escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Relatório Final de Estágio

Vivência de ameaça de parto pré-termo e ligação materno fetal

Marta Sofia Machado Peixoto

Coimbra, Junho de 2022

e s c o l a superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Relatório Final de Estágio
Vivência de ameaça de parto pré-termo e ligação materno fetal

Marta Sofia Machado Peixoto

Orientadora: Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes

Coorientadora: Professora Doutora Júlia Maria das Neves Carvalho

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

Deus não fez tudo num só dia.

O que me fez pensar que eu possa?

William Shakespeare

Nenhum Projeto é viável se não começa a construir-se desde já:

o futuro será o que começamos a fazer dele no presente.

Içami Tiba

AGRADECIMENTO

Este relatório foi uma longa viagem, que incluiu uma trajetória atravessada por imensos desafios, obstáculos, incertezas, alegrias, e muitos percalços pelo caminho, mas só me foi trilhar este caminho com o apoio incondicional, energia, motivação e força de várias pessoas, a quem dedico especialmente este projeto de vida.

Agradeço aos meus filhos por serem as crianças mais compreensivas deste universo, por entenderem as minhas ausências, a minha menor disponibilidade, mas que sempre me receberam de braços abertos, sorriso nos lábios.

Ao meu marido, João, por ao longo deste caminho, ter sido paciente, companheiro, pai e mãe ao mesmo tempo, tarefa que acredito não ter sido fácil. Agradeço pelo amor e compreensão contante que contribuiu para chegar ao fim deste percurso.

Á minha irmã, Sandra Jesus, pelos conselhos preciosos, pela elevada competência, total disponibilidade e encorajamento naqueles momentos cruciais desta difícil jornada, bem como pela leitura crítica e atenta das versões preliminares deste relatório, contribuindo para o seu aperfeiçoamento, estou especialmente grata.

Á minha amiga Ana, agradeço toda a paciência, apoio e motivação incondicional que me ajudou a tornar este trabalho uma válida e agradável experiência de aprendizagem. Obrigada pela dedicação nas horas de desespero, pela confiança depositada em mim na correção dos trabalhos, por seres mais do que uma companheira de escola e trabalho.

Á Professora Doutora Isabel margarida, minha orientadora que sempre acreditou em mim, agradeço a exemplar orientação, pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente e fecundo e uma visão critica e oportuna.

Aos meus pais, foram incansáveis, agradeço todo o amor, alegria e atenção sem reservas. Obrigada por terem sido pais dos meus filhos. Aos meus restantes familiares pelo incentivo recebido ao longo deste caminho.

Á minha avó, esteve sempre comigo.

Por fim agradeço a todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste relatório, estimulando-me intelectualmente e emocionalmente.

LISTA DE SIGLAS

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

EESMO- Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

UC- Unidade Curricular

UCC- Unidade Cuidados na Comunidade

USF - Unidade de Saúde Familiar

CHU- Centro Hospitalar e Universitário

RCT- Registos Cardiotocográficos

UMMF- Unidade de Medicina Materno Fetal

UCIN- Unidade Cuidados Intensivos Neonatais

PMA- Procriação Medicamente Assistida

RPM-PT- Rotura Prematura de Membranas Pré-termo

IVG- Interrupção Voluntária da Gravidez

IST- Infeções Sexualmente Transmissíveis

BSG- Boletim Saúde da Grávida

DIU- Dispositivo Intrauterino

PTGO- Prova de Tolerância à Glicose Oral

FIGO- Federação Internacional Ginecologia e Obstetrícia

UIP- Unidade Intervenção Precoce

DGS- Direção Geral de Saúde

RESUMO

Enquadramento: Numa situação de ameaça de parto pré-termo (APPT) o normal decurso da gravidez é interrompido e a ligação materno-fetal sofre variações/transtornos e todas as expectativas, quer da mãe, quer do casal quanto ao processo de transição para a maternidade é transformado. Estas mães apresentam-se muito fragilizadas no vínculo afetivo, do apego, quer pela separação, quer por todo o processo de antecipação do nascimento, mas principalmente pelo luto que tiveram de fazer do seu bebé imaginado e de todas as expectativas que teriam de uma gravidez a termo.

Objetivos: Identificar expectativas que a grávida tem para o estabelecimento da ligação afetiva com o seu bebé numa APPT e identificar intervenções do Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) de promoção da ligação materno-fetal de forma a potenciar a vinculação com o Recém-Nascido.

Metodologia: estudo descritivo-exploratório, cuja amostra não probabilística, tipo "bola de neve", será constituída por grávidas no 2º e 3º trimestre nos últimos três anos (2020-2022) que vivenciaram uma APPT e por mães de bebés que nasceram em 2020-2022 em que houve um internamento por APPT, que aceitaram participar voluntariamente preenchendo o questionário disponível nas redes sociais

Resultados: Da análise de conteúdo destaca-se a categoria Estratégias de promoção/fortalecimento da ligação materno-fetal, que se subdividiram nas sub-categorias: "Ajudar a acreditar", "Diálogo/Carinho/Dedicação" , "Sentir/Ouvir/Ler para o bebé", "repouso" e "outras".

Conclusão: Evidencia-se que as intervenções do EESMO para a vinculação e fortalecimento da ligação materno-fetal numa vivência de APPT foram pouco percecionadas pelas mães.

Palavras-Chave: Ligação; Vinculação; Materno-fetal; Apego; Ameaça Parto pré-termo; Gravidez

ABSTRACT

Background: In a situation of threatened preterm labor (TPL), the normal course of pregnancy is interrupted and the maternal-fetal bond undergoes variations/troubles and all expectations of both the mother and the couple regarding the process of transition to motherhood are transformed. These mothers are very fragile in affective and attachment bond, either due to separation or to the whole process of anticipating birth, but mainly due to mourning they had to do for their imagined baby and for all the expectations they would have of a full-term pregnancy.

Objectives: Identify expectations that pregnant women has for the establishment of the affective bond with her baby in a TPL and identify interventions of the Maternal and Midwife to promote maternal-fetal attachment in order to enhance the bond with the Newborn.

Methodology: A descriptive-exploratory study, with non-probability "snowball" sample that consists in pregnant women in their 2nd and 3rd trimester in the last three years who have experienced a TPL and mothers of babies born in 2020-2022 who where hospitalized for TPL, who agreed to participate voluntarily, completing the questionnaire available on the social media platforms.

Results: From the content analysis, the category "Strategies for promoting/strengthening the maternal-fetal bond" is highlighted, which was subdivided into the sub-categories: "Helping to believe", "Dialog/Caring/Dedication", "Feeling/Listening/Reading to the baby", "resting" and "others".

Conclusion: It is evident that Midewife´s interventions to increase bonding and strengthening the maternal-fetal bond in an TPL experience were little perceived by the mothers.

Key-Words: Attachment; Maternal-fetal; threatened Preterm Labor; Pregnancy

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Processo de pesquisa bibliográfica 58

Tabela 2- Abordagem da prematuridade numa APPT 62

Tabela 3- Estratégias de promoção/fortalecimento de ligação materno-fetal. 62

Tabela 4- Contributos das estratégias do ESMO 63

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 17

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO: AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA 20

1.CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO 20

1.1.CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA COMUNIDADE 20

1.2.CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA MATERNIDADE 20

2.**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS** 22

2.1.CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO ÂMBITO DO PLANEAMENTO FAMILIAR E DURANTE O PERÍODO PRÉ-CONCECIONAL 22

2.2.CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL 23

2.3.CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO 28

2.4.CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL 32

2.5.CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE DURANTE O PERÍODO DO CLIMATÉRIO 37

2.6.CUIDADOS À MULHER INSERIDA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE A VIVENCIAR PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA GINECOLÓGICA 38

3.ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA 39

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO – DIFICULDADES DOS PAIS NO AJUSTAMENTO AO PAPEL PARENTAL COM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO 42

4.ENQUADRAMENTO TEÓRICO 43

5.DESENHO DO ESTUDO 57

6.ANÁLISE DOS RESULTADOS 60

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 64

8.SÍNTESE CONCLUSIVA 71

CONCLUSÃO 74

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 77

ANEXOS

ANEXO I- Parecer UICISA-E

ANEXO II- Tabelas demográficas- INE

APÊNDICES

APÊNDICE I- Projeto de estágio

APÊNDICE II- Planeamento de sessão teórica COVID-19 realizada em contexto de estágio na comunidade

APÊNDICE III- Planeamento de sessão teórica Icterícia realizada em contexto de estágio na comunidade

APÊNDICE IV- Planeamento de sessão teórica Musicoterapia realizada em contexto de estágio na comunidade

APÊNDICE V- Planeamento de sessão prática momentos únicos pré-parto realizada em contexto de estágio na comunidade

APÊNDICE VI- Planeamento de sessão prática para recuperação pós-parto realizada em contexto de estágio na comunidade

APÊNDICE VII- Sessão de formação: Desenvolvimento e estimulação do bebe nos primeiros seis meses de vida

APÊNDICE VIII- Instrumento de recolha de dados- Formulário Google

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, inserida no IX Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) tendo como objetivos a análise e reflexão relativa ao desenvolvimento de competências adquiridas em estágio realizado nos diferentes contextos ao longo do curso, que decorreram nos contextos de comunitária e contexto de maternidade, baseando-se nas competências comuns do Enfermeiro Especialista mas principalmente nas competências do Enfermeiro especialista em saude materna e obstétrica e outro objetivo desenvolver competências no âmbito da investigação procurando efetuar um estudo exploratório descritivo, utilizando plataformas digitais para obter respostas e resultados.

Desde o início do curso e ao longo dos diferentes contextos - a problemática em estudo "Vivência de ameaça de parto pré-termo e ligação materno fetal" foi sempre tida em conta. Consegui que em todos os estágios tivesse uma implementação mais ou menos intensa e para todos eles defini objetivos que estão presentes no Apêndice I- Projeto de estágio.

Aliada à minha preferência pessoal pela área da obstetrícia, a esta temática, até pela aplicabilidade na prática exercida diariamente, sempre me despertou bastante interesse enquanto profissional, pois considero ser uma área em que o enfermeiro tem um papel fulcral e bastante autónomo. Neste sentido, a linha orientadora para a temática a escolher estaria à partida definida, no entanto, pretendia desenvolver um projeto com alguma inovação, que trouxesse algo de novo, que viesse dar resposta às necessidades dos intervenientes.

A escolha pela "vivencia de ameaça pré-termo e ligação materno fetal" surgiu principalmente de experiências profissionais, uma vez que desempenhava funções na área da Neonatologia. Ao ter contacto com pessoas que foram pais pela primeira vez, ou relatos acerca do nascimento do primeiro filho prematuro ou não, mas que vivenciaram

uma ameaça de parto pré-termo e isso afetou o percurso dito normal da gravidez, pude constatar que muitas vezes não houve o apoio necessário por parte das instituições de saúde, o que dificultou em alguns casos, esta ligação materna fetal na vivencia deste acontecimento. Foi então deste modo que surgiu o interesse em contribuir para a melhoria da oferta dos cuidados especializados perante esta vivencia e, adquirir competências para no futuro desenvolver estratégias facilitadoras de fomentar a ligação materno fetal numa altura em que esta ligação é tao frágil.

O relatório de estágio segue como linha orientadora a Teoria de Swanson, a qual será abordada sumariamente, no enquadramento teórico do projeto de investigação.

Os objetivos destes estágios foram sempre norteados pelas principais áreas de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), figura de referência para os casais desde o período pré-concecional, tendo as suas competências definidas na legislação. De acordo com o Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de Maio de 2019, Regulamento n.º 391/2019: "Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concecional"; ". Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal"; " Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto"; "Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.", "cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério", "cuidados à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde-doença ginecológica".

Por se tratar de um curso de mestrado, torna-se fulcral referenciar os descritores de Dublin, os quais definem as competências a desenvolver para a atribuição do grau de mestre, dos quais fazem parte o conhecimento e capacidade de compreensão, a aplicação de conhecimentos e compreensão, realização de julgamento/tomada de decisões, comunicação e, competências de autoaprendizagem.

Estruturalmente, o relatório de estágio encontra-se dividido da seguinte forma: posteriormente à introdução, encontra-se dividido em duas partes. A primeira sobre a componente de estágio onde farei uma breve caracterização do contexto de estágio e prestação de cuidados na comunidade e na maternidade; as atividades desenvolvidas no âmbito dos 7 competências especificas do enfermeiro especialista de saude materna e

obstétrica presentes no regulamento nº391/2019 da Ordem dos Enfermeiros e por último uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento dessas mesmas competências. A segunda parte sobre a componente de investigação - vivência de ameaça de parto pré-termo e ligação materno fetal onde farei um enquadramento teórico sobre a temática, abordarei o desenho do estudo, realizarei a analise e discussão dos resultados e uma síntese conclusiva. Por fim, as considerações finais e referências bibliográficas utilizadas

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

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

1.1. CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

No seguimento dos estágios, em contexto comunitário, no âmbito da UC Estágio com Relatório em Enfermagem e Saúde Materna e Obstétrica, do IX Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, estes decorreram no Centro de Saúde pertencente à Administração Regional de Saúde da região Centro no período de 11 de janeiro a 12 de fevereiro e de 15 de fevereiro a 19 de Março e no serviço de Consulta Externa de uma Maternidade de um Hospital Central da região Centro no período compreendido entre 24 de maio e 4 Junho de 2021.

O momento do estágio permite não só aliar o conhecimento teórico à prática, mas também permite aliar a nossa prática, como já profissionais e também aliar a prática de um especialista na área, como é o caso do nosso enfermeiro Tutor e assim convivermos com esta mobilização de conhecimentos, adquirindo novos, aprofundando e consolidado os já adquiridos e descobrindo outros permite-nos a uma constante prática de reflexão diária.

A Missão destas unidades de saúde, principalmente em contexto comunitário, passa por garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na área de intervenção.

1.2. CONTEXTO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA MATERNIDADE

As prestações de cuidados na maternidade decorreram nas unidades de internamento de medicina materno-fetal e puerpério, de uma Maternidade pertencente ao Centro Hospitalar Central, no período compreendido entre 01 de fevereiro e 26 de março de 2021 e na sala de partos da mesma Maternidade, no período compreendido entre 14 de junho e 29 de outubro de 2021.

A Missão desta Unidade de saúde tem como a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, aos doentes da sua área de influência e aos de proveniência regional e nacional, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde; a prestação de cuidados de saúde, ao abrigo de obrigações decorrentes de acordos internacionais e de redes de referenciação europeias; a formação de profissionais de saúde, o ensino pré-graduado e pós-graduado, e a investigação nomeadamente de natureza translacional e clínica; a formação de profissionais de saúde, o ensino pré-graduado e pós-graduado, e a investigação nomeadamente de natureza translacional e clínica.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

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

É a competência e dever ético do EESMO acompanhar todas as mulheres para que estas atinjam o máximo do seu potencial e do seu conhecimento em saúde no que diz respeito à sua sexualidade e saúde sexual. Para dar resposta a este objetivo específico, esta premissa esteve constantemente presente nas consultas orientadas para o planeamento familiar, quer a nível da preconceção, quer a nível das consultas relativas a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), onde para isso tive de mobilizar conhecimentos sobre contraceção, correto uso da mesma, as vantagens e inconvenientes de cada um, mas sobretudo levar as utentes a refletir, perante toda a informação fornecida (era deixado ver, tocar, sentir, explorar os métodos, retirar duvidas) do melhor método contracetivo para elas, e uma mulher que lhe seja dada a possibilidade de escolha informada ajuda-a não só a sentir-se parte da decisão, como também a torna mais conhecedora do seu corpo, aumentando o sucesso da contraceção.

As consultas de atendimento aos jovens ajudaram-me a compreender um pouco mais da sexualidade das mulheres, para que as pudesse aconselhar de forma segura e correta sobre os métodos anticoncecionais e inclusive compreender que existem ainda grupos da população que desconhecem grande parte dos mesmos, resumindo-se à contraceção oral. Aqui não posso deixar de mencionar o papel importante que o EESMO tem na prevenção e controlo das infeções sexualmente transmissíveis (IST's) porque não é só aconselhar a mulher sobre qual o melhor método contracetivo para ela mas lembrar sempre que deve recorrer-se ao uso do preservativo para prevenir as IST's e falar sobre estas infeções aos jovens é tão importante como falar de contraceção.

O Tema da sexualidade durante a gravidez gera sempre algum desconforto. Era sempre difícil para as mulheres abordar o tema, mas muitas faziam-no durante as consultas de vigilância da gravidez e referiam que durante a gravidez, os companheiros não se sentiam à vontade para a atividade sexual, com penetração, pelo que foi interessante desmistificar

a questão da sexualidade e incluir muito mais que atividade sexual com penetração, isso faz as mulheres refletirem sobre as próprias relações e fazer renascer um casal.

Na fase do ciclo do climatério, as oportunidades de aprendizagem não foram muitas, mas as que surgiram foram aproveitadas ao máximo e pude constatar que a maioria das mulheres que encontrava nestas consultas estavam bastante informadas neste sentido, não só a nível dos sintomas que influenciam a sua líbido e sexualidade, sabiam fazer uso de estratégias para colmatar estas alterações, com recurso a medicamentos, lubrificantes, terapias alternativas.

A respeito da autovigilância da saúde e rastreios, pude constatar, ao longo das consultas quer de planeamento familiar, quer de atendimento a jovens, quer de saúde da mulher, que as mulheres são cada vez mais informadas e interessadas nos rastreios, preocupadas com a sua saúde. Relativamente ao autoexame da mama, a grande maioria das mulheres que observei têm conhecimento sobre este, no entanto ainda existem algumas lacunas sobre a periodicidade e o correto procedimento, foi nesse sentido que intervim.

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

Realizei consultas de planeamento familiar, mas que na maior parte das vezes, são para a saúde das mulheres e não para a do casal e na grande maioria das vezes para a prevenção da gravidez, teríamos de repensar o nome desta consulta. A vigilância pré concecional é tão importante quanto a vigilância da gravidez pois na anterior podemos prevenir complicações futuras na gravidez quer para a mãe quer para o feto. A prevenção é sempre melhor a resolução!

Nas cinco semanas na USF, muitas das mulheres não tinham descritas no BSG (Boletim de Saúde da Grávida) os resultados do controlo analítico pré-concecional e quando questionadas algumas referiam que tinham engravidado por deixar de tomar o seu anticoncecional habitual e apenas começaram a vigilância de saúde após o primeiro teste de gravidez positivo. Em contrapartida no serviço das consultas externas constatei que esta questão já não se verificava na grande maioria das vezes, pois as mulheres nesta consulta, já apresentavam fatores de risco, que iam desde situações de aborto de repetição a patologias prévias à gravidez ou concomitantes com a gravidez.

Experienciei a oportunidade de acompanhar mulheres em diferentes fases do seu ciclo vital, mas, também tive oportunidade de presenciar situações de IVG e algumas situações de vigilância após abortamento.

As situações de abortamento, e nomeadamente as IVG, pude presenciar o programa da consulta de vigilância para o processo nas consultas externas, consistindo esta em 3 etapas: a primeira, com datação da gravidez por ecografia, avaliação da história de saúde e ginecológica da mulher, informação sobre todo o processo e a contraceção usada e por que motivo falhou, dado o consentimento informado à mulher para ela ler e colocar todas as questões numa próxima consulta; a segunda passados 3 dias do período de reflexão exigido por lei (Assembleia da República, 2007) onde era novamente explicado o processo medicamentoso e alertada para os acontecimentos expectáveis e feito novo aconselhamento para escolha de método contracetivo mais adequado para aquela mulher; e a terceira, com avaliação do processo por ecografia e aconselhamento contracetivo e se já houver uma escolha por parte da mulher poder colocar-se o Implante ou Dispositivo Intrauterino (DIU) ou fornecer-se a pilula. Em todas as consultas que presenciei, nem todas as mulheres na 3ª consulta solicitaram algum tipo de método contracetivo, sendo que em 2 casos foi colocado o implante subcutâneo, alguns casos de início de anticoncecionais, como a pilula, e as restantes optaram por não querer método contracetivo. De referir que em todas as consultas o sigilo profissional, a ética e a isenção de juízos de valor eram premissas nos profissionais e ainda deve salientar que estas duas profissionais eram de excelência no trabalho que desenvolviam

Ainda na vigilância da Gravidez , durante as consultas procurei sistematizar informação e organizar as temáticas no sentido em que não é apenas debitada informação, ou seja, cada temática tem o seu tempo e encadeamento, tais como os desconfortos ao longo da gravidez, no segundo trimestre a preocupação em preparar o lar, o enxoval e toda a os aspetos relacionados com a segurança do bebé, a alimentação o exercício físico, algumas patologias que podem ocorrer, como o caso da diabetes gestacional realização da Prova Tolerância Glicose Oral (PTGO) ou ao trabalho de parto, dor e estratégias de alívio da mesma ser só abordado no 3º trimestre, uma vez que além de ser uma preocupação presente na grávida, está mais próximo do espectável de ocorrer. Nas minhas consultas o chamar de atenção para os sinais de alerta era prioridade no sentido de as mulheres conhecerem o seu corpo e o que poderiam esperar como “normal” ou não.

