



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Relatório Final de Estágio

**Dificuldades dos Pais de Recém-Nascidos Pré-Termo no Ajustamento ao
Papel Parental**

Ana Isabel Correia Figueira

Coimbra, Junho de 2022



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Relatório Final de Estágio

Dificuldades dos Pais de Recém-Nascidos Pré-Termo no Ajustamento ao Papel Parental

Ana Isabel Correia Figueira

Orientadora: Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias
Mendes

Coorientadora: Enfermeira Sónia Margarida dos Santos Coelho

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna
e Obstétrica

Coimbra, Junho de 2022

*For one so small
You seem so strong
My arms will hold you
Keep you safe and warm
This bond between us
Can't be broken
I will be here don't you cry
-Phil Collins, 1999*

AGRADECIMENTO

Concretizar este documento é o culminar desta caminhada que foi uma das experiências mais exigentes e transformadoras da minha vida. Este caminho não foi, no entanto, feito sozinha.

Ao Edgar, por ser o meu farol quando estive mais perdida, a voz da razão, por ser o meu companheiro de todos os momentos, por me ouvir e me manter à tona;

À Sara e à Daniela, por nunca deixarem de ser o meu porto seguro, mesmo nesta aventura e por não me deixarem apesar de todos os “esta semana não consigo”;

À Marta, por caminhar lado a lado, por não deixar afundar o barco e por todos os “eu não desisto e tu também não”;

À minha família, por compreenderem que os planos com os enfermeiros não existem;

Às minhas meninas da escola e do trabalho, pelo companheirismo desde o primeiro dia desta aventura e por aturarem os meus dias mau com a mesma alegria e paciência dos dias bons;

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, por mais uma vez me acolher e ensinar esta arte do cuidar;

À professora Dr^a Isabel Margarida Mendes, pela orientação e por viver isto tanto quanto eu;

A todos os “meus pais” e os “meus meninos” que contribuíram para a realização deste estudo, e por voluntariamente disponibilizarem o seu tempo para que eu pudesse concretizar o meu projeto;

A todos os que contribuíram direta e indiretamente para a concretização deste projeto e de todo o percurso, por me fazerem crescer pessoal e profissionalmente;

À minha avó, por ser o meu exemplo.

LISTA DE SIGLAS

AM – Aleitamento Materno

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CPPN – Curso de Preparação para o Parto e Nascimento

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DG – Diabetes Gestacional

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

HPV – Human Papiloma Virus/Papiloma Vírus Humano

IG – Idade Gestacional

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

ITP – Indução do Trabalho de Parto

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

OE – Ordem dos Enfermeiros

PT – Pré-Termo

RCT – Registo Cardiotocográfico

RN – Recém-Nascido

SP – Sala de Partos

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UMMF – Unidade de Medicina Materno Fetal

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Enquadramento: os recém-nascidos pré-termo (RN PT) enfrentam dificuldades na adaptação à vida extrauterina pela sua imaturidade biológica, muitas vezes exigindo internamento em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Este internamento traduz-se numa dificuldade para o estabelecimento do papel parental. A instabilidade do recém-nascido distancia os pais dos cuidados, afetando a transição para a parentalidade, e o envolvimento nos cuidados e na tomada de decisão é fundamental para diminuir o stress parental e facilitar este processo de transição.

Objetivos: descrever o impacto do internamento do/os filho/os RN PT em UCIN na transição de ambos os para o papel parental; descrever as dificuldades dos pais nos cuidados ao/s RN PT internado/s em UCIN e descrever os sentimentos dos pais nos cuidados ao/s filho/s RN PT internado nas UCIN.

Metodologia: estudo exploratório-descritivo, com amostra não probabilística, tipo “bola de neve” constituída por mães e pais de RN PT com internamento em UCIN nos últimos 3 anos, que aceitaram voluntariamente preencher o questionário para recolha de dados elaborado especificamente para este estudo, disponibilizado em plataformas das redes sociais.

Resultados: Da análise de conteúdo destacaram-se as categorias: Sentimentos dos pais (durante o internamento e na alta); estratégias facilitadoras e inibidoras do afastamento parental do RN PT; valores e crenças familiares nos cuidados ao RN PT e dificuldades na construção do papel parental.

Conclusão: O internamento tem um impacto importante na construção do papel parental e os pais apresentam sentimentos contraditórios e dificuldades nos cuidados. O trabalho da equipa é fulcral para atenuar esse impacto e facilitar o processo de transição.

Palavras-chave: Parentalidade; Prematuridade; Vinculação; Neonatologia; Transição; Enfermagem

ABSTRACT

Background: preterm newborns (PT NB) face difficulties in adapting to extrauterine life due to their biological immaturity, often requiring hospitalization in Neonatal Intensive Care Units (NICU). This internment reflects a difficulty in parental role establishment. NB instability distances parents from daily care, affecting the transition to parenthood, and involve them in care and decision-making is essential to reduce parental stress and facilitate this transition process.

Objectives: to describe the impact of the PT NB's hospitalization in NICU on the transition to parental role for both parents; to describe the parents' difficulties in caring for the PT NB hospitalized in the NICU and to describe the parents' feelings in the care of the PT NB child/s hospitalized in the NICU.

Methodology: exploratory-descriptive study, with a non-probabilistic, "snowball" sample consisting in mothers and fathers of PT NBs who had been hospitalized in NICUs in the last 3 years, who voluntarily agreed to fill out the form for data collection developed specifically for this study., available on social media platforms.

Results: From the content analysis, the following categories stood out: Parents' feelings (during hospitalization and discharge); strategies that facilitate and inhibit the PT NB's parental withdrawal; family values and beliefs inPT NB's care and difficulties in parental role construction.

Conclusion: Hospitalization has an important impact on parental role construction and parents have mixed feelings and difficulties in care. The team's work is central to mitigating this impact and facilitating the transition to parenthood.

Keywords: Parenting; Prematurity; Bonding; Neonatology; Transition, Nursing

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de pesquisa bibliográfica.....	51
---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão.....	50
Tabela 2 – Processo de admissão na UCIN.....	54
Tabela 3 – Estratégias adotadas pela equipa da UCIN relativamente ao afastamento do RN PT e a díade parental.....	55
Tabela 4 – Sentimentos despoletados na díade parental na primeira vez que veem o RN.....	56
Tabela 5 – Facilitação do processo de vinculação dos pais com o RN PT.....	57
Tabela 6 – O envolvimento da díade parental nos cuidados ao RN PT internado.....	58
Tabela 7 – Os valores familiares nos cuidados ao RN PT internado.....	58
Tabela 8 – As dificuldades da díade parental nos cuidados ao RN PT internado.....	59
Tabela 9 – Alta e o regresso a casa.....	60
Tabela 10 – Sentimentos experienciados pela díade parental aquando a alta do RN PT.....	61
Tabela 11 – Dificuldades na construção do papel parental.....	62

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	22
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	23
1.1- CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....	23
1.2- CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA MATERNIDADE.....	24
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	26
2.1- CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E DURANTE O PERÍODO PRÉ-CONCECIONAL	26
2.2- CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL.....	27
2.3- CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO.....	27
2.4- CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL	29
2.5- CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO DO CLIMATÉRIO.....	29
2.6- CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE A VIVENCIAR PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA GINECOLÓGICA	30
2.7- CUIDADOS ÀS MULHERES EM IDADE FÉRTIL INSERIDAS NA COMUNIDADE.....	30
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	31
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO – DIFICULDADES DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO NO AJUSTAMENTO AO PAPEL PARENTAL	34
4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	35
5. DESENHO DO ESTUDO	50
6. ANÁLISE DOS RESULTADOS	53

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	63
8. SÍNTESE CONCLUSIVA.....	69
CONCLUSÃO.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73

ANEXOS

ANEXO I – “Nados-vivos (nº) por local de residência da mãe (NUTS-2013), sexo, idade da mãe e duração da gravidez da mãe”

ANEXO II – Critérios de Inclusão e Exclusão para a definição de Parto Normal

ANEXO III – “Esperança de vida à nascença (Metodologia 2007 - Anos) por Sexo; anual”

ANEXO IV – Parecer nº P832/01-2022 da UICSA-E

ANEXO V – Dados Inquérito à Fecundidade 2019

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Estágio

APÊNDICE II – Planeamento de sessões “Momentos Únicos”: Pré-Natal Teórico e Prático

APÊNDICE III – Guia de Consulta rápida para apoio a consulta de vigilância da gravidez

APÊNDICE IV – Planeamento de sessões “Momentos Únicos”: Recuperação Pós-Parto

APÊNDICE V – Formulário para recolha de dados

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, inserida no IX Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, e orientado pela Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes e coorientado pela enfermeira Sónia Margarida dos Santos Coelho. Procura constituir-se como um instrumento de reflexão e análise relativamente às atividades desenvolvidas em contexto de estágio para a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), englobando todos os contextos de cuidados na comunidade e maternidade.

A aquisição do grau de mestre engloba, no entanto, competências académicas que devem ser desenvolvidas a par com as competências específicas de EESMO e também das competências comuns do enfermeiro especialista, ambas consagradas nos regulamentos nº 391/2019 e nº 140/2019 respetivamente.

Estas competências necessárias para a aquisição do grau académico de mestre, consagradas no Decreto-Lei nº 74/2006 pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, incluem a aquisição de novos e mais aprofundados conhecimentos para que se apliquem na resolução de problemas e em contextos complexos, alargados e multidisciplinares; a aplicação dos mesmos em investigação e desenvolvimento de novas aplicações ou ferramentas, e comunicação desses mesmos resultados à comunidade científica e da sua área de especialização; capacidade de atuação e reflexão sobre questões de responsabilidade ética e social para que consiga ao longo da vida uma aprendizagem contínua e forma autónoma.

Assim, os objetivos deste relatório são: realizar uma análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas nos diversos contextos de estágio, à luz das competências específicas do EESMO e desenvolver competências no âmbito da investigação. Para este último objetivo foi desenvolvido um estudo de carácter exploratório-descritivo, por forma a desenvolver e aprimorar capacidades no âmbito do processo investigativo e de trabalhar com plataformas digitais para recolha e análise de dados.

O presente relatório engloba duas partes. Numa primeira parte serão caracterizados os contextos onde decorreram os diferentes estágios e posteriormente as atividades desenvolvidas nos mesmos, tendo por base as competências específicas do EESMO, e no final da primeira parte será realizada uma análise reflexiva dessas mesmas atividades à luz das competências específicas e ainda de episódios/contingências relevantes ao processo de aprendizagem. Na segunda parte é incluída uma componente investigativa, com o desenvolvimento de um estudo relevante para a prática profissional do EESMO. Esta segunda parte divide-se em quatro capítulos: o primeiro onde é realizado um enquadramento teórico do estudo; o segundo onde se descreve o desenho do estudo (o tipo de estudo, objetivos, questões de investigação, população, instrumento de recolha de dados, procedimentos éticos e formais e procedimento para a análise de dados); o terceiro onde procede à análise, um quarto com a discussão de resultados e o último que constitui uma síntese conclusiva do estudo.

O estudo de investigação intitula-se “Dificuldades dos pais de recém-nascidos pré-termo no ajustamento ao papel parental”. Por uma questão da cadência e organização do trabalho, a componente teórica será abordada nesta segunda parte, aquando o enquadramento teórico para o estudo.

A transição para a parentalidade, bem como a dotação dos pais de competências e capacidades para cuidar dos seus filhos é uma área autónoma de extrema importância para o EESMO, onde a sua atuação pode ser fulcral para o desenvolvimento harmonioso das famílias e conseqüentemente das crianças. No entanto, o contexto no qual se dotam os pais, na maioria dos casos nos Cursos de Preparação para o Parto e Nascimento (CPPN), engloba apenas os Recém-Nascidos (RN) de termo, deixando de fora as situações excepcionais de quando os RN nascem prematuramente. Em parte, estes contextos são pouco abordados por serem excepcionais e para não trazer ansiedade aos pais com uma realidade que pode nem ser a sua. No entanto, como é possível constatar na tabela em ANEXO I, os nascimentos prematuros constituíram 7,51% dos nascimentos em 2021, 6,8% dos em 2020 e 7,98% em 2019, que perfaz mais de 18,5 mil crianças nos anos referidos anteriormente (Instituto Nacional de Estatística, 2022a). Tendo em conta que os nascimentos Pré-Termo (PT) (e as dificuldades na adaptação à vida extrauterina decorrentes do mesmo) constituem uma causa frequente de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), estes números são significativos e a intervenção dos EESMO pode ser preponderante para o estabelecimento de relações e para facilitar a transição para o papel parental.

Também o facto de a Neonatologia não ser um contexto vivenciado em estágio, apenas houve oportunidade de acompanhar mães e pais separadas dos seus filhos em contexto de Sala de Partos (SP) e internamento de puerpério, e neste sentido este estudo poderá ser proveitoso para futuros colegas em formação que se deparem com situações semelhantes e para que possam compreender melhor as famílias que cuidam e permitir uma visão mais integradora das mesmas, quer em contexto de internamento em UCIN, quer no acompanhamento das mães no período do puerpério.

No entanto, em contexto laboral da prática de enfermagem, tenho oportunidade de exercer funções em UCIN, pelo que tenho oportunidade de presenciar os desafios que um internamento desta natureza implica para os pais, enquanto seres individuais e enquanto família. A separação física parental tem diversos constrangimentos, quer a nível do processo de vinculação, do estabelecimento do papel parental ou da amamentação, pelo que compreender as dificuldades e sentimentos destes pais é preponderante para guiar a atuação do enfermeiro, especificamente do EESMO, para minimizar os impactos negativos do internamento em UCIN.

Pretende-se assim com este estudo contribuir para uma visão mais integradora da família em processos de separação física, contribuindo assim também para a criação de relações seguras no futuro e para o desenvolvimento harmonioso das crianças, não só a nível físico, como psicológico e social.

**PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA**

1. CACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O estágio é uma oportunidade para aquisição de competências, aliadas a conhecimentos previamente adquiridos em contexto teórico. Por si só, é um momento único no que diz respeito à aprendizagem, uma vez que podemos aplicar pela primeira vez técnicas e procedimentos lecionados, sob supervisão de alguém perito no contexto d prática clínica. Além de aplicar a teoria, é aliar o conhecimento de alguém (neste caso o enfermeiro Tutor) para crescer numa área específica. Ao convivermos com estas duas vertentes (teoria e a realidade prática), a mobilização de conhecimentos e reflexão sobre o que sabemos, o que precisamos saber e como fazer são imperativos constantes.

Os próximos subcapítulos, nomeadamente a caracterização dos contextos de estágio e a descrição das atividades, serão elaborados com base num documento elaborado no início deste percurso, o Projeto de Estágio (APÊNDICE I), que se pretendeu que fosse um guia das aprendizagens; um roteiro para o que se consideram ser as experiências às quais o EESMO tem de dar resposta. O projeto de estágio, tal como a organização da primeira parte do presente relatório, estão elaborados para dar resposta às competências específicas do EESMO, estando estas delineadas nos subcapítulos da alínea 2. deste relatório. Na alínea 3. desta primeira parte será feita uma reflexão crítica da aquisição destas competências, com base no programa formativo do ciclo de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, descrito no Aviso no 3916/2021 de 3 de março.

1.1 – CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Os campos de estágio incluídos no contexto de prestação de cuidados na comunidade incluem uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e o serviço de Consulta Externa de uma maternidade central da região centro.

A UCC presta cuidados no âmbito da saúde e apoio social e psicológico, sejam cuidados domiciliários ou comunitários. Estes são prestados a diversos grupos-alvo, sejam pessoas, grupos vulneráveis ou famílias em situação de maior risco social ou de dependência funcional. A sua atuação prende-se essencialmente com a intervenção na educação para a saúde e integração dos grupos-alvo em redes de apoio. (Serviço

Nacional de Saúde, 2017). Relativamente às atividades desenvolvidas na área da Saúde Materna e Obstétrica, esta integra os projetos como o “Momentos Únicos”, um projeto que integra um CPPN e outros mais específicos, como é o caso dos “Pingos de Amor” (um grupo de apoio e incentivo ao aleitamento materno); “Quem quer ser Pai” (um conjunto de sessões de partilha apenas entre pais). A par com este vasto projeto, dinamiza-se nesta UCC ainda consultas de apoio a jovens, essencialmente meninas, no âmbito da sexualidade, e sessões individuais consoante as necessidades da população. São ainda intervenções desta UCC sessões de Educação para a Saúde em instituições com indivíduos em risco, no entanto estas últimas não foram passíveis de realizar devido aos constrangimentos da situação pandémica nacional.

A USF procura promover a saúde dos seus utentes; bem como tratar as suas doenças/complicações numa perspetiva holística, e inclui também o envolvimento dos cuidadores no caso dos utentes dependentes físicos ou funcionais. Sendo uma USF, pressupõe uma proximidade do indivíduo incluído numa família (Serviço Nacional de Saúde, 2017). Relativamente a este contexto de estágio, tive oportunidade de, ao contrário do anterior, contactar com as mulheres de uma forma individualizada, realizando consultas de planeamento familiar, vigilância da gravidez e de apoio na transição para o período do climatério.

O serviço de Consulta Externa, apresenta uma componente de prestação de serviços de saúde de alta qualidade e diferenciação técnica, científica e clínica, bem como uma componente de ensino universitário e de investigação (Serviço Nacional de Saúde, 2017). Apesar de ser um período temporal de apenas 2 semanas, foi muito rico em oportunidades, não só em número, mas sobretudo em variedade das mesmas. No que respeita aos cuidados prestados na comunidade, o contexto da Consulta Externa foi um dos contextos mais exigentes a nível da mobilização de conhecimentos, mas também dos mais diversificados, no sentido que num mesmo dia poderíamos ter uma grande diversidade de experiências.

1.2. CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA MATERNIDADE

Na prestação de cuidados na maternidade estão incluídos os campos de estágio realizados na Unidade de Medicina Materno-Fetal (UMMF), no serviço de Puerpério e na SP, dentro da mesma instituição central da região centro.

Contrariamente aos contextos anteriores de cuidados na comunidade, a prestação de cuidados na maternidade inclui, nomeadamente na UMMF, essencialmente a vigilância de gravidez de risco, exigindo maior mobilização de conhecimentos do EESMO, uma

vez que para além da gravidez coexistem outras patologias, específicas da gravidez ou de base da grávida. Juntamente com as situações de gravidez de risco, ainda as intervenções decorrentes da Indução do Trabalho de Parto (ITP) ou de Interrupção Médica da Gravidez (IMG) transforma este contexto num dos mais desafiantes, com constante mobilização da componente teórica e estudo dos protocolos instituídos na unidade. Além desta especificidade, sendo uma unidade onde as mães estão particularmente vulneráveis, com receio do desfecho da gravidez, a UMMF exige do EESMO um importante sentido de empatia, uma vez para além da componente técnica, as capacidades relacionais são fundamentais para tranquilizar as mães e famílias nos momentos delicados, quer em gravidez de risco quer na incerteza de uma ITP e sobretudo no apoio às mulheres e famílias em situações de IMG.

No que se refere ao internamento de puérperas e RN, é o contexto onde o EESMO pode de forma autónoma fazer a diferença no desenvolvimento futuro da família, uma vez que as suas intervenções educativas e de capacitação dos pais vão determinar a forma como estes encaram o regresso a casa e os cuidados ao seu filho. Para além destas intervenções, o apoio e incentivo às mães a nível do Aleitamento Materno (AM) e a desmistificação de algumas ideias pré-concebidas socialmente pode ditar o futuro sucesso do processo.

A SP constituiu, no cronograma de estágios, o culminar do ano em contexto prático. Neste sentido, a cronologia foi proveitosa, uma vez que a mobilização teórica realizada ao longo de todos os outros contextos foi colocada em prática. O estágio em SP é onde o EESMO pode presenciar e atuar perante o momento chave, e que segundo Meleis (2010) é definido como o evento crítico da transição para a parentalidade. O parto é o momento onde dois indivíduos se transformam numa nova família, em pais e o Trabalho de Parto (TP) são os momentos de maior exposição e vulnerabilidade, onde a intervenção do EESMO é fundamental, quer a nível da vigilância do TP e concretização de partos naturais e eutócicos (segundo as orientações e critérios de inclusão definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2012) e incluídos no ANEXO II), quer a nível da capacitação da mulher para o TP, bem como do envolvimento do pai/acompanhante de referência no processo do TP e parto. Ainda neste contexto e após o nascimento do bebé, o EESMO tem ainda competência para prestar os cuidados imediatos ao RN e avaliação da adaptação à vida extrauterina, e puérpera e realizar a vigilância do pós-parto imediato e sinais de complicações.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E DURANTE O PERÍODO PRÉ-CONCECIONAL

Relativamente à competência em análise, tive oportunidade ao longo do estágio de participar em consultas de planeamento familiar, desde aconselhamento e ajuste de métodos contraceptivos, onde pude mobilizar conhecimentos sobre os tipos de métodos existentes, vantagens e desvantagens, a importância de um uso correto não só para prevenção de gravidezes indesejadas como também de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Neste âmbito específico, e no contexto de estágio da UCC participei numa consulta específica de atendimento a jovens, onde as questões de contraceção eram as mais abordadas, dado que muitos destes tinham poucos conhecimentos e procuravam essencialmente alternativas à contraceção oral. Esta consulta permitiu-me desmistificar muitos dos mitos dos adolescentes e jovens adultos, numa ambiente privado livre de julgamentos no qual se sentiam mais à vontade para esclarecer as suas dúvidas. Pude ainda presenciar, no âmbito do estágio em Consulta Externa consultas de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), abordando todo o processo clínico da mesma e o aconselhamento anticoncepcional após o mesmo. Neste processo era dada oportunidade de a mulher refletir sobre os tipos de métodos contraceptivos e decidir na consulta pós-intervenção, permitindo uma decisão informada e participada, que consequentemente pode aumentar a adesão. Igualmente pertinente, pude informar as mulheres acerca dos rastreios e autovigilância, nomeadamente autoexame da mama. Das experiências que tive, as mulheres são cada vez mais informadas e interessadas nos rastreios, preocupadas com a sua saúde. Quanto ao autoexame, a grande maioria das mulheres que observei têm conhecimento sobre este, no entanto ainda existem algumas lacunas sobre a periodicidade e o correto procedimento.

Relativamente a consultas pré-concepcionais, e tendo em conta a análise da preconceção nos Boletim de Saúde da Grávida (BSG) são muito pouco realizadas, sendo maioritariamente em mulheres com problemas de infertilidade ou patologias de base que podem dificultar a conceção e manutenção da gravidez, sendo papel do EESMO intervir para diminuir estas situações, promovendo uma gravidez mais saudável e prevenir complicações decorrentes das mesmas.

2.2. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL

No que diz respeito aos cuidados à mulher durante o período pré-natal, tive oportunidade de acompanhar mulheres durante os vários trimestres da gravidez, tanto no contexto Cuidados de Saúde Primários (CSP) (na USF e Consulta Externa) como no contexto de cuidados na maternidade (nomeadamente na UMMF). Além de gravidez de baixo risco, tive oportunidade de acompanhar mulheres com gravidez de risco, nomeadamente com patologias específicas da gravidez, como Diabetes Gestacional (DG), Doenças Hipertensivas (tendo tido maioritariamente experiências de pré-eclâmpsia), Ameaças de Parto Pré-Termo (APPT), Rotura Prematura de Membranas Pré-Termo (RPM-PT) e Placenta Prévia e ainda situações de incompatibilidades do sistema Rh e ABO. Além da patologia associada à gravidez, acompanhei muitas grávidas com patologias de base nomeadamente Colestase Primária e Hiper e Hipotiroidismo. Ao longo deste acompanhamento pude mobilizar todo o conhecimento não só da patologia como do desenvolvimento normal da gravidez, com desconfortos, sinais de alerta, alívio da dor...). Pude ainda acompanhar mulheres em processo de IVG e IMG: todo o procedimento clínico e acompanhamento no pós-expulsão; e ainda situações de ITP, com aplicação do protocolo medicamentoso e vigilância dos desconfortos e sinais de alerta. Na vigilância da gravidez, pude ainda realizar diversas avaliações do bem-estar materno-fetal (através de Manobras de Leopold, dos Registo CardioTocográfico (RCT), toque vaginal e observação dos genitais externos).

