada neste grupo de senhoras (n=7)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Frequentemente | Ocasionalmente | Raramente | Nunca |
| Q7 - Eu tenho medo que o meu bebé possa ser feio | 1 | 2 | 2 | 4 |
| Q13 - Eu preocupo-me em poder perder o meu bebé | 3 | 5 | 1 | 0 |
| Q19 - Eu preocupo-me se o meu bebé vai ser fraco ou pouco saudável | 8 | 1 | 0 | 0 |
| Q20 - Eu preocupo-me com o facto de que ter um bebé me torna menos atraente | 2 | 5 | 1 | 1 |
| Q22 - Eu preocupo-me que a gravidez e nascimento do bebé arruinem a minha saúde | 0 | 5 | 3 | 1 |
| Q23 - Eu preocupo-me que o meu bebé possa ser deficiente mental | 7 | 1 | 0 | 1 |

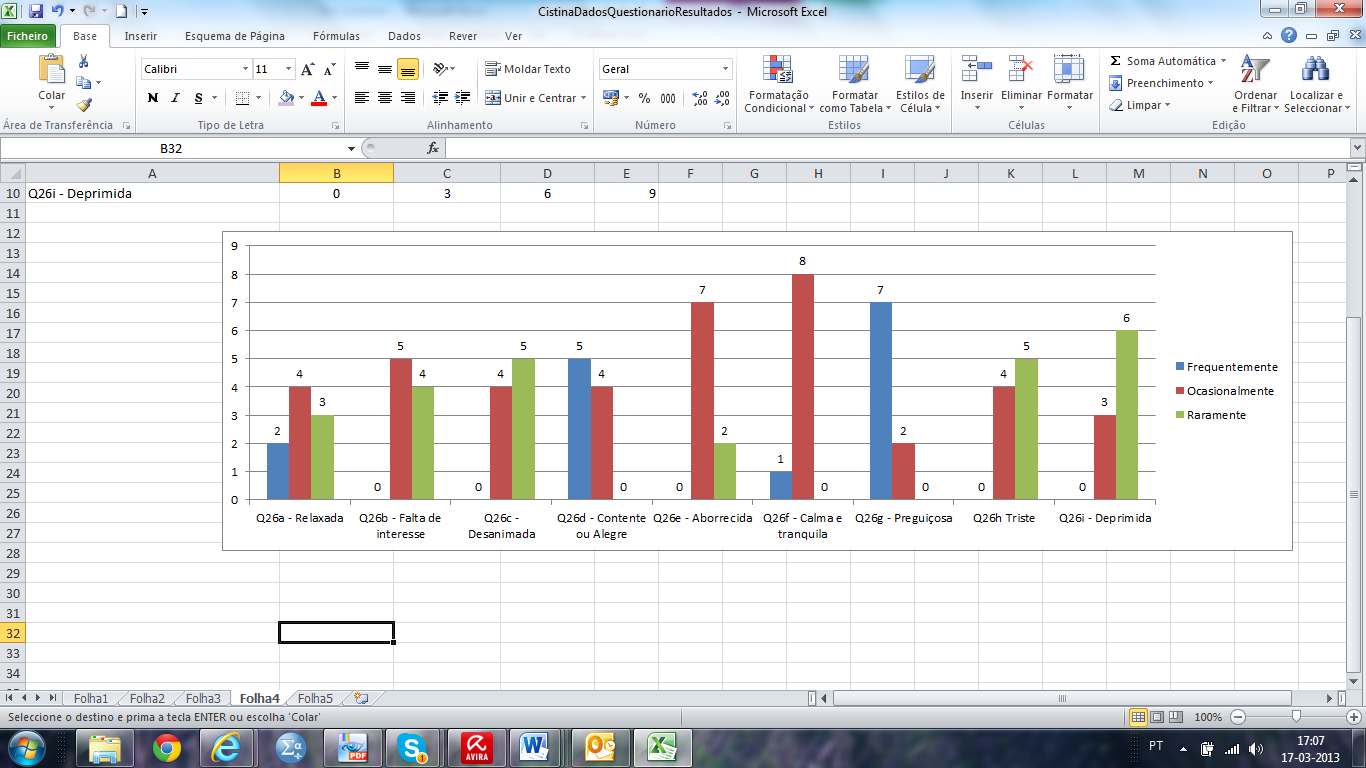


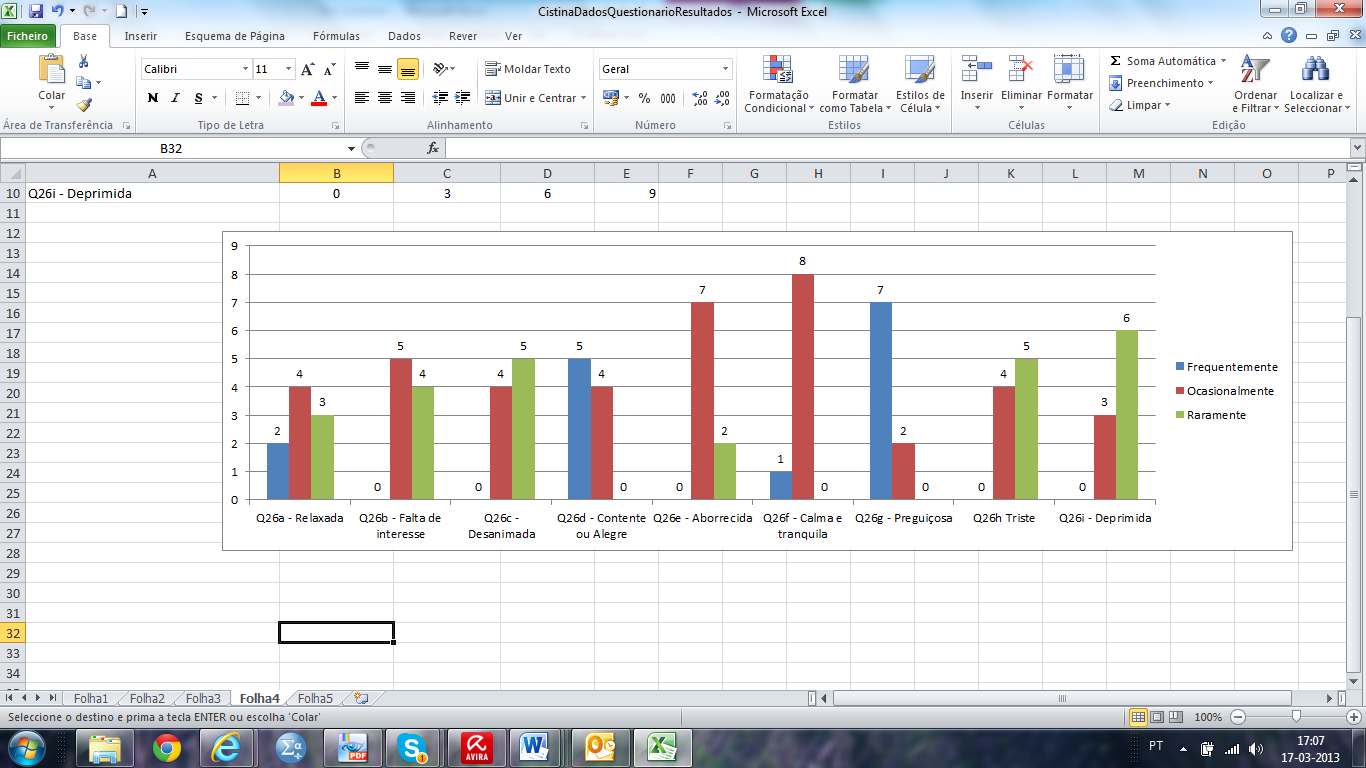
No grupo das participantes o estado de humor é caraterizado por relaxamento ocasional (n=4) mas tendendo a negatividade, tal como a falta de interesse (n=5), assim como o aborrecimento (n=7) e a calma e tranquilidade (n=8).

O contentamento embora presente na maioria (n=5) é ocasional em 4 participantes