A avaliação do bem-estar materno fetal através do Registo Cardiotocográfico (RCT), área de intervenção do EESMO permitiu-me também não só praticar a questão técnica da colocação do mesmo, como observar e avaliar os registos, procurando realizar essa avaliação pelos padrões da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) – com a frequência cardíaca fetal, variabilidade, acelerações e desacelerações e padrão de contratilidade uterino. Pude também, com recurso à explicação do exame às grávidas, transmitir algumas informações importantes à fase final da gravidez, nomeadamente a importância da contagem dos movimentos fetais, para estarem atentas às alterações e o que seria expectável para a reta final da gravidez com os sinais do início do Trabalho de Parto e até mesmo uma explicação das fases do trabalho de parto no sentido de diminuição da ansiedade.

Em um dos meus turnos nas consultas externas da Maternidade, passei pela Unidade de Intervenção Precoce (UIP), aqui pude constatar com diversas realidades, culturas, patologias e etnias num mesmo dia. As consultas de enfermagem eram adequadas a cada mulher e á idade gestacional, mas também a toda a sua realidade envolvente, família, meio económico, cultura, etnia, patologia. No entanto eram abordados temas comum a todas de acordo com a idade gestacional em que se encontravam. No segundo trimestre: aleitamento materno, preparação do enxoval, encaminhamento para o curso de preparação para o nascimento e parentalidade, entre outros mais específicos que assim a mulher e o seu estado o exigissem. No 3 trimestre: reforço do aleitamento materno, fase final da gravidez com sinais de início de trabalho de parto e fases do trabalho de parto, estratégias de alívio da dor da contractilidade uterina, registo online do bebé, questões relativas à permissão da presença do convivente significativo no parto, e outras que a situação da mulher assim o exigissem. Também eram realizados todos os procedimentos técnicos de enfermagem, tais como medição dos sinais vitais, incluindo a dor, avaliação do peso, colheita de espécime para análises e colocação e interpretação de CTG. Na UIP existe a trabalhar em parceria com a equipe médica e de enfermagem, uma psicóloga, uma psiquiatra, uma assistente social e podemos recorrer a qualquer outra especialidade que o estado materno fetal assim o exijam.

Outra realidade que me permitiu desenvolver esta competência foram as aulas em grupo de preparação para o nascimento e parentalidade, nomeadamente o Programa “Momentos Únicos” numa UCC. Os casais conseguem expor as suas dúvidas e abrirem- se

emocionalmente nestas sessões de partilha. Um dos principais medos que referem prende-se com o aleitamento materno e na UCC a enfermeira responsável dinamiza um projeto, incluído no programa "Momentos Únicos" que se chama "Pingos de Amor" que reúne mães a amamentar e grávidas, onde as primeiras trazem ao grupo as suas dificuldades e às quais tentamos dar resposta, bem como dar ferramentas facilitadoras do processo.

O internamento da grávida na Unidade da Medicina Materno Fetal (UMMF)seja por patologia seja por trabalho de parto ou por interrupção de uma gravidez gera sempre stress, portanto, realizava um acolhimento ao serviço de modo a criar a mostrar o espaço como seu, nem que fosse por umas horas, criando um ambiente empático acolhedor e seguro, incentivando a verbalização de expectativas e mostrando disponibilidade para ouvir as suas preocupações, dúvidas e receios de modo a tentar reduzir o seu grau de ansiedade.

Quanto à avaliação da saúde materna monitorizei com a avaliação dos sinais vitais, considerando sempre o quinto sinal vital, a dor. Procurei conceber e implementar medidas de conforto e bem-estar à grávida, não só no sentido de gerir o meio ambiente em termos de luminosidade e ruído, mas também no sentido facultar medidas não farmacológicas do controlo da dor, dando espaço para a verbalização das queixas e de como estava a sentir-se, como o chuveiro de água quente, orientação para exercícios na bola de Pilates e o uso de uma respiração adequada, chegando mesmo a treinas a técnica com as grávidas, imaginação guiada, quer com medidas farmacológica.

Outra Intervenção que utilizei para dar resposta a este objetivo foi monitorizar o bem-estar materno-fetal informando e orientando a grávida para os sinais e sintomas de riscos a ter em conta, como por exemplo informar se sentir que houve rutura das membranas, hemorragias e sempre que sentir uma diminuição dos movimentos fetais.

Ao longo do estágio na UMMF, pretendi monitorizar a saúde materno-fetal através dos registos cardiotocográficos (RCT), realizando-os sempre que houve necessidade assim como os toques vaginais, tendo como premissa o bom senso da necessidade da frequência da realização dos mesmos e pedindo sempre a autorização da grávida apos a minha apresentação Desenvolver a capacidade de avaliação e a correta interpretação dos RCT, juntamente com a tutora, permitiu-me referenciar algumas situações de desvio ao padrão

considerado “normal”, mas acima de tudo deixou-me capaz, porque o difícil é o não normal e o perceber porque.

No que diz respeito à realização toques vaginais, a cada toque vaginal que realizava, pedia o consentimento para o realizar e procurei ter sempre o cuidado de manter a técnica asséptica, avaliar as características do líquido amniótico bem como uma boa racionalização da frequência da realização dos mesmos. Os toques vaginais são intervenções importantes de avaliação da progressão do trabalho de parto e de monitorização do risco materno e fetal, uma vez que é através desta prática que conseguimos avaliar a progressão da dilatação durante a fase ativa da mesma, as caraterísticas do colo em termos de espessura, o tipo de estrutura pélvica e o grau de descida da apresentação e a apresentação.

Ainda dentro da temática da monitorização do risco fetal, a indução de trabalho de parto foi um dos procedimentos que mais encontrei, o que me facilitou adquirir competências de interpretação de RCT, após a administração de fármacos indutores a variabilidade, linha de base da frequência fetal, frequência da contratilidade uterina e a resposta do feto à indução.

Quanto à implementação de intervenções à mulher grávida com patologia, considero ter sido bastante enriquecedor o estágio no serviço de materno-fetal pois permitiu-me contacto com várias situações, nomeadamente de diabetes gestacional, ameaça de parto pré-termo, hipertensão gestacional, pré-eclampsia, colangite biliar primária, placenta prévia, cólica renal e pielonefrite. Foi-me possível adquirir competências nos protocolos de atuação em tocólise e maturação pulmonar em vários momentos deste estágio, com participação ativa em ambas as situações.

Grávidas com diabetes gestacional, consegui desenvolver ainda mais competências a nível de ensinos sobre a patologia em si nas consequências materno fetais da má vigilância, forma correta da monitorização da glicemia, ensinos para uma correta alimentação e hábitos diários. A vigilância mais apertada da tensão arterial, da alteração do estado de consciência, dos edemas, das alterações visuais, cefaleias e epigastralgias fizeram parte da monitorização do bem-estar materno-fetal em grávidas com hipertensão gestacional e foram foco de atenção especial da minha parte.

Da sistematização da educação em saúde e relativamente a repouso no leito, vigilância de hemorragias e avaliação do tónus muscular foram intervenções que foram sendo aplicadas nas várias situações de patologia associada à gravidez. Todos os casos foram alvo de momentos de reflexão com as tutoras, percebendo o que devemos ter em conta em cada situação, o porquê das atuações e as possíveis consequências fetais.

Relativamente à interrupção médica da gravidez, foi possível estar presente na expulsão de dois fetos. Neste processo, cooperei nos cuidados ao feto pós-aborto, tendo tido noção dos passos burocráticos e cuidados que devem ser prestados, quer por infeções que requerem comunicação obrigatória quer por interrupção por malformações. No que respeita a intervenções de apoio à mulher durante o período de luto após aborto, tentei dar espaço à mulher para verbalizar os seus sentimentos e tentei prestar o apoio emocional. Realço a importância do companheiro nestas situações, numa fase tão vulnerável torna-se fulcral. Nesta situação não senti que o contexto o pandémico estivesse a interferir. Perante estas situações, considero ser uma realidade com a qual lido, infelizmente, em algumas situações, não diretamente nas interrupções mas no luto em si e considero que cada experiencia que se vive nos acrescenta mais e portanto enquanto futura especialista, não existindo formas nem protocolos de atuação, cada caso é um caso e como tal devemos sempre agir em conformidade com o tipo de pessoas e contexto que temos presente, tendo como premissas o respeito, a individualidade e a vontade do casal.

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

Em todas as grávidas monitorizei e acompanhei o decurso do trabalho de parto tive a atenção de conhecê-las, tendo em conta os seus antecedentes pessoais, e questões tão importantes também para uma correta monitorização do risco materno e fetal como, os grupos sanguíneos das mães, os resultados de pesquisa do Streptococcus do grupo B e idades gestacionais, mas além de tudo a existência de plano de parto, as expectativas e medos que traziam, para que eu pudesse corresponder e superá-los.

Quanto às avaliações e intervenções da evolução do trabalho de parto, através, por exemplo, dos toques vaginais, foram aprendizagens, conseguidas, embora ainda considere que ainda existem ganhos a atingir, que provavelmente só serão conseguidos com mais experiência na vigilância do trabalho de parto.

No sentido de favorecer a evolução do trabalho de parto e/ou avaliar bem-estar fetal, foi possível realizar algumas amniotomias e perceber quando podemos ou não induzir com a administração endovenosa de ocitocina.

Na chegada da mulher/casal à sala de partos, procurei estabelecer de imediato uma relação de empatia, confiança e segurança, incentivando a verbalização de expectativas e mostrando disponibilidade para ouvir as suas preocupações, dúvidas e receios de modo a tentar reduzir o seu grau de ansiedade e desta forma monitorizar e gerir a dor. Apesar de alguns casais não terem uma ideia formada de como queriam que decorresse, existiram alguns que apresentavam o plano de parto e, nesse caso, desenvolvi intervenções que fossem de encontro ao planeado pelo casal, nos casos dos que não traziam uma ideia formalizada de plano de parto tentava estabelecer com o casal um plano possível.

Pude participar no procedimento da analgesia epidural, como na realização de ensinos à parturiente sobre o correto posicionamento para a analgesia bem como cuidados que a mulher deveria adotar durante o procedimento, assegurando durante a técnica a avaliação do bem-estar fetal, tendo sempre audível o foco cardíaco fetal.

Para além de ter o cuidado de criar um ambiente favorável e de implementar intervenções de promoção do conforto e bem-estar, para que a mulher/casal desfrutassem de um trabalho de parto harmonioso, tive o cuidado de garantir um ambiente seguro através da execução de intervenções com técnica asséptica durante o trabalho de parto, na manipulação do cateter epidural, na higienização correta das mãos, na organização do espaço físico da sala, na gestão do número de vezes de realização dos toques vaginais, assim como nos ensinos à parturiente sobre o correto posicionamento a adotar durante a técnica para a introdução do cateter epidural.

Sendo a maternidade promotora do "Hospital Amigo dos Bebés", contribuí promovendo, caso fosse o desejo do casal, a amamentação na 1ª hora de vida, ajudando e instruindo o casal sobre como proceder para uma amamentação eficaz (correto posicionamento do bebé, sinais de uma pega eficaz, e o que motiva ou não o casal para o processo de amamentação). Sempre que possível cooperei, promovendo o clampe tardio do cordão umbilical, o corte do cordão por parte do pai/mãe, quando assim era desejado, e o contacto pele-a-pele contribuindo para a promoção da vinculação da díade mãe/ recém-nascido e posteriormente com a intervenção do pai, com um papel ativo na vigília do bem-estar da

mãe e recém-nascido, por forma a envolver o pai em todo o processo e não se considerar um mero espetador.

Relativamente à rutura artificial das membranas (amniotomia) poucas foram as oportunidades que tive de a realizar. Contudo, foi sempre momento de reflexão sobre os cuidados a ter, como a correta forma de colocar a pinça; nunca retirar a mão sem a avaliação das caraterísticas do líquido amniótico bem como a avaliação da possibilidade de prolapso do cordão umbilical sempre com a monitorização do bem-estar fetal durante e após procedimento.

Relativamente aos ensinos dos exercícios respiratórios durante o período expulsivo, fui instruindo a parturiente de como os realizar, fornecendo sempre reforço positivo e incentivo. Fui também auxiliando a parturiente nos posicionamentos mais confortáveis para ela adotar, bem como no fornecimento de um conjunto de utensílios que a poderiam ajudar nesta fase a realizar força eficaz.

Durante o parto, considero ter conseguido identificar e monitorizar o risco materno e fetal no sentido de ter sempre o cuidado de pesquisar a existência ou não de circulares e atuação em conformidade, a realização de proteção do períneo bem como a decisão de efetuar a episiotomia de uma forma correta. Nesta intervenção, assumir a decisão de quando a efetuar, senti que também foi uma evolução positiva porque realizei todo um trabalho de avaliação da elasticidade do períneo bem como no tamanho do "corte" necessário a efetuar para facilitar a saída da cabeça.

No que diz respeito aos cuidados imediatos ao recém-nascido sinto que cumpri facilmente o objetivo de desenvolver esta competência, até pela minha prática profissional diária, mas aproveitei ao máximo para beber da sabedoria de quem tem mais experiência do que eu. No entanto considero ter conseguido atuar no sentindo de prevenir complicações de adaptação à vida extrauterina, adotando medidas de suporte, como a permeabilização da via aérea logo após a saída da cabeça e pesquisa primária de circulares, bem como logo após a saída de restante parte do corpo, com a realização de uma correta expressão toco-oro-nasal e estimulação tátil (aqui confesso que até ao final a Enfermeira tutora tinha de me apoiar pela questão de otimizar o posicionamento, vícios de uma enfermeira de UCIN). Considero também ter executado intervenções de prevenção de complicações

através do cuidado de ter sempre a sala do recém-nascido pronta com todo o material necessário, montado e testado para uma prestação rápida e eficaz dos cuidados imediatos.

Procurei conceber e implementar intervenções no sentido de manter o recém-nascido quente com a mudança constate dos panos quentes, correta forma de transporte do recém-nascido até à sala de prestação de cuidados, bem como a posição correta inicial para avaliação pelo pediatra, contando também com a sua colaboração para a visualização de alterações morfológicas.

Quanto à receção de recém-nascidos com patologias associadas foram alguns mas que terminaram sempre em sucesso, e em partos pré-termo consegui atuar de forma autónoma, com destreza e segurança.

Quanto a intervenções à parturiente com patologia associada, deparei-me com patologia de diabetes gestacional, febre intraparto e casos de Streptococcus do grupo B +, implementando e atuando consoante protocolo instituído pela maternidade.

Sendo o parto um mundo de competências a adquirir e desenvolver, tenho que também referenciar as competências desenvolvidas durante a fase da dequitadura, no sentido de interpretar os sinais de desprendimento, de descida e posterior expulsão da placenta na qual também desenvolvi cuidados a ter, como a extrair de uma forma em fuso sobre a ação da gravidade e tentando sempre revesti-la, com o cuidado no final de garantir que todas as membranas saíram. Todas as situações vividas foram de uma dequitadura natural sem retenção de membranas, não tendo tido nenhuma situação de extração manual da placenta.

Após dequitadura, para além de avaliar a placenta em termos de forma, inserção do cordão umbilical e presença/ausência de cotilédones, procurei sempre avaliar a integridade do canal de parto em termos de lacerações concebendo a minha atuação consoante as mesmas e episiotomia realizada.

Em relação às episiorrafias confesso que não senti grandes receios, senti que fui evoluindo e tinha uma grande vontade de aprender suturas novas, adequando-as aos períneos. A minha performance na manipulação do porta-agulhas, na visualização correta dos tecidos lesados, na realização de suturas foi melhorando evolutivamente sempre atendendo ao princípio de simetria. Permita-me nesta reflexão fazer uma analogia e as suturas para mim era como uma construção de um puzzle em que toda a peça tem de encaixar umas nas

outras na perfeição e nenhuma pode sobrar. No final o puzzle tem de ser emoldurado, tal e qual como o períneo deve estar no final, como se nada tivesse acontecido ali!

Uma das outras atividades realizadas pelos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia na sala de partos, depara-se com a tomada de decisão de quando transferir a puérpera e a minha tutora ao longo do estágio foi-me dando autonomia nessa tomada de decisão, mas mesmo assim validava sempre com ela. Enquanto estudante assumi a decisão de transferir e sim assumi a transferência de informação.

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

Dentro desta competência as intervenções que pratiquei foram de apoio ao aleitamento materno, no sentido de promover a amamentação explicando as vantagens e benefícios que trazia para o recém-nascido e mãe. Orientar as puérperas no correto posicionamento do seu bebé para a amamentação, ao mesmo tempo que se tenta perceber o que as motiva ao aleitamento materno, para que dessa forma quando estas sentissem que não eram capazes eu pudesse fazê-las lembrar da sua motivação foi a tarefa mais desafiante, mas mais gratificante no final de cada turno que realizava.

Ainda sobre a amamentação, também procurei orientar as mães cujos seus filhos se encontravam na UCIN, confesso que para mim esta era a tarefa mais fácil de executar por me ser mais próxima, mas ao mesmo tempo a que mais me custava emocionalmente pois sabia o quanto aquelas mães estavam a sofrer, no entanto transmiti sempre o meu positivismo a estas mães. Ajudá-las no uso de utensílios, como as bombas para a extração do leite materno, orientá-las para formas que poderiam recorrer para a conservação do mesmo, mas o mais desafiante é conseguirmos em parceria arranjar estratégia motivadoras para superar a barreira da separação física e haver o sucesso na amamentação.

Vários foram os momentos em que junto delas prestei os primeiros cuidados ao recém-nascido desde a simples muda da fralda, com ensinos de como devem proceder à higienização da parte genital, bem como de colocação correta da fralda, até por vezes ao simples aconselhar do número de peças de roupa que devemos vestir ao bebé.

O primeiro banho era eu que realizava ao mesmo tempo que instruía o casal sobre cuidados a ter, desde a quantidade de água certa a colocar na banheira, temperatura da água, forma correta de pegar o recém-nascido, bem como maneira correta de começar a prestação dos cuidados de higiene. Procurei sempre no final validar a informação retida pelo casal, questionando a forma de como fariam da próxima vez. Mas devo ressalvar que tive supressas agradáveis em que alguns casais quiseram dar o banho pela primeira vez e o meu papel foi unicamente supervisionar e parabenizar.

O momento do banho também foi uma oportunidade para orientar o casal sobre os cuidados a ter ao coto umbilical, algo que aos pais fazia confusão uma vez que a preocupação deles era se ao mexer provocava dor ao seu filho, ao fim de quantos dias é que caia e de que maneira é que tinham que lavar.

Para além de intervenções de promoção de autocuidado ao recém-nascido, fui também tendo o cuidado de instruir a mãe sobre questões de segurança com o recém-nascido tais como: forma de como o deitar no berço em segurança e posicionamento do berço; ao mudar a fralda ter primeiro tudo organizado perto do bebe e nunca o deixar sozinho para ir buscar o material que necessitava.

Permitindo-me refletir sobre o processo de ajustamento à parentalidade e apesar de ser uma das áreas em que diariamente intervenho a nível profissional, facilitar o processo de transição à parentalidade através desta forma de demonstração primária e só depois os pais efetuarem, considero que não é em três dias ou por vezes menos que se consegue identificar alterações aos processos de parentalidade, dá-se inicio sim, mas a continuidade de cuidados por parte do serviço nacional de saude ou serviços privados e a referenciação ao até mesmo o simples dar de contatos da instituição para qualquer duvida que surja permite ir avaliando este processo. Existe um trabalho prévio já muito bem elaborado na preparação para o parto/ nascimento e reconhecendo o excelente trabalho que nós especialistas temos feito, também reconheço que chegou a altura de investir do mesmo modo para o pós-parto, sobretudo no que toca ao acompanhamento do casal sobre as vivências e prestação de cuidados ao recém-nascido.

Quanto a intervenções realizadas à puérpera tive oportunidade, junto das enfermeiras que acompanhava, de participar nos cuidados quer do foro de cesariana quer do foro de parto por via vaginal, identificando e monitorizando o estado de saúde da puérpera através de

intervenções como: avaliar o globo de segurança de pinard; vigilância de perdas vaginais; vigilância da ferida cirúrgica bem como de sinais vitais, sem nunca descurar do quinto sinal vital a dor, que muito é dado atenção no puerpério.