No contexto dos CSP, de realçar ainda a participação no programa “Momentos Únicos”, na UCC, com o desenvolvimento de sessões de preparação para o parto de cariz teórico e prático (com planeamentos de sessões em APÊNDICE II), bem como de sessões extraprograma e ainda de sessões para pais no “Quem quer ser pai?” e sessões individuais de acompanhamento pré-natal por razões diversas, consoante as preocupações das grávidas/casais que procuravam a ajuda da unidade de saúde. De realçar ainda nos CSP que a constante mobilização de conhecimentos relativos ao período pré-natal e ao acompanhamento de grávidas, houve a necessidade de consultar o Programa Nacional para Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (Direção-Geral da Saúde, 2015), e a formulação de um documento de consulta rápida para apoio nas consultas de vigilância que se encontra em APÊNDICE III.

2.3. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO

No que concerne aos cuidados à mulher durante o TP, pude acompanhar mulheres durante o processo de ITP (com a aplicação de protocolos medicamentosos de indução, e vigilância do bem-estar materno-fetal) no contexto de estágio da UMMF – com os cuidados inerentes a gravidez de baixo risco e de risco como é o caso de risco de isoimunização RH, DG ou colonização por *Streptococcus agalactiae*, bem como do acompanhamento de mulheres em TP na SP. Permitiu-me ainda prestar cuidados no sentido do alívio da dor de parto, com medidas farmacológica e não-farmacológicas (como a massagem, utilização da bola de Pilates, exercícios respiratórios e hidroterapia). Relativamente ao alívio da dor, de realçar ainda que o estágio de observação no Centro Hospitalar da região norte me permitiu observar um tipo de analgesia diferente – a Walking Epidural – que permite uma mobilização das mulheres durante todo o TP e parto e consequentemente verticalização de todo o processo, influenciando diretamente a capacidade das mulheres em aplicar estas estratégias não farmacológicas de alívio da dor, bem como adotar diferentes posições durante o TP.

Quanto ao momento do parto, o contexto de estágio da SP permitiu-me a realização de partos eutócicos – desde posicionamento das mulheres para a fase expulsiva do TP, a distensão progressiva do períneo (com objetivo de diminuir a probabilidade de necessidade de episiotomia, não descurando, no entanto, as lacerações de 1º e 2º grau e respetiva perineorrafia); a extração fetal e cuidados imediatos ao RN com aspiração manual de secreções, avaliação inicial e administração de vitamina K; e a dequitação nos seus dois mecanismos – Schultz e Duncan.

Para além da realização de partos eutócicos, tive ainda oportunidade de colaborar com outros elementos da equipa multidisciplinar na realização de partos distócicos (com recurso a ventosa e fórceps, sendo que neste sentido acompanhei as mulheres na realização de esforços expulsivos em diversos posicionamentos sem sucesso na concretização do parto eutócico), bem como em partos gemelares – eutócicos e distócicos; partos PT e IMG; e ainda a colaboração em um parto de apresentação pélvica, no posicionamento da mulher para o período expulsivo do TP e nos cuidados imediatos ao RN. Tive ainda oportunidade de promover o contacto pele-a-pele imediatamente após o parto e a amamentação durante a primeira hora de vida sempre que as condições materna e do RN o permitiram, bem como a prestação de cuidados a RN com necessidade de transporte e internamento em UCIN, como aspiração de secreções, vigilância de parâmetros vitais e colaboração em situações de reanimação. Um questão relativa ao TP que procurei ter em conta, no caso de existirem, foi o Plano de Parto, que começa a ser mais frequente e que se constitui como o desejo da família

para o nascimento do seu bebê, cabendo ao EESMO o conhecimento do mesmo e o zelo pela sua aplicação, na medida que se garanta a segurança materno-fetal.

2.4. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL

Relativamente aos cuidados à mulher durante o período pós-parto, tive oportunidade de prestar cuidados imediatos a puérperas – com vigilância do Globo de Segurança de Pinard e vigilância da involução uterina e de lóquios, bem como colaborar com as puérperas no processo do primeiro levante e cuidados com as suturas (perineorrafias e sutura de cesariana); prestar apoio ao AM em contexto de internamento em puerpério (no processo de amamentação e extração de leite para administração, nomeadamente em mães com RN internados em UCIN); controlo de desconfortos do pós-parto (como desconfortos urinários e intestinais e dor), alterações emocionais e físicas do processo de retrocesso ao estado pré gravídico. Nesta fase do ciclo de vida das mulheres, essencialmente permitiu-me providenciar muito apoio emocional e educativo, não só a nível dos cuidados às mulheres e RN, como também de reforço positivo e demonstração de empatia no processo de transição para a parentalidade, seja em famílias no puerpério, seja em pais separados dos filhos por internamento em UCIN.

O acompanhamento pós-parto ocorreu também em contexto de CSP, nomeadamente na UCC com as sessões de recuperação pós-parto (com planeamento de sessão tipo em APÊNDICE IV) e a participação no “Pingos de Amor”, um grupo de apoio ao AM, bem como a consulta de vigilância pós-parto em contexto de consulta de enfermagem. Estas sessões, no contexto dos cuidados na comunidade, foram uma oportunidade para consolidar informação acerca do autocuidado da puérpera neste período, bem como da conciliação com a vida familiar e as relações entre a tríade.

2.5. CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO DO CLIMATÉRIO

No que toca aos cuidados à mulher na transição para o climatério, tive oportunidade de acompanhar algumas consultas de vigilância em mulheres com e sem patologia associada. No contexto da USF foram vigilâncias de saúde, enquanto que no Serviço de Consulta Externa tive oportunidade de presenciar consultas em mulheres com patologia associada. Nestas vigilâncias tive oportunidade de mobilizar conhecimentos sobre IST, importância dos rastreios de saúde como autoexame da mama ou a importância do exame da citologia cervico-vaginal, alterações físicas decorrentes desta

fase do ciclo vital e que podem influenciar a vida das mulheres, nomeadamente na sua sexualidade.

2.6. CUIDA DA MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE A VIVENCIAR PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA GINECOLÓGICA

Relativamente a esta competência, tive oportunidade de acompanhar consultas de vigilância de mulheres com diversas patologias associadas. No contexto da consulta externa, a grande maioria prendeu-se com alterações no exame da citologia cervico-vaginal, com alterações positivas para Human Papiloma Vírus ou Papiloma Vírus Humano (HPV), tendo sido mobilizado conhecimento no sentido de desmistificar o resultado analítico e o conceito de portador e infeção, e os sinais que deveriam atentar na sua autovigilância; bem como as repercussões a nível da vida conjugal e sexual. Tive ainda oportunidade de acompanhar consultas de *follow-up* após neoplasia da mama, com mobilização de conhecimentos sobre os cuidados a ter, nomeadamente após esvaziamento ganglionar axilar, repercussões na sexualidade e autovigilância futura.

No entanto, para prevenção de complicações ginecológicas, de realçar também a informação transmitida às mulheres no internamento de puerpério sobre vigilância de lóquios e sinais inflamatórios das feridas cirúrgicas para prevenção de complicações.

2.7. CUIDADOS À MULHER EM IDADE FÉRTIL INSERIDA NA COMUNIDADE

Contactar com as mulheres ao longo de todo o ciclo vital requer uma vasta e constante mobilização de conhecimentos. Relativamente a esta competência, foram realizadas atividades ao longo dos diversos contextos e estágio, uma vez que as mulheres em idade fértil estão presentes em todos os contextos de prestação de cuidados. A vigilância das mulheres foi uma constante, bem como o reforço da importância de as despertar para a autovigilância de sintomas e sinais de alerta. Relativamente a intervenções grupais na comunidade, nomeadamente nas escolas ou instituições de jovens em risco, bem como a visita domiciliária no pós-parto, não foram passíveis de serem realizadas, uma vez que durante a frequência dos contextos de estágio (nomeadamente UCC e USF), o contexto pandémico e de testagem e vacinação em grande escala da população inviabilizou a frequência destas atividades.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Este capítulo teve como objetivos refletir sobre os momentos chave dos contextos de estágio, bem como sobre as questões formativas e a sua influência na aquisição de competências.

A lei nº 23/1980 de 26 de julho, na qual a Assembleia da República ratifica a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, refere que a saúde constitui um direito universal e assim está estabelecido que todas as mulheres têm direito à informação e ao acesso universal a cuidados de saúde relativos ao planeamento da família. Assim, é competência e dever ético do EESMO acompanhar todas as mulheres para que atinjam todo o seu potencial de saúde e de conhecimento relativo à sua sexualidade e saúde. Neste sentido, na formação específica do EESMO, são contempladas experiências de aprendizagem que se pretendem para determinadas áreas de intervenção para que no final da sua formação, o EESMO seja capaz de atuar segundo as suas competências específicas, já elencadas no capítulo anterior. Estas experiências, descritas no Aviso nº 3916/2021 de 3 de março são designadas “Experiências Mínimas”. Neste sentido, as atividades desenvolvidas em estágio são orientadas por forma a atingi-las. Como designado, o facto de serem “mínimas” significa que são oportunidades de aprendizagem que permitam aos enfermeiros em formação adquirir ferramentas para o desenvolvimento de competências específicas. Neste sentido, e no culminar dos contextos de estágio, o sentimento é de que estaremos apenas a começar uma caminhada de aquisição de competências que será desenvolvida ao longo de anos de prática; e que estamos longe de nos sentirmos confortáveis para atuar em todas as situações que se apresentem. De realçar ainda que os contextos de estágio não têm naturalmente a mesma duração, sendo orientados consoante as experiências mínimas, e há contextos que, dado a sua complexidade e diversidade, parecem ter horas de contacto direto reduzidas, nomeadamente a UMMF e o serviço de Consulta Externa. São exemplos de serviços diversificados, com uma infinidade de possibilidades de aprendizagem.

Ainda de realçar que o contexto pandémico da CoViD-19 afetou a concretização de experiências nos vários contextos, nomeadamente na realização de algumas atividades que estavam contempladas no Projeto de Estágio e que não foram passíveis de ser realizadas, como as visitas domiciliárias pós-parto (no contexto da USF) e algumas

intervenções de grupo, em escolas e instituições de jovens em risco (no contexto da UCC) e ainda que uma parte das consultas de enfermagem de vigilância da gravidez na USF foram adiadas, ficando apenas a consulta médica via telefónica.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, para além de uma grande e constante mobilização de conhecimentos, existiram algumas situações que mereceram uma reflexão. Primeiramente a questão da informação sobre métodos contraceptivos (concretamente o uso adequado de preservativos masculinos) em adolescentes e jovens. Num mundo de informação rápida e acessível, esta facilidade não se traduz necessariamente em conhecimento concreto nem em comportamentos saudáveis. Será papel do EESMO intervir diretamente com estas populações, por forma a diminuir os comportamentos de risco nestas faixas etárias. De seguida, e indo ao encontro da minha experiência profissional, o apoio aos pais no período pós-parto, no sentido que em UCIN esse apoio passa numa primeira fase pela substituição dos pais nos cuidados ao RN, enquanto que nos contextos de estágio esse apoio passa pelo incentivo e reforço das capacidades dos pais, sem os substituir. Ainda de salientar o forte impacto que o EESMO tem em áreas autónomas de intervenção, como apoio ao AM e na transição para a parentalidade e em pais separados pelos seus filhos, por estes se encontrarem internados em UCIN. No que diz respeito a esta separação das famílias, considero o contexto de estágio em Neonatologia uma mais-valia, não só pelas competências técnicas de cuidados aos RN mas sobretudo na intervenção autónoma que o EESMO pode ter como catalisador no processo de transição para a parentalidade e envolvimento dos pais na realidade dos cuidados. Ao longo do contexto de estágio, sobretudo nos cuidados na maternidade, tive oportunidade de observar o grau de compromisso que as equipas da UMMF, Puerpério e SP tinham no envolvimento dos pais no TP e no pós parto, desde o apoio às parturientes na implementação de medidas não farmacológicas da dor (como massagem e aplicação de calor), de incentivo à sua participação nos esforços expulsivos (nomeadamente posicionamento das parturientes), a presença em toda a estadia na SP e momento do nascimento, corte do cordão umbilical, envolvimento no processo do AM na 1ª hora de vida, com a vigilância da pega do bebé por exemplo, e nos cuidados ao RN no internamento de puerpério.

Relativamente aos cuidados à mulher em processo de saúde-doença ginecológica e na transição para a menopausa, considero ter sido vantajoso um contexto de estágio em unidade de Ginecologia, um serviço específico, com uma variedade de processos de doença, nomeadamente oncológica, onde a intervenção do EESMO pode e deve ser impactante, no sentido do suporte integral à mulher no processo de adaptação após a cirurgia, bem como o apoio em processo de tratamento de quimioterapia e radioterapia.

Relativamente às mulheres na transição para o climatério – definido como o período em que ocorrem todas as alterações fisiológicas, emocionais e psicológicas que indicam a cessação das capacidades reprodutivas das mulheres (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021) – quer no período da peri-menopausa, menopausa e pós-menopausa, observei que as mulheres são cada vez mais informadas sobre as alterações ao seu corpo, mas que a vigilância da sua saúde está muitas vezes incluída em consultas de saúde do adulto, excluindo esta intervenção específica do EESMO em planeamento familiar nesta fase do ciclo vital.

Sabe-se que a menopausa é um período do desenvolvimento da mulher marcado pelo fim da sua capacidade reprodutiva, ou seja, pelo fim do período menstrual e que ocorre, geralmente, entre os 45 e os 60 anos de idade (International Council of Nurses, 2019). Todo este período do climatério é caracterizado por alterações físicas, psicológicas e emocionais, com alteração da autoestima da mulher. Neste sentido, uma intervenção específica para esta fase da vida da mulher é de extrema importância, não só com objetivo de transmitir conhecimento às mulheres sobre as alterações físicas do seu corpo e dos desconfortos expectáveis e as intervenções para os colmatar, como também para avaliar questões emocionais decorrente do que a ausência de menstruação significa socialmente: a sua incapacidade de voltar a ser mãe.

Num país como Portugal, onde a esperança média de vida das mulheres ronda os 83 anos – ANEXO III (Instituto Nacional de Estatística, 2022), o período do climatério é um período longo da vida destas mulheres. Neste sentido, as consultas de vigilância de saúde neste período ao serem incluídas em saúde do adulto pode inviabilizar intervenções específicas para melhorar a qualidade de vida destas mulheres.

**PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO – DIFICULDADES DOS PAIS DE
RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO NO AJUSTAMENTO AO PAPEL PARENTAL**

4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A enfermagem é, desde sempre, a ciência que tem como centro de atenção o cuidado de indivíduos inseridos em esferas familiares e comunitárias e que, ao longo do seu ciclo vital, experienciam mudanças que lhes atribuem novos papéis e levam a perda de outras tarefas sociais.

As transições ao longo do ciclo vital

Aos períodos onde ocorrem os desequilíbrios do normal funcionamento do estrutura pessoal e social do indivíduo, designados por evento crítico, dá-se o nome de transição (Meleis, 2010).

As transições podem ocorrer em indivíduos, mas também podem ocorrer simultaneamente em famílias, grupos e comunidades, instituições ou grupos profissionais, e o papel do enfermeiro consiste em identificar esse processo de transição e qual o risco potencial para o seu alvo de cuidados, para os prevenir de forma a aumentar o bem-estar do alvo e garantir a sua capacidade de se autocuidar (Meleis, 2010).

“As transições são, simultaneamente, o resultado de, e resultam em mudanças na vida, saúde, relacionamento e ambientes” (Meleis, 2010, p.52).

As transições estão patentes ao longo de todo o ciclo vital e são um foco de atenção importante da enfermagem, uma vez que o enfermeiro se encontra presente em todas as fases da vida do indivíduo, desde o nascimento a situações de doença aguda ou a mudanças nas condições de uma comunidade, até aos momentos de fim de vida.

As transições dividem-se em desenvolvimentais, saúde-doença, situacionais e organizacionais. As transições de *saúde-doença* incluem os diagnósticos de patologias, intervenções cirúrgicas e a sua reabilitação; as *situacionais* incluem as migrações, os papéis de cuidador informal ou reforma; as *organizacionais* ocorrem dentro de instituições ou organizações sociais e as *desenvolvimentais* incluem a gravidez e parentalidade, adolescência ou menopausa (Meleis, 2010).

Apesar de se poderem apresentar de formas diferentes, as transições têm propriedades em comum, como sejam: *consciencialização* (a perceção e reconhecimento da

mudança); *compromisso* (o grau de envolvimento que quem está no processo de transição tem na mudança. Pode incluir-se aqui a procura de informações sobre o novo estado); *mudança* (implica a diferença de um estado inicial para um estado final, no entanto nem todas as mudanças significam que há uma transição, já que esta última é um processo mais longo de adaptação, com várias fases e propriedades específicas); *limitação temporal* (no qual é possível identificar o evento crítico que a desencadeia e o momento em que está concluída e se o novo estado está incorporado no indivíduo) e os *eventos críticos* (momentos chave no processo, como os nascimentos, morte, fim da menstruação...) (Meleis, 2010). A sociedade atual apresenta-nos um conjunto de informações de informações e eventos tão específicos, que os eventos críticos referidos acima podem ser literalmente infinitos, dependendo da forma como o indivíduo os encara.

Para além das propriedades serem comuns a todo o tipo de transições, existem também fatores facilitadores e inibidores das transições, que são descritos por (Meleis, 2010):

- Os significados atribuídos aos eventos críticos que despoletam a transição podem facilitar ou inibir a mesma;
- Os valores e crenças culturais constituem um fator importante, uma vez que depende delas a importância que o indivíduo dá a um determinado momento ou mudança na sua vida;
- O conhecimento promove uma preparação e antecipação dos eventos críticos, que pode ser facilitador do processo de transição;
- Os recursos da comunidade podem incluir o suporte social de famílias, companheiros/cônjuges e os profissionais de saúde;
- Relativamente aos recursos sociais, são incluídos processos mais abrangentes da sociedade como eventos estereotipados e estigmatizados como discriminações de grupos étnicos ou sociais.

Considera-se também relevante discriminar os indicadores do processo de transição como sejam o *sentimento de pertença*, ou seja, a necessidade de pertencer a um grupo pode influenciar a forma como é vivida a transição, uma vez que sendo um ser social a tendência do ser humano é de procurar a pertença a um grupo; a *interação* permite ao grupo entender o grau de mudança que exige o processo de transição; a *situação geográfica* onde ocorre a transição também pode ser um indicador de processo (por exemplo, nas migrações o destino final influencia a forma como a transição irá ocorrer) ou a *confiança e coping* que constituem a capacidade individual de lidar com a mudança

e a confiança que ganham à medida que esta transição acontece. Consideram-se ainda os indicadores de resultado, como sejam a *mestria* (a capacidade de dominar o seu novo estado ou condição, incorporando a mudança) e a *fluidez da identidade* (ou seja, com as constantes mudanças ao longo do ciclo vital a identidade dos indivíduos vai mudando e não podem ser consideradas estáticas, com mudanças que depois voltam ao estado estático) (Meleis, 2010).

Este trabalho pretende focar-se num tipo de transições específicas; as desenvolvimentais, nomeadamente a parentalidade.

As transições desenvolvimentais são complexas, e envolvem transformações físicas, emocionais e psicológicas, para além dos eventos críticos que podem ser imprevisíveis. Ao longo do ciclo vital, competem no desenvolvimento de um indivíduo fatores fisiológicos, emocionais, psicológicos, sociais, culturais, religiosos ou económicos, que dividem “a vida” em vários estágios, nomeadamente a adolescência, adultez ou a velhice, podendo estes ainda ser subdivididos em categorias mais específicas. Naturalmente, nestes diferentes estágios da vida, são esperados papéis sociais diferentes do indivíduo. Ainda que os papéis de género tenham aproximações cada vez mais notórias com a evolução da sociedade, naturalmente as transições são vivenciadas também de maneiras distintas entre homens e mulheres.

Especificamente no que respeita às transições desenvolvimentais, a transição para a parentalidade é possivelmente uma das mais marcantes no ciclo vital de um indivíduo. A parentalidade é um foco de enfermagem definida segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem como:

“Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (International Council of Nurses, 2019).

Define-se ainda como um conjunto de processos e transição de papéis, que começa na gravidez e que termina quando o indivíduo, sendo pai ou mãe está confortável e confiantes no desempenho do seu novo papel no seio da família (Lowdermilk & Perry, 2006). A transição para a parentalidade é como um processo desenvolvimental para os pais enquanto pessoas individuais, enquanto casal e enquanto família, que os transforma em todas estas esferas (Bryan, 2000 como referido por Mendes, 2007) É a identificação de necessidades parentais para assumir a responsabilidade referida e

envolve todos os processos relacionados com o ajustamento à gravidez, trabalho de parto e a preparação para assumir o novo papel de pai/mãe e inclui a interiorização e o assumir efetivo da responsabilidade do papel parental (Nené et al., 2018).

O desejo e a fantasia de ter um filho promovem no casal um conjunto de alterações que podemos e a formação de laços afetivos entre a tríade, que se define como o início da vinculação segundo a International Council of Nurses (2019) e que os ajudará a fazer a transição para o seu novo papel de pai ou mãe. Assim, a gravidez constitui a materialização do desejo dos pais e cresce à medida que a gravidez avança e o bebé se vai tornando cada vez mais real. Nesta fase os pais começam a nutrir sentimentos de amor, aceitação e proteção com o bebé, num processo que é designado por apego (Lowdermilk & Perry, 2006).

A Parentalidade

Como referido anteriormente as diferenças psicoemocionais entre homens e mulheres tornam naturalmente diferentes as formas de encarar a transição para a parentalidade. Ao longo da história o exercício da parentalidade teve também conotações diferentes, apesar da maternidade ser inerente à própria existência humana. As instituições das sociedades patriarcais afastaram os pais do cuidado aos filhos, com a sua principal tarefa social de providenciar sustento económico para a família e a terem o papel de disciplinadores e educadores segundo parâmetros sociais rígidos, enquanto as mulheres ficavam em casa a cuidar dos filhos sacrificando todas as outras esferas das suas vidas. Com a revolução após a II Guerra Mundial e a emancipação feminina para as questões laborais, a mulher é novamente colocada na esfera social, que revoluciona também o exercício do papel parental, com os pais envolvidos não só na educação dos filhos como também sendo capazes de participar nos cuidados aos mesmos durante os primeiros anos (Mendes, 2007). Neste sentido, com a revolução social feminina que se mantém até aos dias de hoje (podendo ainda considerar-se cada vez mais intensificado), os pais são novamente atores principais nos cuidados aos filhos, promovendo-se a partilha das tarefas e dos cuidados com as crianças.

No contexto pós-guerra e com a criação de famílias nucleares, desagregadas dos progenitores, transformaram a forma como a parentalidade é exercida, desligando este papel apenas das mulheres e começando a incluir os pais, que muitas vezes eram os únicos familiares próximos da grávida (Mendes, 2007). Considerada um projeto a longo prazo, a parentalidade tem o seu auge nos seus primeiros 18 anos, que requer dos pais um envolvimento e partilha importantes para o desenvolvimento saudável da criança (Mendes, 2007). Implica um desenvolvimento quase permanente durante um longo

período de tempo, que inclui o reconhecimento desta realidade imprevisível e desconhecida, a procura de informação sobre esta nova realidade e de competências que lhes permitam dominar essa nova realidade – mestria – a procura de modelos pessoais nos quais se possam basear (Meleis, 2010). Naturalmente, esta transição pode ser influenciada por questões pessoais dos pais, normas sociais e culturais, formação e conhecimento, situação socioeconómica, entre outros. Se os objetivos para a educação da criança forem atingidos, promove nos pais uma sensação de satisfação, caso contrário provoca ansiedade e stress, dificultando a aquisição do bem-estar que caracteriza uma transição saudável. Ainda, um estabelecimento adequado do papel parental é essencial para o desenvolvimento adequado da criança, uma vez que esta será totalmente dependente dos pais para a satisfação de todas as suas necessidades fisiológicas e para desenvolver as suas capacidades sociais e relacionais, essenciais na vida futura (Nené et al., 2018).