A maior parte sente-se frequentemente preguiçosa (n=7), triste (n=5) e deprimida (n=6)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Frequentemente | Ocasionalmente | Raramente |
| Q26a - Relaxada | 2 | 4 | 3 |
| Q26b - Falta de interesse | 0 | 5 | 4 |
| Q26c - Desanimada | 0 | 4 | 5 |
| Q26d - Contente ou Alegre | 5 | 4 | 0 |
| Q26e - Aborrecida | 0 | 7 | 2 |
| Q26f - Calma e tranquila | 1 | 8 | 0 |
| Q26g - Preguiçosa | 7 | 2 | 0 |
| Q26h Triste | 0 | 4 | 5 |
| Q26i - Deprimida | 0 | 3 | 6 |





***APÊNDICE D***

***APENDICE E***

***APÊNDICE F***

***APÊNDICE G***

1. Chamo E1 à entrevista que realizou a J.N; [↑](#footnote-ref-1)
2. Chamo E2 à entrevista que realizou a L.A.; [↑](#footnote-ref-2)
3. Chamo E3 à entrevista que realizou a M.V; [↑](#footnote-ref-3)
4. Chamo E4 à entrevista que realizou a V.A; [↑](#footnote-ref-4)
5. Chamo E5 à entrevista que realizou a C.S; [↑](#footnote-ref-5)
6. Chamo E6 à entrevista que realizou a F.T; [↑](#footnote-ref-6)