Procurei sempre promover a autonomia das mães, orientando com segurança o primeiro levante e auxiliando nos cuidados imediatos. Tive sempre atenção em alertá-las para o que era normal das perdas vaginais, bem como a evolução natural da quantidade e características.

Outra preocupação que senti por parte das mães, foi a recuperação da forma física e para isso intervim para as alterações que iriam ocorrer durante os primeiros tempos após o parto, tais como a involução uterina, explicando o que era e alertando para cólicas abdominais que poderia sentir sobretudo durante a amamentação. Dei informação da possibilidade de surgirem pequenas perdas de urina, fruto de um relaxamento e distensão muscular provocado pela pressão do peso de bebé, cuja resolução pode ser auxiliada através da prática de exercícios de Kegel. Nas puérperas em que houvesse necessidade episiorrafia foi importante alertar para o desconforto e dor que poderia ter, bem como analgesia que poderia solicitar. Nas cesarianas, informei sobre tempo de cicatrização da sutura, bem como algumas medidas de conforto às quais poderia recorrer e que de alguma forma ajudaria a sentir-se melhor.

Não menos importante, também procurei informar a mãe que era normal poder passar por episódios de insónias, exaustão física, angústia, diminuição da libido com consequências de oscilação de estados de humor e estados de tristeza e pedir ajuda não a faz ser menos mãe.

Considero de extrema importância o companheiro estar a par de todas estas alterações pelas quais a mulher atravessa para que, de alguma forma, consiga compreendê-la e assim ajudá-la a desfrutar do melhor que a maternidade tem, mas infelizmente fazer chegar esta informação ao companheiro neste contexto pandémico só mesmo em parceria com a mãe, o que nem sempre é fácil.

Outros momentos de aprendizagem foram as prestações de cuidados a puérperas cujos recém-nascidos encontravam-se na UCIN. Situação com a qual estou familiarizada e penso que neste ensino clinico até fui uma mais valia para a equipa, pois para mim lidar com a preocupação destas mães sobre o estado do bebé está na minha génese e consegui

transmitir-lhes alguma calma e conhecimentos sobre prematuridade ou sobre a patologia do seu bebé, notei que o simples fato de as ouvir, retirar as suas duvidas, informá-las sobre recursos didáticos fidedignos disponíveis foi muito importante e é a par destas intervenções, que uma EESMO que vai mais à frente na prestação de cuidados. Desta forma, uma especialista deve ter a capacidade de implementar medidas de recuperação pós-parto, bem como de suporte emocional e psicológico à puérpera e seu convivente significativo.

Neste sentido, reflito sobre um caso de um casal, cuja puérpera achava-se impotente para prestar os cuidados ao recém-nascido, mostrando-se muito ansiosa e segundo ela deprimida. Reconheço que intervenções de suporte psicológico à puérpera são ainda uma área muito pouco explorada e de extrema importância não só para a mulher, mas sim para o casal. O stress parental do desconhecido desta nova fase da vida de ambos pode ser difícil de lidar e apresenta muitos desafios ao casal.

Apesar de tudo, em todos os momentos, importa referir a constante reflexão exigida pelas enfermeiras que me acompanharam no conjunto de cuidados a ter para além das técnicas, como estar atenta ao mesmo tempo no bem-estar da parturiente em termos de sinais vitais, perceção da quantidade de sangue perdido, soroterapia em curso bem como respetiva medicação e essencialmente perceção de formação do globo de segurança de Pinard.

Quanto ao recém-nascido, na aquisição desta competência tenho de assumir que os desafios não foram muitos, a responsabilidade que a minha prática profissional exige já me incute uma prática de especialista nos cuidados ao recém-nascido e, portanto, atrevo-me a dizer que neste sentido aproveitei todas as aprendizagens para otimizar conhecimentos e para "beber" da experiência de quem trabalha à mais anos nesta área do que eu.

Relativamente ao pós-parto, considero ter sempre implementado reforços positivos e de incentivos ao processo de amamentação, estando presente com a mãe no primeiro momento da amamentação ajudando-a a construir este processo instruindo-a sobre sinais de uma pega eficaz.

Também neste período pós-parto imediato, procurei sempre monitorizar a puérpera em termos de sinais vitais, hemorragia e queixas álgicas. Quanto ao recém-nascido procurei

ter sempre o cuidado de vigiar sinais de dificuldade respiratória e de não reatividade do mesmo.

Quanto a situações de complicações pós-parto apenas tive uma situação de atonia uterina ainda na sala de partos e nesse momento a minha atuação foi deixar atuar o especialista e assumir a liderança do que me seria possível na sala extra essa situação, no entanto sempre atenta ao que se passava para que pudesse registar na memória o processo de atuação.

Ainda no estágio do Puerpério tive oportunidade de realizar uma sessão de esclarecimento para pais, no âmbito de um Projeto, sobre o desenvolvimento e estimulação do bebé nos primeiros seis meses de vida (Apêndice VII)

No estágio da comunidade a área em que notei que os casais/mulher mais dificuldade apresentava era na amamentação e na regulação do sono do bebé. A adaptação à parentalidade não é fácil, daí ser considerado pelas nossas teóricas, ser um processo de transição. O aleitamento materno e a sua manutenção, em parte pelo stress da mãe por situações de dificuldades consistentes e mantidas levam-nas a querer desistir do processo. O mais fácil na amamentação é desistir. E isto devia ser a primeira coisa a ser dita a uma mãe quando ela decide amamentar para que ela possa interiorizar que o processo de amamentar não é fácil e requer perseverança resiliência, tranquilidade, disponibilidade e muito amor. Aqui o papel do EESMO é dar à mulher ferramentas, estratégias para facilitar a manutenção deste processo, desde posicionamento a mamar, pega correta, postura da mãe, estado de espírito, reforço positivo, importância do apoio do companheiro e família, recursos disponíveis na comunidade, recursos materiais disponíveis de ajuda ao aleitamento materno, porque há muitas mulheres que não sabem destes e outras tantas que chegam até nós com demasiada informação que não sabem o que fazer com ela.

Foi importante as dinâmicas de grupo neste âmbito na UCC no sentido do apoio dos pares, possam transmitir às grávidas que apesar de ser um processo complexo, que não estão sozinhas nesta dificuldade.

Nestas sessões foram abordados temas como o Covid-19 (Apêndice II), a icterícia neonatal(Apêndice III), a musicoterapia (Apêndice IV), bem como sessões práticas de pré e pós parto (Apêndices V e VI), entre outros temas que os pais sentiam necessidade de abordar. Nestes programas de preparação para o nascimento e parentalidade, os casais que os frequentavam, notei que as dúvidas mais comuns eram pormenores específicos e

muito técnicos, como um exemplo, prender os lençóis na cama para o bebé não escorregar, revelando que muita da informação fornecida nestes programas é assimilada, mas a maior dificuldade é o não treinar as técnicas.

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

É competência do EESMO promover a saúde da mulher ao longo de todo o ciclo vital, isso inclui naturalmente transição para a menopausa, que envolve enumeras alterações a nível físico, psicológico, emocional e sexual.

Ao longo do estágio foram várias as oportunidades de aprendizagem que tive, onde pude acompanhar algumas mulheres nesta fase de transição do ciclo vital delas. Algumas mulheres estavam a viver esta fase de forma saudável e o mais natural possível e outras mulheres tinham de base patologias associadas, isso dificultava este processo de transição. Atualmente a literacia em saúde tem aumentado significativamente, e esse fato é notório, visto que estas mulheres já sabem as alterações que são expectáveis que acontecem nesta fase de transição e quando recorrem aos serviços de saúde para um acompanhamento sabem expor corretamente as suas preocupações e algumas até apresentam sugestões de lubrificação, alívio de sintomatologia, questionam e querem saber se são as mais indicadas para elas, mais numa perspetiva de validação no caso de mulheres sem patologias de base associadas.

Em mulheres com patologia de base associadas, estas já faziam terapêutica hormonal de substituição e à semelhança do descrito anterior também estavam informadas sobre as alterações expectáveis de ocorrer nesta fase. Uma destas mulheres com patologia apresentava lesões de herpes zóster em tratamento, e outras mulheres pós rastreio de citologia encontrava-se alterado. Confesso que o mais difícil de lidar foi com o informar estas mulheres do diagnostico, aqui deparei-me que nestas mulheres havia alguma falta de informação a nível da forma de transmissão, latência e tratamento.

Na aquisição desta competência gostaria de salientar a importância de fazer um correto acompanhamento destas mulheres nas consultas de planeamento familiar, que como já referi acima neste relatório, deveria-se repensar-se o nome desta consulta, pelo papel corretamente e competente interventivo do EESMO. Infelizmente a maioria destas

mulheres no universo da população portuguesa são orientadas em consultas de saúde do adulto (não faz parte do meu percurso académico). Embora a literacia em saúde seja um foco da DGS e cada vez mais as mulheres sejam empoderadas no que diz respeito à sua saúde, friso que deveria haver um correto acompanhamento pelo EESMO, ao logo de todo o ciclo vital da mulher.

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

O EESMO tem o poder e o dever de promover a saúde ginecológica da mulher, no entanto esta competência será uma lacuna no meu processo de aprendizagem. Não me foi possível, por incompatibilidade de horários e ausências de recursos assistir a consultas do foro ginecológico. Mas acredito que o percurso académico é só uma semente que nos deixam para sermos uns excelentes profissionais especializados porque o querer saber mais e melhor é uma premissa intrínseca e um projeto pessoal de melhoria continua.

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

Cheguei num momento em que a pandemia da COVID-19 estava a assolar o mundo e tomar proporções assustadoras e todas as atividades presenciais estavam a ser reduzidas ao mínimo e indispensáveis o que condicionava em grande parte as atividades propostas para aquisição de experiências, uma delas que tenho de mencionar foi a visita domiciliária. No entanto foi preciso enfrentar esta situação e realizar as atividades possíveis. Estes contactos eram maioritariamente realizados on-line ou presencialmente, mas com muitas restrições. Este contacto com a realidade foi muito importante, perceber o que angustiava os pais e prepará-los ou dar-lhes as ferramentas para os deixar minimamente preparados foi muito gratificante. Tendo em conta que na minha prática profissional, quando os pais chegam junto de mim necessitam tanto deste apoio pré parto (esquecendo a área tão especifica onde trabalho!) esta oportunidade foi muito importante para mim. E para o desenvolvimento do meu projeto de investigação. Verificava-se uma diferença de Perspectivas nos pais, e esta diferença de perspetivas foi muito interessante de observar, porque nas diferenças culturais dos cuidados ao bebé existem também muitas similitudes, e as preocupações dos pais são transversais, bem como o papel do EESMO.

Mesmo assim, a pandemia dificultava porque a maioria das consultas estava a ser adiada ou remarcada, e as vigilâncias mantiveram-se restringidas ao mínimo seguro e essencial, conforme indicações das autoridades de saúde.

A envolvência destas consultas, a dinâmica estrutural que as mesmas exigem, a forma como são planeadas individualmente respeitando a mulher em todo o seu ser e em todo o momento sem julgamentos, mobilizando todo um conhecimento científico e ao mesmo tempo uma humanitude foi muito impactante para mim.

No que diz respeito ao planeamento familiar, a minha principal reflexão prende-se pela demasiada informação existente e disponível, acessível e nem sempre credível e aqui o EESMO tem um papel importante no sentido do aconselhamento de métodos

contracetivos, mostrando-os, dando a possibilidade de tocarem, verem o tamanho, retirarem todas das dúvidas, ensinar sobre novos métodos existentes, não só a nível de contraceção, mas também na prevenção das IST's com o uso do preservativo, e isto permitiu-me mobilizar todos os meus conhecimentos para a prestação de cuidados.

Também destaco as intervenções realizadas em orientar e apoiar o casal, e aqui digo o casal, porque mesmo a vivermos um contexto pandémico, sempre que possível tentávamos ajustar os cuidados à gravida ou os cuidados ao Recém-nascido com a visita do pai, no autocuidado ao seu filho. O pai tem um fulcral no seio desta família que se forma e no processo de vinculação. É um momento que deve ser vivido a três para fortalecer os laços, promover a vinculação e ajudar na consciencialização e no ajustamento ao papel parental., até porque acredito que estando a viver esta fase da vida, gravidez, numa situação de pandemia, em que o nosso companheiro ou a pessoa de referência que por vezes pode não ser o Pai) não pode estar ao nosso lado já se torna penoso demais.

O EESMO tem o poder e o dever de promover a saúde ginecológica da mulher, no entanto esta competência será uma lacuna no meu processo de aprendizagem neste bloco, penso que pela falta de estágio em Ginecologia, e por incompatibilidade de horários e ausências de recursos assistir a consultas do foro ginecológico. Mas acredito que o percurso académico é só uma semente que nos deixam para sermos uns excelentes profissionais especializados porque o querer saber mais e melhor é uma premissa intrínseca e um projeto pessoal de melhoria continua. Aqui também não posso deixar de fazer referência que na grande maioria das consultas de saude do Adulto encontravam mulheres a serem acompanhadas pela sua fase da menopausa, a minha reflexão prende-se que estas senhoras estão a ser mal orientadas na tipologia das consultas, podendo ser seguidas por EESMO.

Em relação à falta de estágio em Neonatologia pude colmatá-lo com a minha experiências profissional de sete anos e foi essa experiência profissional que me despertou para a possibilidade de intervirmos como EESMO numa fase tão critica que é a vivência de uma ameaça de parto pré-termo, que na grande maioria dos casos se traduz num parto pré-termo e estas mães chegam ao meus serviço muito fragilizadas e com a ligação com o seu bebé muito fragilizada, isto porque a ligação materno fetal pode ter sido comprometida.

Outra questão que gostaria de refletir aprofundamento era as medidas não farmacológicas da dor, numa mulher durante o trabalho de parto. Na parte teórica sabe-se tanto, cada vez mais existe literatura com novas metodologias de alívio da dor mas aquando a prática reparei que poucas são utilizadas, Compreendo que os espaços físicos são condicionantes, os recursos materiais praticamente inexistentes, e os recursos humanos em pouco quantidade mas deixou-me uma missão de quando chegar a minha vez de exercer pelo menos tentar fazer diferença, por mais pequena que seja.

Considero, para mim, que todos os estágios foram gratificantes, porque apesar de serem exigentes, de haver um numero legislado de experiências mínimas a adquirir durante os estágios, nunca sabemos o que nos espera no dia seguinte e num mesmo dia podemos encontrar diversas experiências e a esse nível a mobilização de conhecimentos acontece à velocidade da luz ao mesmo tempo que tentamos assimilar todas as aprendizagens e experiências que as tutoras vão partilhando connosco.

Sinto que fiquei com a sensação de "dever cumprido" porque no início dos estágios não conseguia ter uma visão holística do espaço físico, envolvendo uma equipa, jovens, um casal, um casal com um feto/ ou um recém-nascido e no fim posso dizer que sai com outras lentes, umas lentes que me permitiram estar no local certo, à hora certa a fazer o que era certo e o esperado de mim.

A nossa intervenção como EESMO é de tão extrema importância nesta fase de início da parentalidade que podemos atuar em todas as vertentes, mulher, casal, família, Recém-Nascido.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO – VIVÊNCIA DE AMEAÇA DE PARTO PRÉ-TERMO E LIGAÇÃO MATERNO FETAL

A intervenção do EESMO junto da mulher grávida internada é de extrema relevância, evitando ou minimizando prováveis problemas quer para a mãe, quer para o feto. Em mulheres internadas com diagnóstico de ameaça de parto pré-termo, esta intervenção deve ser mais potenciada com o intuito de atrasar o nascimento o quanto possível de um recém-nascido prematuro, devido às consequências perniciosas que a prematuridade acarreta.

Quando uma situação de ameaça de parto pré-termo acontece, o normal decurso da gravidez é interrompido e a ligação materno-fetal sofre variações/transtornos e todas as expectativas, quer da mãe, quer do casal quanto ao processo de transição para a maternidade é transformado.

A problemática a estudar neste projeto de investigação iniciou-se pela constatação na prática clínica, sendo uma área que me toca particularmente por viver diariamente com ela, trabalhando numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, decidi aprofundar a questão da ligação materno-fetal numa vivência de ameaça de parto pré-termo, e em que na grande maioria das vezes se concretiza num perto pré-termo. Na minha realidade profissional constato que estas mães chegam até nós muito fragilizadas na questão do vínculo afetivo, do apego, quer pela separação, quer por todo o processo de antecipação do nascimento que houve, mas principalmente pelo luto que tiveram de fazer do seu bebé imaginário e de todas as expectativas que teriam de uma gravidez a termo. Portanto verificou-se uma lacuna no apoio a estas mulheres, nomeadamente no que diz respeito à antecipação face á situação de conviver com a prematuridade.

Este projeto pode ser uma mais-valia para os casais a viver situações de ameaça de parto pré-termo, permitindo identificar de que forma os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica podem intervir mais precocemente nestas situações para num futuro termos pais mais informados, com menos receios, maior acompanhamento em cada caso, e possivelmente facilitando o processo de internamento numa fase critica da parentalidade causado pelas consequências perniciosas que a prematuridade acarreta.

4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com Canavarro (2001), o modo como cada mulher vivencia os processos de gravidez e de maternidade difere consoante as representações que cada uma lhes atribui. Estas representações são condicionadas por diversos fatores genéticos, históricos e socioculturais, e desenvolvimentais.

Conceito de maternidade e suas representações

O Conceito de maternidade ao longo dos tempos vem sofrendo alterações, iniciando-se no tempo judaico-cristão como uma ideia ligada ao sacrifício maternal, muito ligada à imagem da Virgem Maria, enquanto símbolo de total dedicação a seu filho, passando por uma desvalorização enquanto função da mulher mas nunca, enquanto valorização em termos sociais aquando é instaurada a sociedade patriarcal. No século XVIII associa-se a palavra amor e maternal mas infelizmente sem significado na promoção do sentimento e também da mulher como mãe. Neste sentido, a mulher torna-se o eixo central da família, com valorização e desenvolvimento de novos laços afetivos. (Badinter, 1989 como referido por Mendes, 2002)

Na II Guerra Mundial, o papel da mulher assume-se como de extrema importância na capacidade de ter filhos e de os educar. Nos anos 60 surge uma nova mentalidade, o discurso feminino, que acrescenta à mulher a atividade laboral para além da maternidade. E com isto a estrutura familiar sofre alterações, passam a constituir um núcleo familiar, mãe, pai e filho, surge uma nova adaptação, novas condições e novos desafios impostos pela sociedade (idem).

Nos dias de hoje, pede-se à mulher uma silenciosa revolta para participar ativamente nas tarefas exigidas. Assume-se um processo de parentalidade e novas representações de maternidade (idem).

A maternidade assume uma passagem na transformação e realização de identidade feminina e é apresentada através de algumas representações: através do próprio corpo, através do relacionamento conjugal, através da família de origem, através das experiências com o filho e através das experiências existenciais (Canavarro 2001, como

referido por Mendes 2002). Destas representações surgem diferentes exemplos de vivências da maternidade. Para umas é uma dádiva com o mesmo significado de responsabilidade, para outras é não mais do que uma continuidade de identidade pessoal, da relação conjugal e das relações familiares. Por último as que experienciam de vivências de intimidade física e psicológica como únicas (Mendes,2002).

Existe uma ambivalência na representação da gravidez e da maternidade através do corpo, visto que para a maioria das mulheres, este é visto como um campo fértil e a fertilidade é muitas vezes encarada como a prova de ter um corpo que funciona normalmente, um corpo capaz de cumprir todas as funções que lhe estão destinadas (Colman & Colman, 1994). Segundo Canavarro (2001), a gravidez funciona como um teste ao funcionamento reprodutivo do corpo da mulher. Para outras mulheres estar grávida é sinónimo de ser pouco atraente e referem mesmo sentir medo de estar a desenvolver uma vida dentro delas que distorça a sua imagem física, que as faça engordar e produzir leite e que modifique a sua capacidade de sedução e vida sexual (Gonçalves,2014). Ambas as representações evidenciam a forma como a mulher se relaciona consigo, com o seu corpo e com a sua imagem, que inevitavelmente se altera com a gravidez (Colman & Colman, 1994).