Especificando a paternidade, o nascimento de um filho transforma os pais no que concerne aos papéis sociais, como por exemplo: passa de filho a pai, e desta forma tende a repensar a sua própria relação com o progenitor e o papel que este teve no seu desenvolvimento; tem de adaptar a sua situação laboral (não só a nível das dispensas legais no que respeita às licenças parentais) para incluir tempo para dispender com o seu filho; e ainda o apoio à sua companheira (que emocionalmente está vulnerável por todas as alterações físicas, psicológicas e emocionais que o nascimento de um filho acarreta). Sabe-se que o envolvimento emocional do pai com o bebé – também designado por bonding – se pode desenvolver ao longo da gravidez, mas naturalmente tem o seu auge após o parto com o confronto com a realidade do bebé, e que depende de alguns fatores como o contacto precoce com o bebé, a qualidade da ligação emocional com a companheira ou os papéis que desempenha no seio do núcleo familiar (Mendes, 2007). Onyskiw et al. (1997) como referido por Mendes (2007) refere que os pais que têm uma relação emocional bem estabelecida com a companheira e um equilíbrio da sua atividade laboral com o tempo familiar, tendem a construir o seu papel parental mais facilmente.

Relativamente à mãe, sabemos que a construção do papel materno se desenvolve desde que o bebé é idealizado e que cresce ao longo da gravidez. No entanto é um processo de construção e desenvolvimento pessoal e emocional que não se limita à gravidez, mas desenvolve-se durante toda a vida. No entanto a gravidez constitui-se como um período fulcral, no qual a mulher vai adquirir novos conhecimentos e competências que lhe irá permitir cuidar das necessidades do seu bebé e contribuir para a transição para a maternidade (Mendes, 2007). No entanto enquanto as tarefas

desenvolvimentais paternas se prendem com a ligação aos progenitores e conjugação da esfera laboral com a familiar, nas mulheres acrescenta-lhe tarefas desenvolvimentais, que incluem a aceitação da gravidez, a incorporação do bebé na sua esfera social e familiar, o estabelecimento de uma ligação afetiva e a exploração da sua capacidade de sacrifício por outrem e de se dar a outro (Rubin, 1984, como referido por Mendes, 2007). A mulher vivencia o processo de aceitação do bebé (para além da aceitação do estado gravídico), que mexe e cresce dentro de si, e a sua aceitação como um ser separado dela. Ao decorrer este processo, a mãe idealiza um bebé, com determinadas características, com as quais se vai confrontar no nascimento.

Como foi referido anteriormente, a transição para a parentalidade tem o seu momento crítico no nascimento, no qual o bebé idealizado pelos pais é confrontado pelo bebé real, que nasceu e está com eles. Posteriormente, o período após o nascimento será crucial para desenvolver as competências adquiridas durante a gravidez e fazer a transição para os novos papéis de pais.

O período do pós-parto é marcado por alterações profundas no casal, com a mulher a sofrer alterações hormonais importantes com a dequitação e consequente diminuição das hormonas produzidas pela placenta, causando flutuações no humor. Acrescentando a estas alterações essencialmente maternas, a adaptação a novas rotinas, cansaço físico, adaptação ao novo bebé e possível inexperiência de cuidar causam transformações importantes na família.

O nascimento de um filho provoca nos pais um impacto sem precedentes e marca o início de uma nova fase, um novo ciclo dentro do núcleo familiar, com novos papéis de responsabilidade a surgir e uma reorganização familiar. Desencadeia nos pais um conjunto de emoções, que já existiam desde a idealização do bebé e que incluem o medo (essencialmente do parto e, no caso dos pais, de não conseguir aguentar e se sentir indisposto; o medo de perder o bebé ou a mãe durante o parto, ou se o bebé será saudável ou não), a ansiedade e responsabilidade social que o novo papel desencadeia neles ou ainda o receio que as flutuações de humor podem desencadear e repercussões na vida cotidiana, nomeadamente na interação sexual. São ainda refletidos pelos pais as suas relações com os próprios progenitores, como forma de preparação para o nascimento e interação com o seu filho (Mendes, 2007).

De facto, sabe-se hoje que o processo de vinculação é desenvolvido durante a gravidez e mantém-se com a proximidade e interação da díade parental com o bebé, havendo um reconhecimento deste como pessoa e como membro da família e envolve uma noção de mutualidade, ou seja, os comportamentos e características do bebé

determinam os comportamentos que os pais irão adotar e vice-versa (Lowdermilk & Perry, 2006). Podemos considerar que uma vinculação bem estabelecida entre os pais e o seu bebé facilita a formação de laços afetivos entre a tríade, que posteriormente vai facilitar os processos inerentes à transição para a parentalidade. Desta forma, é espectável que a tríade esteja o máximo de tempo possível junta, quer ao longo da gravidez, quer após o nascimento.

Relativamente à legislação sobre o acompanhamento das mulheres grávidas e puérperas, e ao abrigo da Lei nº 15/2014 de 21 de Março, corroborada pela Resolução da Assembleia da República nº 30/2016 de 5 de Fevereiro, a mulher tem direito a ser acompanhada durante todas as fases da gravidez e TP, independentemente da hora do dia ou da noite que este ocorrer; não devendo o pai ser considerado visita nem sujeito ao regulamento das mesmas. O facto de estar estipulado na lei este acompanhamento pode indiciar diversos fatores, para além da natural salvaguarda dos direitos dos utentes: que as mães se sentem vulneráveis e precisam de um acompanhamento que lhes dê algum conforto emocional e psicológico num momento de vulnerabilidade; e que os pais procuram cada vez mais estar envolvidos em todos os processos que dizem respeito à gravidez e ao nascimento dos seus filhos. Este envolvimento pode traduzir-se de várias formas, com pais a serem espectadores e a estarem presentes para apoiar emocionalmente as mães, e pais a quererem estar ativamente envolvidos, nomeadamente no corte do cordão umbilical, contacto pele-a-pele, entre outros. Este envolvimento da tríade no processo de nascimento é importante uma vez que condiciona as relações futuras e a transição para o papel parental (Mendes, 2007).

Sobre a vinculação, alguns fatores que a dificultam incluem a condição materna e do RN, aparência física do bebé, stress parental, intervenções invasivas da equipa de saúde e a impossibilidade de tocar no RN com problemas de saúde, equipamentos tecnológicos como incubadoras, monitores ou ventiladores. Estes fatores interrompem a vinculação e dificultam a transição para o papel parental (Lantz & Ottosson, 2013).

A interação com uma criança (que por si só já tem um desenvolvimento exponencial nos primeiros anos de vida) exige dos pais transformações profundas na sua forma de estar perante a vida, que torna o processo de transição para a parentalidade longo, complexo e imprevisível. Como referido anteriormente, esta transição começa durante a gravidez, com a idealização do bebé, vai crescendo à medida que a gravidez avança e tem o seu segundo evento crítico com o parto e o confronto com o bebé real e durante o período pós-parto e a infância, com a vinculação entre a tríade e a transformação das suas relações e o estabelecimento de papéis (Meleis, 2010).

Para além das transformações físicas de retorno ao estado pré-gravídico a nível dos vários sistemas – bioquímico, endócrino, anatómico – é importante considerar que existem alterações psicológicas e emocionais que causam algum desequilíbrio e transformam os indivíduos em novas pessoas: pais (Mendes, 2007). Como já foi referido, o ajustamento ao papel parental começa imediatamente após o parto com o confronto com a realidade do RN; os pais adquirem novos comportamentos que lhes permite serem pai e mãe, e que vai crescendo, desenvolvendo e modificando ao longo do tempo, com o seu autoconhecimento e conhecimento do bebé. As relações vão naturalmente mudar, quer as pessoais com a família alargada, quer a própria relação conjugal e partilha da tarefa de cuidar de um RN. À medida que faz a transição para o papel parental, são identificados na mãe três estádios diferentes: Fase dependente (nas primeiras horas, a mulher foca-se em si mesma e nas suas necessidades e confia em pessoas significativas para cuidar de si e do bebé. Estão extasiadas e relatam ativamente a experiência do parto); Fase dependente/independente (dias seguintes ao parto; dão foco principal aos cuidados ao bebé e ao assumir as responsabilidades do mesmo. Pretendem aprender ao máximo – época ideal para ensinamentos – podem ocorrer os blues pós-parto) e a Fase independente (nesta fase há uma preocupação com a família como unidade; volta-se novamente para o companheiro e há retoma da atividade sexual) (Lowdermilk & Perry, 2006). No que respeita à transição paterna, o desenvolvimento desta dá-se em três fases: a primeira é a das expectativas (na qual o pai tem presente as expectativas para o regresso a casa com um bebé); a segunda da realidade (na qual percebe que nem todas as suas expectativas podem ser realidade, e desenvolve sentimentos de tristeza ou frustração e desejo de um maior envolvimento com o bebé) e a terceira é a de transição (na qual o pai compreende melhor a sua relação com o bebé e toma decisões conscientes para o seu maior envolvimento nas atividades) (Lowdermilk & Perry, 2006)

Existem diversas estratégias que visam a facilitação do processo de vinculação com o RN no período do pós-parto e consequente transição para o papel parental, nomeadamente: o contacto visual logo após o parto ou assim que seja possível, contacto físico, nomeadamente pele-a-pele, o pegar o bebé ao colo logo após o nascimento, a estadia em *rooming-in* na maternidade (alojamento conjunto), permitir a presença dos pais em todos os procedimentos ao bebé nas 24h do dia, durante todo o internamento de puerpério, reforçar positivamente os comportamentos dos pais ou ensinar os pais sobre os sinais demonstrados pelo RN – nomeadamente fome ou dor – e competências necessárias aos cuidados ao mesmo; informar e corrigir algumas ideias pré-concebidas, sobretudo no que toca à amamentação e sinais de fome do RN ou

complicações decorrentes do processo de amamentar; referenciar situações de complicações socioeconómicas e referenciar para a equipa multidisciplinar para promover uma transição harmoniosa para a parentalidade (Lowdermilk & Perry, 2006).

Pode assim afirmar-se que para uma transição efetiva para o papel parental é necessário proximidade e contacto permanente. E quando não é possível, ou quando a condição clínica do RN não permite esta proximidade permanente dos pais, o processo de transição é bruscamente interrompido.

A Prematuridade

Durante a gravidez, os pais idealizam um bebé, perfeito e para o qual se preparam. A gravidez é um período relativamente longo para se dotarem de capacidades e competências para desempenharem os seus papéis. Quando os pais têm uma expectativa, da aparência do bebé, dos seus traços físicos e estes não correspondem à realidade do seu bebé, pode desencadear sentimentos de frustração e dificuldade de aceitação deste. Quando este processo é subitamente interrompido, com um parto prematuro, geram-se nos pais sentimentos de confusão, ansiedade e desilusão pelo bebé que fantasiaram não ser real (Brazelton & Cramer, 1989 como referido em Botelho & Leal, 2001).

A prematuridade foi classificada inicialmente com base no peso ao nascimento, ou seja, todo o RN era prematuro se nascesse com menos de 2500 gramas de peso. No entanto, o peso não deve ser a única medida de classificação da maturidade fetal, sendo então incluída a classificação segundo a Idade Gestacional (IG) (Zugaib, 2008). Assim, a prematuridade define-se, com base na IG em: Extrema (das 20 às 22 semanas de gestação); Moderada (IG entre 28 e 31 semanas) e Leve (IG entre 32 e 36 semanas) (Zugaib, 2008). Numa definição mais recente, um parto PT é aquele que se inicia antes da gestação ter atingido as 37 semanas (ou seja até às 36 semanas e 6 dias) e depois de superar o limite de viabilidade, que é considerado a partir das 24 semanas (Graça & et al, 2017).

O nascimento PT constitui uma das principais causas de morbimortalidade perinatal, com cerca de 75% de óbitos em IG inferiores a 32 semanas, subindo para perto dos 100% em idades gestacionais inferiores a 22-24 semanas (Graça & et al, 2017; Lowdermilk & Perry, 2006).

Cerca de metade dos partos PT ocorrem espontaneamente, com os restantes a ocorrer após Rotura Prematura de Membranas pré-termo ou outras condições materno-fetais (Graça & et al, 2017). Zugaib (2008) refere que a prematuridade espontânea ocorre em

cerca de 75% dos casos e que a sua origem multifatorial dificulta a adoção de medidas preventivas para proteção materno-fetal. Alguns partos PT são ainda deliberadamente provocados, por agravamento de complicações da gravidez que podem colocar a vida da mãe e feto em causa (Lowdermilk & Perry, 2006; Zugaib, 2008).

A taxa de nascimentos prematuros tem vindo a aumentar, sobretudo nas sociedades ocidentais, constituindo cerca de 5-18% a nível global. A prematuridade é a maior causa de mortalidade em crianças abaixo dos 5 anos (OMS, 2019 como referido por Martel et al., 2016). Na Europa, a taxa de nascimentos prematuros situa-se entre os 5-8%, no entanto têm vindo a ser documentados aumentos destes nascimentos, sobretudo nos Estados Unidos da América, onde a taxa de nascimentos prematuros atinge os 12,5% (Zugaib, 2008).

Quando um bebé nasce antes das 37 semanas, os pais vêm o seu sonho de família, ou seja, o seu bebé idealizado, desfeito e assumem repentinamente o seu papel parental, enfrentando com ele as consequências do internamento em UCIN, que são unidades de cuidados altamente diferenciadas, onde exercem funções profissionais igualmente capacitados para as mesmas (Skene et al., 2012; Diaz, Fernandes & Correia, 2014; O'Brien et al., 2018)

A prematuridade, doenças e internamentos em UCIN, com a separação física e o ambiente hospitalar causam dificuldade no estabelecimento do papel parental e stress no sistema familiar, podendo afetar os pais não só a nível comportamental, como também as suas dinâmicas e responsabilidades (Apolinário, 2012; Aagaard et al., 2015; Fernandes & Silva, 2015; Heo & Oh, 2019; Carton et al., 2020). Se os pais estão ansiosos, depressivos, isolados, em privação do sono ou deslocados da realidade, pode influenciar negativamente o processo de vinculação e transição para a parentalidade (Al Maghaireh, Abdullah, Chan, Piaw & Al Kawafha, 2016 como referido por Kynoe et al., 2020).

As condições clínicas e a tecnologia inerentes ao internamento em UCIN apresenta-se como um desafio ao estabelecimento do papel parental (Martel et al., 2016).

Os pilares que constroem a vinculação dos pais aos seus filhos, e consequentemente facilitam o processo de transição para a parentalidade são completamente abalados nas UCIN: a proximidade torna-se muito mais difícil com o internamento, as incubadoras ou os monitores; a reciprocidade é afetada na medida em que um RN PT ou doente não responde da mesma forma aos estímulos dos pais e a responsabilidade também está afetada, no sentido que os pais vêm os profissionais de saúde como principais cuidadores (Skene et al., 2012).

Os RN PT são um grupo com maior propensão para problemas de vinculação, mesmo tendo em conta a proximidade parental. As crianças, que podem vir a demonstrar processos de vinculação desorganizados ou deficientes têm mais dificuldade no estabelecimento da relação com os seus pares (Wolke et al., 2014).

Os RN PT são tendencialmente hipercinéticos, com maior irritabilidade e de mais difícil consolabilidade, com desorganização fácil ao toque e hiper-reactividade. Estas características, com o tempo prolongado de internamento que um RN PT exige, torna-se um desafio para o estabelecimento das relações, nomeadamente com os pais (Botelho & Leal, 2001).

Os Cuidados Centrados na Família

O foco central dos cuidados nas UCIN é, além dos bebés, os pais e famílias e os seus processos relacionais e de desenvolvimento, nascendo assim o conceito dos Cuidados Centrados na Família (Apolinário, 2012).

Os Cuidados Centrados na Família consistem na prestação de cuidados à criança, no entanto tendo em consideração que esta está inserida numa família, que também deverá ser alvo dos cuidados. Assentam em 4 pilares: respeito; partilha de informação; participação nos cuidados e colaboração entre a família e a equipa de saúde. De uma forma resumida, os Cuidados Centrados na Família têm o objetivo de transformar os pais em elementos centrais da equipa e incentivá-los a fazer parte da tomada de decisão sobre a saúde dos seus filhos (Ahlqvist-Björkroth et al., 2017; Valizadeh et al., 2018) e baseia-se na interação de ambas as partes, sendo que o enfermeiro assume o papel de educador e guia dos pais para os cuidados (Skene et al., 2012; Heo & Oh, 2019).

A partilha de informação com os pais tem como objetivo a inclusão destes no processo de decisão relativo ao seu filho, tornando-os parte da equipa multidisciplinar de cuidados (Carton et al., 2020; Kynoe et al., 2020). Esta informação pode chegar aos pais de duas vias: equipa médica ou de enfermagem. A informação médica tende a prender-se com a condição clínica da criança, patologias e tratamento das mesmas e resultados esperados. A informação transmitida pela equipa de enfermagem tende a focar-se nas rotinas da unidade nos cuidados aos bebés e informação sobre os mesmos, bem como apoio à amamentação. Tendem a demonstrar os cuidados que prestam para que os pais os possam compreender e depois praticar com supervisão e fornecem ainda informação sobre questões técnicas como balanços hídricos, procedimento de alimentação por sonda, entre outros (Kynoe et al., 2020).

O envolvimento dos pais nos cuidados ajudará também a diminuir nestes o sentimento de separação dos seus filhos (D'Agata & McGrath, 2016; Ahlqvist-Björkroth et al., 2017). As mães geralmente demonstram mais entusiasmo e iniciativa para cuidar dos bebês, comparativamente aos pais. A grande maioria das instituições de saúde apresentam maior facilidade às mães para a prestação de cuidados, quando em comparação aos pais (nomeadamente alojamento conjunto, liberdade de horários, política de visitas...). As políticas institucionais de visitas, além de limitarem o tempo de permanência dos pais, sabotam os momentos educativos da prestação de cuidados, que embora alguns possam ser ajustados ao horário de visita do pai, perdem-se inúmeras oportunidades para os capacitar (Valizadeh et al., 2018).

O tempo ilimitado para a presença de ambos os pais em UCIN é um princípio fundamental para a implementação dos Cuidados Centrados na Família, ainda que esta realidade presentemente seja apenas válida para as mães, que acompanham geralmente o internamento enquanto os pais são vistos ainda muito como visitas, sabotando o seu papel central nos cuidados ao seu filho (Fernandes & Silva, 2015; Valizadeh et al., 2018).

Para além desta barreira, essencialmente imposta aos pais, podemos enumerar outras, como as deficientes condições físicas das unidades; o rácio inadequado de profissionais de saúde para implementar Cuidados Centrados na Família de forma efetiva (poucos enfermeiros aumenta a carga de trabalho e diminui o tempo que se pode despende com cada família, o que pode transparecer para os cuidados e que os pais sintam que não são ouvidos); situações familiares dos pais, como os cuidados a outros filhos e da casa ou não desejarem estar presentes por longos períodos no hospital e ainda a falta de formação dos profissionais, sobretudo na formação base, que limita a observação dos enfermeiros para os Cuidados Centrados na Família, estando esta formação mais presente nas formações pós-graduadas e de especialização. A cultura e religião também influenciam a vivência dos pais nestas unidades. As mães muçulmanas experienciam maior dificuldade na amamentação quando estão outros homens presentes (enfermeiros, médicos ou pais) ou as mães com menor formação tendem a mostrar maior preocupação que as com mais habilitações (Apolinário, 2012; Skene et al., 2012; Lantz & Ottosson, 2013; Heidari & Mardani-Hamooleh, 2020). Os Cuidados Centrados na Família querem-se menos rotinizados e mais especializados em cada RN e cada pai e mãe, sendo necessário tempo e disponibilidade das equipas, bem como formação para implementá-los de forma eficaz (D'Agata & McGrath, 2016)

Relativamente aos sentimentos dos pais, estes sentem uma amálgama de emoções, desde felicidade, orgulho (que são aumentadas com a resposta do RN à estimulação, ausência de alarmes nos monitores), medo, angústia, desamparo e ansiedade (decorrentes da condição clínica do RN e das propensões de futuro). Apesar do desejo de se sentirem mais envolvidos, os pais referem medo de magoar o seu filho com o contacto físico, não referindo necessidade de estar em controlo dos cuidados, dando importância à voz e à simples presença junto da criança (Diaz et al., 2014; Fernandes & Silva, 2015; Martel et al., 2016; O'Brien et al., 2018).

Inicialmente sentem-se impotentes, sem estarem preparados para as características específicas do seu filho (Fernandes & Silva, 2015), sem controlo sobre o seu RN ou o ambiente que o envolve, transformando-os em mera visitas e delegando os cuidados aos profissionais (D'Agata & McGrath, 2016; Heidari & Mardani-Hamooleh, 2020); têm medo de tocar nos bebés, com medo de magoar ou prejudicar de alguma forma a sua condição e focando-se apenas na patologia e nos monitores e outras tecnologias (Carton et al., 2020). Posteriormente focam-se muito no estado do bebé, olhando durante longos períodos, até que começam a ler os sinais que lhes transmitem, como o desconforto (com as expressões faciais, inquietude...). A forma como gerem a informação também é diferente: primeiramente focam-se muito no que é objetivo e que vêm, e posteriormente valorizam mais a compreensão da patologia da criança. O envolvimento progressivo nos cuidados ao recém-nascidos faz com que os conheçam cada vez melhor e torna-os progressivamente mais confiantes nas suas capacidades parentais, reduzindo o stress das mesmas. Com isto, a responsabilidade dos cuidados mais básicos é progressivamente transferida para os pais, para que se sintam envolvidos e parte da equipa multidisciplinar (Skene et al., 2012; Ahlqvist-Björkroth et al., 2017).

Nas UCIN, os pais são cada vez mais vistos como atores principais no cuidados dos RN PT e os Cuidados Centrados na Família tornam os pais mais capazes de cuidar dos seus filhos com necessidades especiais, diminuindo os tempos de internamento, mas também a probabilidade de novas admissões hospitalares no futuro (Valizadeh et al., 2018), sendo que os RN internados em UCIN cujos pais são envolvidos na filosofia dos Cuidados Centrados na Família tendem a apresentar maior ganho ponderal e menor tempo de hospitalização; bem como uma maior tendência ao estabelecimento do processo de amamentação e melhores níveis de saúde mental dos pais (O'Brien et al., 2018).

O papel do Enfermeiro na UCIN

O papel do enfermeiro nas UCIN passa pela formação de ambos os pais para os cuidados ao bebé, bem como a facilitação da interação da tríade, promovendo o contacto entre os membros da família (Valizadeh et al., 2018).

Os profissionais, nomeadamente enfermeiros, que exercem funções em UCIN têm um papel fundamental na implementação dos Cuidados Centrados na Família, já que geralmente têm relações de confiança e proximidade com as famílias e podem ser o elo de ligação entre as famílias e a restante equipa, dando informação importante acerca da visão dos pais, crenças, valores ou desejos para os seus filhos (Valizadeh et al., 2018). Os cuidados de um RN são praticamente universais e uma forma de comunicação efetiva com os pais, que vão assumir os cuidados após a alta, faz com que adquiram mais confiança para comunicarem as suas dificuldades ou vitórias (Kynoe et al., 2020).