Outra representação da gravidez e maternidade é a relação conjugal/marital, para alguns autores o nascimento de um filho tem diversas conotações e projeções, tais como, a concretização e o testemunho de um grande amor e entendimento a materialização de relações conflituosas, o resultado de um desencontro, ou funcionar, como barco de salvação, assim sendo o nascimento de um filho, assume um significado material e de concretização de um projeto de um encontro ou de uma relação (Gonçalves,2014). Na mesma linha de pensamento "O nascimento de um filho pode, assim, assumir o significado de materialização e projeção de um encontro, de uma relação íntima" (Canavarro, 2001, p.32). Para outros autores, existe um roubo à relação conjugal/marital estabelecida que o tempo que a gravidez e a maternidade exigem. Assim, é descrito, que muitas mulheres manifestam medo de que após o nascimento não conseguirem encontrar um equilíbrio conjugal (Gonçalves,2014). A maternidade pode adquirir, deste modo, uma "representação de perda – perda de uma determinada organização conjugal ou da sua exclusividade" (Canavarro, 2001, p.32).

Outros estudos apontam para a possibilidade de continuidade de uma família, que é uma outra representação da gravidez e da maternidade, ou seja, o nascimento de um bebé

torna-se na personificação da continuidade de tradições, valores, ideias e a possibilidade de transmissão de diversas heranças genéticas, costumes, significados, bens materiais e do próprio apelido de família (Brazelton & Cramer, 1992).

Outra representação da gravidez e maternidade diz respeito ao *início do relacionamento da mulher com o filho*. Se para umas mulheres este momento é percecionado como algo positivo, como um momento de realização pessoal, como uma dádiva, para outras é entendido como uma obrigação e como a responsabilidade de ter alguém completamente dependente de si (Mendes, 2002).

Uma última representação tem a ver com as *experiências existenciais*, que incluem aspetos religiosos, humanos e em relação à própria vida. Mendes (2002) afirma que, devido às convicções religiosas, a gravidez e a maternidade podem ser consideradas como a aceitação de um destino superiormente oferecido. Por outro lado, Canavarro (2001) faz notar que a perceção de um mundo perigoso do ponto de vista político, económico e ecológico pode ainda estar subjacente à caracterização da maternidade como sendo uma responsabilidade excessiva. Para finalizar, importa referir que as implicações comportamentais, desenvolvimentais e adaptativas das representações acima mencionadas não são unívocas nem lineares e dependem da forma como se articulam, entre si e com outras temáticas, e do confronto com situações específicas (Mendes, 2002). Mais especificamente, segundo Canavarro (2001), a combinação e o peso das representações de gravidez e de maternidade.

Na sociedade atual a gravidez e a maternidade podem ser vividas pela mulher de uma forma altamente programada, organizada e apressada, sem ser "saboreada", ou então como um fenómeno desprovido de qualquer significado intencional. Os futuros pais nunca tiveram oportunidade de cuidar de um recém-nascido, e simultaneamente são pressionados pelos meios de informação a serem pais perfeitos. Pode-se considerar que muitos dos pais se sentem perdidos num misto de sentimentos, emoções, inseguranças, que todo o processo de ser mãe/pai implica. Os pais de hoje cresceram em famílias pequenas sem bebés à sua volta, pouco aprenderam e praticaram sobre as competências da maternidade ou paternidade (Brazelton,1992).

O Conceito de Família

O conceito de família, sofreu mudanças estruturais patentes, decorrentes de mudanças sociais, económicas e relacionais. Segundo Sá (2003) antes de nascer o bebé, este já condensa em si o modo como os pais se sentiram filhos e a forma como se imaginaram pais e estes são fatores essenciais que irão condicionar a relação precoce e em consequência o desenvolvimento do bebé. A gravidez é uma experiência de vida que permite à mulher/casal reorganizar papéis e funções no seio familiar e acima de tudo estabelecer uma ligação afetiva com aquele ser único que é o seu filho. É incontroversa a premissa de que o comportamento de recém-nascido é delineado ao longo dos nove meses que permaneceu dentro da barriga da sua mãe, e que por sua vez influencia o comportamento da mulher. Podemos por assim dizer resultante desta ligação primitiva nasce a vinculação precoce.

O Conceito de Vinculação

Para Bowlby (1984), a vinculação refere-se à ligação emocional que o bebé desenvolve com quem lhe presta cuidados no seu primeiro ano de vida. Este argumenta que o desenvolvimento da vinculação é uma adaptação essencial da espécie humana, uma vez que estes nascem vulneráveis ao perigo e quem lhe presta cuidados funciona como um porto seguro, fonte de conforto e de proteção.

O conceito de vinculação reporta-nos para um processo essencial à sobrevivência da espécie humana. Neste sentido, existem inúmeras evidências científicas de que a gravidez e o parto interferem significativamente no desenvolvimento afetivo da mãe com o bebé (Figueiredo, 2003). Assim, o processo de vinculação antecede o nascimento. Tomando uma verdade inequívoca e consolidada no meio científico, Brazelton (1992) refere que mesmo após o nascimento esta ligação pode não ser imediata e compensadora e o ritmo de cada passo em direção a uma vinculação íntima e compensatória varia muitíssimo de uns pais para outros. No entanto esta verdade ainda não chegou aqueles que podem ser os grandes beneficiários, a mulher/casal. De acordo com esta perspetiva considero emergente capacitar a mãe e o seu companheiro/pai, para a vivência desta relação íntima, para que estes sejam, capazes de construírem uma ligação ao seu filho, que lhes permita dar segurança e proteção

Num estudo desenvolvido por Mendes (2002), sobre a ligação materno fetal e suas implicações na vinculação, ficou explícita a importância da promoção e manutenção de

intervenções personalizadas no contexto vivencial de cada grávida, dando especial relevo ao seu suporte social, nomeadamente o apoio de pessoas significativas e dos recursos de saúde. A vinculação materna, também chamada de *bonding* ao bebé, define-se como relação emocional única, específica e duradoura, que se estabelece de modo gradual, desde os primeiros contactos e traduz-se num processo de adaptação mútua no qual ambos os intervenientes participam ativamente (Bowlby 1989, como referido em Figueiredo 2003). A ligação precoce entre mãe/pai e o seu filho influencia o seu desenvolvimento cerebral, emocional, relacional, cognitivo e comportamental ao longo de toda a sua vida e torna-se emergente promover intervenções que visem estimular esta ligação emocional única. Segundo Brazelton & Cramer (2004) como referido por Leal e Maroco (2010) a vinculação precoce inicia-se no segundo trimestre da gravidez a par da presença dos movimentos fetais que marcam a existência do feto, o qual começa a interferir na possibilidade de uma relação. O processo de vinculação entre pais e filho decorre ao longo de três momentos diferentes, designados por vinculação pré-natal, vinculação perinatal e vinculação pós-natal (Sousa, 2004).

Para Brazelton (1992, p.7) " […] a gravidez é, com certeza, tempo para aprender o mais possível sobre si mesma e sobre o futuro novo papel". Nesta fase vive-se um processo de adaptação física, redefinição de papéis e de identidade, bem como uma restruturação da imagem social da mulher e casal. A gravidez desencadeia na futura mãe uma autêntica revolução psicossomática, necessária para receber o bebé e promover o seu desenvolvimento (Cepeda et al, 2005).

Wacher (2002) como referido em Schmidt (2009) diz-nos que a qualidade do relacionamento de vinculação entre os pais e seus progenitores, reflete-se no seu estilo de vinculação com a criança. Assim cada bebé que vai nascer já comporta uma história de vida, que é preenchida pelas fantasias dos pais, os desejos da família, as vivências dos pais ao longo da gravidez bem como a dinâmica afetiva entre mãe e pai. Sob o ponto de vista psicológico, o desenvolvimento da gravidez passa por três tarefas (aceitação da gravidez, perceção do feto, aceitação do feto como ser separado de si) associadas aos três estadios de desenvolvimento do feto. No primeiro estadio a mulher adapta-se á notícia da gravidez, no segundo estadio o feto começa a ser entendido como um ser que viverá separado da mãe e no último estádio o feto começa a ser entendido com um ser individual, com características próprias (Brazelton, 1992). Na opinião de Sousa (2004) as

interpretações dos pais em relação aos movimentos fetais, assim como o comportamento de acarinhar o feto através da região abdominal materna e de falar com o bebé constituem já uma forma de relação e de comunicação. Na vinculação pré-natal, é durante a gravidez que se começa a estruturar uma relação de vinculação e as grávidas que participaram em curso de preparação para o nascimento, evidenciaram níveis de vinculação materna mais elevados, construindo uma relação íntima, segura e emocional com o seu filho, de forma a puder dar resposta as suas necessidades físicas, emocionais e relacionais (Schmidt, 2009). Assim, Mendes (2002) refere que a preocupação dos profissionais de saúde no âmbito da vigilância pré-natal, deve estar na promoção de uma relação positiva entre mãe e feto centrada no contexto familiar.

Os primeiros tempos de vida são determinantes no processo de desenvolvimento do recém-nascido e na sua forma de interagir com aquilo que o rodeia. Este modelo de relação serve assim de base a uma imagem que a criança constrói de si mesma e dos seus cuidadores e influencia a relação com os outros. Hoje sabe-se que os recém-nascidos são agentes ativos na interação, as suas capacidades sensoriais, são bem conhecidas, o que permite aos pais um diálogo enriquecedor com o seu filho logo após o nascimento. Bowlby (1984), defende que o recém-nascido, vem equipado com uma série de competências vinculativas, o seguir o olhar, o chorar, o agarrar e o sorrir são exemplos disso. Têm a mesma opinião, Bowlby (1989) e Aisnsworth (1994) como referido por Schmith 2009 que a qualidade da vinculação está intimamente ligada à reciprocidade dos pais em responder as necessidades do filho, em oferecer-lhes segurança e uma noção de bem-estar e confiança.

O parto é um momento determinante para o desenvolvimento desta relação, em que determinados fatores podem inibir ou promover esta ligação. Figueiredo et al (2003) conclui que, quanto mais cedo a mãe contata com o recém-nascido nos momentos que se seguem ao parto, mais rapidamente se observa o seu envolvimento emocional com o filho. Desta forma, o contacto precoce pais/recém-nascido, desde as primeiras horas de vida e durante a estadia na maternidade e nomeadamente a promoção de um ambiente calmo, íntimo e protetor são propícios ao desenvolvimento da relação precoce entre pais/filho (Cepeta et al, 2005).

De acordo com Widmayer e Field (1980) referido por canavarro (2001), intervenções simples podem ser suficientes para tornar as mães mais sensíveis às capacidades únicas

do seu bebé, e exercer níveis de estimulação adequados, nomeadamente durante o nascimento. O Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstétrica que presta cuidados à mulher/Recém-Nascido/pai durante o trabalho de parto, deve desenvolver intervenções de incentivo e apoio à vinculação entre a tríade, neste que é considerado por muitos um período crítico na construção de laços emocionais. O contacto visual com o recém-nascido é determinante para a primeira interação. Sabendo que todos os pais anseiam pelo contacto visual com o seu filho, após o parto. De acordo com Sá (2003) a capacidade visual do recém-nascido possui uma forte componente de adaptação, no sentido de unir os pais ao seu filho. A capacidade de ouvir é evidente durante o nascimento, a voz materna tem repercussões no bem-estar do recém-nascido. Almeida e filho (2004) como referido por Walley (1989), refere que nos primeiros trinta minutos de vida o recém-nascido permanece em estado de alerta, chorando vigorosamente e apresentado o reflexo de sucção desenvolvido, os seus olhos permanecem abertos, sendo uma oportunidade única para a vinculação. Este é também um dos momentos ideais para iniciar o processo de amamentação. No entender de Amaral (2009), que cita Organização Mundial de Saúde, alega que o aleitamento materno promove o vínculo afetivo mãe/bebé, e que promove o desenvolvimento mental da criança e o seu relacionamento com as outras pessoas. Para Cruz et al (2007) é essencial minimizar o impacto da transição entre o meio intrauterino e extrauterino, sendo essencial medidas de promoção do laço afetivo entre pais/filho, entre elas, um ambiente calmo, tranquilo, uma luz difusa e o contacto corporal imediato entre mãe e recém-nascido. Também Lamaze (2003) o contacto pele a pele entre mãe e recém-nascido, na primeira hora de vida, ajuda-o a sentir-se seguro e a estabelecer um vínculo entre ambos. Esta hora é para muitos autores o período alerta do Recém-Nascido, sendo uma fase sensível, precursora de laços afetivos.

Torna-se preponderante proporcionar à mulher/casal um ambiente promotor do processo de vinculação durante o período perinatal e pós-natal.

O período pós-natal é um momento de reajustes, físico, emocional e social, mas também é o momento ideal para reforçar laços afetivos, e dar continuidade ao processo de vinculação iniciado na gravidez. Segundo Figueiredo (2003) o *blues* pós-parto, constitui uma expressão subjetiva da ativação puerperal do sistema biológico que promove a ligação afetiva da mãe ao bebé. A mãe após o nascimento encontra-se num estado de

hipersensibilidade a estímulos, resultado da função hormonal, que desencadeiem uma resposta emocional e de interação entre mãe e filho.

É sem dúvida uma fase de grandes alterações a nível social e de interação entre o casal, sendo de esperar a aquisição de novos papéis e reorganização e reajustes ao nível da relação com os outros. Com a aquisição de novos papéis, a vinculação entre pais/filho tende a sair reforçada, e a continuidade das interações tem um papel preponderante neste processo, no entanto são vários os fatores que parecem influenciar a qualidade da vinculação que se estabelece entre pais e filho neste período. Esta capacidade de aceitar e perceber as reações do seu filho é um processo que se inicia ainda durante a gravidez, sendo então um fator facilitador do reforço dos laços emocionais duradoiros.

O período pós-natal é para a nova família um momento de construção e reforço da interação entre os implicados, cuja capacidade de aceitar, amar e ajudar a crescer o bebé, são das tarefas mais desafiadoras que se coloca à nova família. Daí o processo de ligação materno-fetal ser tão crucial e determinante para esta fase das vidas, quer da mulher, quer do casal e mesmo do bebe que vai nascer.

O Conceito Ligação Materno-Fetal e variáveis influenciadoras

A Vinculação materno-fetal, termo que segundo Muller (1993, p. 201) se caracteriza pela "relação afetiva, única, que se desenvolve entre a mulher e o seu feto."

A ligação entre a mulher grávida e o feto em desenvolvimento é possivelmente, a mais profunda e enigmática de todas as relações humanas. (DiPietro, 2010, p. 28)

Em síntese, tal como afirmam Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004), esta relação privilegiada entre a mãe e o feto estabelece-se na fantasia materna, nas emoções e nos sentimentos que a mãe sente relativamente ao bebé que se está a desenvolver dentro de si. O desenvolvimento deste vínculo entre a grávida e o feto é considerado, por Mendes (2002), um dos processos mais importantes na gravidez, devido às repercussões que pode ter no desenvolvimento do futuro ser. Nesta perspetiva, a ligação materno-fetal, enquanto esboço da futura relação mãe-filho, proporciona ao nível imaginário da mãe inserir o bebé que irá nascer na sua história pessoal e familiar (Brazelton & Cramer, 1993).

A interação de diversos fatores depende da forma como a gravidez é vivenciada e integrada (Colman &Colman,1994).

São vários os estudos que constataram poder existir variáveis que influenciam o desenvolvimento da ligação materno-fetal, reforçando a perspetiva de que o feto tem competências para a interação desde muito cedo e que o vínculo da mãe ao bebé começa durante a gravidez (Gonçalves, 2014)

Mencionando Sá e Biscaia (2004) como referido em Gonçalves (2014), não é só após nove meses de gravidez que nasce um bebé, um bebé nasce quando nasce na imaginação dos seus pais. Então, como já descrito anteriormente se a ligação materno-fetal representa o desenvolvimento da primeira forma de intimidade humana que envolve um objeto, caracterizado por uma mistura curiosa de fantasia e de realidade, estudar os fatores facilitadores ou dificultadores no seu desenvolvimento e influenciam a sua intensidade é pertinente para recolher informação importante sobre as variáveis mais complexas para posteriores relacionamentos, neste caso entre a mãe e o seu filho.

Na maioria, os estudos realizados sobre os fatores associados ao desenvolvimento da ligação materno-fetal incidem sobre variáveis sociodemográficas, variáveis ginecológicas e obstétricas, a qualidade das relações interpessoais e variáveis intrapessoais.

Entre os fatores de dimensão sociodemográfica que poderão influenciar a ligação materno-fetal da mãe ao feto, as que mais têm sido objeto de estudo recaem sobre a idade materna, as habilitações académicas e o estado civil. Por outro lado, o que a literatura nos diz é que relativamente à idade materna e às habilitações académicas os estudos não são consistentes na associação destes com a ligação materno-fetal. No que diz respeito ao estado civil são muitos os estudos referem que as mulheres solteiras parecem estar mais vinculadas ao feto do que as mulheres casadas; e as mulheres solteiras parecem estar também, mais vinculadas ao bebé do que as mulheres que vivem com o companheiro (Gonçalves,2014)

Também as variações ginecológicas e obstétricas, tais como o planeamento da gravidez, a existência de uma experiência prévia de gravidez e maternidade, a perceção dos movimentos fetais e a idade gestacional, podem influenciar a ligação materno-fetal. O planeamento da gravidez e a sua aceitação terão de ser considerados dois aspetos distintos, visto que para muitos autores o fato de uma gravidez ter sido planeada não implica necessariamente que a mulher sinta o desejo de ser mãe (idem). Quanto à relação

entre a existência de uma experiência prévia de gravidez e maternidade e a vinculação materno- fetal, os resultados, parecem de igual modo não serem conclusivos.

Quanto à perceção dos movimentos fetais e idade gestacional, há algum consenso na literatura quanto ao fato de o início da perceção dos movimentos fetais e as mudanças hormonais terem aparentemente como resultado, o rápido incremento da vinculação materno-fetal. Contudo, este consenso não é universal (Gonçalves,2014).

No que diz respeito à qualidade das relações interpessoais e aqui podemos salientar o apoio social e familiar e a satisfação conjugal, existem, de igual modo, investigações que consideram que a ligação materno-fetal pode ser influenciada por estas.

Bowlby (1988) desde logo reconheceu a necessidade de a grávida ter apoio social *e* familiar. Para este autor, durante a gravidez, a mulher pode vivenciar um aumento das necessidades de apoio da sua própria mãe e do companheiro, para partilha e validação da sua experiência; e de mulheres mais experientes, para se reassegurar do seu papel.

O que vários estudos nos indicam, no que diz respeito à variável da satisfação com a relação conjugal é que as mulheres que possuem experiências positivas nas relações com os maridos/companheiros por relatarem intimidade nas relações conjugais e familiares parecem expressar mais vinculação ao feto (Gonçalves, 2014).

As variáveis intrapessoais, tais como a depressão, a ansiedade e o stress, segundo o que os estudos indicam, são outros fatores que influenciam a ligação materno-fetal, pois consideram que ao longo da gravidez, algumas grávidas experienciam diversas alterações no seu estado emocional, que podem interferir com a sua capacidade de se relacionarem com o bebé. Em relação à depressão, os estudos indicam que existe uma forte ligação entre a ligação materno-fetal e esta, pois afirmam que os sintomas depressivos durante a gravidez parecem ter um impacto negativo na vinculação da mulher ao feto e podem prejudicar as experiências afetivas positivas, nomeadamente no prazer na proximidade com o feto (Gonçalves,2014). No mesmo sentido, Figueiredo *et al. (*2007) como referido em Gonçalves (2014), afirmam que a depressão na gravidez se manifesta, essencialmente, por emoções pouco claras que podem ser responsáveis por uma vinculação mais pobre ao feto.

No que diz respeito à ansiedade e ao stress, os estudos não evidenciam um efeito claro destas variáveis na ligação materno-fetal, apenas nos dizem que estes estados emocionais

podem ativar emoções negativas durante a gravidez, mas parecem não ter um efeito prejudicial na ligação materno-fetal, mesmo quando estão associados a emoções negativas relativamente ao feto (Gonçalves,2014)

No período da gravidez, a mulher/casal, sofrem um processo de transição de adaptação e preparação para o nascimento e parentalidade do seu filho. É durante este mesmo período que se começa a idealizar o bebé, a pensar no momento do parto e apesar da ansiedade e receios que por vezes envolve todo este processo porque é sempre espetável que tudo ocorra a "seu tempo".

Porém, nem sempre o tempo de gravidez normal, definido como nove meses solares, dez lunares, 280 dias, ou 40 semanas (Montenegro & Rezende, 2011) é cumprido na sua totalidade. Deparamo-nos com um número elevado de partos pré-termo, representando cerca de 12% no mundo (Bayle & Martinet,2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde , um parto é dito prematuro quando ocorre antes das 37 semanas de gestação. Distingue-se prematuridade média, entre as 33 semanas e 37 semanas, que engloba 5% dos nascimentos e onde há poucas complicações. A grande prematuridade, entre as 27 semanas e as 33 semanas, engloba 1% dos nascimentos e necessita da transferência do bebé para o serviço de neonatologia. O grande prematuro, entre as 24 semanas e as 27 semanas engloba menos de 1% dos nascimentos.

As consequências da prematuridade são várias para o Recém-Nascido, no entanto as consequências somáticas para a criança dependem do grau da prematuridade e da adequação dos meios terapêuticos. Destacam-se o risco de hipotermia, debilidade respiratória, problemas pulmonares, patologias digestivas, sequelas neurológicas (hemorragias intracerebrais, com as suas consequências isquémicas, essencialmente Paralisia Cerebral) (Bayle & Martinet, 2008).

A situação de mulher que vive a experiência de ter um filho prematuro é algo complexa. Para a mãe, as consequências psíquicas podem de certa forma ordenar-se em quatro consequências, a primeira a existência de uma *rotura da relação estabelecida in útero*, uma vez que o parto se realiza num contexto mais ou menos dramático e angustiante. Em segundo a mãe é *privada das interações gratificantes e tranquilas* necessárias à formação do processo de vinculação. Estas mães sentem-se, por norma, culpadas de não terem dado vida a um bebé "acabado" (Rezende, 2011). Outra consequência psíquica é a presença de

grande desespero materno, as reações emotivas e intensas são frequentes e ainda outra consequência que no caso de mulheres sem problemas psíquicos e bem preparadas para a maternidade a *ausência de sofrimento aparente*, é sinal de defesa contra a ansiedade, que poderá reaparecer quando a mãe se ocupar da criança (Bayle & Martinet, 2008).

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

Como enfermeiros, cuidando de casais a vivenciar períodos de transição, não posso deixar de fazer referência a Meleis e a Swanson, cujas teorias de enfermagem me parecem mais adequadas, mas a mais pertinente pareceu-nos a mais adequada a Teoria do Cuidar de Swanson, pois numa situação tão singular e frágil que é a vivência de uma experiência de uma Ameaça de Parto Pré-Termo o "estar com", como o Enfermeiro Especialista em Saude Materna e Obstétrica sabe estar é de relevante importância.

Não existe uma definição do conceito de cuidar. A controvérsia existe dentro e fora da enfermagem quanto ao papel de cuidar nas relações pessoais e profissionais. (Swanson, 1993)

A discussão procede de uma descrição do desenvolvimento empírico a um contraste com a definição de cuidar de Cobb´s (1976) definição esta de apoio social e conclui com uma comparação dos processos de cuidado, watson´s(1979,1985) inclui os fatores curativos e Benner´s (1984) descreve este cuidar como um papel de ajuda por parte dos enfermeiros. (idem)

Teoria do Cuidar

Na mais recente teoria de cuidar, Swanson (1993), o cuidado consiste em cinco categorias ou processos. Eles são: *saber*; *estar com*; *fazer para*; *possibilitando*; *mantendo a fé*.

Embora cada uma destas categorias seja apresentada separadamente, elas não podem ser desligadas umas das outras porque todas em conjunto forma a teoria do cuidar.

Saber é esforçar-se para compreender um evento, pois tem significado na vida da outra pessoas. Quando age a partir de uma base de conhecimentos, o prestador de cuidados trabalha para evitar suposições à priori sobre o significado do evento e centra-se na pessoa a cuidar realizando uma avaliação holística e continua com vista ao processo de melhoria da pessoa cuidada. O prestador de cuidados começa com a promessa de que o desejo é entender a realidade pessoal de quem está a ser cuidado. Parte integrante do conhecimento é a filosofia da personalidade do prestador de cuidados e a disposição de reconhecer o outro como um ser significativo. Quando este conhecimento ocorre, as identidades do prestador de cuidados e a pessoa a cuidar ficam conectadas. (Sawnson,1991)

O segundo processo de cuidar, *estar com*, é estar emocionalmente presente para o outro, envolve simplesmente estar presente, transmitir disponibilidade contínua e compartilhar sentimentos, sejam eles alegres ou dolorosos. Estar com vai um pequeno passo além de saber. É se tornar emocionalmente aberto à realidade do outro. (idem)

A terceira categoria de cuidado *é fazer pelo outro*. Isso implica fazer pelo outro o que ele faria por si mesmo, se fosse possível. O cuidado que está fazendo é reconfortante, antecipatório, protetor das necessidades do outro e realizado com competência e habilidade (idem).

A quarta categoria de cuidar, *capacitar*, significa facilitar a passagem do outro pelas transições da vida e pelos acontecimentos não familiares. O propósito de capacitar é facilitar a capacidade do outro de crescer, curar e/ou praticar o autocuidado. Capacitar envolve fornecer informações e explicações, bem como oferecer suporte emocional na forma de permitir e validar os sentimentos do outro. Habilitar geralmente inclui ajudar as pessoas que são cuidadas a focarem-se nas próprias preocupações, gerar alternativas e pensar em soluções para olhar ou agir de forma diferente sobre a situação.

O processo final de cuidar, *manter a crença*, é sustentar a fé na capacidade do outro de passar por um evento ou transição e enfrentar um futuro com significado. Cuidar que é manter a fé, envolve ter em consideração a opinião dos mais sábios e experientes e acreditar neles. Aquele que se preocupa mantém uma atitude cheia de esperança e oferece otimismo realista à medida que se percorre o caminho com a pessoa a ser cuidada (idem).

Na enfermagem, manter a crença é uma parte difundida da nossa profissão, abordamos as respostas humanas como aspetos significativos da realidade dos nossos utentes. Os enfermeiros, procuramos ajudar os nossos utentes a atingir, manter ou recuperar o significado nas suas experiências de saúde e doença (Sawnson,1991).

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

Expostas as competências reguladas pela Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista está habilitado à prestação de cuidados à mulher grávida, como se destaca pela alínea b), incluindo a situação de internamento a grávidas de risco, nomeadamente em Ameaça de Parto Pré-Termo, incluído numa equipa multidisciplinar.

Face ao exposto e tendo constatado a existência de um protocolo de atuação no ponto de vista médico (i.e. protocolos de Medicina Materno Fetal ,2014) onde os Enfermeiros Especialista Saude Materna e Obstétrica têm atividades por delegação, mas a ausência de um programa de Enfermagem com atividades autónomas, considera-se de suma importância identificar quais as expectativas que a grávida tem para o estabelecimento da ligação afetiva com o seu bebé numa Ameaça de Parto Pré-Termo e identificar intervenções do Enfermeiro Especialista Saude Materna e Obstétrica de promoção da ligação materno fetal de forma a potenciar a vinculação com o recém-nascido Pré-Termo/Termo de modo a minimizar/atenuar o impacto entre o bebé imaginário face ao bebé real, as alterações ao processo de vinculação pais-recém-nascido, e/ou a familiarizar os pais com o serviço de neonatologia, de forma a facilitar a adaptação ao nascimento de um bebé prematuro.

5. DESENHO DO ESTUDO

Os objetivos deste estudo são: identificar expectativas que a grávida tem para o estabelecimento da ligação afetiva com o seu bebé numa APPT e identificar intervenções do EESMO de promoção da ligação materno-fetal de forma a potenciar a vinculação com o RN.

As questões de investigação são:

- Quais as expectativas das grávidas para o estabelecimento da ligação afetiva com o bebé numa APPT?

- Quais as intervenções do EESMO para a promoção da vinculação da ligação materno-fetal?

População alvo/amostra

Relativamente à população alvo do estudo é constituída por Grávidas no 2º e 3º trimestre da gravidez em que houve um internamento por APPT e mães com internamento por APPT nos últimos 3 anos (2020-2022), que aceitem participar voluntariamente no estudo.

Relativamente aos critérios de inclusão, fazem parte Grávidas no 2º e 3º trimestre que vivenciaram uma APPT nos últimos três anos (2020-2022) que aceitaram participar voluntariamente preenchendo o questionário disponível nas redes sociais e Mães de bebés que nasceram em 2020-2022 em que houve um internamento por APPT. Dos critérios de exclusão fazem parte grávidas no 1º trimestre, grávidas no 2º ou 3º trimestre que não vivenciaram uma APPT.

Procedimentos de recolha de dados

O questionário, composto por questões sociodemográficas, obstétricas e relativas ao internamento em UMMF e foi disponibilizado on-line, nas redes sociais através do link https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfz_1VG65xVOXBfTpMF3J1847BFB4nbAcDqyRFm5VZMEPZ- Vg/viewform?usp=sf_link no período de 01 de março de 2022

a 30 de abril de 2022, para uma recolha de dados não probabilística tipo "bola de neve", e cuja cópia se encontra no Apêndice VIII- Instrumento de recolha da dados.

Para contextualização e enquadramento teórico, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com os descritores MeSH Object attachment; Delivery; Threat of preterm birth; Nurs*; Obstetric Nursing ; Midwife e cujo processo de pesquisa descreverei de seguida. 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.

A pesquisa iniciou-se nas seguintes bases de dados CHINAL,Medline Cochrane Register of Controlled Trials.

Tabela 1 – Processo de pesquisa bibliográfica

Bases de Dados	CHINAL	Medline	,Cochrane Register of Controlled Trials.
Pesquisa descritores Mesh	51	21	12
Intervalo temporal 10 anos	21	11	9
Acesso a texto completo	12	8	4
Titulos selecionados	27		
Após leitura abstract	22		
Após leitura texto completo	19		

Procedimentos formais e éticos

Após o desenho inicial do estudo, foi submetido um pedido de parecer interno à Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA:E), unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo sido aprovado (por despacho em ANEXO

II) 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, tendo sido após esta data retirada a possibilidade de resposta ao formulário. Ao longo deste intervalo temporal o questionário foi partilhado 3 vezes pelo autor, excluindo as partilhas efetuadas por outro utilizadores e participantes do estudo.

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

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após findo o tempo estabelecido para a recolha de dados é, portanto, fulcral num processo de investigação a análise dos resultados. Ao longo do meu instrumento de pesquisa foram aplicadas questões com critérios de exclusão/inclusão que direcionavam o participante na direção de continuar no estudo ou ser excluído, obtendo como amostra final um total de 27 respostas válidas (n=27).

O instrumento de recolha de dados foi dividido em quatro secções, dados sociodemográficos, dados obstétricos, vigilância da gravidez e as expectativas vivenciadas numa ameaça de parte pré-termo e ligação materno fetal.

Relativamente aos dados sociodemográficos, permitem-me fazer uma caracterização da minha população e a idade média das mães encontra-se entre os 31-35 anos (n=12;44,4%), frequentaram maioritariamente o ensino secundário (n=9;33,3%), são casadas (n=15,55,6%) e na sua maioria têm como profissão enfermagem (n=4).

Na caracterização dos dados obstétricos extrai-se dos meus resultados que a maioria das minhas mães esteve grávida uma vez (n=14;51,9%), que não foi uma gravidez gemelar (n=19;73,1%), e que uma pequena amostra teve complicações/patologias na gravidez (n=18;72%). Dentro dessas complicações posso elencar, a Diabetes Mellitus/ Gestacional (n=3;13%), Doença Hipertensiva (n=2;8,7%), Ansiedade/Depressão (n=2;8,7%)Hipotiroidismo subclinico (n=1;4,3%), Colestase Gravidica (n=1;4,3%), Pré-eclampsia (n=2;8,7%), Trombofilias (n= 1;4,3%), Placenta prévia baixa (n=1;4,3%) mas a major é a incompet~encia cervical (dilatação)(n= 10;43,5%).

Na vigilância da gravidez foi pertinente a amostra deste estudo perceber se a gravidez atual era de risco e qual o risco associado a essa gravidez, portanto a minha população amostral que era seguida nas consultas de risco não era a maioria mas como disse não era o meu foco(n=13;48,1%) e elencando os principais motivos dessa vigilância passam por, Abortos anteriores, incompatibilidades istocervical e trobofilias (n=1); pré-eclampsia anterior(n=1); problemas psicológicos na gravidez anterior (n=1); depressão(n=1);

diabetes(n=2); hipertensão(n=1); Gravidez gemelar(n=5); parto pré-termo anterior, placenta prévia (n=1); placenta prévia baixa(n=1).

Interessava-me também analisar da minha recolha de dados e da minha amostra populacional válida se durante as consultas de vigilância da gravidez eram mencionados os sinais de alarme e pude concluir que sim (n=20;74,1%) e qual era o profissional de saúde que o fazia e verifiquei que são os enfermeiros que o fazem (n=19;95%).

Na última secção do meu instrumento de recolha de dados, expectativas vivenciadas numa ameaça de parto pré-termo e ligação materno fetal a minha primeira pergunta era um critério de inclusão, se tinha vivenciado uma ameaça de parto pré-termo nos últimos três anos (2020-2022) e a amostra populacional foi n=27. Nesta secção coloquei questões que me respondessem às minhas questões de investigação, mas só consegui obter dados que me respondessem apenas a uma questão, que apresento de seguida.

A pessoa de referência presente durante o internamento foi uma resposta positiva (n=19;70,4%) e se a presença desta pessoa de referência era importante durante o internamento(n=19;100%).

Durante o internamento foi pertinente perceber se estas mães se sentiam acompanhadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e a grande maioria da minha amostra responde que sim (n=19;70,4%) e se este profissional estava presente para elas e para o seu bebé e mais uma vez a maioria respondeu que sim (n=17; 63%).

Outro dado interessante obtido foi perceber que durante o internamento em que estas mães vivenciaram uma ameaça de parto pré-termo a ligação com o seu bebé não ficou comprometida (n= 20; 74,1). E outros dados obtidos interessantes de discutir posteriormente é que as mães que participaram livremente no estudo conversavam com o seu bebé (n=26;96,3%) mas por outro lado já era mais difícil para elas colocarem música para o seu bebé ouvir (n=16;59,3%). Neste sentido outro dado pertinente de analisar foi se estas mães alguma vez tinham imaginado como seria o seu bebé como prematuro e a resposta foi positiva (=19;70,4%). Sendo assim outro dado de analisar foi se durante o internamento destas mães o ESMO falava com as mesmas sobre o bebé que estas imaginavam e a resposta foi pela negativa (n=20; 74,1%).

Assim sendo os dados apresentados de seguida num quadro demonstram que o ESMO não fala sobre prematuridade a estas mães e nem do serviço de neonatologia.

Tabela 2- Abordagem da prematuridade numa APPT			
Questão	Resposta	n	%
Foi abordado o tema da prematuridade?	Sim	7	25,9
	Não	20	74,1
Foi-lhe dado a conhecer o serviço de Neonatologia?	Sim	5	18,5
	Não	22	81,5

No quando seguinte categorizei as estratégias de promoção/fortalecimento da ligação materno-fetal utilizadas pelo ESMO para que durante a vivência de uma AAPT a ligação materno-fetal

O ESMO ajuda a desenvolver estratégias de promoção/fortalecimento de ligação materno-fetal. No quadro seguinte coloco analiso os resultados que tipo de estratégias foram utilizadas durante o internamento perante uma APPT para a promoção/fortalecimento desta ligação.

Tabela 3- Estratégias de promoção/fortalecimento de ligação materno-fetal.		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Enumeração
Estratégias de promoção/fortalecimento da ligação materno-fetal	Ajudar a acreditar	2
	Diálogo/Carinho/Dedicação	2
	Sentir/Ouvir/Ler para o bebé	2
	Repouso	1
	Outras	3

Ainda na análise destes resultados obtive respostas que não identificavam estratégias (n=17) e dentro da Sub categoria: “Outras” obtive respostas tais como: “ Canguru”(participante M22); “ Método canguru , estimulação dos cuidados de higiene por parte dos pais”(participante M9) e “ Na Neo fazíamos o Kanguru” (partricipante M17).

Por último no quadro seguinte fica espelhado se as estratégias do EESMO contribuíram para atenuar o stress sentido por uma vivência de uma APPT e se ajudaram na ligação materno-fetal.

Tabela 4-Contributos das estratégias do ESMO			
Questão	Resposta	n	%
Contribuíram para atenuar o stress numa APPT?	Sim	11	40,7
	Não	16	59,3
Contribuíram na ligação materno-fetal?	Sim	11	40,7
	Não	16	59,3

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A teoria da vinculação foi fundada por Ainsworth e Bowlby e contribui para a compreensão da estruturação e manutenção dos laços afetivos do ser humano ao longo da vida, elegendo a mãe como a figura principal da vinculação. Para estes autores, a sensibilidade da mãe e a qualidade dos cuidados maternos estão associados à qualidade da vinculação. Atualmente reconhece-se a importância da tríade mãe-pai-criança na vinculação que se inicia durante a gravidez (Argimon & Schmidt, 2009). O processo de vinculação está comprometido na presença de um parto prematuro, pois a prematuridade só por si, é prejudicial ao estabelecimento de uma boa relação precoce, pelo impacto negativo que tem nos pais (Campos, 2000)

Mencionando Sá e Biscaia (2004) como referido em Gonçalves (2014), não é só após nove meses de gravidez que nasce um bebé, um bebé nasce quando nasce na imaginação dos seus pais. Na maioria, os estudos realizados sobre os fatores associados ao desenvolvimento da ligação materno-fetal incidem sobre variáveis sociodemográficas, variáveis ginecológicas e obstétricas, a qualidade das relações interpessoais e variáveis intrapessoais.

Idade materna

Entre os fatores de dimensão sociodemográfica que poderão influenciar a ligação materno-fetal da mãe ao feto, as que mais têm sido objeto de estudo recaem sobre a idade materna, as habilitações académicas e o estado civil. Por outro lado, o que a literatura nos diz é que relativamente à idade materna e às habilitações académicas os estudos não são consistentes na associação destes com a ligação materno-fetal. No que diz respeito ao estado civil são muitos os estudos referem que as mulheres solteiras parecem estar mais vinculadas ao feto do que as mulheres casadas; e as mulheres solteiras parecem estar também, mais vinculadas ao bebé do que as mulheres que vivem com o companheiro (Gonçalves,2014)

Após a análise dos dados obtidos através do instrumento de recolha de verificou-se que a idade materna das mães rosa entre os 31e 35 anos de idade e frequentaram o ensino secundário.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2020), em Portugal a prematuridade é de cerca de 6,4% para mulheres com idades compreendidas entre os 30-34 anos e a prevalência de prematuros abaixo das 32 semanas de 1,2%. Sendo que em 2015, 29,5% das mulheres teve o primeiro filho com 35 anos ou mais e esta tendência aumentou cerca 10% entre 2015 e 2020. Como a fertilidade vai diminuindo com a idade, muitas vezes é necessário recorrer à procriação medicamente assistida (PMA) para engravidar. A idade materna mais elevada associa-se a maior risco de complicações maternas, fetais e neonatais, com implicações na saúde das futuras gerações. Aqui não posso apresentar os meus dados porque a minha amostra populacional a idade média situa-se entre os 31-35 anos e refere não apresentar muitas complicações/patologias associadas ou durante a gravidez.

Em 2018, comparando mães com idade igual ou superior a 40 anos com mães com idade entre os 25 e os 29 anos, verificou-se maior taxa de prematuridade (10,6% vs. 7,4%), de baixo peso ao nascer (11,7% vs 8,7%) e de gemelaridade (4,3% vs 2,5%). Os resultados dos últimos 20 anos em Portugal, comparando 2001 com 2021, justificam estes valores. Houve aumento da idade materna, diminuição do número de nados-vivos, aumento das taxas de prematuridade (5,6% versus 8,1%), de baixo peso (7,2% versus 8,9%), e de gemelaridade (2,4% versus 3,4%) (INE,2020).

Qualidade das relações interpessoais

No que diz respeito à qualidade das relações interpessoais e aqui podemos salientar o apoio social e familiar e a satisfação conjugal, existem, de igual modo, investigações que consideram que a ligação materno-fetal pode ser influenciada por estas o que é corroborado pelos dados obtidos pela amostra do estudo 55,6% são casadas.

Satisfação com a relação conjugal

O que vários estudos nos indicam, no que diz respeito à variável da satisfação com a relação conjugal é que as mulheres que possuem experiências positivas nas relações com os maridos/companheiros por relatarem intimidade nas relações conjugais e familiares parecem expressar mais vinculação ao feto (Gonçalves, 2014). O apoio do companheiro é muito importante no estabelecimento do vínculo da mãe para com o bebé, pois as mães que possuem relações mais positivas e íntimas com os companheiros e beneficiam de

maior apoio por parte dos mesmos, têm geralmente um envolvimento mais favorável com o bebé. (Isabella 1994, citada por Figueiredo, 2003; Frias, 2009).

Presença da pessoa de referência durante o internamento

Na análise dos dados do estudo uma das questões foi sobre a presença da pessoa de referência durante o internamento e se esta presença era importante para a mulher numa vivência de APPT e as respostas vieram de encontro ao que nos diz a literatura, foram positivas, logo mulheres nestas situações acompanhadas pela sua pessoa de referência podem mais facilmente expressar a sua ligação ao feto.