O papel do enfermeiro nestas unidades é dar informação e suporte aos pais, sobretudo aos pais de RN PT, dado que estes geralmente têm mais equipamentos à sua volta e condições clínicas mais frágeis. Devem envolver as mães e pais nos cuidados e ensiná-los a interpretar os sinais do RN PT, nomeadamente os de stress e ensinar como tocá-lo ou consola-lo, por forma a reduzir o stress e facilitar a ligação e interação entre a tríade (Lantz & Ottosson, 2013; Diaz et al., 2014).

A atuação das equipas nestes pais terá um papel preponderante em várias fases do desenvolvimento das famílias: numa primeira fase, irá facilitar a aproximação dos pais ao RN PT e transformar as suas capacidades e competências para cuidar do filho e na relação que estabelecem com o mesmo e entre o próprio casal, facilitando a transição para o papel parental e a efetividade da preparação da alta do internamento em UCIN (Aagaard et al., 2015; Fernandes & Silva, 2015).

Relativamente à alta, esta constitui-se como um marco importante para os pais, já que desencadeia um misto de emoções, como a felicidade de finalmente levar o seu filho para casa e poder sentir que o RN lhes pertence, mas ao mesmo tempo ansiedade pelas possíveis complicações e agravamentos, bem como possíveis recaídas na condição do RN PT e no facto de terem de assumir autonomamente os cuidados que antes era supervisionado pelos profissionais de saúde (Diaz et al., 2014; Aagaard et al., 2015). Numa fase mais avançada, a atuação da equipa e dos Cuidados Centrados na Família promoverá uma autoconfiança nos pais, que os acompanhará para o desenvolvimento futuro do seu papel de pais e contribuindo para o desenvolvimento harmonioso da criança no seio da família e comunidades.

Resumidamente, os Cuidados Centrados na Família baseiam-se na interação entre pais/RN PT/enfermeiros e a integração dos primeiros na equipa multidisciplinar enquanto cuidadores principais. As interações vão evoluindo ao longo dos internamentos, aumentando a partilha de responsabilidades e delegação de cuidados aos pais, promovendo a confiança destes e diminuindo os sentimentos de impotência e exclusão e aumentando a satisfação com o internamento do RN (Shaw et al., 2013; Aagaard et al., 2015; D'Agata & McGrath, 2016; Heo & Oh, 2019). Para um efetivo estabelecimento desta filosofia de cuidados, os profissionais que trabalham com estas famílias, nomeadamente os enfermeiros, deverão estar preparados para descentrar o seu pensamento e ação do foco da doença e centrá-lo no RN PT e nos pais, cuidando de ambos os elos como uma unidade familiar para que os vínculos familiares sejam estabelecidos e os pais tenham confiança nas suas capacidades e que o internamento seja o menos traumático para os pais e RN, consequentemente contribuindo para a humanização dos cuidados (Diaz et al., 2015; Fernandes & Silva, 2015; Nascimento, Morais, Amorim & Santos, 2020).

5. DESENHO DO ESTUDO

Primordialmente, este estudo teve como objetivo conhecer a realidade de um fenómeno específico, com o propósito de o descrever, sendo por isso considerado um estudo exploratório-descritivo (Fortin et al., 2009).

Objetivos:

- Descrever o impacto do internamento do/os filho/os RN PT em UCIN na transição para o papel parental dos pais;
- Descrever as dificuldades dos pais nos cuidados ao RN PT internado em UCIN;
- Descrever os sentimentos dos pais nos cuidados aos RN PT internados em UCIN.

Questões de investigação:

- Quais são as dificuldades dos pais nos cuidados aos RN PT internados em UCIN?
- Quais são os sentimentos dos pais nos cuidados aos RN PT internados em UCIN?
- Qual o impacto do internamento de RN PT em UCIN na transição para o papel parental dos pais?

População-alvo do estudo/ Amostra:

Relativamente à população-alvo do estudo, incluem-se os pais de RN PT internados em UCIN. Os critérios de inclusão e exclusão são apresentados na Tabela 1.

TABELA 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão	
Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
- Pais de RN PT (IG inferior a 37 semanas), internados em UCIN nos últimos 3 anos (2020-2022), que aceitem voluntariamente preencher o questionário para colheita de dados	- Pais de RN PT (IG inferior a 37 semanas) cujo ano de nascimento é prévio a 2020; - Pais de RN PT internados em UCIN, cuja IG ao nascimento é superior ou igual a 37 semanas

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão

Especificamente na contextualização e enquadramento teórico, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com os descritores MeSH Parent*; Premat* OR Neonatal; Nurs*; Midwi* OR Part*; Attach* e cujo processo de pesquisa de apresenta na Figura 1. De

referir ainda que, juntamente com a análise dos artigos anteriormente referidos foram consultados outros artigos, nomeadamente legislação pertinente e livros e manuais de referência para a área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e das etapas do processo de investigação. Para além desta investigação inicial, foi realizada posteriormente pesquisa livre para complementar e enriquecer a discussão de resultados.

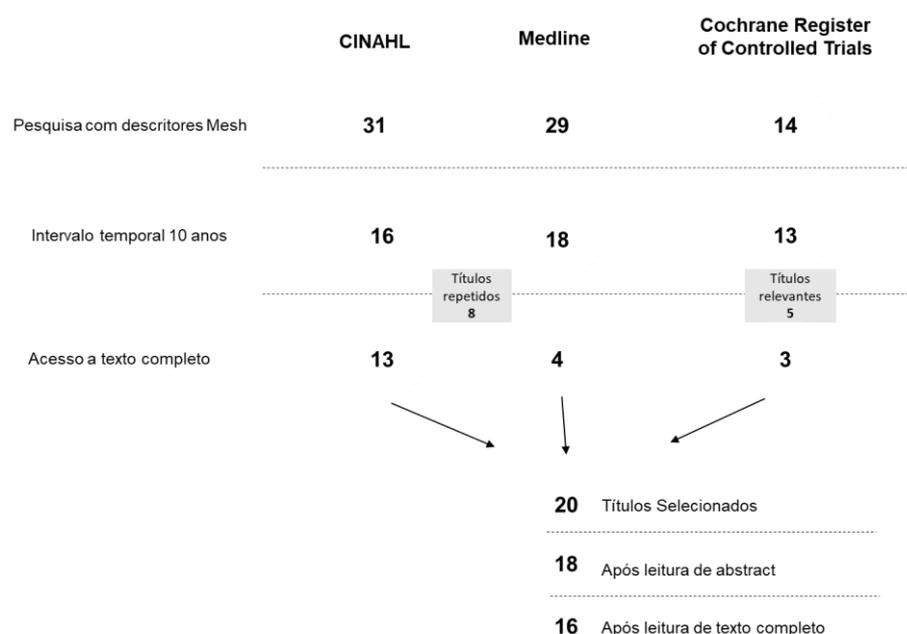


Figura 1 – Processo de pesquisa bibliográfica

Procedimentos éticos e formais:

Após o desenho inicial do estudo, foi submetido um pedido de parecer interno à UICISA:E (Health Sciences Research Unit: Nursing), unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo sido aprovado (por despacho em ANEXO IV) e foi iniciado o processo de recolha de dados a 01 de março de 2022 e que decorreu até ao final do dia 30 de abril de 2022, tendo sido após esta data retirada a possibilidade de resposta ao formulário. Ao longo deste intervalo temporal o questionário foi partilhado 4 vezes pelo autor, excluindo as partilhas efetuadas por outros utilizadores e participantes do estudo.

Procedimento de recolha de dados:

A recolha de dados foi efetuada através da divulgação de um questionário elaborado especificamente para este estudo e que foi dirigido à díade parental (pai e mãe de RN), composto por questões de carácter sociodemográfico, obstétricos e questões dirigidas ao internamento em UCIN e ao envolvimento dos pais nos cuidados ao RN PT. O

questionário foi disponibilizado online, nas redes sociais e em pequenas comunidades e grupos de pais com RN PT sob a forma de um Formulário Google disponível em https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdoPDUhFjV_A1ND9qKAtYs9gk6DhmQWK5i2OvXLmmUXtMbVow/viewform?usp=sf_link e cuja cópia se encontra em APÊNDICE V. Para a recolha de dados foi garantida a confidencialidade dos participantes e dados fornecidos, através de uma declaração de consentimento incluída no início do formulário e cuja resposta negativa inviabiliza o reenchimento do mesmo.

Para a análise dos dados de natureza qualitativa foi usado a metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2013).

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

O total de respostas ao formulário foi de 78. Por forma a garantir os critérios de inclusão, foram incluídas ao longo do questionário 3 questões que direcionavam os participantes para os critérios de inclusão, e ao não se encontrarem dentro dos mesmos, os questionários não poderiam ser completos. Assim, após aplicação destas questões, as respostas ficaram reduzidas a 43.

Caracterização sociodemográfica da amostra e dados obstétricos

Relativamente à caracterização da amostra, a maioria (41,86%) das mães estão entre os 31 e os 35 anos, são casadas (41,86%) e possuem o Ensino Secundário completo (41,86%) ou uma Licenciatura (41,86%). No que concerne aos pais, a maioria (41,86%) está entre os 31 e os 35 anos, casados (41,86%) e têm o ensino secundário completo (46,51%). A nível de empregabilidade, obtiveram-se 5 respostas de mães desempregadas e 2 pais na mesma situação, em díades diferentes.

Relativamente aos dados obstétricos, 69,77% dos casais estavam na primeira gestação e, à data das respostas, 62,79% dos casais tinham apenas 1 filho, com uma média de 1,51 filhos por casal. Ainda relativamente à gravidez, 9 respostas (20,93%) foram de gravidez gemelar e 21 respostas (48,84%) reportaram complicações na gravidez. Nas complicações mais frequentemente reportadas estão as doenças hipertensivas (n=8), seguidas da Diabetes Mellitus/diabetes gestacional (n=6) e incompetência cervical (n=6) e ainda perturbações de stress/ansiedade/depressão (n=2) e alterações do líquido amniótico (n=1). De referir ainda que 6 participantes referiram “Outra” como outras complicações diagnosticadas na gestação e também que diversos participantes reportam múltiplas complicações na gravidez.

No que respeita ao acompanhamento durante o trabalho de parto, 23 mães (53,49%) referiram estar acompanhadas, enquanto 20 (46,51%) estiveram sozinhas durante o processo.

O processo de admissão na UCIN

No que concerne ao período de internamento em UCIN, os participantes foram questionados sobre a oportunidade de ver o RN após o parto, antes do internamento,

se lhes foram explicadas as razões para o mesmo e se o pai teve oportunidade de ver o RN após a admissão e cujos dados se apresentam na Tabela 2.

O período pós-parto imediato para as puérperas afasta fisicamente as mães nas primeiras horas do internamento do RN PT (por questões de repouso). Sobre a primeira visita ao internamento, foram questionadas as mães sobre quando a mesma ocorreu, ao qual 11 (25,58%) referiram que a primeira visita ocorreu antes das doze horas de internamento; 13 mães (30,23%) visitaram o RN entre as 12 e as 24 horas de internamento e 19 mães (44,19%) visitaram pela primeira vez o RN após as 24 horas de internamento. Para além do apresentado anterior, foram questionadas as mães se no período de pós-parto imediato, receberam a visita de algum profissional da UCIN responsável pelo seu RN, ao qual 7 participantes reportaram a visita do médico pediatra, 9 participantes referiram a visita do enfermeiro responsável pelo RN e 30 participantes não receberam qualquer visita de profissionais da UCIN. De referir ainda que 3 participantes reportaram a visita do médico pediatra e do enfermeiro.

TABELA 2 – Processo de admissão na UCIN		
Admissão na UCIN	Respostas	
	Sim	Não
Viu o RN previamente ao internamento?	46,51% (n=20)	53,49% (n=23)
Foram explicadas as razões do internamento do RN?	90,70% (n=39)	9,30% (n=4)
O pai viu o RN após a admissão na UCIN?	79,07% (n=34)	20,93% (n=9)

Tabela 2 – Processo de admissão na UCIN

Foi também questionada a díade parental se durante a primeira visita à UCIN falaram com um profissional responsável pelo RN, ao qual se obtiveram 32 respostas para o enfermeiro responsável, 29 para o médico pediatra e 1 resposta para nenhum dos dois, sendo de referir que se obtiveram 19 respostas com ambos os profissionais.

O afastamento da díade parental e do RN PT

Relativamente às estratégias adotadas pela equipa da UCIN para diminuir a noção de afastamento da díade parental com o RN, os resultados das respostas são apresentados na Tabela 3.

De realçar que, nas estratégias facilitadoras do afastamento da díade parental com o RN PT, os participantes destacaram o contexto pandémico ao qual o período dos dados se refere. No que respeita à presença materna, esta não foi prejudicada, o que não aconteceu com os pais, afetando naturalmente os momentos em família. “As mães até

podiam estar com os seus bebés algum tempo..., no entanto, os pais podiam apenas estar muito pouco tempo, 30 minutos por dia, e sujeito a marcação... nem podiam estar juntos em família” (Participante 12); “...Passar tudo sozinha...e tudo por causa do covid” (participante 33).

TABELA 3 – Estratégias adotadas pela equipa da UCIN relativamente ao afastamento do RN PT e a díade parental			
Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Estratégias inibidoras do afastamento	Estratégias relativas à equipa/UCIN	Acompanhamento pessoal dos pais	1
		Visitas diárias sem restrições de horários	8
		Envio de fotografias/vídeos e videochamadas aos pais	4
		Linha telefónica permanente disponível/ Fornecimento frequente de informação	4
		Fornecimento de objetos “pessoais” do RN (fralda, roupa)	1
	Estratégias relativas à díade parental	Visita do pai imediatamente ao internamento/admissão	2
		Mãe com livre acesso à UCIN	8
		Alojamento materno na instituição	1
	Estratégias relativas ao RN PT	Incentivo/Apoio à participação nos cuidados	13
		Método Canguru	6
		Colo/ Contacto pele-a-pele	3
	Estratégias facilitadoras do afastamento	Estratégias relativas à UCIN	Contexto pandémico
Visitas reduzidas (do pai)			2

Tabela 3- Estratégias adotadas pela equipa da UCIN relativamente ao afastamento do RN PT e a díade parental.

De referir ainda que em alguns casos, as mães e os RN podem ficar mesmo em instituições diferentes, que agrava o sentimento de receio e impotência parental e apesar das estratégias referidas acima, parecem insuficientes para estas famílias “não houve muito que pudessem aplicar, pois ficámos em hospitais diferentes... foi muito rápido” (Participante 39).

No entanto, outras estratégias foram referidas como importantes para as famílias, sobretudo com a separação inerente ao internamento de um RN PT em UCIN. “tive oportunidade... de a sentir no ventre nem que por breves instantes” (Participante 30).

O papel dos pais ao longo do internamento em UCIN

A díade parental foi também questionada sobre os sentimentos que tiveram quando viram o RN pela primeira vez, e os dados obtidos na análise das respostas são apresentados na Tabela 4.

TABELA 4 – Sentimentos despoletados na díade parental na primeira vez que vêm o RN			
Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Sentimentos	Sentimentos Negativos despoletados na díade parental	Choque/Estranheza/Surpresa	10
		Sufrimento/Angústia	5
		Desespero	2
		Confusão/Incerteza	4
		Medo/Receio	21
		Desorientação	1
		Ansiedade/Tensão	2
		Tristeza	3
		Preocupação/Impotência	3
	Sentimentos Positivos despoletados na díade parental	Tranquilidade/Alívio	7
		Amor	2
		Acompanhamento pessoal da equipa	3
		Felicidade	3
		Esperança	2

Tabela 4 – Sentimentos despoletados na díade parental na primeira vez que vêm o RN.

Relativamente aos sentimentos despoletados nos pais, a maioria refere medo e incerteza quando ao futuro; “Tive medo que o bebé não sobrevivesse” (Participante 4) “Não iria sobreviver (Participante 27); choque e estranheza, como uma distância refletindo a diferença entre o bebé imaginário e o bebé real “É estranho... É o nosso bebé mas sem ser.... Nem o reconhecemos” (Participante 11). Algumas mães referiram ainda sentimentos de culpa “Senti-me a pior mãe do mundo... eu é que tinha culpa de

ele ter nascido antes do tempo” (Participante 29) e muitos participantes referem que apesar deste medo, não deixam de se sentir felizes por finalmente conhecerem os seus filhos e esperança no futuro “Apesar de todo o medo... Não deixámos de ficar felizes e emocionados, eram os nossos filhos tão esperados, os nossos pequeninos...deu a esperança que iriam ser uns guerreiros com força para saírem bem dali” (Participante 12).

O internamento em UCIN do RN PT transforma naturalmente as dinâmicas familiares, o processo de ligação dos pais ao RN PT e a transição para o papel parental, cabendo à equipa de profissionais destas unidades a facilitação deste processo. Para isso existem diversas estratégias específicas para a UCIN que são facilitadoras, que foram questionadas aos participantes deste estudo e cujos resultados se apresentam na Tabela 5.

TABELA 5 - Facilitação do processo de vinculação dos pais ao RN PT		
Estratégias	Respostas	
	Sim	Não
Realização do método canguru	83,72% (n=36)	16,28% (n=7)
Amamentação durante o internamento	90,70% (n=39)	9,30% (n=4)
Envolvimento nos cuidados diários ao RN	91,67% (n=42)	2,33% (n=1)

Tabela 5 – Facilitação do processo de vinculação dos pais ao RN PT.

Para a díade parental, momentos como tocar o bebé pela primeira vez ou dar colo são cruciais para o processo de vinculação e para sentirem que o RN “lhes pertence”. Desta forma, foram questionados sobre estes dois momentos separadamente.

Relativamente ao momento em que os pais tocaram o RN pela primeira vez, as respostas mais frequentemente referidas foram no 1º dia (n=17), no 2º dia (n=8) e no 3º dia (n=7), sendo que as restantes respostas variam entre 1 semana e 1 mês de internamento. No que respeita à primeira vez que pegaram no RN ao colo, as respostas mais reportadas foram ao 2º e ao 7º dias de internamento (ambas com n=8); ao 3º dia (n= 7) e ao 4º dia e após 2 semanas (ambas com n=3), variando as restantes entre o 1º dia e os 2 meses de internamento. Para ambas as perguntas, os participantes cujo internamento é de RN PT gémeos os momentos podem ser diferentes.

Ainda relativamente aos dados do Quadro 5, as respostas negativas relativamente à amamentação durante o internamento tiveram como base o insucesso na extração.

Relativamente ao envolvimento dos pais nos cuidados diários ao RN PT, os dados relativos ao envolvimento e às atividades nas quais os pais participaram encontram-se na Tabela 6.

TABELA 6 – O envolvimento da díade parental nos cuidados ao RN PT internado			
Envolvimento dos pais nos cuidados	Respostas	Atividades nas quais os pais participaram	Respostas
Não	2,33% (n=1)	--	--
Sim	97,67% (n=42)	Avaliação da temperatura do RN	n= 33
		Mudança da fralda	n= 40
		Banho do RN	n= 38
		Vestir e despir o RN	n= 32
		Posicionamento do RN	n= 32
		Alimentação do RN	n= 34
		Administração de terapêutica oral	n= 9

Tabela 6– O envolvimento da díade parental nos cuidados ao RN PT internado

O envolvimento dos pais nos cuidados é essencial para que se sintam parte integrante da equipa, e incluí-los e aos seus valores e crenças relativamente ao seu papel de pais é fulcral. Como tal, os participantes foram questionados acerca do seu envolvimento com a equipa na tomada de decisão e nas suas crenças enquanto família, ao qual 69,77% (n=30) responderam que se sentiram envolvidos e 30,23% (n=13) não se sentiram parte integrante da equipa de cuidados. O resultados das razões para as respostas dos participantes são apresentados na Tabela 7.

TABELA 7 – Os valores familiares nos cuidados ao RN PT internado			
Categoria: valores e crenças familiares			
Subcategoria: valores tomados em consideração		Subcategoria: valores não tomados em consideração	
Indicadores	Unidade de Enumeração	Indicadores	Unidade de Enumeração
Pais envolvidos nos cuidados	3	Não questionaram opinião dos pais	4
Apoio/Incentivo amamentação	2	Crenças profissionais acima das familiares	2

Pais informados da situação clínica do RN	4	Sem momentos em família (só 1 progenitor)	2
Disponibilidade/empatia da equipa com os pais	3	Sem visitas de outros irmãos	1
Pedido consentimento para procedimentos	2	Separação dos pais e RN (CoVID-19)	1
Discutir opções em conjunto com a equipa	3	Sem apoio na vontade de fazer canguru/colo	1
Permitir aos pais vestir RN com roupas próprias	1		

Tabela 7 – Os valores familiares nos cuidados ao RN PT internado

As dificuldades dos pais nos cuidados ao RN PT

Os equipamentos e tecnologia envolventes ao RN PT internado tornam naturalmente os cuidados diferentes e que, ao olhos do pais, podem ser mais complexos, demonstrando por vezes dificuldades em cuidar do seu filho. Neste sentido, os participantes foram questionados acerca das suas dificuldades (ou não) nos cuidados ao RN PT internado e cujos dados se apresentam na Tabela 8.

Relativamente às dificuldades da díade parental nos cuidados ao RN PT internado, realça-se ainda no receio relativo à fragilidade do RN com o receio de “poder levar algo mau do exterior para a sua bolinha (incubadora)” (Participante 12).

TABELA 8 – As dificuldades da díade parental nos cuidados ao RN PT internado			
Dificuldades nos cuidados ao RN PT	Respostas	Maiores dificuldades	Respostas
Não	34,88% (n=15)	--	--
Sim	65,12% (n=28)	Lidar com a tecnologia envolvente	n= 15
		RN muito pequeno	n= 18
		Medo de magoar o RN	n= 22
		Medo que o RN deixe de respirar	n= 14
		Não saber identificar necessidades	n= 12
		Outra	n=1

Tabela 8 – As dificuldades da díade parental nos cuidados ao RN PT internado.

O envolvimento dos pais, não só nos cuidados como nas decisões ajuda-os a sentirem-se mais seguros quer relativamente à situação clínica do RN como do seu papel enquanto pais “Sempre me explicaram todas as opções como pedi...nas situações não emergentes, discutíamos opções em conjunto” (Participante 17).

Por outro lado, quando esta abertura não existe, por vezes os pais não refletem sobre a importância que podem trazer, confiando nos cuidados da equipa “Nunca ninguém procurou falar connosco... centraram-se no que era melhor para o bebé, que na altura não nos incomodou” (Participante 22); “Todas as medidas tomadas foram consideradas necessárias... Confiámos que fosse isso que estava a acontecer, nem questionámos nada” (participante 24). No entanto, essa prevalência das opções da equipa profissional pode entrar em conflito com as crenças da família, nomeadamente no que respeita ao contacto familiar “Privilegiaram crenças... profissionais em detrimento dos possíveis benefícios e vantagens do contacto familiar” (Participante 23).

A alta e o regresso a casa

Ao longo do internamento, o envolvimento da díade parental procura não só capacitá-los para identificar as necessidades do RN PT como também de os preparar para o regresso a casa e para a transição para o papel parental.

Como tal, foram questionados os participantes sobre a sua segurança no regresso a casa e nas suas capacidades de cuidar do seu filho, bem como o impacto do trabalho da equipa multiprofissional na construção do papel parental. Os dados são apresentados no Tabela 9.

TABELA 9 – Alta e regresso a casa		
Alta e regresso a casa	Respostas	
	Sim	Não
Sentiu-se competente a cuidar do RN?	70,07% (n=34)	20,93% (n=9)
Sentiu-se seguro no regresso a casa?	74,42% (n=32)	25,58% (n=11)
O trabalho da equipa da UCIN facilitou a construção do papel parental?	82,72% (n=36)	16,28% (n=7)

Tabela 9 – Alta e regresso a casa.

O momento da alta constitui um marco de extrema importância nas famílias com RN PT internados. Assim, os participantes foram questionados acerca dos sentimentos que experienciaram aquando a mesma, e que estão descritos na Tabela 10.