Complicações/patologias ginecológicas e obstétricas

Também as complicações/patologias ginecológicas e obstétricas, tais como o planeamento da gravidez, a existência de uma experiência prévia de gravidez e maternidade, e a idade gestacional, podem influenciar a ligação materno-fetal. Sendo assim os dados obtidos quanto ao número de gravidezes anteriores, se gravidez gemelar ou não, e se durante essa gravidez ocorreu complicação ou já existiria patologia prévia são pertinentes de analisar, mas não de discutir pois a literatura apenas nos diz que influencia, mas não especifica de que forma, uma área aberta a futuras investigações.

Da mesma forma quanto à relação entre a existência de uma experiência prévia de gravidez e maternidade, o facto de ser uma gravidez de risco ou não e qual o motivo da gravidez de risco e a ligação materno- fetal, os resultados, parecem de igual modo não serem conclusivos na literatura.

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

expetativa de um parto prematuro, constitui a base da relação terapêutica com a grávida/casal.

Variáveis intrapessoais

As variáveis intrapessoais, tais como a depressão, a ansiedade e o stresse, segundo o que os estudos indicam, são outros fatores que influenciam a ligação materno-fetal, pois consideram que ao longo da gravidez, algumas grávidas experienciam diversas alterações no seu estado emocional, que podem interferir com a sua capacidade de se relacionarem com o bebé.

Em relação à depressão, os estudos indicam que existe uma forte ligação entre a ligação materno-fetal e esta, pois afirmam que os sintomas depressivos durante a gravidez parecem ter um impacto negativo na ligação da mulher ao feto e podem prejudicar as experiências afetivas positivas, nomeadamente no prazer na proximidade com o feto (Gonçalves,2014). No mesmo sentido, Figueiredo *et al. (*2007) como referido em Gonçalves (2014), afirmam que a depressão na gravidez se manifesta, essencialmente, por emoções pouco claras que podem ser responsáveis por uma vinculação mais pobre ao feto. Neste sentido uma vivência de APPT é um evento em que a ansiedade na mulher é elevada.

Ansiedade

No que respeita à ansiedade, o apoio oferecido à mulher em situação de APPT, sugere ter efeitos positivos moderando os efeitos de *stress* (Ghosh, Wilhem, Dunkel-Schetter, Lombardi & Ritz, 2010.

Um estudo desenvolvido nesta temática, realizado por Bittar R. e Fonseca E. (2010), baseia-se no estudo de medidas preventivas do parto prematuro, que têm por base três níveis de acção: prevenção primária (identificação e tratamento dos fatores de risco) prevenção secundária (diagnóstico precoce de trabalho de parto pré-termo) e prevenção terciária (intervenções para minimizar complicações do nascimento prematuro- tocólise corticóides). No entanto os esforços são atualmente mais prevalentes ao nível da intervenção terciária. São necessários avanços na prevenção primária e secundária, para diminuição da incidência de parto prematuro.

Também este estudo está intimamente ligado à vigilância da gravidez, podendo ajudar o EESMO nestas intervenções e encaminhar as situações de risco. Aqui na vigilância da gravidez os dados obtidos no estudo do papel do EESMO veio corroborar o que a literatura nos diz em que a amostra identificou que os sinais de alarme durante a gravidez eram mencionados e eram mencionados pelos Enfermeiros.

Concordando com Meleis *et al* (2000) quando refere que o indivíduo pode enfrentar várias transições em simultâneo, as quais podem estar relacionadas. Se a gravidez normal constitui um período de crise na vida do casal, o internamento por uma gravidez de risco, vai alterar a dinâmica pessoal e familiar, gerando maiores níveis de *stress* no casal. Para Barros (2006), as grávidas com risco de parto pré-termo, tal como os pais dos bebés prematuros, atravessam uma crise emocional grave que se traduz com sentimentos de ansiedade, medo e depressão intensos. Numa primeira fase a ansiedade prende-se com o medo e preocupação com a sobrevivência e a qualidade de vida do bebé, seguidas duma autoavaliação de falta de competência para cuidar e educar uma criança que percecionam como difícil (Canavarro, 2001).

A ansiedade quanto à incerteza do desfecho da gravidez, quando vai ocorrer o parto e em que condições, também agrava o estado emocional do casal. Este necessita de uma equipa multidisciplinar sensível à sua problemática, detentora de conhecimentos sobre prematuridade e que lhes proporcione cuidados personalizados de acordo com as suas necessidades.

O papel do EESMO

O papel do EESMO é fundamental neste apoio e nos dados do estudo cerca de 70% das mães sentiram que este profissional as acompanhou durante o internamento e cerca de 63% afirma que o EESMO esteve presente para elas e para o seu bebé. A perda do bebé imaginado idealizado ao longo da gravidez e o afastamento físico entre a mãe e filho internados em diferentes serviços após o parto, implicam a mobilização de maiores esforços de adaptação por ambos os pais, pondo em risco os processos de vinculação ao recém-nascido e de adaptação à parentalidade.

Após a análise dos dados do estudo pude constatar que estas mães mesmo vivenciando uma APPT a ligação materna fetal não era comprometida e continuavam a comunicar com o seu bebé dentro da barriga, estratégia essa que é muito identificada na literatura

atual. No entanto nos dados pude constatar que não era identificada como intervenção do EESMO por parte destas mães, falarem com elas sobre o seu bebé prematuro. Talvez porque a amostra era demasiado pequena para permitir uma inferência tanto em relação às mães como aos EESMO. E ainda porque o instrumento de recolha de dados foi elaborado para ser respondido por mães e não por enfermeiros. É imprescindível atuar a nível do casal e não só da grávida pois a transição para a parentalidade não se trata de uma adaptação individual, já que é sempre influenciada pela forma como o companheiro ou a companheira se envolvem nessa situação. Campos (2000) diz-nos que é essencial atuar a nível da prevenção secundária junto das mães de forma a promover uma interação de qualidade com o bebé pré-termo, sempre que não seja possível adiar um parto prematuro.

Todos os fatores mencionados criam necessidades físicas, emocionais e cognitivas ao casal em risco de parto prematuro. Compete ao EESMO a deteção personalizada das necessidades de cada grávida/casal e proporcionar-lhes resposta adequada com os recursos humanos, técnicos e institucionais de que dispõe. É essencial que o enfermeiro desenvolva uma relação terapêutica com estes casais, o que implica usar competências de comunicação eficientes, nas quais a escuta ativa e a empatia são imprescindíveis.

O nascimento de um filho é sem sombra de dúvida uma transição de papeis e um momento carregado de expectativas. O exercício da Parentalidade para alguns casais infelizmente está condenado a começar mal, representado por um internamento em que a causa é uma APPT (Ansel,2002 referido por Santos,2009). Para Cabral (2005) e Silva (2006) referido por Santos (2009) este internamento poderá ser o início de uma nova fase. Vão ser pais de prematuros e terão de viver o luto do "bebé imaginado" para passar a tomar consciência do "bebé real" doente ou não. Trata-se por um luto antecipatório da perda do futuro imaginado.

Um parto pré-termo é uma das maiores preocupações para a maioria dos pais por estar inevitavelmente relacionado com a possibilidade de sobrevivência do bebé e as sequelas que poderão surgir da prematuridade mais ou menos precoce. (Roça,2012). Como nos refere Santos (2009) a fragilidade do recém-nascido induz nos pais sentimentos menos positivos de dor, tristeza, sofrimento, angústia e isto conecta-os com as suas próprias fragilidades e impotências perante as adversidades.

A imagem idealizada pelo casal de um bebé gordo e sorridente, vai ser frustrada pela realidade da prematuridade. Torna-se premente orientar os pais para as caraterísticas, competências e vulnerabilidades do feto associadas a cada idade gestacional, assim como da possibilidade de intercorrências relativas à prematuridade. É incontornável informar os futuros pais sobre a possibilidade de complicações associadas à prematuridade, no entanto é necessário ter muita sensibilidade na forma de o fazer. É importante transmitir a informação que o casal esteja preparado para assimilar nesse momento, mantendo a esperança num desfecho positivo, sem lhe assegurar que o bebé fica sem sequelas.

No entanto, e infelizmente os dados obtidos demonstraram que o EESMO não abordava o tema da prematuridade com estas mães, falando com elas sobre o seu bebé prematuro e mesmo sobre o que é a prematuridade e tão pouco lhe falava, caso o parto fosse pré-termo, do serviço de Neonatologia. Daí outro dado extraído que demonstra que as intervenções do EESMO, neste sentido, poderão não estar centradas no foco pessoa, mas sim no foco doença, é que toda a informação que o EESMO dava a estas mulheres não contribuía para atenuar o stress que vivenciavam uma situação de APPT.

Após a análise dos resultados surgiu a categoria de estratégias de promoção/fortalecimento de ligação materno fetal. Esta foi dividida em sub categorias: "Ajudar a acreditar", "Diálogo/Carinho/Dedicação"," Sentir/Ouvir/Ler para o bebe"," Repouso"," Outras". Esta última sub categoria remete para resposta relativas após o parto na UCIN. Desta forma não são respostas pertinentes e adequadas ao estudo realizado, no entanto foram referenciadas diversas vezes pelos participantes daí ser relevante a sua categorização. De realçar ainda que se verificaram 17 respostas em que não eram referidas quaisquer estratégias de promoção/fortalecimento de ligação materno-fetal.

7. SÍNTESE CONCLUSIVA

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

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

As questões de investigação identificadas para este estudo foram:

Quais as expectativas das grávidas para o estabelecimento da ligação com o bebé numa AAPT?

Quais as intervenções do ESMO para a promoção da vinculação da ligação materno fetal?

Infelizmente para a primeira questão de instigação não consegui obter dados que dessem resposta. Penso que será que terá sido uma das minhas limitações no meu instrumento de pesquisa e será uma melhoria num projeto futuro.

Em relação às respostas obtidas para satisfazer a segunda questão de investigação, infelizmente não corroboram o que nos diz a literatura, ou seja, posso concluir que segundo a minha amostra as intervenções do ESMO estão mais focadas na doença do que na pessoa porque analisando as respostas estas não sentem que o ESMO contribua para ajudar na ligação materno-fetal e as poucas estratégias identificadas pelos participantes não foram suficientes para atenuar o stress vivido numa APPT.

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

Dar a conhecer aos futuros pais a existência de grupos de apoio para pais de RN prematuros, de forma que possam partilhar experiências, ouvir testemunhos de pais que passaram por situações similares, mostrando que não são os únicos confrontados com a

realidade de um RN prematuro. Estes grupos de apoio virão dar algum conforto a estes futuros pais.

Trabalhar em parceria com a equipa do serviço de Neonatologia na elaboração de um álbum fotográfico para possível visualização do espaço que a criança irá ocupar. A tecnologia das unidades de prematuros é também um obstáculo, algo torneado com o álbum, na medida em que evita um primeiro impacto que poderia ser mais angustiante devido ao desconhecimento total do espaço e dos aparelhos e sendo assim, a mulher/casal sentir-se-á mais orientada e talvez menos ansiosa, pois são de certa forma "desmistificados" os receios sentidos pelos pais, mostrando-lhes que podem tocar no RN e até prestar-lhes cuidados, que todos os sensores conectados ao RN servem para o monitorizar e que podem ser retirados, afim de estabelecer contacto com o RN.

Capacitar os enfermeiros do SMMF para a facilitação da aquisição de competências de vinculação pelo casal grávido perante o RN prematuro, torna-se fulcral, pois para facultar cuidados antecipatórios na ligação materno fetal aquando de uma vivência de uma APPT é imprescindível o envolvimento da equipa de enfermagem na sua consecução. Será necessária uma auscultação prévia sobre o grau de motivação e as necessidades de formação dos enfermeiros, de forma a capacitá-los para responder com eficácia às necessidades do casal grávido, para que o cuidar passe do foco doença para a pessoa em si. Não esquecendo que cabe ao enfermeiro o papel de educador junto destes casais, cito Frias (2009), "o papel do educador é de crucial importância no acompanhamento das grávidas e seus companheiros e consiste em ouvir, compreender e refletir com eles sobre as suas dúvidas, sem tentar impor os próprios valores socioculturais" (p.24).

Outra sugestão de intervenção partiria por a elaboração de um protocolo da visita pré-natal por parte de um enfermeiro do serviço de Neonatologia ao casal grávido que poderá constituir outra das formas de aproximar os pais da realidade da prematuridade. A visita à deste profissional é facilitadora no processo de vinculação do casal ao recém-nascido prematuro.

E por último, porque evolução necessita de investigação, considero pertinente a realização de trabalhos de investigação que apurem se o impacto e a ansiedade dos pais no primeiro contato com o filho prematuro na UCIRN, é menor naqueles que tiveram preparação prévia com o álbum fotográfico e a visita pré-natal.

Mercer, R & Walker, L. (2006), referem que a informação é a melhor forma de tornar as mães competentes e segundo os mesmos autores, a informação e a formação que é dada aos pais são determinantes de forma a capacitá-los, para uma vivência de novos papéis. As intervenções educacionais são a base da relação entre pais e enfermeira, ainda no período de gravidez.

CONCLUSÃO

A realização deste relatório, visa apresentar e refletir, todo um percurso desenvolvido. Por vezes pode ser uma tarefa complicada, analisar e refletir, sobre tantas vivências, experiências, tantos momentos de partilha, que resultaram num momento de aprendizagem, cuja riqueza de conteúdos ultrapassa, tudo que experienciei até então.

Transpor todos os conhecimentos académicos, para prática, requer, muito investimento pessoal, nomeadamente no desenvolvimento de competências para a prática de cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna e obstétrica, onde a componente técnica, reveste de extrema importância. Considero, que ao longo, de todo o percurso formativo, consegui, fazer essa transposição, e crescer como profissional.

O estágio, é na prática formativa, um momento de crescimento e desenvolvimento de competências, em que o contexto de aprendizagem e a supervisão, são fatores determinantes para o sucesso formativo. Para OE (2010 p 6) "o desenvolvimento de competências profissionais, na supervisão clínica, faz-se na ação e na reflexão sobre a ação, no quadro de uma verdadeira relação de colaboração entre o supervisor e o supervisado, para a qual ambos têm, necessariamente de contribuir". Neste sentido, posso afirmar que praticamente todos os objetivos que planeei, para todos os estágios, foram alcançados, com sucesso e com um enorme sentimento de dever cumprido, tendo sido das experiências mais gratificantes em todo o meu percurso profissional.

Embora deva mencionar que o, desenvolvimento do projeto de estágio, as reflexões de cada bloco de estágio e a realização dos próprios estágios no contexto da pandemia foram sem dúvida recheados de desafios e obstáculos, uma vez que todas as mudanças que ocorreram nas instituições, as exigências emitidas diariamente aos profissionais de saúde e a prestação de cuidados de saúde em geral no País exigiram de mim muita capacidade de adaptação e resiliência. No entanto o estágio onde para mim a Pandemia teve maior impacto foi no contexto da comunidade, mas, procurei adaptar-me e não desistir de ter as melhores experiências e oportunidades de aprendizagem possíveis e tentar atingir os objetivos possíveis de ser atingidos.

No decorrer dos estágios, dando resposta aos objetivos propostos, tive oportunidade de prestar cuidados à mulher e RN, inseridos na família, comunidade e em diferentes

contextos clínicos, o que me permitiu aplicar conhecimentos e desenvolver competências do EESMO.

A competência adicional de investigação, que pretendi, desenvolver, ao longo da unidade curricular, estágio com relatório, que visava desenvolver intervenções promotoras do processo promoção/fortalecimento de ligação materno fetal numa vivência de uma ameaça de parto pré-termo, foi desenvolvida ao longo dos diferentes ensinos clínicos, que perfazem o ciclo gravídico. Tendo sido uma mais-valia no desenvolvimento de competências que promovam a ligação, pois permitiu-me o contato com diferentes experiências de aprendizagem, em contextos situacionais completamente distintos. No entanto constatei que onde as intervenções do EESMO poderiam ser mais evidentes seriam na UMMF durante o internamento numa APPT. Como tal, procurei basear-me na informação já existente desenvolvida por vários autores ao longo dos anos, relativamente às intervenções promotoras da vinculação e a importância destas intervenções no processo de fortalecimento/promoção de ligação materno-fetal e perceber então se as mães internadas seriam capazes de identificar quais as intervenções e a importâncias destas.

Porque a gravidez e parto são acontecimentos na vida do casal, que provocam alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, profundas, e a intervenção do EESMO, tem como objetivo apoia e reforçar as linhas de defesa.

No que diz respeito à componente investigativa o caminho trilhado nem sempre foi fácil. A temática por mim escolhida era de relevante interesse profissional, pelo meu contexto laboral como já mencionado neste relatório, e de interesse académico. No entanto foram vários os desafios com que me deparei. Identificar as questões de investigação não foi o processo mais fácil, mas a minha maior limitação foi na realização do instrumento da recolha de dados. Algo que decerto terei de melhorar num futuro. A fase da aplicação do instrumento de recolha de dados foi, neste sentido, muito importante, uma vez que me facultou informações reais, de pessoas reais que passaram por estas experiências. No entanto após a análise dos dados verifiquei que não consegui obter dados que respondessem a uma das questões de investigação e que os dados não iam na grande maioria ao encontro da literatura. Permitiu-me concluir que a amostra era demasiado pequena para permitir uma inferência tanto em relação às mães como aos EESMO. E

ainda porque o instrumento de recolha de dados foi elaborado para ser respondido por mães e não por enfermeiros.

E porque investigação significa evolução, e muito neste projeto precisaria de melhorias, desejo que este seja impulsionador de novos estudos e investigações, que permitam aprofundar o tema e saber cada vez mais sobre ele, possibilitando o desenvolvimento de novas intervenções, protocolos e procedimentos do EESMO que promovam a vinculação da ligação materno fetal numa vivência de uma APPT.

Ao refletir sobre as implicações, deste meu percurso formativo, na minha vida pessoal e profissional, constato que o mais importante, foi as riquezas das experiências, e reflexão sobre estas, que nos permite crescer. Por tudo o que foi dito anteriormente, concluo, este percurso, com enorme satisfação, e com a certeza, que vou trilhar um novo caminho, onde a responsabilidade e profissionalismo é determinante na experiência do cuidar e investigar.

.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, N. (2009). *Pareceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados. A visão das enfermeiras*. (Tese de Mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Portugal.

Argimon, E. & Schmidt, I. (2009). *Vinculação da gestante e apego materno fetal*. Paideia. 19 (43), 211-220. Recuperado de https://www.scielo.br/j/paideia/a/3x5SGZ739rRDM9Zmdxxmb5R/?lang=pt

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

Barros, L. (2006). O bebé nascido em situação de risco. In Canavarro, M. C. (Orgs). Psicologia da Gravidez e da Maternidade (pp. 235-254) Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

Bayle, F.& Martinet, S. (2008). Pertubações da parentalidade.Lisboa: Climepsi Editores

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

Bittar R., Fonseca E.& Zugaib M. (2010). *Predição e prevenção do parto pré-termo.*Revista Feminina. Vol38, N1, 13-22. Recuperado de http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n1/a001.pdf

Brazelton, T. B. (1992). *Tornar-se família*.(ªed)Lisboa: Terramar

Brazelton, T.B. & Cramer, B. G.(1992). As primeiras relações. Brasil: Martins Fontes

Brazelton, T.B.,& Cramer, B.G. (1993). A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce. Lisboa: Terramar

Bowlby, J. (1984). Apego e perda.Brasil: Editora LDA

Bowlby, J. (1988). A secure base: parente-child attachment and healthy human development.New York, Estado Unidos da América:Basic Books

Campos, R. (2000). *Processo gravídico, parto e prematuridade: discussão teórica do ponto de vista do psicólogo*. Análise Psicológica, 1, 15-25. Recuperado de http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/419/pdf

Canavarro,M. C. (2001). Gravidez e maternidade- representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro (Coord.), Psicologia da gravidez e da Maternidade (pp. 17-49). Coimbra, Portugal: Quarteto.

Colman, L.L.& Colman, A.D. (1994). Gravidez- A experiência psicológica. Lisboa, Portugal: Colibri.

Dalziel, R. (2006). *Antenal corticoesteroides for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. Art. No: CD004454. DOI 10.1002/14651858.CD004454.pub2 recuperado de https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004454.pub4/full

DiPietro, J. A. (2010*). Psychological and Psychophysiological Considerations Regarding the Maternal-Fetal Relationship*. Infant and Child Development, 19(1), 27-38 Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2835168/

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

Figueiredo, M. I. (2007). *Vinculação pré-natal: Estudo da ligação emocional ao bebé em mulheres e homens grávidos.* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa, Portugal

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

Fortin, M. (2003). O processo de Investigação. (3ªed). Loures: Lusodidacta

Gonçalves, C. C. (2014). *Sentimentos, representações e expectativas da gestante relativamente ao filho. Estudo exploratório com uma amostra de gestantes do Centro Hospitalar Cova da Beira.* (Tese de Mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia. Portugal

Ghosh, J.,Wilhelm, M., Dunkel-Schetter, C., Lombardi, C. & Ritz, B. (2010). *Paternal*

support and preterm birth, and the moderation of effects of cronic stress: a study in Los Angeles County mothers. Archives of Womens Mental Health 13 327-228. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20066551/

Instituto Nacional de Estatística. (2022, April 27). Nados-vivos por local de residência da mãe (NUTS-2013), sexo, idade da mãe e duração da gravidez. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008084&contexto=bd&selTab=tab2

Leal, I.l & Maroco, J. (2010). Avaliação em sexualidade e parentalidade. Porto, Portugal: LivPsic.

Lamaze International (2003). *Para o parto normal* .Instituto Lamaze. Recuperado de https://www.lamaze.org/portals/0/docs/educators/HBP4Portuguese.pdf

Meleis; A. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress* (5ªed.). Philaphelphia, Pennylvania, Estados Unidos da América: J.B. Lippincott Plublishers.

Meleis, A., Sawyer L., Im E**.**, Hilfinger D., Schumacher K.(2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Advances in Nursing Science, *23* (1), 12-28. Recuperado em https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10970036/

Mendes, I (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

Muller, M. E. (1993). *Development of the Prenatal Attachment Inventory*. Western Journal of Nursing Research, 15(2), 199- 215. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8470375/

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). *Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebé*. Psicologia, Teoria e Pesquisa, 20(3), Set/Dez, 223-232. Recuperado de https://www.scielo.br/j/ptp/a/ZCZnnYxjJh4ctVr8hv3Jr9G/?lang=pt

Regulamento nº140/2019 de 6 de Fevereiro: Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da Républica, 2ª Série, nº26.*Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal

Regulamento nº 391/2019 de 3 de Maio: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diario da República, 2ª Série, nº85.* Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Qureshi Z. (2007) Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth : RHL commentary. Geneva: World Health Organization

Roça, E. (2012). O casal grávido em contexto de prematuridade: cuidados de proximidade. (Tese de Mestrado). Universidade de Évora, Portugal

Sá, E. (2003). *Psicologia do feto e do bebé.* (3ª ed). Lisboa,Portugal: Edições Fim de Século.

Swanson KM.(1993). *Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others*. Journal of Nursing Scholarship. Vol. 25, No 4, 352-357. Recuperado de https://prdmedwebcdn.s3.amazonaws.com/documents/evidencebasedpractice/files/KS_Nursing%20as%20Informed%20Caring.pdf

Schmidt, E. (2009) – *Vinculação da gestante e apego materno fetal*. Paideia. Vol. 19, No. 43,211-220. Recuperado de https://www.scielo.br/j/paideia/a/3x5SGZ739rRDM9Zmdxxmb5R/?lang=pt&format=pdf

Sousa, S. (2004). *Estilos de comunicação pais-bebé*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

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

ANEXOS

ANEXO I- PARECER FAVORÁVEL DA UICISA-E

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº P833/ 01-2022

Título do Projecto: Vivência de ameaça de parto pré-termo e ligação Materno Fetal

Identificação das Proponentes

Nome(s): Marta Sofia Machado Peixoto

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Marta Sofia Machado Peixoto, Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes, Júlia Maria das Neves Carvalho

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

Aquando de uma situação de ameaça de parto pré-termo, o normal decurso da gravidez é interrompido e a ligação materno-fetal sofre variações/transtornos sendo que todas as expectativas, da mãe, mas também do casal no que diz respeito ao processo de transição para a maternidade é transformado. Este projeto de acordo com os autores pretende ser uma mais-valia para os casais a viver situações de ameaça de parto pré-termo, permitindo identificar de que forma os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia podem intervir mais precocemente, promovendo maior informação nos pais, menos receios, um maior acompanhamento em cada caso, e possivelmente facilitando o processo de internamento numa fase crítica da parentalidade causado pelas consequências perniciosas que a prematuridade acarreta. Assim, como objetivos específicos deste projeto os autores pretendem identificar quais as expectativas que a grávida tem para o estabelecimento da ligação afetiva com o seu bebé numa ameaça de parto pré-termo e identificar intervenções do Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstétrica de promoção da ligação materno fetal de forma a potenciar a vinculação com o recém-nascido.

O estudo é definido como um estudo qualitativo, descritivo exploratório, que decorre através das redes sociais. A amostra será constituída por grávidas no 2º e 3º trimestre da gravidez em que houve um internamento por ameaça de parto pré-termo, amostra do tipo não probabilística por rede, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão apresentados pelos autores. O estudo decorrerá entre março e maio de 2022 por via remota de acordo com o questionário disponibilizado pelos autores. 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: Maria Filomena Botelho

ANEXO II- TABELAS INDICADORES - INE

Figura 2.3.1 Idades médias das mulheres ao nascimento do primeiro e de um filho (anos), Portugal e NUTS II, 2015-2020

	Portugal	Norte	Centro	A. M. Lisboa	Alentejo	Algarve	R. A. Açores	R. A. Madeira
Idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho (anos)								
2015	29,5	29,7	29,6	29,4	28,9	28,5	27,8	29,4
2016	29,6	29,9	29,8	29,6	28,9	28,4	27,5	29,7
2017	29,6	30,0	30,0	29,4	28,9	28,6	28,4	29,4
2018	29,8	30,2	30,0	29,6	29,0	28,6	28,8	29,8
2019	29,9	30,3	30,0	29,7	29,2	28,9	28,6	29,7
2020	30,2	30,5	30,4	30,1	29,3	29,4	29,1	30,0
Idade média das mulheres ao nascimento de um filho (anos)								
2015	30,9	31,1	31,1	30,8	30,4	30,2	29,6	31,1
2016	31,1	31,4	31,4	31,0	30,6	30,1	29,7	31,4
2017	31,2	31,4	31,6	31,0	30,6	30,4	30,3	31,4
2018	31,4	31,7	31,6	31,2	30,7	30,3	30,4	31,5
2019	31,4	31,8	31,7	31,3	30,7	30,6	30,5	31,5
2020	31,6	31,9	31,9	31,4	30,9	30,8	30,8	31,6

>> Para mais informação consulte: tom carinhoso com o feto).
Idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho (Ano)
Idade média das mulheres ao nascimento de um filho (Ano)

Fonte: INE, I.P., Indicadores demográficos.

Figura 6.2.2 - Indicadores de natalidade (série longa)

Anos	Nados-vivos (N.º) [a] [b]				Taxa bruta de natalidade	Índice sintético de fecundidade	Idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho	Idade média da mulher ao nascimento de um filho
	Total			Fora do casamento				
	HM	H	M		(‰)	(N.º)	(anos)	
1900	165 245	85 274	79 971	19 236	30,6	x	x	x
1910	186 953	96 845	90 108	20 601	31,7	x	x	x
1920	202 908	103 984	98 924	27 274	33,7	x	x	x
1930	202 529	103 928	98 601	29 409	29,8	x	x	x
1940	187 892	97 147	90 745	29 463	24,4	x	x	x
1950	205 163	106 025	99 138	24 132	24,3	x	x	x
1960	213 895	110 485	103 410	20 221	24,1	3,10	x	x
1970	180 690	93 223	87 467	13 042 (c)	20,8	2,80	x	x
1980	158 309	81 624	76 685	14 558	16,2	2,25	24,0	27,2
1981	152 071	78 331	73 740	14 434	15,4	2,13	24,0	27,2
1982	151 002	77 846	73 156	15 159	15,2	2,08	24,0	27,2
1983	144 296	74 792	69 504	15 441	14,5	1,96	23,9	27,1
1984	142 783	73 884	68 899	16 395	14,3	1,91	24,0	27,1
1985	130 450	67 331	63 119	16 088	13,0	1,73	24,2	27,2
1986	126 715	65 408	61 307	16 158	12,6	1,67	24,2	27,1
1987	123 179	63 549	59 630	16 315	12,3	1,63	24,4	27,2
1988	122 093	63 008	59 085	16 731	12,2	1,62	24,5	27,2
1989	118 483	60 858	57 625	17 212	11,8	1,58	24,7	27,2
1990	116 321	59 918	56 403	17 095	11,7	1,57	24,9	27,3
1991	116 299	59 862	56 437	18 122	11,7	1,56	25,1	27,5
1992	114 924	58 844	56 080	18 478	11,5	1,54	25,2	27,6
1993	113 960	58 388	55 572	19 298	11,4	1,52	25,4	27,7
1994	109 227	56 439	52 788	19 464	10,9	1,45	25,6	27,8
1995	107 097	55 662	51 435	19 972	10,7	1,41	25,8	28,0
1996	110 261	57 324	52 937	20 563	11,0	1,45	25,9	28,1
1997	112 933	58 037	54 896	22 063	11,2	1,47	26,0	28,2
1998	113 384	58 530	54 854	22 802	11,2	1,48	26,1	28,4
1999	116 002	59 774	56 228	24 186	11,4	1,51	26,4	28,5
2000	120 008	62 222	57 786	26 642	11,7	1,55	26,5	28,6

2001	**112 774**	58 365	54 409	**26 814**	10,9	1,45	26,6	28,8
2002	**114 383**	59 303	55 080	**29 117**	11,0	1,47	26,8	28,9
2003	**112 515**	58 210	54 305	**30 236**	10,8	1,44	27,1	29,0
2004	**109 298**	56 212	53 086	**31 766**	10,4	1,41	27,1	29,2
2005	**109 399**	56 612	52 787	**33 633**	10,4	1,42	27,3	29,3
2006	**105 449**	54 057	51 392	**33 331**	10,0	1,38	27,5	29,4
2007	**102 492**	52 683	49 809	**34 443**	9,7	1,35	27,6	29,5
2008	**104 594**	53 976	50 618	**37 854**	9,9	1,40	27,7	29,6
2009	**99 491**	50 873	48 618	**37 928**	9,4	1,35	27,9	29,7
2010	**101 381**	51 535	49 846	**41 844**	9,6	1,39	28,1	29,8
2011	**96 856**	49 688	47 167	**41 489**	9,2	1,35	28,4	30,1
2012	**89 841**	46 161	43 680	**40 950**	8,5	1,28	28,6	30,2
2013	**82 787**	42 219	40 567	**39 434**	7,9	1,21	28,9	30,4
2014	**82 367**	42 427	39 940	**40 647**	7,9	1,23	29,2	30,7
2015	**85 500**	43 685	41 815	**43 361**	8,3	1,30	29,5	30,9
2016	**87 126**	44 789	42 337	**45 972**	8,4	1,36	29,6	31,1
2017	**86 154**	44 072	42 082	**47 315**	8,4	1,37	29,6	31,2
2018	**87 020**	44 309	42 711	**48 625**	8,5	1,41	29,8	31,4
2019	**86 579**	44 539	42 040	**49 140**	8,4	1,42	29,9	31,4
2020	**84 426**	43 387	41 039	**48 884**	8,2	1,40	30,2	31,6

[a] Até 1980, os valores de nados-vivos correspondem aos registados em Portugal. Após 1980, os valores reportam-se aos nados vivos cujas mães residiam em Portugal.

[b] O valor total de nados-vivos pode não corresponder à soma dos nados vivos por sexo devido à existência de registos com sexo ignorado.

[c] Os valores de nados-vivos, total e por sexo, de 1970 foram corrigidos em data posterior à disponibilização na publicação Estatísticas Demográficas 1970. Neste sentido, o valor apresentado no quadro resulta da aplicação do peso relativo do valor publicado de ilegítimos (equivalente a nados-vivos “fora do casamento”) ao novo valor total revisto.

Fonte: INE, I.P.,Indicadores de natalidade

Figura 6.1.1 - População e indicadores demográficos, Portugal, 2010-2020

População, indicadores e taxas	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
POPULAÇÃO											
População Média (N.º)	10 573 100	10 557 560	10 514 844	10 457 295	10 401 062	10 358 076	10 325 452	10 300 300	10 283 822	10 286 263	10 297 081
População em 31.XII (N.º)	10 572 721	10 542 398	10 487 289	10 427 301	10 374 822	10 341 330	10 309 573	10 291 027	10 276 617	10 295 909	10 298 252
Relação de Masculinidade Total (N.º)	91,6	91,3	91,0	90,7	90,3	90,1	90,0	89,8	89,5	89,4	89,3
Saldo Natural (N.º) [(a)]	- 4 573	- 5 992	- 17 757	- 23 756	-22 423	- 23 011	- 23 409	- 23 432	- 25 980	- 25 214	- 38 931
Saldo Migratório (N.º)	3 815	- 24 331	- 37 352	- 36 232	-30 056	- 10 481	- 8 348	4 886	11 570	44 506	41 274
Variação Populacional (N.º)	- 758	- 30 323	- 55 109	- 59 988	-52 479	- 33 492	- 31 757	- 18 546	- 14 410	19 292	2 343
Taxa de Crescimento Natural (%)	-0,04	-0,06	-0,17	-0,23	-0,22	-0,22	-0,23	-0,23	-0,25	-0,25	-0,38
Taxa de Crescimento Migratório (%)	0,04	-0,23	-0,36	-0,35	-0,29	-0,10	-0,08	0,05	0,11	0,43	0,40
Taxa de Crescimento Efetivo (%)	-0,01	-0,29	-0,52	-0,57	-0,50	-0,32	-0,31	-0,18	-0,14	0,19	0,02
Índices de Dependência (N.º)											
Total	51,0	51,4	51,9	52,5	53,0	53,4	54,1	54,7	55,1	55,6	55,9
Jovens	22,8	22,6	22,5	22,3	22,0	21,7	21,6	21,4	21,2	21,1	20,9
Idosos	28,2	28,8	29,4	30,3	31,1	31,8	32,5	33,3	33,9	34,5	35,0
Índice de Envelhecimento (N.º)	123, 9	127, 6	131, 1	136, 0	141, 3	146, 5	150, 9	155, 4	159, 4	163, 2	167, 0
Idade mediana da população residente (Anos)	41,7	42,1	42,6	43,1	43,5	44,0	44,4	44,8	45,2	45,5	45,8
MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS											
Imigrantes permanentes (N.º)	27 575	19 667	14 606	17 554	19 516	29 896	29 925	36 639	43 170	72 725	67 160
Emigrantes permanentes (N.º)	23 760	43 998	51 958	53 786	49 572	40 377	38 273	31 753	31 600	28 219	25 886
Emigrantes temporários (N.º)	x	56 980	69 460	74 322	85 052	60 826	58 878	49 298	50 154	48 821	42 323
NATALIDADE											
Nados-Vivos (N.º)	101 381	96 856	89 841	82 787	82 367	85 500	87 126	86 154	87 020	86 579	84 426
Taxa Bruta de Natalidade (‰)	9,6	9,2	8,5	7,9	7,9	8,3	8,4	8,4	8,5	8,4	8,2
Taxa de Fecundidade Geral (‰)	40,0	38,6	36,3	33,9	34,3	36,0	37,1	37,2	37,9	37,9	37,2
Índice Sintético de Fecundidade (N.º)	1,39	1,35	1,28	1,21	1,23	1,30	1,36	1,37	1,41	1,42	1,40
Idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho (anos)	28,1	28,4	28,6	28,9	29,2	29,5	29,6	29,6	29,8	29,9	30,2
Idade média da mulher ao nascimento de um filho (anos)	29,8	30,1	30,2	30,4	30,7	30,9	31,1	31,2	31,4	31,4	31,6
Relação de Masculinidade à nascença (N.º)	103, 4	105, 3	105, 7	104, 1	106, 2	104, 5	105, 8	104, 7	103, 7	105, 9	105, 7
MORTALIDADE GERAL											
Óbitos (N.º)	105 954	102 848	107 612	106 554	104 843	108 539	110 573	109 758	113 051	111 793	123 358
Taxa Bruta de Mortalidade (‰)	10,0	9,7	10,2	10,2	10,1	10,5	10,7	10,7	11,0	10,9	12,0

Esperança média de vida à nascença (anos) [b]	79,29	79,55	79,78	80,00	80,24	80,41	80,62	80,78	80,80	80,93	81,06
Esperança média de vida aos 65 anos (anos) [b]	18,59	18,75	18,84	18,97	19,12	19,19	19,31	19,45	19,49	19,61	19,69
MORTALIDADE FETAL, NEONATAL E PERINATAL											
Óbitos com menos de um ano (N.º)	256	302	303	243	236	250	282	229	287	246	205
Taxa de Mortalidade Infantil (‰)	2,5	3,1	3,4	2,9	2,9	2,9	3,2	2,7	3,3	2,8	2,4
Taxa de Mortalidade Perinatal (‰) [c]	3,5	3,9	4,2	3,4	4,1	3,9	3,9	3,3	4,2	3,5	3,3
Taxa de Mortalidade Neonatal (‰)	1,7	2,4	2,2	1,9	2,1	2,0	2,3	1,8	2,2	1,9	1,7
Taxa de Mortalidade Fetal Tardia (‰) [c]	2,4	2,3	2,8	2,2	2,6	2,5	2,5	2,1	2,6	2,3	2,2
NUPCIALIDADE											
Casamentos (N.º) [e]	39 993	36 035	34 423	31 998	31 478	32 393	32 399	33 634	34 637	33 272	18 902
Taxa Bruta de Nupcialidade (‰) [e]	3,8	3,4	3,3	3,1	3,0	3,1	3,1	3,3	3,4	3,2	1,8
Idade média da mulher ao 1.º casamento (anos) [e]	29,2	29,5	29,9	30,2	30,6	31,0	31,3	31,6	32,1	32,4	33,4
Idade média do homem ao 1.º casamento (anos) [d]	30,8	31,1	31,4	31,7	32,1	32,5	32,8	33,2	33,6	33,9	34,9
Idade média da mulher ao casamento (anos) [d]	31,5	31,9	32,3	32,7	33,3	33,8	34,3	34,8	35,4	36,0	38,0
Idade média do homem ao casamento (anos) [d]	34,1	34,6	34,7	35,2	35,8	36,3	36,8	37,4	38,0	38,6	40,8
Divórcios decretados (N.º) [d] [e]	27 556	26 751	⊥ 25 380	22 525	21 988	23 377	22 340	21 577	20 345	20 421	17 295
Taxa Bruta de Divórcio (‰) [d] [e]	2,6	2,5	⊥ 2,4	2,2	2,1	2,3	2,2	2,1	2,0	2,0	1,7
Casamentos dissolvidos por morte (N.º) [d]	46 988	45 592	⊥ 46 217	45 571	44 336	45 126	46 277	45 441	46 006	45 720	49 286
Taxa Bruta de Viuvez (‰) [d]	4,4	4,3	⊥ 4,4	4,4	4,3	4,4	4,5	4,4	4,5	4,4	4,8

[a] (a) Os valores do saldo natural adotados nas estimativas de população residente e nos indicadores derivados, resultam dos valores de nados-vivos e óbitos, apurados com base na informação registada nas Conservatórias do Registo Civil, disponíveis no momento da execução das estimativas, e referentes a factos do ano anterior.

[b] (b) Os valores da esperança de vida de 2010 a 2020 são derivados das Tábuas Completas de Mortalidade com período de referência de três anos consecutivos, correspondendo, respetivamente, aos períodos de 2008-2010 a 2018-2020.

[c] Com base na idade gestacional (28 e mais semanas).

[d] Com a Lei nº 9/2010 de 31 de maio, passou a ser permitido o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo. A partir de 2010, os valores incluem casamentos celebrados entre pessoas do mesmo sexo. Em virtude desta alteração legislativa, a partir de 2011, os valores de casamentos dissolvidos por morte e divórcio e interrompidos por separação passam a incluir igualmente os casamentos dissolvidos e interrompidos por separação de pessoas do mesmo sexo, verificando-se uma quebra de série no total de casamentos dissolvidos por morte e divórcio e interrompidos por separação de 2011, relativamente aos anos anteriores.

[e] Os dados dos divórcios e separações de pessoas e bens de 2020 são provisórios à data de junho de 2021.