Para os participantes, existe uma ambiguidade de sentimentos no momento da alta “Por um lado, felicidade e ansiedade pela chegada da nova etapa. Por outro, algum receio de acontecer alguma coisa...estamos habituados... à constante presença das enfermeiras. Em casa não há nada disso” (Participante 26).

Relativamente aos 16,28% de pais que referiram sentir que o trabalho da equipa multiprofissional não facilitou a construção do papel parental, foi questionado sobre a sua opinião do que poderia ter sido diferente nas suas experiências de internamento, cujos dados se apresentam na Tabela 11.

Na questão das dificuldades de construção do papel parental, os participantes referem mais uma vez que o contexto pandémico prejudicou as relações entre a tríade pais/RN, e que as instituições de saúde poderiam ter atuado de forma a poder proporcionar mais momentos em família. “Mesmo em contexto de pandemia, a maternidade devia ter encontrado alternativa de forma a não privar os pais e os filhos de estarem todos juntos” (Participante 12); “O CoViD foi desculpa para a separação das famílias” (Participante 33). Obtiveram-se também respostas de pais que se sentiram pouco seguros porque não lhes foi fornecida informação suficiente ou não receberam o apoio que gostariam em questões que lhes faziam sentido, como a amamentação “Tivemos pouco apoio na amamentação... e algumas dicas, já com o bebé no ovo” (Participante 37).

TABELA 10 – Sentimentos experienciados pela díade parental aquando a alta			
Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Sentimentos	Sentimentos Negativos despoletadas na díade parental	Incerteza	1
		Medo/Receio	13
		Ansiedade	5
		Tristeza	1
		Preocupação	3
	Sentimentos Positivos despoletadas na díade parental	Alívio	11
		Amor/União	2
		Confiança	1
Felicidade/Alegria		22	

Tabela 10 – Sentimentos experienciados pela díade parental aquando a alta do RN PT

TABELA 11 – Dificuldades na construção do papel parental

Categoria	Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Dificuldades na construção do papel parental	Fatores dificultadores da construção do papel parental	Sem momentos em família	4
		Não uniformização da equipa para os cuidados	3
		Pouco tempo passado com o RN	2
		Pouco apoio na amamentação	1
		Fornecida pouca informação sobre a situação do RN	1
		Fornecida pouca informação para a alta	1

Tabela 11 – Dificuldades na construção do papel parental.

7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste estudo procurou-se descrever o impacto do internamento do/os filho/os RN PT em UCIN na transição para o papel parental dos pais; descrever as dificuldades dos pais nos cuidados ao RN PT internado em UCIN e descrever os sentimentos dos pais nos cuidados aos RN PT internados em UCIN.

Relativamente à população da amostra, é possível verificar que dentro da díade parental, apesar da faixa etária ser maioritariamente semelhante, os níveis educacionais são diferentes, o que corrobora os dados nacionais do Instituto Nacional de Estatística (2019) (ANEXO V), onde se verifica que as mães têm níveis educacionais completos mais elevados que os pais.

No que respeita aos dados obstétricos apurados neste estudo, e nomeadamente à média do número de filhos por casal, e reconhecendo que o facto de ser uma amostra reduzida comparativamente aos dados disponibilizados, os dados são aproximados, o que permite inferir que a amostra populacional tem características semelhantes à realidade nacional (Instituto Nacional de Estatística, 2019). Um dado relevante obtido neste estudo foi a quantidade de respostas relativamente às complicações na gravidez (48,84%), sendo que 51,16% das gestações que culminaram num parto PT não tiveram qualquer complicação diagnosticada. Este dado corrobora a literatura, que refere que cerca de metade dos partos PT ocorrem de forma espontânea (Graça & et al, 2017).

Nos dados relativos ao parto, foi abordado o acompanhamento das mulheres durante o TP; e apesar de, como referido anteriormente, estar legislado pela Lei nº 15/2014 de 21 de março, apenas cerca de metade das parturientes referem ter estado acompanhadas, não tendo sido elaborada as razões para o não acompanhamento.

Facilitação da transição para a parentalidade e diminuição do afastamento

Lowdermilk & Perry (2006) referem algumas estratégias para promover a ligação da díade parental com o RN, nomeadamente o contacto visual logo após o parto ou assim que possível, o contacto pele-a-pele e o colo e o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN. Neste estudo, podemos constatar que, com o internamento do RN PT em UCIN, este contacto visual está apenas referido em 46,51% dos casos, eventualmente relacionado com o estado vulnerável do RN PT que exige avaliação imediata. No entanto, a presença do pai imediatamente após a admissão em UCIN (em 79,07%) é

um fator preditivo positivo do envolvimento da equipa neste processo de facilitação da ligação parental com o RN PT: Relativamente à visita materna ao RN PT, a maioria das respostas aponta para após as 24 horas de internamento, o que poderá estar relacionado com o tipo de parto ou complicações no estado de saúde materno. De referir ainda os resultados positivos relativos à presença de profissionais no acolhimento à UCIN, que é referido por Diaz et al. (2014) como de extrema importância para transmitir aos pais sentimentos de segurança, confiança e acolhimento na equipa da qual terão de fazer parte para os cuidados ao seu filho. Segundo os mesmo autores, esta presença deve de resto ser constante ao longo do internamento, nomeadamente a do enfermeiro, por maior proximidade aos pais, por forma a prestar o apoio emocional que necessitam para enfrentar o internamento

O confronto dos pais com o bebé real, sendo este bebé um RN PT desencadeia na díade parental um misto de emoções. A literatura descreve que inicialmente os pais se sentem em choque, confusos e desiludidos com a confrontação com a realidade (Botelho & Leal, 2001; Diaz et al., 2014), ansiedade e com medo do futuro, mas ao mesmo tempo alívio por verem o seu filho, felicidade por finalmente verem materializados o seu desejo de ter filhos (Fernandes & Silva, 2015; Martel et al., 2016; O'Brien et al., 2018). O presente estudo corrobora estes achados da literatura, já que a díade parental reporta sensações como choque, angústia, ansiedade, medo, receio, tristeza e preocupação, mas ao mesmo tempo alivia, amor e esperança.

No que respeita a estratégias adotadas para diminuir o afastamento ente a díade parental e o RN PT internado em UCIN, as respostas obtidas pelos participantes indicam que as equipas estão despertas para esta dificuldade dos pais, e procuram colmatar esta distância, quer com recurso a tecnologias de comunicação (com envio de vídeos e fotografias ou a disponibilização de linha telefónica permanente), o alargamento dos horários de permanência dos pais. No entanto, este alargamento da possibilidade de permanência dos pais, referido por Valizadeh et al. (2018) como fundamental para fundamental para a integração dos pais nos cuidados ao RN, neste estudo foi mais referido para a mãe, deixando o pai com menos tempo de permanência, dados também encontrados pelo mesmo autor. Um aspeto não encontrado na literatura consultada e referido pelos participantes do estudo, que se realça como uma estratégia positiva para diminuir o afastamento entre a tríade é o fornecimento de objetos pessoais do RN aos pais, como as fraldas de pano, as roupas ou a chupetas usadas no internamento, para que os pais possam ter consigo partes do seu filho. De realçar ainda que este afastamento do pai foi referido neste estudo por duas razões: a facilidade de

permanência das mães (nomeadamente a referência a estadia na maternidade) e pelo contexto pandémico, que reduziu o pai a visitas diárias de 30 minutos. Estes episódios reduzem não só a possibilidade de o pai estar presente nos cuidados ao RN como também os momentos em família, essenciais para a formação e fortalecimento de laços entre a tríade e dificultando a construção do papel parental.

Envolvimento dos pais nos cuidados ao RN PT internado

Ainda especificamente sobre a facilitação do processo de ligação da díade parental com o RN PT internado em UCIN, momentos como o primeiro toque ou a primeira vez que dão colo ao seu filho são marcantes e de extrema importância (Fernandes & Silva, 2015). Os resultados obtidos para estas questões revelam que existe atenção das equipas para a importância que os pais dão a estes momentos, com um grande número de pais que tocam no 1º dia de internamento e o primeiro colo a ocorrer durante a primeira semana. Ainda, estratégias como o método canguru, o envolvimento nos cuidados ou o apoio/facilitação do processo de amamentação são fulcrais para uma visão integradora destes pais nas equipas. Desta forma, os participantes foram questionados sobre estas estratégias particulares, com respostas bastante positivas. As taxas de amamentação superaram os 90%, com apenas 4 respostas de insucesso na extração. A realização do método canguru também ultrapassou os 83% e o envolvimento efetivo dos pais os 91%. Estes dados espelham o trabalho das equipas em envolver os pais e na sua integração enquanto cuidadores dos seus filhos e no reconhecimento de estratégias, nomeadamente o método canguru, como facilitadores do processo de ligação com o RN PT, mas também benéfico para a evolução clínica do mesmo (Zhang et al., 2018). No estudo de Nascimento et al. (2020), é realçado que o método canguru é prespetivado pelos pais como um momento prazeroso e no qual se sentem úteis e verdadeiramente parte integrante na recuperação clínica do RN PT.

Por outro lado, o envolvimento dos pais nos cuidados é largamente referido pela literatura, nomeadamente pelos estudos de Aagaard et al. (2015), D'Agata & McGrath (2016) e Ahlqvist-Björkroth et al. (2017) como fundamental não só para diminuir o sentimento de separação dos pais com o RN PT, como também para os capacitá-los para identificar as necessidades do seu filho quando chegar o momento da alta.

Relativamente ao envolvimento dos pais nos cuidados ao RN PT, as respostas obtidas foram positivas, com envolvimento efetivo em mais de 97% dos participantes. As atividades nas quais os pais são envolvidos variam, com a mudança da fralda e os cuidados de higiene do RN a serem as mais referidas e a que menos ocorreu foi a

administração de terapêutica oral, o que pode indicar ainda uma dificuldade das equipas em delegar nos pais atividades com maior grau de responsabilidade como a terapêutica. Nascimento et al. (2020) referem no seu estudo que as atividades realizadas pelos pais ainda se prendem muito com atividades como higiene e alimentação, sendo estes desconsiderados em atividades mais específicas, priorizando-se as normas instituídas pela equipa multiprofissional

Cuidados Centrados na Família e as dificuldades dos pais ao longo do internamento na UCIN

Para além do impacto e do medo/receio da díade parental para com o seu filho, os equipamentos tecnológicos que envolvem o RN PT (como monitores, incubadora, ventilador ou perfusoras) podem desencadear nos pais stress e dificuldades para os cuidados (Lantz & Ottosson, 2013; Nascimento et al.,2020). Os resultados obtidos neste estudo indicam que as principais dificuldades dos pais no que concerne aos cuidados ao RN PT incluem o medo de magoar o RN pelo seu tamanho pequeno e lidar com a tecnologia envolvente ao mesmo, que corrobora os achados por outros autores. Tendo em conta o contexto pandémico ao qual o período de recolha de dados se refere, obtiveram-se respostas de receio de poder transportar algum tipo de microrganismo para o RN.

Como foi referido anteriormente, os Cuidados Centrados na Família têm por base o respeito pela unidade familiar do RN PT, a partilha de informação, envolvimento nos cuidados e colaboração entre a família e a equipa multidisciplinar, transformando os pais em decisores sobre os cuidados ao seu filho (Ahqvist-Björkroth et al., 2017). Como tal, os participantes deste estudo foram questionados acerca do seu envolvimento na tomada de decisão clínica e se os seus valores familiares foram tidos em consideração. Os resultados obtidos espelham que quase 70% dos casais se sentiram ouvidos e respeitados nos seus valores familiares. As razões apontadas para estas respostas prendem-se com o elevado envolvimento e apoio na prestação de cuidados e também na partilha de informação por parte da equipa de saúde sobre a situação clínica do RN PT, bem como a discussão de opções em conjunto (excetuando as questões de emergência). Como é referido na literatura consultada, o envolvimento dos pais nos cuidados ao seu filho, torna os pais mais confiantes no seu papel de cuidador e de pai/mãe, e os resultados obtidos neste estudo corroboram esse sentimento na amostra populacional.

No entanto, obtiveram-se respostas negativas nesta questão, com participantes a referir ainda que as equipas ainda colocam as suas crenças profissionais à frente dos valores familiares dos pais, e que não são questionadas acerca dos cuidados ao RN, realçando-se ainda alguns participantes que referem que as equipas trabalham em prol do melhor para o seu filho e que confiam nas mesmas. Estas respostas parecem coincidir com os estudos de Martel et al. (2016) e O'Brien et al. (2018), que afirmam que, sobretudo numa primeira fase os pais não sentem necessidade de estar em controlo da situação, por medo da condição clínica do seu filho. Ainda, o contexto pandémico foi referido pelos participantes, com a referência novamente à separação dos pais e à falta de momentos em família.

A alta e regresso a casa

Como tem sido referido ao longo deste estudo, os Cuidados Centrados na Família têm como principal objetivo transformar a tríade pais/RN uma família e preparar os primeiros para uma alta segura e uma transição para a parentalidade o mais harmoniosa possível, tendo em conta a situação de internamento em UCIN.

Relativamente à segurança parental na alta, os resultados obtidos neste estudo revelam-se positivos, no sentido em que mais de 74% dos pais referem sentir-se seguros para regressar a casa com o seu filho e 70% referem sentir-se competentes a cuidar do seu filho. Estes dados permitem inferir que as elevadas taxas de envolvimento dos pais nos cuidados ao longo do internamento e o papel da equipa na aplicação de estratégias para facilitar a vinculação entre os elementos da tríade os prepara para identificar as necessidades do RN e aumenta a segurança.

Relativamente aos sentimentos desencadeados nos pais à alta do RN PT da UCIN, (Aagaard et al. (2015) refere que se constituem como um misto de emoções. Os resultados obtidos neste estudo confirmam este facto, com os participantes a referirem sentimentos de alívio e alegria por se sentirem uma família e que o RN lhes pertence, mas ao mesmo tempo receio e ansiedade quanto ao futuro e à possibilidade de complicações no domicílio.

Por fim, foram questionados os participantes que referiram que o papel da equipa multidisciplinar não facilitou a construção do seu papel parental, sobre o que poderia ter acontecido de outra forma mais facilitadora dessa construção. Nestes resultados, novamente o contexto pandémico e a falta de momentos em família são referidos, mas também a não uniformização dos cuidados prestados pelas equipas, sobretudo no que concerne ao envolvimento dos pais nos mesmos. A díade parental, sobretudo os pais,

sentem que o tempo passado com o seu filho foi diminuto, e que pode ter prejudicado a construção do papel parental. Estas dificuldades, nomeadamente as condições deficientes das instituições e as questões relacionadas com as equipas (como os rácios de enfermeiros e falta de formação sobre este modelo ao longo da aprendizagem dos enfermeiros) que dificultam a implementação dos Cuidados Centrados na Família são elencadas também por outros autores.

Tendo em conta os resultados obtidos neste estudo, esta amostra experiêcia os mesmos desafios elencados por outros autores, podendo então ser inferido que as dificuldades tanto dos pais como das equipas de saúde que exercem funções nas UCIN relatadas na literatura são transversais às da realidade da amostra em estudo.

8. SÍNTESE CONCLUSIVA

O objetivo deste estudo foi descrever os sentimentos e as dificuldades dos pais no que concerne aos cuidados ao RN PT internado em UCIN, bem como descrever o impacto que o internamento tem na construção do papel parental. À semelhança da literatura, constata-se que os pais começam por se sentir em choque, receosos e angustiados com a confrontação do seu bebé ideal com a realidade do RN PT. Com o envolvimento nos cuidados e na tomada de decisão ao longo do internamento a sua postura enquanto pais muda, passando de observação a uma participação ativa no dia-a-dia do seu filho, que aumenta a sua confiança nas suas capacidades. As dificuldades relatadas são transversais às da literatura, prendendo-se sobretudo com o tamanho pequeno do RN PT, o medo de prejudicar a sua situação clínica e lidar com a tecnologia envolvente.

Relativamente ao impacto que o internamento em UCIN tem na construção do papel parental, é de realçar que o trabalho das equipas na inclusão dos pais na equipa de cuidadores do RN PT atenua as sensações de insegurança e aumenta a capacidade dos pais de cuidar plenamente do seu filho na alta.

No entanto, é também importante ressaltar que o período a que se refere a recolha de dados coincidiu com o contexto de pandemia, que alterou profundamente as rotinas da população e das instituições de saúde, afastando os pais dos seus filhos e prejudicando a construção de momentos em família. Ainda, o mesmo contexto transformou a forma como a recolha de dados foi efetuada, não permitindo um contacto presencial, que poderia ter permitido obter mais informação.

Relativamente às limitações a este estudo, a construção do instrumento de recolha de dados não incluiu especificações do alojamento conjunto, as razões para o não acompanhamento das parturientes no trabalho de parto e também as razões para o adiamento da primeira visita materna (com uma possível relação com a via de parto e as complicações no pós-parto imediato). Ainda as respostas relativas ao contexto pandémico podem também em parte ter influenciado os resultados, nomeadamente nas dificuldades na construção do papel parental.

Realça-se também, após resultados menos favoráveis na visita às puérperas no pós-parto imediato, a importância de uma articulação necessária da equipa dos serviços de Neonatologia e Puerpério, por forma a agilizar essas mesmas visitas, não só com o objetivo de levar informações relativas ao estado de saúde dos RN como também de

diminuir o stress das mesmas relacionado com o afastamento nas primeiras horas de internamento.

Para a prática futura, este estudo constitui um contributo para os futuros EESMO, que na sua formação poderão não ter oportunidade de trabalhar com estas famílias em contexto de UCIN, mas que trabalharão com as mesmas em contexto de CSP e internamento de puerpério, bem como as UMMF. Reconhecer os desafios destes pais ajuda a moldar as intervenções às suas necessidades específicas enquanto família. A UMMF constitui-se como um momento preditivo das dificuldades dos pais, e a intervenção junto destas famílias é preponderante. Uma articulação entre as equipas das UMMF e das UCIN é preponderante para diminuir o stress parental e ajudar na facilitação da construção do papel parental. Construir também ferramentas que ajudem estes pais a construir os seus papéis de uma forma saudável, como grupos de apoio (com pais de RN PT e profissionais da área e/ou psicólogos) pode ser uma mais valia para as famílias, no sentido de partilha e entreajuda entre famílias que vivem a mesma realidade e têm naturalmente os mesmos desafios.

Também se constitui como um contributo para os profissionais que trabalham junto a estas famílias, nomeadamente EESMO, no sentido que elenca uma visão dos pais sobre o internamento dos seus filhos em UCIN, e reconhecer estes desafios ajuda as equipas a transformar as suas intervenções por forma a adotar uma política mais integradora dos pais enquanto figuras centrais dos cuidados ao RN PT, promovendo uma visão mais abrangente e integradora das famílias e uma transição mais harmoniosa para a parentalidade.

CONCLUSÃO

O presente relatório constitui-se como o culminar de um percurso de estágios, com desenvolvimento não só de competências específicas do EESMO, como também de competências académicas na área da investigação.

Relativamente ao primeiro objetivo traçado para este relatório, a reflexão e análise crítica das experiências desenvolvidas ao longo dos diversos contextos de estágio à luz do que são as competências específicas do EESMO, a articulação desta reflexão articulada com o projeto de estágio permitiu não só um guia orientador para o percurso de estágio, mas também uma reflexão sobre o que não correspondeu às expectativas. O contexto pandémico alterou em grande parte as experiências planeadas, nomeadamente no contexto de estágio dos CSP, no sentido em que ocorreu num pico pandémico, onde muitas consultas foram reformuladas, as visitas domiciliárias pós-parto canceladas e as atividades de grupo desmarcadas ou alteradas para via on-line. Ainda, no contexto de estágio na maternidade, a pandemia alterou sobretudo a interação com as famílias, já que as visitas e o acompanhamento dos pais estava condicionado. No entanto, após os ajustes necessários para colmatar os desafios inerente ao contexto, os objetivos foram cumpridos, embora não nos moldes inicialmente planeados.

No que concerne ao segundo objetivo, de desenvolver competências na área de investigação, uma das competências do grau académico ao qual este relatório se propõe, as dificuldades prenderam-se essencialmente com a construção de um instrumento de recolha de dados conciso e objetivo para as questões de investigação. Além disso, a organização dos resultados obtidos numa linha orientadora fluída foi um desafio, no sentido da organização em categorias que respondessem aos objetivos da investigação. Desta forma, a discussão dos resultados, dependente da organização anterior dos resultados, constitui-se também como um desafio.

Para a prática futura, este relatório pretende ser uma ferramenta de auxílio de para futuros colegas EESMO, não só no sentido do auxílio para uma reflexão crítica para as intervenções específicas do EESMO, como também através do estudo incluído. Como referido no início do relatório, o contexto de Neonatologia é complexo, com adaptações desafiantes no que respeita à parentalidade. Compreender estas famílias e integrá-las na realidade do pós-parto e puerpério com todas as suas dificuldades e sentimentos contraditórios é fundamental para ajudar a construir ligações parentais saudáveis para

um desenvolvimento harmonioso das crianças. A parentalidade é uma área autónoma do EESMO, onde pode ter uma intervenção fundamental e compreender todas as dificuldades que podem advir desta transição, não só quando a gravidez, parto e pós-parto decorrem dentro do comum, mas também quando o processo normal é bruscamente interrompido, com um parto PT é uma mais valia para uma visão mais integradora das famílias, com objetivo de contribuir para um futuro saudável para as crianças, em todas as suas esferas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aagaard, H., Uhrenfeldt, L., Spliid, M., & Fegran, L. (2015). Parents' experiences of transition when their infants are discharged from the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review protocol. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 13(10), 123–132. Recuperado de <https://doi:10.11124/jbisrir-2015-2287>.
- Ahlqvist-Björkroth, S., Boukydis, Z., Axelin, A. M., & Lehtonen, L. (2017). Close Collaboration with Parents™ intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. *Behavioural Brain Research*, 325, 303–310. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1016/j.bbr.2016.10.020>.
- Apolinário, M. I. C. G. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, III série (7), 83-92.
- Aviso no 3916/2021 de 3 de março: Programa Formativo que integra o ciclo de estudos dos curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário Da República*, 2a série, nº43. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo* (L. Reto & A. Pinheiro, Trad.) Lisboa, Portugal: Edições 70 lda. (Obra original publicada em 1977).
- Botelho, T. M., & Leal, I. P. (2001). *Personalidade Materna e Prematuridade*. Recuperado de <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1139/1/Livro018.pdf>.
- Carton, A. M., Cordwell, J., & Steinhardt, K. (2020). A framework synthesis reviewing the impact of neonatal care unit admission on early caregiver–infant relationships. *Journal of Advanced Nursing* 76(12), 3258–3272. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/jan.14538>.
- D'Agata, A. L., & McGrath, J. M. (2016). A framework of complex adaptive systems. *Advances in Nursing Science*, 39(3), 244–256. doi: 10.1097/ANS.000000000000127.

- Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março: Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior. *Diário Da República, I Série-A, nº60*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.
- Diaz, Z.M., Fernandes, S. M. G. C. & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, IV série (3), 85-93. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12134>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>.
- Fernandes, N.G.V. & Silva, E.M.B. (2015). Vivências dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*. IV série (4), 107-115. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.12707/RIV14032>.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação (N. Salgueiro, Trad.) Loures, Portugal: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático. (Obra original publicada em 2006).
- Graça, L. M. & et al. (2017). *Medicina Materno Fetal* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Heidari, H., & Mardani-Hamooleh, M. (2020). Nurses' Perception of Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 9(1), 16–20. Recuperado de <https://doi.org/10.1055/s-0039-1695060>.
- Heo, Y. J., & Oh, W. O. (2019). The effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 95, 19–27. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.018>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). Inquérito à fecundidade. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=415655178&DESTAQUESmodo=2.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). Esperança de vida à nascença (Metodologia 2007 - Anos) por Sexo; Anual. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001724&contexto=bd&selTab=tab2.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022a). Nados-vivos por local de residência da mãe (NUTS-2013), sexo, idade da mãe e duração da gravidez. Recuperado de

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008084&contexto=bd&selTab=tab2.

International Council of Nurses. (2019). ICNP browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Kynoe, N. M., Fugelseth, D., & Hanssen, I. (2020). When a common language is missing: Nurse–mother communication in the NICU. A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 2221–2230. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/jocn.15212>.

Lantz, B., & Ottosson, C. (2013). Parental interaction with infants treated with medical technology. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 597–607. Doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01061.x.

Lei nº 15/2014 de 21 de março: lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário Da República nº 57/2014, Série I*, 57. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Lei nº 23/1980 de 26 de julho: Ratifica a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. *Diário da República - I Série*, nº 171. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2006). *Enfermagem na Maternidade (7ª ed.)*. (M.H. Bértolo; I. Albernaz; M.C. Durão; M.T. Leal; A.P. Espada, Trad.). Loures, Portugal: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático Lda.

Martel, M. J., Milette, I., Bell, L., St-Cyr Tribble, D., & Payot, A. (2016). Establishment of the relationship between fathers and premature infants in neonatal units. *Advances in Neonatal Care*, 16(5), 390–398. Doi: 10.1097/ANC.0000000000000292.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova York, Estados Unidos da América: Springer Publishing Company.

Mendes, I. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra, Portugal: Mar da Palavra, Edições Lda.

Nascimento, A.C.S.T., Morais, A.C., Amorim, R.C., Dantos, D.V. (2020), O cuidado realizado pela família ao recém-nascido prematuro: análise sob a teoria transcultural de Leininger. *Revista Brasileira de Enfermagem* 73 (4). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0644>.

Nené, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2018). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa, Portugal: Lidel - Edições Técnicas Lda.

O'Brien, K., Robson, K., Bracht, M., Cruz, M., Lui, K., Alvaro, R., da Silva, O., Monterrosa, L., Narvey, M., Ng, E., Soraisham, A., Ye, X. Y., Mirea, L., Tarnow-Mordi, W., Lee, S. K., O'Brien, K., Lee, S., Bracht, M., Caouette, G., ... Hales, D. (2018). Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 2(4) Recuperado de [https://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30039-7](https://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30039-7).

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Documento do Consenso "Pelo Direito ao Parto Normal: uma visão partilhada"* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf.

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2a Série, nº26*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio: Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário Da República, 2a série(nº85)*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Resolução da Assembleia da República nº 30/2016 de 15 de fevereiro: Direito de acompanhamento da mulher grávida durante todas as fases do trabalho de parto. *Diário Da República - I Série, nº 31*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061051/Pages/default.aspx>

Shaw, R. J., John, N. S., Lilo, E. A., Jo, B., Benitz, W., Stevenson, D. K., & Horwitz, S. M. (2013). Prevention of traumatic stress in mothers with preterm infants: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 132(4). Recuperado de <https://pediatrics.aappublications.org/content/132/4/e886.full.html>.

Skene, C., Franck, L., Curtis, P., & Gerrish, K. (2012). Parental Involvement in Neonatal Comfort Care. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 41(6). Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01393.x>.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021). Consenso Nacional Sobre a Menopausa (Ad Médic, Ed.). Recuperado de <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>.

Valizadeh, S., Mirlashari, J., Navab, E., Higman, W., & Ghorbani, F. (2018). Fathers: The Lost Ring in the Chain of Family-Centered Care. *Advances in Neonatal Care*, 18(1), E3–E11. Doi:10.1097/ANC.0000000000000449.

Wolke, D., Eryigit-Madzwamuse, S., & Gutbrod, T. (2014). Very preterm/very low birthweight infants' attachment: Infant and maternal characteristics. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 99(1). doi:10.1136/archdischild-2013-303788

Zhang, Y., Deng, Q., Zhu, B., Li, Q., Wang, F., Wang, H., Xu, X., & Johnston, L. (2018). Neonatal intensive care nurses' knowledge and beliefs regarding kangaroo care in China: A national survey. *In BMJ Open* 8(8). BMJ Publishing Group. doi:10.1136/bmjopen-2018-021740.

Zugaib, M. (2008). *Obstetrícia* (1ª ed.) São Paulo, Brasil: Manole Ltda.

ANEXOS

ANEXO I

“NADOS-VIVOS (Nº) POR LOCAL DE RESIDÊNCIA DA MÃE (NUTS-2013), SEXO,
IDADE DA MÃE E DURAÇÃO DA GRAVIDEZ DA MÃE”

“NADOS-VIVOS (N.º) POR LOCAL DE RESIDÊNCIA DA MÃE (NUTS-2013), SEXO, IDADE DA MÃE E DURAÇÃO DA GRAVIDEZ DA MÃE”

Sexo (1)	Idade da mãe	Duração da gravidez da mãe	Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013), Sexo, Idade da mãe e Duração da gravidez da mãe; Anual		
			Período de referência dos dados (2)		
			2021	2020	2019
			Local de residência da mãe (NUTS - 2013) (3)		
			Portugal		
			PT		
			N.º	N.º	N.º
HM	Total	Total	79582	84530	86579
		22 – 27semanas	194	184	243
		28 - 31 semanas	589	574	642
		32 - 36 semanas	5197	5013	6028
H	Total	Total	40762	43451	44539
		22 - 27 semanas	103	103	132
		28 - 31 semanas	346	297	365
		32 - 36 semanas	2686	2649	3188
M	Total	Total	38820	41079	42040
		22 - 27 semanas	91	81	111
		28 - 31 semanas	243	277	277
		32 - 36 semanas	2511	2364	2840

Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS - 2013), Sexo, Idade da mãe e Duração da gravidez da mãe: Anual - INE. Nados-vivos

(Instituto Nacional de Estatística, 2022)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística. (2022). Nados-vivos por local de residência da mãe (NUTS-2013), sexo, idade da mãe e duração da gravidez. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008084&contexto=bd&selTab=tab2.

ANEXO II

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO PARA A DEFINIÇÃO DE PARTO NORMAL

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO PARA A DEFINIÇÃO DE PARTO NORMAL

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Rutura artificial de membranas (em situações quando não é realizada apenas com o intuito de induzir o trabalho de parto);
- Monitorização fetal contínua;
- Controlo da dor, com recurso a métodos farmacológicos e não farmacológicos;
- Episiotomia (apenas quando realizada por razões materno-fetais);
- Correção de distócias dinâmicas;
- Administração de antibioterapia, para profilaxia da infeção neonatal;
- Parto com complicações *minor*, nomeadamente hemorragias pós-parto ligeiras e facilmente controladas e lacerações de 1º e 2º grau e respetiva reparação perineal;
- Conduta ativa no 3º período do trabalho de parto (nomeadamente perfusão de ocitocina e tração controlada do cordão umbilical);

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Indução do trabalho, com prostaglandinas, ocitócicos ou rutura artificial de membranas
- Fórceps;
- Ventosa
- Anestesia geral da parturiente;
- Cesariana

(Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.18-19)

Fonte Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Documento do Consenso “Pelo Direito ao Parto Normal: uma visão partilhada”* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Livro_Partto_Normal.pdf.

ANEXO III

“ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA (METODOLOGIA 2007 - ANOS) POR SEXO;
ANUAL”

“ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA (METODOLOGIA 2007 - ANOS) POR SEXO; ANUAL”

Local de residência	Esperança de vida à nascença (Metodologia 2007 - Anos) por Sexo; Anual		
	Período de referência dos dados (1)		
	2019 - 2021	2018 - 2020	2017 - 2019
	Sexo		
	M		
Portugal	83,37	83,67	83,51

Esperança de vida à nascença (Metodologia 2007 - Anos) por Sexo; Anual - INE, Tábuas completas de mortalidade

(Instituto Nacional de Estatística, 2022)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística. (2022). Esperança de vida à nascença (Metodologia 2007 - Anos) por Sexo; Anual. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001724&contexto=bd&selTab=tab2.

ANEXO IV

PARECER Nº P832/01-2022 DA UICSA-E

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº P832/ 01-2022

Título do Projecto: Dificuldades dos pais no ajustamento ao papel parental com recém-nascidos pré-termo

Identificação das Proponentes

Nome(s): Ana Isabel Correia Figueira

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes; Sónia Margarida dos Santos Coelho

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

"Os recém-nascidos pré-termo enfrentam várias dificuldades na adaptação à vida extrauterina pela sua imaturidade biológica, que muitas vezes exigem internamento em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. O internamento e consequentes intervenções, estimulações e instabilidade clínica traduzem-se numa dificuldade para o estabelecimento de relações, nomeadamente com os pais, em ambos os sentidos da relação." Assim, como objetivos específicos deste projeto os autores pretendem descrever o impacto do internamento do/os filho/os recém-nascido/s pré-termo em unidade de cuidados intensivos neonatais na transição para o papel parental dos pais; descrever as dificuldades dos pais nos cuidados ao/s recém-nascido/s pré-termo internado/s nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais; e descrever os sentimentos dos pais nos cuidados ao/s filho/s recém-nascido/s pré-termo internado nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.

O estudo é definido como um estudo qualitativo, descritivo exploratório. A amostra será constituída por pais de recém-nascidos prematuros internados em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos pelos autores. A colheita de dados será realizada em bola de neve através de plataformas digitais, de acordo com o formulário apresentado. O estudo decorrerá entre março e junho de 2022. A confidencialidade, voluntariedade, autonomia dos participantes está garantida pelos autores.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

O relator:

Assinado por: **Ana Margarida Coelho Abrantes**

Num. de Identificação: 12389057

Data: 2022.02.16 23:15:09+00'00'

Data: 15/02/2022 O Presidente da Comissão de Ética: *Naíia Flomena Bokello*

ANEXO V

DADOS INQUÉRITO À FECUNDIDADE 2019

1.2		Mulheres dos 18 aos 49 anos, por fecundidade realizada e grupo etário, Portugal, 2019			
		Grupo etário			
		Total	18-29 anos	30-39 anos	40-49 anos
Escalão de número de filhos	Unidade: 10 ³				
	Total	2 119,4	656,4	637,3	825,7
	0 filhos	895,3	612,8	176,7	105,9
	1 filho	533,5	35,4	203,2	294,8
	2 filhos	563,5	x	213,8	342,2
	3 ou + filhos	127,1	x	43,6	82,8
Número médio de filhos	Unidade: N.º	0,98	0,08	1,21	1,51

1.4		Mulheres dos 18 aos 49 anos, por fecundidade realizada e nível de escolaridade completo, Portugal, 2019			
		Nível de escolaridade completo			
		Total	Nenhum e Básico	Secundário e Pós-Secundário	Superior
Escalão de número de filhos	Unidade: 10 ³				
	Total	2 119,4	560,3	786,8	771,3
	0 filhos	895,3	110,5	411,1	373,7
	1 filho	533,5	173,5	177,2	182,2
	2 filhos	563,5	206,0	176,7	180,4
	3 ou + filhos	127,1	70,2	21,9	35,0
Número médio de filhos	Unidade: N.º	0,98	1,45	0,76	0,85

1.5		Homens dos 18 aos 54 anos, por fecundidade realizada e nível de escolaridade completo, Portugal, 2019			
		Nível de escolaridade completo			
		Total	Nenhum e Básico	Secundário e Pós-Secundário	Superior
Escalão de número de filhos	Unidade: 10 ³				
Total		2 368,8	972,1	839,5	555,5
0 filhos		1 276,3	409,2	536,4	329,8
1 filho		501,8	245,3	143,4	112,4
2 filhos		493,7	261,5	135,0	97,1
3 ou + filhos		97,1	56,1	x	x
Número médio de filhos	Unidade: N.º	0,76	0,98	0,59	0,65

(Instituto Nacional de Estatística, 2019)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística. (2019). Inquérito à fecundidade. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=415655178&DESTAQUESmodo=2.

APÊNDICES

APÊNDICE I

PROJETO DE ESTÁGIO

1- PROJETO DE ESTÁGIO – BLOCO A: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E CONSULTA EXTERNA

OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INTERVENÇÕES GERAIS	ATIVIDADES E INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS
Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade no âmbito do Planeamento Familiar e durante o período Pré-Concepcional	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a saúde sexual e reprodutiva da mulher e o planeamento familiar - Promover e valorizar a sexualidade da mulher/casal - Promover a saúde da mulher na pré conceção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar consulta de enfermagem no âmbito do planeamento familiar - Realizar consultas de enfermagem no período pré concepcional 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir/Acompanhar e realizar sessões de consulta de apoio ao jovem; - Avaliar uso de contraceptivos; incentivar uso da contraceção; providenciar uso de contraceptivos; - Ensinar sobre métodos contraceptivos (natural/hormonal/barreira); - Avaliar conhecimento e ensinar sobre ciclo menstrual; autovigilância e autoexame da mama; - Incentivar adesão aos rastreios (cancro colo do útero e cancro da mama); - Vacinar utentes segundo o Plano Nacional de Vacinação - Realizar consultas de Enfermagem no âmbito do planeamento familiar à mulher e/ou casal; - Realizar consultas de Enfermagem no período pré-concepcional; - Valorizar e promover a sexualidade e a saúde sexual da mulher e/ou casal; - Colaborar na colocação de métodos contraceptivos (nomeadamente Implante subcutâneo e Dispositivo Intrauterino);

<p>Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade no período Pré-Natal</p>	<p>- Promover a saúde da mulher no período pré-natal e prevenir complicações decorrentes da gravidez e abortamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar consulta de enfermagem e sessões de acompanhamento individual durante o período pré-natal; - Prestar cuidados baseados na evidência/normas mais recentes relativamente à grávida/casal no período pré-natal; - Aplicar o programa nacional de vigilância da gravidez de baixo risco ao longo do estágio; 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar grávidas/casais nas sessões de preparação para o parto e parentalidade; - Promover o envolvimento do pai nas consultas individuais e sessões do programa “Momentos Únicos” de preparação para o parto e parentalidade (inclusive nas exclusivas para os pais); - Participar nas sessões práticas e teóricas do programa “Momentos Únicos” (nomeadamente no auxílio e demonstração de exercícios respiratórios, fortalecimento muscular e relaxamento); - Realizar de sessões extraprograma “Momentos Únicos”, sobre temas atuais relacionados com a gravidez, parto e período do puerpério, bem como do desenvolvimento fetal e do recém-nascido (Nomeadamente sobre Covid-19 e implicações na gravidez, parto e pós-parto; icterícia fisiológica neonatal e musicoterapia); - Avaliar da grávida/Casal e sua adaptação e evolução da gravidez: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a Frequência Cardíaca Fetal; ▪ Adesão à vacinação na gravidez e do recém-nascido; ▪ Realizar registo cardiotocográfico para avaliação do bem-estar materno-fetal;
---	---	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre gravidez (sinais e sintomas, desconfortos relativos a cada trimestre; complicações e sinais de alerta); ▪ Ensinar sobre atividade física; alimentação saudável e ingestão adequada de líquidos; ▪ Ensinar sobre o desenvolvimento fetal; ▪ Ensinar sobre exames de rastreio/complementares de diagnóstico durante a gravidez – como por exemplo ecografia, rastreios analíticos e Prova de Tolerância à Glicose Oral ▪ Ensinar sobre trabalho de parto e o planeamento do mesmo; ▪ Instruir sobre a importância do Boletim de Saúde da Grávida, registando todos os dados da vigilância no mesmo. <p>- Acompanhar mulher em situação de Interrupção Voluntária da Gravidez (toma de medicação e sinais de reação adversa e sintomas espectáveis; vigilância de perdas sanguíneas, acompanhamento psicológica e referenciação para equipa multidisciplinar)</p>
Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade durante o	- Promover a saúde da mulher e recém-nascido inseridos na família e promover a sua	- Realizar consulta de acompanhamento de enfermagem no período pós-natal;	<p>- Avaliar a grávida/Casal e sua adaptação e ao período pós-parto e puerpério:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar os conhecimentos/Ensinar/Instruir sobre aleitamento materno;

<p>período natal</p>	<p>pós- adaptação ao período pós-natal e puerpério</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar as mulheres nas sessões de recuperação pós-parto; - Acompanhar e apoiar mulher/casal no Aleitamento Materno 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar os conhecimentos sobre cuidados e segurança do recém-nascido e transporte e ensinar/instruir sobre os cuidados ao recém-nascido; ▪ Incentivar o aleitamento materno (exclusivo até aos 6 meses de vida); ▪ Auxiliar a mãe com dificuldades no estabelecimento do aleitamento materno, através de sessões individuais de esclarecimento e ajuda na técnica, posicionamento...; ▪ Avaliar conhecimentos/Ensinar e instruir sobre exercícios de recuperação pós-parto; ▪ Avaliar conhecimento relativamente aos sinais de alerta para doença/complicações no recém-nascido; ▪ Avaliar conhecimento/ensinar sobre contraceção no período pós-parto; ▪ Avaliar conhecimento sobre sinais de complicações no período pós-parto (infecção epiorrafia, complicações decorrentes do aleitamento materno...). ▪ Promover os cuidados de enfermagem à mulher no período do puerpério (consulta de revisão do puerpério) - Participar nas sessões práticas de recuperação pós-parto a decorrer; - Participar nas consultas de acompanhamento individual de apoio ao aleitamento materno;
----------------------	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Participar no grupo de apoio ao aleitamento materno, inserido no subprograma “Pingos de Amor”, do programa “Momentos Únicos”.
<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica</p>	<p>- Promover a saúde ginecológica da mulher</p>	<p>- Realizar consultas de Enfermagem no âmbito da saúde sexual e da mulher</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre rastreios no âmbito da saúde da mulher (cancro colo útero, cancro de mama, infeções sexualmente transmissíveis...); - Informar as utentes sobre as doenças geniturinárias e da mama mais frequentes, e aos sinais que devem estar atentas; - Informar e incentivar utentes a realizar o autoexame da mama como forma de prevenção e diagnóstico precoce; - Instruir técnica de autoexame da mama; - Avaliar riscos para a saúde ginecológica e reencaminhar casos para outros profissionais da equipa multidisciplinar.
<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério</p>	<p>- Promover a saúde, física psicológica, emocional e sexual da mulher na transição para a menopausa</p>	<p>- Realizar consultas de enfermagem no âmbito da saúde da mulher no período do climatério</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimentos das utentes sobre a menopausa/ ensinar sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sinais e sintomas; adaptações físicas, psicológicas, sexuais e emocionais ao climatério ▪ Prevenção de complicações – alimentação, higiene e estilos de vida saudáveis

			<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento/ensinar as utentes sobre disfunções sexuais decorrente do climatério e referência para outros profissionais quando justificável.
<p>Cuida o grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a saúde da mulher ao longo do ciclo vital 	<p>Realizar e acompanhar mulheres em consulta de enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento das utentes sobre automonitorização de sinais e sintomas de risco para doenças específicas da mulher; - Informar sobre recursos da comunidade onde se inserem para promoção da sua saúde; - Avaliar os “conhecimentos tradicionais” e costumes, valorizando-os e inserindo-os no projeto de saúde das mulheres, por forma a otimizar a saúde das mesmas; - Informar sobre legislação em vigor relativa à maternidade/parentalidade; - Aplicar o plano nacional de vacinação; - Avaliar conhecimento, informar e incentivar práticas de vida saudáveis e minimizar fatores de risco de patologia.

2- PROJETO DE ESTÁGIO – BLOCO B: UNIDADE DE MEDICINA MATERNO-FETAL E SERVIÇO DE PUERPÉRIO

OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INTERVENÇÕES GERAIS	ATIVIDADES E INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS
<p>Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade no período Pré-Natal</p>	<p>- Promover a saúde da mulher no período pré-natal e prevenir complicações decorrentes da gravidez e abortamento.</p>	<p>- Prestar cuidados à grávida/casal no período pré-natal;</p> <p>(O acolhimento inclui, em todas as intervenções específicas: avaliação inicial da utente e do Boletim de Saúde da Grávida, avaliação dos parâmetros vitais; providenciar apoio emocional e presença de acompanhante referenciado pela utente, informar sobre procedimentos e</p>	<p>- Avaliar da grávida/Casal e sua adaptação e evolução da gravidez:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a Altura do Fundo Uterino; ▪ Avaliar a Frequência Cardíaca Fetal; ▪ Realizar registo cardiotocográfico para avaliação do bem-estar materno-fetal; ▪ Ensinar sobre gravidez (sinais e sintomas, desconfortos relativos a cada trimestre; complicações e sinais de alerta); atividade física; alimentação saudável e ingestão adequada de líquidos; ▪ Ensinar sobre o desenvolvimento fetal; ▪ Ensinar sobre alterações e desconfortos da gravidez; ▪ Ensinar sobre trabalho de parto e o planeamento do mesmo;

		<p>intervenções espectáveis para o internamento, registos em sistema informático de todas a intervenções)</p>	
		<p>- Acompanhar a mulher/família em situação de abortamento;</p>	<p>- Intervenções para o Curetagem (dieta 0, colocação de acesso venoso, acompanhar ida ao bloco operatório e receção à unidade) - Acompanhar a mulher em processo de expulsão de feto morto, sob indução.</p>
		<p>- Acompanhar a mulher/família em situação de Ameaça de Parto Pré-Termo</p>	<p>- Intervenções em Ameaça de Parto Pré-Termo (promover repouso no leito, assistir nos autocuidados, vigiar bem-estar materno fetal (registo cardiotocográfico e auscultação cardíaca fetal), administração de terapêutica, promover vinculação e ensinar sobre segurança e desenvolvimento e segurança do recém-nascido, aleitamento materno...)</p>
		<p>- Acompanhar a mulher/família em situação de Rotura Prematura de Membranas</p>	<p>- Intervenções específicas na Rotura Prematura de Membranas (vigiar bem-estar materno fetal- registo cardiotocográfico, auscultação cardíaca fetal, administração de terapêutica, providenciar apoio emocional e ensinar sobre segurança e desenvolvimento do recém-nascido, procedimentos espectáveis após o nascimento e dúvidas relacionadas por parte da mulher/família).</p>

		<p>- Acompanhar a mulher/família em situação de Indução do Trabalho de Parto</p>	<p>- Intervenções específicas para a Indução do Trabalho de Parto (vigiar bem estar materno fetal – registo cardiotocográfico (registo cardiotocográfico), auscultação cardíaca fetal...; administração de terapêutica segundo protocolos instituídos; promover o alívio da dor através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas– bola de Pilates, massagem... personalizadas a cada mulher; avaliar e monitorizar a evolução do trabalho de parto – registo cardiotocográfico e Índice de Bishop, toque vaginal; esclarecer todas as dúvidas da mulher/família; acompanhar a mulher até à sala de partos)</p>
		<p>- Acompanhar a mulher/família em situação de emergência obstétrica</p>	<p>- Intervenções específicas para as situações de emergência obstétrica (avaliação inicial e diagnóstico concreto do problema; avaliar o bem-estar materno-fetal logo que possível e detetar e monitorizar possíveis alterações).</p>
		<p>- Acompanhar a mulher em internamento com patologias associadas à gravidez;</p>	<p>- Intervenções específicas para mulheres com complicações induzidas pela gravidez (vigiar bem-estar materno-fetal- registo cardiotocográfico, auscultação cardíaca fetal; administração de terapêutica, providenciar apoio emocional e informação relacionadas com as dúvidas da família e mulher).</p>
<p>Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade</p>	<p>- Promover a saúde da mulher e recém-nascido inseridos na família e</p>	<p>- Acompanhar e apoiar mulher/casal no Aleitamento Materno;</p>	<p>- Avaliar a grávida/Casal e sua adaptação e ao período pós-parto e puerpério:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar os conhecimentos/Ensinar/Instruir sobre aleitamento materno;

durante o período pós-natal	promover a sua adaptação ao período pós-natal e puerpério	- Aumentar conhecimento das mulheres/casais sobre o período do puerpério	<ul style="list-style-type: none">▪ Avaliar os conhecimentos sobre cuidados e segurança do recém-nascido e transporte e ensinar/instruir sobre os cuidados ao recém-nascido;▪ Incentivar o aleitamento materno (exclusivo até aos 6 meses de vida) e auxiliar a mulher/casal com dificuldades no estabelecimento do aleitamento materno;▪ Avaliar conhecimentos/Ensinar e instruir sobre exercícios de recuperação pós-parto;▪ Avaliar conhecimento relativamente aos sinais de alerta para doença/complicações no recém-nascido;▪ Avaliar conhecimento/ensinar e aconselhar contraceção no período pós-parto;▪ Avaliar conhecimento sobre sinais de complicações no período pós-parto (infecção episiorrafia, complicações decorrentes do aleitamento materno...).▪ Promover os cuidados de enfermagem à mulher no período do puerpério (tratamento episiorrafia, auxílio nas atividades de vida diárias no pós-parto imediato...)
-----------------------------	---	--	---

<p>Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica</p>	<p>- Promover a saúde ginecológica da mulher</p>	<p>- Acompanhar as mulheres no internamento hospitalar, promovendo a sua saúde ginecológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento sobre rastreios no âmbito da saúde da mulher (cancro colo útero, cancro de mama, infeções sexualmente transmissíveis...); - Informar as utentes sobre as doenças geniturinárias e da mama mais frequentes, e aos sinais que devem estar atentas; - Ensinar/Instruir e incentivar utentes a realizar o autoexame da mama como forma de prevenção e diagnóstico precoce; - Informar sobre Infeções Sexualmente Transmissíveis e cuidados a adotar para as prevenir.
---	--	---	---

3- PROJETO DE ESTÁGIO – BLOCO C: SALA DE PARTOS

OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INTERVENÇÕES GERAIS	ATIVIDADES A DESENVOLVER
<p>Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a saúde da mulher durante o Trabalho de Parto; - Otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina 	<p>- Acompanhar a mulher/família durante o trabalho de parto (acolhimento à unidade da sala de partos; gerir ambiente para promoção de calma e segurança; respeitar e promover o cumprimento do Plano de Parto, se existir, dentro da capacidade da unidade; realizar avaliação inicial; realizar parto eutócico, recorrendo ou não a episiotomia; colaborar com a equipa em partos instrumentados; promover contacto pele-a-pele, amamentação na 1ª hora de vida e laqueação e corte tardio do cordão umbilical; promover alívio da dor – farmacológico, na colaboração com equipa na colocação e analgesia epidural, e não-farmacológico; registar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar avaliação ginecológica da mulher e do bem-estar fetal sempre que se justifique e mantendo técnica asséptica; - Incentivar recurso a medidas não-farmacológicas para alívio da dor; - Realizar registo cardiotocográfico contínuo após analgesia epidural; - Monitorizar evolução do trabalho de parto e detetar precocemente alterações; - Realizar cateterismo vesical sempre que se justificar, por compressão da bexiga, que dificulta o trabalho de parto; - Assistir a mulher no posicionamento para a fase expulsiva do parto; - Incentivar aos esforço expulsivos e controlo da respiração; - Incentivar a presença e participação do convivente significativo, no sentido de orientar a respiração e esforços da mulher; - Assistir a saída do feto nos movimentos cardinais do parto; - Realizar episiotomia, se se justificar para diminuir o risco de lesão alargada da região perineal;

		<p>intervenções no processo clínico eletrônico e partograma).</p> <p>- Assistir o recém-nascido na adaptação à vida extrauterina (a nível de todos os sistemas vitais e avaliação dos riscos, nomeadamente o de hemorragia)</p>	<p>- Receber o recém-nascido e realizar expressão das vias aéreas e avaliar a adaptação à vida extrauterina;</p> <p>- Avaliar recém-nascido e a sua adaptação à vida extrauterina (exame físico, avaliação dos reflexos primitivos...; e identificar possíveis complicações);</p> <p>- Vigiar e avaliar perdas sanguíneas após a expulsão;</p> <p>- Assistir na dequitação e avaliar a saída da placenta e a sua integridade, margens e local de inserção do cordão umbilical;</p> <p>- Avaliar formação do Globo de Segurança de Pinard e contratilidade uterina após a expulsão, para prevenção de hemorragias.</p>
<p>Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal</p>	<p>- Promover a saúde da mulher no período do pós-parto e puerpério imediato;</p> <p>- Realizar cuidados imediatos ao recém-nascido;</p> <p>- Promover a vinculação do recém-</p>	<p>- Assistir a mulher nos cuidados pós-parto imediatos;</p> <p>- Incentivar e promover o aleitamento materno exclusivo;</p> <p>- Incentivar comunicação expressiva de emoções, dificuldades da família relativamente ao recém-nascido;</p> <p>- Encaminhar situações de risco para equipa multidisciplinar;</p>	<p>- Avaliar e vigiar possíveis complicações, como atonia uterina, referenciando casos para a equipa multidisciplinar;</p> <p>- Assistir mulher na dependência transitória nos autocuidados durante as primeiras horas do puerpério;</p> <p>- Promover a continuidade de cuidados, através da passagem de informação da sala de partos, para o internamento;</p> <p>- Promover a presença do pai ou convivente significativo para a mulher/família durante o parto e nos cuidados ao recém-nascido;</p> <p>- Incentivar comunicação expressiva de emoções por parte da puérpera/família;</p>

	nascido com a mãe/pai		- Incentivar e apoiar a mulher no processo de aleitamento materno, ensinar sobre complicações decorrentes do mesmo, posições para amamentar.
--	--------------------------	--	--

4 –PROJETO DE ESTÁGIO: COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

COMPETÊNCIAS COMUNS EE	OBJETIVOS A ATINGIR	ATIVIDADES A DESENVOLVER
Melhoria Contínua da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar na formulação de conhecimento de suporte à prática clínica - Promover ambiente gerador de segurança 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar estudo de alguns indicadores relativos ao ano de 2020 do programa “Momentos Únicos” - Promover o respeito pela identidade cultural dos utentes; - Envolver a família no processo de cuidados/parceria; - Promover a segurança na preparação e administração de terapêutica; - Promover e incentivar a adequação dos ambientes aos utentes (idade, cultura...); - Conhecer o sistema de registos em enfermagem, procurando otimizar os registos efetuados.
Gestão de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar o processo de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar prestadores de saúde e redes de referência para negociar cuidados quando necessário; - Identificar métodos de trabalho e selecionar o mais adequado às unidades de referência, fundamentando-o.
Aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir consciência pessoal e profissional -Garantir resposta perante diferentes situações; - Agir como facilitador de aprendizagens 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar limites profissionais do ensino clínico; - Identificar especificidades pessoais no processo da relação de ajuda; - Gerir sentimentos em cenários complexos de cuidados; - Criar dispositivos de consulta rápida para facilitar a integração e o processo de cuidados ao longo do ensino clínico;

		<ul style="list-style-type: none"> - Identificar lacunas de conhecimento e oportunidades de investigação, nomeadamente a nível do relatório; - Manter registo atualizado das atividades realizadas, para gerir de forma mais eficaz a concretização do projeto de estágio.
Responsabilidade profissional, ética e legal	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar decisões de forma consciente e intencional, baseada na ética e deontologia profissional 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover e incentivar a parceria de cuidados com as utentes; - Participar em reflexões de equipa para tomada de decisão; - Garantir o respeito pelos utente, na medida dos seus direitos de utente e direitos humanos, seguindo os deveres consagrados no Código Deontológico dos Enfermeiros – respeito pela privacidade, sigilo profissional, direito à escolha e autodeterminação...; - Adotar uma postura preventiva, na medida de prevenção de doenças e complicações

SEMANA DE OBSERVAÇÃO

No início do contexto de estágio, foi proposta a realização de uma semana de observação num centro hospitalar de referência para os cuidados de enfermagem na área da saúde materna e obstétrico no norte do país. Neste sentido, poder observar o trabalho desta equipa era uma oportunidade imperdível para ver o melhor da área ao nível nacional. Para este estágio, está contemplada uma semana de observação na sala de partos deste centro hospitalar. Assim, estabeleci alguns objetivos para esta semana, de serviços e intervenções que são oferecidos por esta instituição, nomeadamente:

- Observação de:
 - ✓ Técnicas não farmacológicas no alívio da dor de parto, como Respiração, Relaxamento, Bola de Pilates, Massagem, Musicoterapia, Hidroterapia e o Rebozo;
 - ✓ Técnica de analgesia epidural de forma intermitente “Walking epidural”;
 - ✓ Envolvimento do convivente significativo em todo o processo do trabalho de parto, incluindo o corte do cordão umbilical;
 - ✓ Promoção do aleitamento materno na 1ª hora de vida “Golden Hour” e contacto pele-a-pele;
 - ✓ Posição da mulher durante o trabalho de parto (para além da litotomia);
 - ✓ Aplicação do plano de parto, quando exista por parte da mulher/casal.

APÊNDICE II

PLANEAMENTO DE SESSÕES “MOMENTOS ÚNICOS”: PRÉ-NATAL TEÓRICO E PRÁTICO



PLANO DE SESSÃO

TEMA: Covid-19: Gravidez, Parto e Pós-Parto

POPULAÇÃO ALVO: Casais a frequentar Programa de Preparação para Parto e Parentalidade – [REDACTED] “Momentos Únicos”

LOCAL: [REDACTED]

DATA:21/01/2021 **DURAÇÃO:**40 min

FORMADORAS: Marta Peixoto, Ana Figueira

OBJECTIVO GERAL: Que a população alvo adquira mais conhecimento sobre doença Covid-19 e os impactos na gravidez, parto e pós-parto

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	
		ESTRATÉGIAS	RECURSOS
Apresentar grupo e tema da sessão			
No final da sessão, é pressuposto que o público-alvo seja capaz de:			
1- Apresentar o conhecimento sobre covid-19	<ul style="list-style-type: none"> - Doença covid-19 - Vacinação: para quem? 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de sessão - Computador
2- Apresentar conhecimento sobre os impactos da doença Covid-19 na gravidez	<ul style="list-style-type: none"> - Impactos na gravidez - Medidas de prevenção - Cuidados a ter no domicílio em caso de infeção 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de sessão - Computador
3- Apresentar conhecimento sobre os impactos da doença Covid-19 no trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de parto e Covid-19 - A realidade das maternidades [REDACTED] 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo -Interativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de sessão - Computador
4- Apresentar conhecimento sobre os impactos da doença Covid-19 no período pós-parto	<ul style="list-style-type: none"> - Covid-19: alojamento conjunto? - Impactos da Covid-19 no aleitamento materno - Cuidados a ter no domicílio em caso de infeção 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo -Interativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo -Interativo
5- Avaliação qualitativa da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão com participantes e esclarecimento de dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> -Interativo 	



PLANO DE SESSÃO

TEMA: Icterícia Fisiológica Neonatal

POPULAÇÃO ALVO: Casais a frequentar Programa de Preparação para Parto e Parentalidade – [REDACTED] “Momentos Únicos”

LOCAL: [REDACTED]

DATA: 28/01/2021 **DURAÇÃO:** 40 min

FORMADORAS: Marta Peixoto, Ana Figueira

OBJECTIVO GERAL: Promover conhecimento sobre a icterícia fisiológica neonatal

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	
		ESTRATÉGIAS	RECURSOS
Apresentar o grupo e o tema da sessão			
No final da sessão é pressuposto que o público-alvo seja capaz de:			
1- Apresentar o conhecimento sobre icterícia neonatal	<ul style="list-style-type: none"> - O que é a bilirrubina - O que é a Hiper bilirrubinemia - O que é a icterícia 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de sessão - Computador
2- Apresentar conhecimento sobre sinais de icterícia neonatal	<ul style="list-style-type: none"> - Sinais de icterícia neonatal (físicos e neurológicos) - Avaliação por dígito pressão 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de sessão - Computador
3 – Apresentar conhecimento sobre medidas de tratamento/prevenção da icterícia fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> - Que medidas a adotar no domicílio para prevenir icterícia fisiológica - Medidas de tratamento possível (fototerapia e exsanguinotransusão) 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de sessão - Computador
4- Avaliação qualitativa da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão com participantes e esclarecimento de dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Interativo 	



PLANO DE SESSÃO

TEMA: Musicoterapia

POPULAÇÃO ALVO: Casais a frequentar Programa de Preparação para Parto e Parentalidade – [REDACTED] “Momentos Únicos”

LOCAL: [REDACTED]

DATA: 04/02/2021 **DURAÇÃO:** 40 min

FORMADORAS: Marta Peixoto, Ana Figueira

OBJECTIVO GERAL: Promover conhecimento sobre a musicoterapia e a influencia na gravidez e trabalho de parto

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	
		ESTRATÉGIAS	RECURSOS
Apresentar o grupo e o tema da sessão			
No final da sessão é pressuposto que o público-alvo seja capaz de:			
1- Apresentar o conhecimento sobre stress e dor na gravidez	<ul style="list-style-type: none"> - Desconfortos na gravidez (enjoos, dor, edemas) - Alívio dos desconfortos: medidas farmacológicas e não-farmacológicas - A dor no trabalho de parto 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de sessão - Computador
2- Apresentar conhecimento sobre musicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> - Musicoterapia (definição, vantagens) - Efeitos da música no organismo - Desenvolvimento embrionário e fetal: a audição 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de sessão - Computador
3 – Apresentar conhecimento sobre estratégias de aplicação da música	<ul style="list-style-type: none"> - Banhos de sons (o que é, vantagens) - Canto pré-natal (o que é, objetivos) - Canções de boas-vindas (objetivos) - Música no trabalho de parto (canto carnático para concentração na respiração) - Vocalizações no parto 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de sessão - Computador
4- Avaliação qualitativa da sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Discussão com participantes e esclarecimento de dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Interativo 	



PLANO DE SESSÃO

TEMA: Sessão prática “Momentos Únicos”

POPULAÇÃO ALVO: Casais a frequentar Programa de Preparação para Parto e Parentalidade – ██████████ “Momentos Únicos”

LOCAL: ██████████

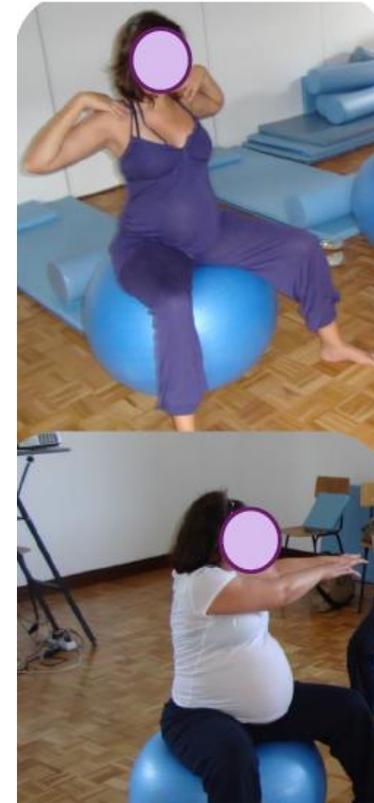
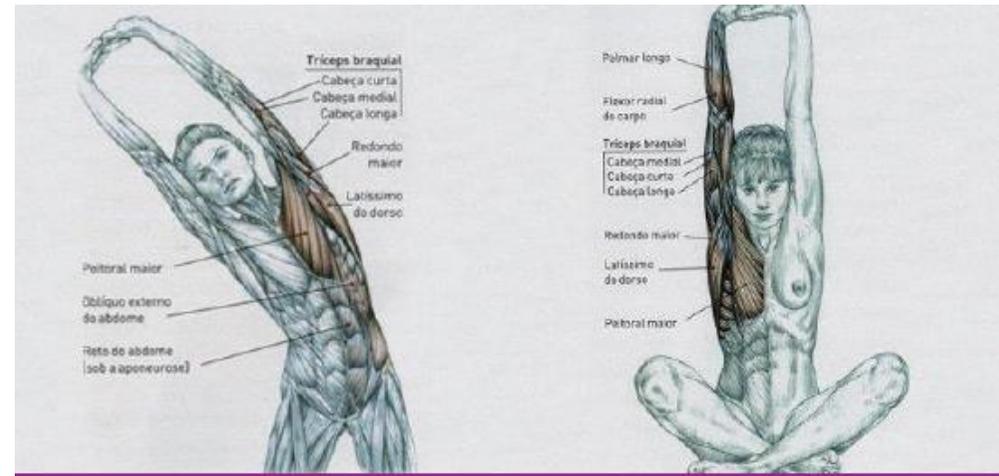
DATA: 14/01; 21/01; 28/01; 04/02 **DURAÇÃO:**40 min

FORMADORAS: Marta Peixoto, Ana Figueira

OBJECTIVO GERAL: Realizar exercícios de preparação física e muscular para o parto; manter atividade física durante a gravidez

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA		
		ESTRATÉGIAS	RECURSOS	
Apresentar o grupo e o tema da sessão				
No final da sessão é pressuposto que o público-alvo seja capaz de:				
1- Executar exercícios de aquecimento	- Aquecimento cabeça e pescoço - Aquecimento MS e cintura - Aquecimentos MI	- Interativa	- Plano de sessão - Computador	TODOS OS EXERCÍCIOS ENCONTRAM-SE ESQUEMATIZADOS E EXEMPLIFICADOS NO FINAL DO PLANO (Imagens recolhidas de: docs de apoio aulas UC Educação Para o Nascimento e Parentalidade)
2- Executar exercícios de correção postural	- Alinhamento da coluna - Como levantar e como apanhar objetos do solo	- Interativo	- Plano de sessão - Computador	
3 – Executar exercícios de flexibilidade	- Exercícios flexibilidade do tronco - Exercícios flexibilidade das pernas	-Interativo	- Plano de sessão - Computador	
4 – Executar alongamentos	- Alongamentos dos MS; tronco; costas; pélvis; MI	-Interativo		

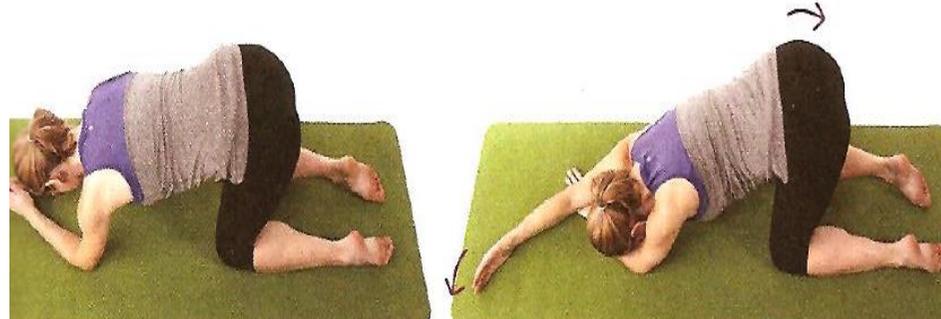
AQUECIMENTO



CORREÇÃO POSTURAL



FLEXIBILIDADE E ALONGAMENTOS





APÊNDICE III

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA PARA APOIO A CONSULTA DE VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

PROGRAMA NACIONAL PARA A VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO

Promoção da saúde

Exercício Físico

O exercício físico regular:

- Reduz a fadiga, as varizes e os edemas,
- Melhora a postura,
- Melhora o tônus muscular,
- Melhora a dor lombar e pélvica,
- Menos insónias,
- Previne o stress, ansiedade e depressão,
- Melhora a obstipação e a flatulência,
- Melhora o controlo glicémico da grávida com DM e na prevenção DG

1º Trimestre: manter atividade, excluindo desporto com risco de impacto corporal.

2º trimestre: evitar deitar de barriga para cima e fazer abdominais. Se se cansar enquanto treina, é sinal de demasiado esforço!!

3º trimestre: beber muita água; atenção aos sinais do corpo. Caminhar, andar de bicicleta, nadar podem ser boas opções

A natação, as caminhadas, o yoga e os exercícios de aeróbica de baixo impacto são atividades recomendadas desde que a grávida não se encontre em risco de parto pré-termo, placenta prévia, hemorragia vaginal ou rutura prematura de membranas.

Quando a grávida já praticava algum desporto poderá mantê-lo com moderação, desde que não seja um desporto de contacto físico, ou que envolva o risco de trauma abdominal. Quedas e stress exagerado podem influenciar o desenvolvimento fetal.

Recomenda-se equilíbrio entre a atividade física (pelo menos 30 minutos por dia em 5 dias por semana) e os períodos de repouso

Exercícios de Kegel – fortalecimento da musculatura pélvica e melhora continência urinária.

- Conhecer os músculos: interromper a micção (não é para fazer rotina, apenas para conhecer os músculos envolvidos no processo)
- Como fazer: contrair os músculos dois segundo e descontraír lentamente
- Quando fazer: 2 vezes por dia em qualquer altura e posição (de pé, sentada, de cócoras) – 30 a 40 reps

Alimentação Saudável

- É importante que a alimentação seja variada, seguindo a roda dos alimentos
- Pode fazer 5 a 6 ref/dia, mais ou menos a cada 3h
- Aumentar consumo de hortícolas, começando as refeições por exemplo com sopa
- Reduzir carnes vermelhas a 2-3 vezes por semana
- 4 Porções de fruta diária pelo menos
- Reduzir arroz, massa, pão para metade
- 3 Porções de laticínios por dia
- SEMPRE óleos vegetais (azeite)
- Moderar consumo de sal – não por sal no prato diretamente
- 2 a 3l água diário (o suficiente para saciar a sede)
- Evitar bebidas alcoólicas

IMC da mulher antes de engravidar	Ganho de peso total	Ganho de peso médio por semana para o 2º e 3º trimestres*
Baixo peso IMC <18,5	12,5 Kg - 18 kg	Cerca de 0,5 kg por semana
Peso normal 18,5 ≤ IMC ≤ 24,9	11,5 Kg - 16 kg	Cerca de 0,4 kg por semana
Excesso de peso IMC entre 25 e 29,9	7 Kg - 11,5 kg	Cerca de 0,3 kg por semana
Obesidade IMC ≥ 30	5 Kg - 9 kg	Cerca de 0,2 kg por semana

PROGRAMA NACIONAL PARA A VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO

Saúde Oral

A gravidez pode fazer surgir ou agravar problemas pré-existentes a nível oral, como o sangramento gengival ou cáries.

Vigilância especial durante o 2º trimestre

- Escovagem 2x/dia com uso de fio dentário
- Dentífrico com fluor 1x ao dia se possível
- Cheque dentista para todas as grávidas (são 3: o primeiro é para todas, os outros para os GRisco)

Sexualidade

- Relações sexuais não prejudicam o bebé em nenhuma das fases da gravidez
- No entanto, pode aumentar o risco de IST
- Contraindicações para penetração vaginal: sangramento, rotura de membranas, APPT

Alterações Psicológicas

1º Trimestre: grande entusiasmo e alegria. Não há consciência plena da situação, “não tão visível”

2º Trimestre: maior calma, já se sente o bebé e fica mais tranquila

3º Trimestre: sentimento de agitação/preocupação, medo do parto e como será no PP, com saúde e aspeto do bebé.

Sinais de Alerta

- | | |
|------------------------|-----------------------------------|
| - Sangramento vaginal | - Perda de líquido vaginal |
| - Ardor/prurido | - Dor abdominal ou pélvica |
| - Arrepios ou febre | - Dor/ardor ao urinar |
| - Vômitos persistentes | - Cefaleias intensas ou contínuas |
| - Alterações da visão | - Diminuição dos MAF |

Consumo de tabaco, álcool ou Substâncias psicoativas (SPA)

Fumar durante a gravidez pode causar graves problemas de saúde e um aumento do risco de aborto espontâneo, parto prematuro, morte fetal, baixo peso à nascença e síndrome de morte súbita do lactente.

Reduzir drasticamente o consumo diminui substancialmente os riscos associados, mas não os elimina totalmente.

- Ponderar encaminhamento para consulta de cessação tabágica ou grupos motivacionais e de ajuda

O consumo de **álcool** pode causar problemas para o desenvolvimento do feto durante toda a gravidez. Durante os primeiros 3 meses de gravidez pode estar associado a um aumento do risco de aborto espontâneo, ser causa de malformações fetais, bem como de baixo peso à nascença, défices intelectuais e alterações comportamentais.

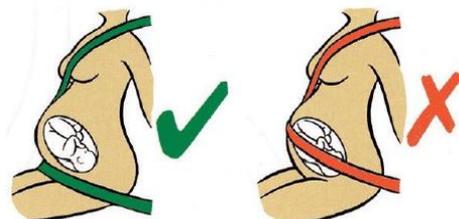
- Avaliar o consumo do álcool através da AUDIT

Os efeitos do consumo de **SPA** podem ser subtis e geralmente variam desde baixo peso ao nascer até défices de desenvolvimento que afetam o comportamento e a cognição. Por exemplo, défices de atenção e de linguagem, assim como problemas de comportamento e de aprendizagem, os quais podem afetar o sucesso escolar.

Segurança Rodoviária

Todas as grávidas devem usar o cinto de segurança, tendo o cuidado de não deixar que o mesmo exerça pressão sobre o abdómen.

No último trimestre deve evitar usar os lugares com airbag frontal. Se não for possível, recuar o banco o mais possível.



PROGRAMA NACIONAL PARA A VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO

1. Consulta pré concepcional:

Sempre que a mulher/casal expressam vontade de engravidar, em consulta de saúde geral ou de saúde reprodutiva

	O que avaliar	Intervenções
Exame físico	Estado geral da mãe	Peso; Altura; IMC Parâmetros vitais (TA) Exame mamário e ginecológico
Analítico	Grupo sanguíneo e fator Rh; Rastreamento hemoglobinopatia; Imunidade rubéola, hepatite B; CMV	Vacinar se necessário. Serologias Informação paterna (GS e fator Rh)
Risco concepcional	História médica História familiar Medicação habitual Vacinação Infertilidade	Informar sobre agravamento de patologias pré-existentes introduzir sugestões de modificações de comportamentos de risco (álcool, tabaco...) Informar e encaminhar PAI para rastreios IST (sífilis, Hep B e VIH) Vacinar antitetânica e difteria e gripe Se após 12 meses de tentativa encaminhar para consulta de infertilidade
Risco social, psicológico e emocional	Condição socioeconómica e de habitação Avaliação psicológica Rastreamento de violência nas relações de intimidade	Reencaminhar para apoio psicológico, assistente social Em casos de violência, denuncia (?)
Risco Pessoal	Comportamentos de risco	Discutir interrupção dos métodos contraceptivos (idealmente nunca antes de terminar exames pré concepcionais)
Promoção da saúde	Otimizar estado de saúde da mãe	Reforçar importância da vigilância pré-natal Hábitos alimentares e roda dos alimentos Estilos de vida saudáveis Calendário de menstruação Suplementação com ácido fólico 400 mcgr/dia Aumento do aporte de iodo (pescado, leguminosas e hortícolas leite e outros produtos lácteos e sal iodado) Informar sobre importância da saúde oral

Ecografias Obstétricas

1º Trimestre: entre as 11 e as 13 semanas

2º Trimestre: entre as 20 e as 22 semanas

3º Trimestre: entre as 30 e as 32 semanas

Notas:

- Em grupos de risco, deve recomendar-se também a vacinação MenC e VIP
- Dietas vegan (adaptação): deve avaliar-se nutricional e vitamínicamente. Cálcio (bebida soja, couve, grão, amêndoa); Vit D (cereais com soja, margarina vegetal); Vit B12 (suplementação?, aumento do aporte alimentar rico em vit B12); Zinco (lentilha, ervilha, feijão-frade, soja, amendoim, noz, milho, avelã)

PROGRAMA NACIONAL PARA A VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO

2. Consulta 1º Trimestre:

Até às 12 semanas

O que avaliar	Intervenções
IG	IG cronológica (a partir da DUM) IG definitiva (IGC confirmada por eco) Em PMA usar a idade do embrião à data da transferência
Adaptação à gravidez	Encorajar comunicação de alterações emocionais Referenciar para consulta de psicologia em casos evidentes de grávida/casal em depressão Informar Sobre desconfortos do 1º Trimestre
Exame físico	Avaliação progressão ponderal: peso e altura Avaliar estado nutricional
Rastreios	Analíticos: ver tabela Ecográficos: 11-13 semanas Violência nas relações de intimidade Mutilação genital feminina
Risco pessoal	Avaliar consumo de substâncias e fármacos de venda livre
Suplementação	Ácido Fólico 400 mcgr/Dia (5mcgr/dia quando há historia de malformações previas) Ferro 30-60 mg/dia Iodo 150-200 mcgr/dia

1º Trimestre <13 semanas

1. Citologia Cervical - Conforme recomendações do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007-2010 para as mulheres não grávidas
2. Tipagem ABO e fator Rh D
3. Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto)
4. Hemograma completo
5. Glicémia em jejum
6. VDRL
7. Serologia Rubéola - IgG e IgM (se desconhecido ou não imune em consulta pré-concepcional)
8. Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (se desconhecido ou não imune em consulta pré-concepcional)
9. Ac VIH 1 e 2
10. AgHBs
11. Urocultura com eventual TSA

Rastreo da violência doméstica:

Indicadores físicos - hematomas, queimaduras, cicatrizes (em diferentes estadios de cicatrização); abuso sexual; lesão anal ou genital; aborto espontâneo ou ameaça de aborto

Indicadores psicológicos - sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva

Atitude da utente - hesitante ou evasiva durante a descrição das lesões: medo, fuga no olhar, vergonha, culpa, explicação vagas, contraditórias, confusas (ex. encalhei na porta)

Atitude do par - excessivamente preocupado(a) e solícito(a); irónico(a). Convidar a sair da consulta (controlo)

História clínica - registo da existência ou da suspeita de historial de violência doméstica.

Desconfortos do 1º trimestre:

Náuseas e vômitos – geralmente de manhã

Hipersensibilidade mamária

Cansaço e fadiga

Urgência urinária e /ou corrimento vaginal

Ptialismo – aumento da produção de saliva

PROGRAMA NACIONAL PARA A VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO

3. Consulta do 2º Trimestre:

Entre as 13 e 16 sem

O que avaliar	O que informar
Conhecimento sobre mitos da gravidez	A forma da barriga não indica o sexo Podem aparecer mais pelos no abdómen e rosto durante a gravidez Não há evidencia que os desejos sejam carências do embrião – atenção na satisfação dos mesmos- moderação A grávida pode apanhar sol, com atenção ao protetor solar e horas de maior calor. BEBER MUITA ÁGUA A grávida pode viajar, com atenção para assistência, períodos longos sentada, e ir mobilizando os membros A cerveja não aumenta a produção de leite – álcool interdito
Conhecimento sobre legislação	120 dias consecutivos, pagos a 100% 150 dias consecutivos pagos a 80% 180 dias consecutivos pagos a 83% MÃE: Dispensa do trabalho para consulta Pre natal e PPN sempre que necessário Dispensa da prestação de trabalho: com remuneração de 65% Licença para situações de risco: com remuneração de 100% Dispensa de trabalho noturno: durante 112 dias antes e depois do parto PAI: LPI pai: 15 dias uteis seguidos ou não no 1º mês. Após isto tem direito a 10 dias uteis (seguidos ou não) durante a licença da mãe. No caso dos gémeos, aumenta 2 dias por cada gémeo
Conhecimento sobre sinais de alerta	Informar sinais de alerta
Conhecimento sobre vestuário, cuidados à pele	Roupa confortável Manter a pele hidratada (estrias podem ser normais mas são indicativo de pele seca)
Exame físico	Peso; Altura; IMC Parâmetros vitais (TA) Ganho ponderal

2º Trimestre

18-20 Semanas

12. Serologia Rubéola - IgG e IgM, nas mulheres não imunes

24-28 Semanas

13. Hemograma completo

14. PTGO c/ 75g (colheita às 0h, 1h e 2 horas)

15. Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (nas mulheres não imunes)

16. Pesquisa de aglutininas irregulares (teste de Coombs indireto)

Desconfortos do 2º trimestre:

Edemas, mais acentuados nos MI

Pruridos

Hemorroides

Cãibras

Obstipação

Flatulência

Pirose

PROGRAMA NACIONAL PARA A VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO

3º Trimestre

32-34 Semanas

17. Hemograma completo
18. VDRL
19. Serologia Toxoplasmose - IgG e IgM (nas mulheres não imunes)
20. Ac. VIH 1 e 2
21. AgHBs (nas grávidas não vacinadas e cujo rastreio foi negativo no 1º trimestre)

35-37 Semanas

22. Colheita (1/3 externo da vagina e ano-retal) para pesquisa de streptococcus β hemolítico do grupo B

4. Consulta do 3º Trimestre:

Entre as 17 e 20 sem

O que avaliar	O que informar
Conhecimento sobre sinais de APPT	Sinais de alerta para PPT: Hemorragia vaginal Corrimento vaginal com prurido e ardor Alterações da visão Ardor a urinar Perda de líquido pela vagina Dor abdominal ou pélvica Cefaleias persistentes Arrepios ou febre
Isoimunização Rh	às 28 semanas de gravidez, em caso de aborto, hemorragias do 2º metade da gravidez, amniocentese/cordocentese/biopsia das vilosidades, morte fetal
Curso de PPNP	Programas possíveis em instituições publicas em Coimbra Terna Aventura – ESENF Pais e bebés – MDM Momentos únicos – CSNM-UCC

5. Consulta do 3º Trimestre:

Entre as 25 e 28 sem

O que avaliar	O que informar
Conhecimento sobre aleitamento materno	Informar sobre benefícios para o bebé: Maior proteção; melhora função maxilar; Previne obesidade; Vinculação; Melhora desenvolvimento; Protege problemas GI; Alimento mais completo Informar sobre benefícios para a mãe: diminuir risco de CM; Melhora involução uterina; Previne anemia; Barato; ecológico
Comunicação intrauterina	Fortalece relação conjugal, relação afetiva mais forte; gravidez mais dinâmica - Conversa com barriguinha; massagem relaxante; musicoterapia; pensamentos positivos
Validar sinais de alerta para PPT	
Promoção de estilos de vida saudáveis	

6. Consulta do 3º Trimestre:

Entre as 33 e 36 sem

O que avaliar	O que informar
Validar sinais de alerta para PPT (igual aos anteriores + diminuição dos MAF)	
Promoção de estilos de vida saudáveis	
Contagem dos MAF pela mãe	
Mala para a maternidade (35 semanas); Preparação do quarto e enxoval do bebé	

Desconfortos do 3º trimestre:

- Lombalgia
- Edemas, mais acentuados nos MI
- Urgência urinária
- Colostro

PROGRAMA NACIONAL PARA A VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO

A mala da maternidade

Verificar se na maternidade onde será o parto têm uma lista para a mala (adequado a cada instituição).

Ter a mala pronta por volta das 35 semanas, preparando tudo com calma e com o indispensável/necessário.

As roupas dos bebês devem ser práticas e confortáveis.

Evitar levar objetos de valor.

Não esquecer os documentos de identificação (mãe e pai) e o Boletim de Saúde da Grávida.

Os artigos devem estar compartimentados em bolsas independentes, separando as coisas da mãe, do pai e do bebê.

Separar os artigos para a Sala de Partos numa mala e os do Puerpério noutra.

Ter atenção à roupa escolhida, pois o ambiente da Maternidade é sempre aquecido.

Preparar a roupa do bebê: lavar com sabão azul/pó de máquina próprio para a roupa de bebê (sem misturar com outras roupas), enxaguar bem e passar tudo a ferro. Retirar as etiquetas da roupa do bebê (que contactem com a pele).

Informar as visitas que devem permanecer o mínimo de tempo possível, pois os quartos são partilhados.

Evitar manter no quarto da Maternidade flores.

7. Consulta do 3º Trimestre:

Entre as 37 e 40 sem

O que avaliar	O que informar
Validar sinais de alerta para PPT (igual aos anteriores + diminuição dos MAF)	
Promoção de estilos de vida saudáveis	
Contagem dos MAF pela mãe	
Mala para a maternidade (35 semanas); Preparação do quarto e enxoval do bebê	
Fisiologia do TP – sinais de TP verdadeiro <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Contratilidade uterina regular com intervalos cada vez menores (aumentando a duração e intensidade)<input type="checkbox"/> Contrações uterinas dolorosas<input type="checkbox"/> Útero endurecido à palpação<input type="checkbox"/> Dilatação cervical<input type="checkbox"/> Descida da apresentação (cabeça do feto)<input type="checkbox"/> Perceção dolorosa na região lombar e abdominopélvica<input type="checkbox"/> Rotura da bolsa das águas.	
TP falso: contrações irregulares que não amadurecem o colo	
Estratégias para alívio da dor no TP (farmacológicos e não-farmacológicos) Banho de imersão; Massagem; Terapias complementares; Aromaterapia e Musicoterapia	
Benefícios da epidural: abolição da dor; inócua para o bebê; acalma a mãe; pode não afetar as pernas (walking epidural)	
Preparação para alta segura: Carro: no banco de trás, virado para trás, colocada pelo lado do passageiro Transporte sempre em cadeira própria (cadeiras homologadas para grupo 0+) Em carros de 2 lugares, desligar airbag do banco do passageiro Sono: quarto entre 19-20º; com luz e arejamento natural Dormir sempre no seu berço e não na cama dos pais Cabeceira da cama elevada Posicionado de barriga para cima SEMPRE Banho: pode ser dia sim, dia não Atenção à temperatura da água. Preparar tudo antes de iniciar Importante a segurança. Cortar as unhas com lima de papel (mãos curvas e pés retas) Lavar o nariz com SF se necessário	
Importância dos rastreios e vacinação	

APÊNDICE IV

PLANEAMENTO DE SESSÕES “MOMENTOS ÚNICOS”: RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO



PLANO DE SESSÃO

TEMA: Sessão prática para o pós-parto

POPULAÇÃO ALVO: Casais a frequentar Programa de Preparação para Parto e Parentalidade – [REDACTED] “Momentos Únicos”

LOCAL: [REDACTED]

DATA: 14/01; 28/01; 04/02 **DURAÇÃO:** 40 min

FORMADORAS: Marta Peixoto, Ana Figueira

OBJECTIVO GERAL: realizar exercícios de recuperação pós-parto

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	
		ESTRATÉGIAS	RECURSOS
Apresentar o grupo e o tema da sessão			
No final da sessão é pressuposto que o público-alvo seja capaz de:			
1- Executar exercícios de aquecimento	- Aquecimento cabeça e pescoço - Aquecimento MS e cintura - Aquecimentos MI	- Interativa	- Plano de sessão - Computador
2- Executar exercícios de kegel	- Exercícios de kegel	- Interativo	- Plano de sessão - Computador
3 – Executar exercícios de fortalecimento abdominal	- Exercícios de levantamento da bacia - Agachamento	-Interativo	- Plano de sessão - Computador
4 – Executar alongamentos	- Alongamentos dos MS; tronco; costas; pélvis; MI	-Interativo	

APÊNDICE V

FORMULÁRIO PARA RECOLHA DE DADOS

Dificuldades dos pais de recém-nascidos pré-termo no ajustamento ao papel parental

Eu, Ana Isabel Correia Figueira, estudante do IX Curso de Mestrado em Enfermagem em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra encontro-me a realizar, no âmbito do Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, um estudo intitulado “Dificuldades dos pais de recém-nascidos pré-termo no ajustamento ao papel parental”, no qual pretendo descrever o impacto do internamento do/os filho/os recém-nascido/s pré-termo (nascidos antes das 37 semanas de gestação) em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais na transição para o papel parental dos pais e descrever as dificuldades e os sentimentos dos pais nos cuidados ao/s recém-nascido/s pré-termo internado/s nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, para que enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica consiga intervir de forma facilitadora na transição para a parentalidade neste período delicado.

Neste sentido, gostaria de o convidar a participar neste estudo. Caso aceite, serão recolhidas algumas informações pessoais e relativas à gravidez, bem como algumas questões relativas ao internamento do seu bebé em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.

Por forma de o esclarecer quanto às informações que me irá fornecer, é garantido que:

- Tem a liberdade de não responder às questões que não esteja confortável;
- Tem a liberdade de desistir da participação do estudo, sem que resulte qualquer prejuízo;
- As informações que fornecer são usadas exclusivamente neste estudo;
- Em momento algum a sua identificação será divulgada, mesmo ao longo do estudo, sendo para isso usados códigos para identificar os participantes, garantindo o seu anonimato

Ao aceitar, declara que leu e compreendeu este documento; que aceita participar livremente neste estudo; que lhe foi garantida a possibilidade de recusar ou desistir a qualquer momento sem consequências. Declara ainda que permite a utilização dos dados que voluntariamente forneceu unicamente para este estudo, que serão tratados de forma anónima.

Agradeço desde já a vossa disponibilidade para participar neste estudo

Ana Isabel Correia Figueira

*Obrigatório

1. Declaro que li compreendi este documento; aceito participar livremente neste estudo e foi-me garantida a possibilidade de recusar ou desistir a qualquer momento sem consequências. Declaro ainda que permito a utilização dos meus dados que unicamente para este estudo, que serão tratados de forma anónima

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Dados Sociodemográficos

Nesta secção procuro conhecer um pouco melhor a situação social da família

2. Idade materna *

Marcar apenas uma oval.

< 20 anos

21 - 25 anos

26 - 30 anos

31 - 35 anos

36 - 40 anos

> 41 anos

3. Nível de escolaridade da mãe *

Marcar apenas uma oval.

- 1º ciclo
- 2º ciclo
- 3ºciclo
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Pós Doutoramento e Superiores

4. Profissão da mãe *

5. Estado civil da mãe *

Marcar apenas uma oval.

- solteiro
- casado
- união de facto
- divorciado
- viúvo
- outro

6. Idade paterna *

Marcar apenas uma oval.

- < 20 anos
- 21 - 25 anos
- 26 - 30 anos
- 31 - 35 anos
- 36 - 40 anos
- > 41 anos

7. Nível de escolaridade do pai *

Marcar apenas uma oval.

- 1º ciclo
- 2º ciclo
- 3ºciclo
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Pós Doutoramento e Superiores

8. Profissão do pai *

9. Estado civil do pai *

Marcar apenas uma oval.

- solteiro
- casado
- união de facto
- divorciado
- viúvo
- outro

Dados Obstétricos

Nesta secção procuro conhecer a história obstétrica da mãe, bem como as informações da última gravidez

10. Quantas vezes já esteve grávida? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
- 2
- 3
- 4
- > 5

11. Quantos filhos tem? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
- 2
- 3
- Mais de 3 filhos

12. A sua última gravidez ocorreu nos últimos 3 anos (2020 a 2022)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

13. Quantas semanas durou a sua última gravidez? *

Marcar apenas uma oval.

Menos de 37 semanas

Mais de 37 semanas

14. A sua última gravidez foi gemelar? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

15. Na sua última gravidez foi-lhe diagnosticada alguma patologia/doença ou complicação? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

16. Se respondeu "Sim", Por favor indique qual a patologia/doença ou complicação. Se respondeu "Não", por favor passe à questão seguinte

Marcar tudo o que for aplicável.

- Diabetes Mellitus ou Diabetes Gestacional
- Doenças Hipertensivas
- Ansiedade / Stress / Depressão
- Incompetência Cervical (Dilatação prematura do colo do útero)
- Alterações do líquido amniótico
- Outra

Dados do parto

Nesta secção, procuro conhecer melhor as circunstâncias do seu último parto.
Por favor considere nesta secção apenas as informações relativas ao seu parto pré-termo.

17. Esteve acompanhada durante o trabalho de parto *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

18. O seu bebé necessitou de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a pergunta 19*
- Não

O internamento em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Nesta secção procuro conhecer um pouco mais a realidade do internamento do bebé na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, bem como o envolvimento dos pais nos cuidados. Nas questões de resposta curta dirigidas a ambos os pais, por favor especifique a resposta para cada um.

19. Foi-lhe dada oportunidade de ver o seu bebé após o parto, antes de ser internado? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

20. Foram explicadas as razões do internamento do seu bebé? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

21. Quando estava em repouso pós-parto, recebeu a visita de um profissional de saúde responsável pelo seu bebé na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais? *

Marcar tudo o que for aplicável.

Sim, médico pediatra

Sim, enfermeiro

Não

22. O internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais afasta o bebé dos pais. Que estratégias foram utilizadas pela equipa para "diminuir" este afastamento? *

23. O pai teve oportunidade de ver o bebé logo após a admissão na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

24. Quando é que a mãe fez a primeira visita ao bebé na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais? *

Marcar apenas uma oval.

Antes das 12 horas de internamento

Entre as 12 e 24 horas de internamento

Após 24 horas de internamento

25. Na vossa primeira visita ao bebé na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, tiveram oportunidade de falar com um profissional de saúde responsável pelo vosso bebé? *

Marcar tudo o que for aplicável.

Sim, médico pediatra

Sim, enfermeiro

Não

26. Qual foi a primeira sensação que tiveram quando viram o bebé pela primeira vez na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais? *

27. Quando tocaram o vosso bebé pela primeira vez? *

28. Quando é que pegaram o vosso bebé ao colo pela primeira vez? *

29. Tiveram oportunidade de realizar o método Canguru com o vosso bebé? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

30. Mesmo com o seu bebé internado, amamentou? (Por favor, considere amamentar a colocação do bebé à mama e a extração de leite para a alimentação do bebé, via sonda gástrica ou biberão) *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

31. Se respondeu "Não", por favor indique a razão:

Marcar apenas uma oval.

Opção materna

Insucesso na extração

Dor

Outra

32. Durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, os profissionais de saúde envolveram-vos nos cuidados ao vosso bebé? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

33. Se respondeu "Sim" na última questão, por favor indique em que atividades foram envolvidos:

Marcar tudo o que for aplicável.

- Avaliação da temperatura do bebé
- Mudança da fralda
- Banho do bebé
- Vestir e despir o bebé
- Posicionamento do bebé
- Alimentação (dar o biberão)
- Administração de medicação por via oral

34. Sentiram dificuldades nos cuidados ao vosso bebé? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

35. Se responderam "Sim" na última questão, por favor indiquem quais as vossas maiores dificuldades:

Marcar tudo o que for aplicável.

- Lidar com a tecnologia envolvente (monitor, ventilador, catéter, incubadora)
- Tamanho pequeno do bebé
- Medo de magoar o bebé
- Medo que o bebé deixe de respirar
- Não saber identificar as necessidades do bebé, através do choro/sinais do bebé
- Outra

36. Se seleccionou a opção "Outra", por favor especifique:

37. Enquanto pais, sentiram que a equipa de saúde (médicos e enfermeiros) tomaram as decisões relativas ao vosso bebé centrados nos vossos valores enquanto família? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

38. Se respondeu "Sim", por favor forneça alguns exemplos em como os vossos valores foram tomados em consideração.

39. Se respondeu "Não", por favor forneça alguns exemplos em como os vossos valores não foram tomados em consideração.

O regresso a casa e a transição para a parentalidade

Durante o Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, os pais devem ser envolvidos nos cuidados ao bebé, de forma não só a capacitá-los para os cuidados ao bebé, como também para os preparar para o regresso a casa e a transição para o papel de pais.

40. Após o internamento sentiu-se capaz de cuidar plenamente do seu bebé? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

41. Após o internamento sentiu-se seguro no regresso a casa? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

42. Quais foram as sensações que tiveram no momento da alta, ao levar o vosso bebé para casa? *

43. O internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, e o trabalho da equipa com o vosso bebé e família, facilitaram a vossa construção pessoal enquanto pais? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

44. Se respondeu "Não" na questão anterior, o que sentem que poderia ter sido diferente?

Fim de questionário

Obrigada pela vossa participação

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