Fonte: INE, I.P. População e Indicadores demográficos, Portugal,2010-2020

APÊNDICES

APÊNDICE I- PROJETO DE ESTÁGIO

COMPETÊNCIAS COMUNS EE	OBJETIVOS A ATINGIR	ATIVIDADES A DESENVOLVER
Melhoria Contínua da qualidade	- Colaborar na formulação de conhecimento de suporte à prática clínica - Promover ambiente gerado de segurança	UCC[redacted]: -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 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. - Entender a funcionalidade dos vários serviços de estágio UMMF: - Conhecer o "Programa Mãe", abordando e questionando a equipa de quais as práticas regulares e se possível acompanhar uma visita dos colegas da UCIN numa das visitas das grávidas de risco de parto prematuro.
Gestão de cuidados	- Otimizar o processo de cuidados	- Identificar prestadores de saúde e redes de referenciação para negociar cuidados quando necessário; - Identificar métodos de trabalho e selecionar o mais adequado, fundamentando-o. -Organizar os cuidados de forma coerente e priorizada, tendo em conta dinâmica dos serviços

		-Questionar e compreender dinâmica do elemento coordenador de turno -Questionar acerca da gestão de meios e materiais -Colaborar na realização de algumas tarefas realizadas pelo coordenador de turno UMMF:- Gestão com a equipa para participar do #programa Mãe”
Aprendizagens profissionais	- Gerir consciência pessoal e profissional -Garantir resposta perante diferentes situações; - Agir como facilitador de aprendizagens - Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados	- Identificar limites profissionais do estágio; - 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. - Identificar lacunas de conhecimento e oportunidades de investigação, nomeadamente a nível do relatório; - Basear a minha prática em evidência científica; - Demonstrar capacidades de iniciativa e criatividade, autonomia e confiança na resolução de problemas; - Mostrar disponibilidade e interesse em participar nas diversas oportunidades de aprendizagem de forma a valorizar as atividades e atingir as experiências mínimas exigidas; - Conduta de assertividade;
Responsabilidade profissional, ética e legal	- Tomar decisões de forma consciente e intencional,	- Promover e incentivar a parceria de cuidados com as utentes; - Participar em reflexões de equipa para tomada de decisão;

	baseada na ética e deontologia profissional	- Garantir o respeito pelos utentes, na medida dos seus direitos de utente e direitos humanos, seguindo os deveres consagrados no CDE – respeito pela privacidade, sigilo profissional, direito à escolha e autodeterminação…; - Adotar uma postura preventiva, na medida de prevenção de doenças e complicações

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	INTERVENÇÓES GERAIS	INTERVENÇÕES ESPECIFICAS
Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré concecional	1. Promover a saúde da mulher e família no planeamento familiar	Realizar consultas de enfermagem no planeamento familiar à mulher/casal	1.1 Assistir/Acompanhar e realizar sessões de consulta de apoio ao jovem;
	2. Promover a saúde da mulher e família na pré conceção	Realizar consultas de enfermagem no período pré concecional	2.1 Avaliar uso de contracetivos; incentivar uso da contraceção; providenciar uso de contracetivos esclarecimento de dúvidas relativas à contraceção (natural/hormonal/barreira); 3.1Avaliar conhecimento sobre ciclo menstrual; autovigilância e autoexame da mama; Incentivar adesão aos rastreios (cancro colo do útero)
	3. Valorização e promoção da sexualidade e saúde da mulher/casal		
	1. Promover a saúde da mulher e família no período pré-natal	Prestar cuidados baseados na evidência/normas mais recentes relativamente à grávida/casal no período pré-natal;	1.1 Promover o envolvimento do pai nas consultas individuais e sessões do programa “Momentos Únicos” de preparação para o

Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal		Aplicar o programa nacional de vigilância da gravidez de baixo risco ao longo do estágio; Promover nas sessões individuais, a realização de consultas de enfermagem na vigilância da gravidez nos vários trimestres; Acompanhar grávidas/casais nas sessões de preparação para o parto e parentalidade	parto e parentalidade (inclusive nas exclusivas para os pais); 1.2. Participar nas sessões práticas e teóricas do programa "Momentos Únicos" (nomeadamente no auxílio e demonstração de exercícios respiratórios, fortalecimento muscular e relaxamento) 1.3. Realizar de sessões extraprograma, sobre temas atuais relacionados com a gravidez, parto e período do puerpério, bem como do desenvolvimento fetal e do RN (Nomeadamente sobre Covid-19 e implicações na gravidez, parto e pós-parto; icterícia fisiológica neonatal e musicoterapia)

Continuação (Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal)	Continuação (Promover a saúde da mulher e família no período pré concecional)		1.4.Avaliar da grávida/Casal e sua adaptação e evolução da gravidez, através da: 1.4.1 Avaliar a Altura do Fundo Uterino; 1.4.2Avaliar a Frequência Cardíaca Fetal; 1.4.3Avaliar a adesão à vacinação na gravidez e do RN; 1.4.4.Realizar registo cardiotocográfico para avaliação do bem-estar materno- fetal; 1.4.5.Ensinar sobre gravidez (sinais e sintomas, desconfortos relativos a cada trimestre; complicações e sinais de alerta); 1.4.6.Ensinar sobre atividade física; alimentação saudável e ingestão adequada de líquidos;

			1.4.7Ensinar sobre o desenvolvimento fetal; 1.4.8 Ensinar sobre alterações e desconfortos da gravidez; 1.4.9.Ensinar sobre sinais de alerta para possíveis complicações e exames de rastreio/complementares de diagnóstico durante a gravidez – como por exemplo ecografia, rastreios analíticos e PTGO; 1.1.10. Ensinar sobre trabalho de parto e o planeamento do mesmo; 1.4.11Instruir sobre a importância do Boletim de Saúde da Grávida.
		Realizar consulta de Enfermagem de acompanhamento pós-parto Acompanhar puérperas nas sessões de recuperação pós-parto;	1.1Avaliar a grávida/Casal e sua adaptação e ao período pós-parto e puerpério, através de:

Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade durante o período pós-natal	1. Promover a saúde da mulher, família e RN durante o período pós-parto e puerpério promovendo a sua adaptação à nova fase do ciclo vital Continuação	Acompanhar a mulher e/ou casal no Aleitamento Materno, nomeadamente em consultas de acompanhamento individual	1.1.1Avaliar os conhecimentos sobre aleitamento materno; 1.1.2Ensinar sobre vantagens do aleitamento materno, benefícios para mãe e RN, treinar posicionamentos das mamadas, observar a pega do RN, observar a mama. 1.1.3Avaliar os conhecimentos sobre cuidados e segurança do RN e transporte, instruir sobre prevenção de acidentes; 1.1.4Incentivar o aleitamento materno (exclusivo até aos 6 meses de vida); 1.1.5Auxiliar a mãe com dificuldades no estabelecimento do aleitamento materno; 1.1.6Avaliar conhecimentos sobre exercícios de recuperação

Continuação (Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade durante o período pós-natal)	(Promover a saúde da mulher, família e RN durante o período pós-parto)		pós-parto e instruir sobre exercícios de recuperação pós-parto; 1.1.7Avaliar conhecimento relativamente aos sinais de alerta para doença/complicações no RN; 1.1.8Avaliar conhecimento sobre contraceção no período pós-parto; 1.1.9Avaliar conhecimento sobre sinais de complicações no período pós-parto (infeção episiorrafia, complicações decorrentes do aleitamento materno…). 1.2Participar nas sessões práticas de recuperação pós-parto a decorrer na UCC-[redacted];

			1.3.Participar nas consultas de acompanhamento individual de apoio ao aleitamento materno; 1.4.Participar no grupo de apoio ao aleitamento materno, inserido no subprograma “Pingos de Amor”, do programa “Momentos Únicos”.
Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	1. Promover a saúde da mulher e família num processo saúde/doença ginecológica	Realizar consultas de enfermagem no ensino sobre promoção de saúde ginecológica aquando da ida à consulta externa da maternidade	1.1Avaliar conhecimento sobre rastreios no âmbito da saúde da mulher (cancro colo útero, cancro de mama, IST…); 1.2.Informar as utentes sobre as doenças geniturinárias e da mama mais frequentes, e aos sinais que devem estar atentas; 1.3. Informar e incentivar utentes a realizar o autoexame da mama como forma de prevenção e diagnóstico precoce do cancro.

			1.4.Avaliar riscos para a saúde ginecológica e reencaminhar casos para outros profissionais da equipa multidisciplinar.
Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério	1.Promover a saúde da mulher e família durante o climatério	Realizar consultas de enfermagem no âmbito da saúde da mulher no período do climatério	1.1Avaliar conhecimentos das utentes sobre a menopausa: 1.1.1.Sinais e sintomas; 1.1.2.Adaptações físicas, psicológicas, sexuais e emocionais ao climatério 1.1.3.Prevenção de complicações 1.2 Avaliar conhecimento das utentes sobre disfunções sexuais decorrente do climatério e referenciação para outros profissionais quando justificável;
Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no período pré-natal	1. Promover a saúde da mulher e família em situações de aborto e prevenir complicações	Realizar acolhimento e explicação das dinâmicas do serviço; Realizar anamnese cuidada e das informações do Boletim de Saúde da Grávida;	1.1. <u>Procedimento de Curetagem:</u> 1.1.1. Explicar o procedimento cirúrgico; 1.1.2. Manter a mulher em dieta zero;

		Permitir a presença da pessoas de referencia; Avaliar os sinais vitais da mulher; Prestar apoio emocional; Providenciar apoio e disponibilidade para escutar ativamente a mulher ou a família; Preparar a mulher e a família para a alta do serviço ou para a transferência de serviço; Registar todas as intervenções autónomas e interdependentes no *SClinico*, para garantir a continuidade de cuidados e a validação do processo de enfermagem.	1.1.3. Realizar um cateterismo venoso periférico do lado direito; 1.1.4. Encaminhar a mulher internamento ou bloco operatório e vice-versa; 1.1.5. Vigiar o bem-estar da mulher; 1.1.6. Providenciar a alimentação; 1.2. <u>Interrupção voluntaria da gravidez:</u> 1.2.1. Explicar o protocolo medicamentoso; 1.2.2. Explicar os possíveis sinais e sintomas associados à medicação: - desconforto abdominal - perdas sanguíneas vaginais 1.3. <u>Apos os procedimentos:</u> 1.3.1. Vigiar as perdas sanguíneas vaginais; 1.4. Acompanhar a mulher e a família em todo o processo de abortamento ou morte fetal; 1.5. Auto-gestor emocional; 1.6. Centrar a atenção na mulher e na família, garantindo que se mantém calma e focada no essencial (potenciar a respiração

			abdominal controlada). 1.7- Manter um ambiente calmo e privado em qualquer das situações 1.8- Administrar terapêutica analgésica e abordar medidads não farmacológicas para alivio da dor 1.9- Questionar o desejo da mãe em ver o feto 1.10- prestar cuidados post-mortem ao feto 1.11- reforçar ensinos sobre complicações após abortamento e sobre os direitos dos pais após situações de abortamento
	2. Promover a saúde da mulher, da família e do feto em situações de ameaça de parto pré-termo		2.Explicar a razão do internamento e a importância da vigilância contínua; 2.1.Avaliação de sinais vitais 2.2. Incentivar o repouso absoluto no leito; 2.3. Auxiliar nos autocuidados: - Higiene - Uso do Sanitário - Vestir/Despir 2.4. Vigiar o bem-estar-fetal, através de registo

			cardiotocográfico ou da auscultação cardíaca fetal; 2.5. Administração da medicação prescrita, para a maturação pulmonar e impedir a contratilidade uterina (Atuar segundo Protocolos) 2.6- Administração de Sulfato de Magnésio (antes das 32 semanas) para neuroprotecção fetal 2.7. informar a mulher, abordando temas como: - aleitamento materno - segurança do RN - questões legais (subsídios e licenças) 2.8. Reforçar a importância do vínculo precoce da tríade, através do contacto pele a pele (logo que possível) e da amamentação na 1º hora (se for desejável). 2.9.Coordenar com colegas da UCIN para apresentar às mães a Unidade de Cuidados Intensivos e as suas rotinas.
	3. Promover a saúde da mulher e da família em situações de		3..Explicar a razão do internamento e a importância da vigilância contínua;

	rotura prematura de membranas		3.1. Avaliação de sinais vitais 3.2. Vigiar o bem-estar-fetal, através de registo cardiotocográfico ou da auscultação cardíaca fetal; 3.3. Administração da medicação prescrita, para a maturação pulmonar e impedir a contratilidade uterina e antibioterapia (Atuar segundo protocolos) 3.4. informar a mulher, abordando temas como: - aleitamento materno - segurança do RN - questões legais (subsídios e licenças) 3.5Reforçar a importância do vínculo precoce da tríade, através do contacto pele a pele (logo que possível) e da amamentação na 1º hora (se for desejável).
	4. Promover a saúde da mulher, da família e do feto em quadros de complicações induzidas pela gravidez		4. Explicar a razão do internamento e a importância da vigilância contínua; 4.1. Avaliação de sinais vitais

			4.2.Realização diária de teste rápido de urina (Combur); Monitorização da eliminação urinária nas 24h; Colheita de proteinúria; 4.3Vigilância de alteração do estado de consciência, edemas, alterações visuais ou epigastralgias; 4.4. Avaliação de glicémia capilar segundo protocolo do serviço ou determinada pelo diabetologista; 4.5.Rever conhecimentos sobre auto-controlo glicémico e reforçar ensinos de: Ajustes dietéticos; Ajustes das doses de insulina 4.6 Promover dieta equilibrada, recorrendo, quando necessário, à presença da nutricionista 4.7. Vigiar o bem-estar-fetal, através de registo cardiotocográfico ou da auscultação cardíaca fetal; 4.8. Administração da medicação prescrita, para a maturação pulmonar e impedir a contratilidade uterina; 4.9.Informar a mulher, abordando temas tais como:

			- aleitamento materno - segurança do RN - questões legais (subsídios e licenças) 4.10. Reforçar a importância do vínculo precoceda tríade, através do contacto pele a pele (logo que possível) e da amamentação na 1º hora (se for desejável).
	5. Promover a saúde da mulher, da família e do feto na indução do trabalho de parto		5. Explicar a razão do internamento e importância da vigilância contínua; 5.1.Criar um ambiente de empatia e segurança incentivando a grávida a verbalizar as suas expectativas 5.2. Questionar sobre a existência de plano de parto 5.3. Avaliar o estado físico e emocional e psicológico da grávida 5.4.Vigiar o bem-estar materno-fetal, através de registo cardiotocográfico ou da auscultação cardíaca fetal e evolução do trabalho de parto (AFU; Manobras de Leopold)

			5.3. Administração da medicação prescrita (segundo protocolo), após avaliação do RCT; 5.4. Promover e incentivar as terapias não farmacológicas de alívio da dor do TP: - bola de *Pilates*; - banho de água quente; - massagens de conforto; - caminhadas; -respiração - e outras técnicas personalizadas a cada mulher. 5.5. Vigiar a evolução do trabalho de parto, através do RCT e do índice de *Bishop*; 5.6. Detetar precocemente possíveis alterações e causas de comprometimento no bem-estar fetal (alterações do traçado cardiotocográfico); 5.7. Realizar a avaliação ginecológica, através do toque vaginal, para avaliar: - características do colo - dilatação - características das membranas e do LA -características da apresentação e insinuação.

			5.8. Vigiar os sinais e sintomas durante o TP; 5.9. Incentivar a mulher e a família a verbalizar as dúvidas e os receios, abordando temas como: - aleitamento materno - segurança do RN - questões legais (subsídios e licenças) 5.10. Reforçar a importância do vínculo precoce da tríade, através do contacto pele a pele (logo que possível) e da amamentação na 1º hora (se for desejável); 5.11. Encaminhar a mulher e o convivente significativo para a Sala de Partos,
	6. Promover a saúde da mulher, da família e do feto em emergência obstétrica		6.Recolher a informação relevante para realizar uma triagem completa e fidedigna, centrando-se nas suas preferências, crenças/valores e recursos; 6.1. Focalizar a mulher no problema concreto, realizando perguntas diretas, mas com possibilidade de desenvolvimento da história clínica;

			6.2. Fornecer à mulher e à família resoluções práticas para o problema em causa; 6.3. Realizar uma avaliação do bem-estar fetal, logo que possível, através da avaliação ginecológica (toque vaginal) e/ou do registo cardiotocográfico; 6.4. Detetar precocemente possíveis alterações e causas de comprometimento no bem-estar fetal (alterações do traçado cardiotocográfico).
Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade durante o período pós-natal	1 Promover a saúde da mulher e da família no puerpério imediato	Promover o aleitamento materno, acompanhando a mulher no processo de amamentação na 1º hora de vida do RN (se assim o desejar); Promover a saúde mental dos novos pais e da nova família, elucidando de estratégias e de recursos disponíveis; Facilitar e incentivar a exteriorização dos sentimentos negativos e das angústias; Encaminhar e informar a família	1.1. Avaliar o estado geral da puérpera à chegada e quando se justifique 1.2. Avaliar contração uterina e formação do globo de segurança de pinard 1.3. Avaliar estado do períneo (edema, dor, equimoses, hematomas, presença de hemorroidas); 1.4.Vigiar perdas hemáticas vaginais; 1.5.Vigiar episiorrafia, quando parto vaginal; 1.6.Em mulheres submetidas a cesariana, 1.6..1vigiar penso cirúrgico; 1.6.2.Vigiar eliminação urinária;

		sobre os recursos de saúde e de apoio Registar todas as intervenções autónomas e interdependentes no *SClinico*, para garantir a continuidade de cuidados e a validação do processo de enfermagem.	1.7.Avaliar estado das mamas (tamanho, simetria, tensão, coloração, temperatura, tipo de mamilo, alterações da integridade) e presença de colostro e quantidade 1.8.Identificar precocemente possíveis complicações do pós-parto (por exemplo: atonia uterina) 1.9. Referenciar e colaborar com a Equipa Multidisciplinar; 1.10. Auxiliar a puérpera nos seus autocuidados, quando necessário; 1.11. Orientação da mulher e do casal sobre a sexualidade e o método contracetivo no pós-parto; realizando perguntas diretas, mas com possibilidade de desenvolver a história clínica; 1.12 Demonstrar disponibilidade para apoiar a mulher no processo de aleitamento materno (se for o caso, amamentação) e resolver as complicações subjacentes; 1.13Explicar técnicas de melhorar o aleitamento materno, como por exemplo: - mostrar as diversas posições de mamadas para retirar o leite dos vários quadrantes da mama;

			- aplicação de água quente, antes da mamada; - aplicação de gelo, após a mamada (se dor); - extrair manualmente ou com bomba antes da mamada, para fluir melhor; - administrar ocitocina (em suspensão nasal), quando há necessidade de facilitar a extração do leite
	2.Promover cuidados imediatos ao RN, para permitir a adaptação ao meio extrauterino		2.1Promover o aleitamento materno, se a mãe assim o desejar: 2.2Assegurar a amamentação do RN na primeira hora de vida 2.3- Colocar pulseira de segurança-TAG 2.4- Vacinar com Anti Hepatite B com consentimento da mãe 2.5- Avaliação do estado geral do RN 2.6. Avaliação dos reflexos do RN para o aleitamento materno (sucção e deglutição) 2.7. Avaliação da glicémia capilar à 2ª hora de vida 2.8- Avaliação do peso e realização do rastreio das cardiopatias 2.9. Colocação do RN nas sessões de fototerapia, aquando da indicação médica, instruindo os pais sobre os

			cuidados a ter e os benefícios desta técnica. 2.10- Realização de colheitas de espécimes prescritas pelos médicos e teste de diagnostico precoce 2.11- Instruir e treinar a mulher/casal nas habilidades sobre higiene (realização do 1º banho ao recém-nascido, instruindo os pais acerca do procedimento a ter e todos os cuidados inerentes; cuidados de limpeza ao coto umbilical e instruir os pais acerca do mesmo), alimentação, eliminações e segurança ao recém-nascido; 2.12. Avaliar adaptação ao papel parental (cuidados ao RN na higiene, alimentação, eliminações e segurança); 2.13. Identificar precocemente possíveis aspetos de má adaptação do RN ao meio extrauterino (como pro exemplo: síndrome de dificuldade respiratória, hipoglicemia, paragem Cardiorrespiratória, hipotermia); 2.14. Colaboração na transmissão de informação e na transferência do RN, aquando da existência de problemas de saúde do RN;

Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade durante o período pós-natal	3.Promover a constituição de uma tríade parental, centrada numa parentalidade responsável		3.1. Referenciar os aspetos pertinentes da nova família e da sua transição para a parentalidade 3.2. Incentivar a manutenção do Aleitamento Materno por um longo período do pós-parto (pelo menos até aos 6 meses do RN); 3.3. Garantir a continuidade dos cuidados realizados na Sala de Partos durante o internamento no Puerpério; 3.4. Permitir a presença do pai ou do convivente significativo nos cuidados ao RN
Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade durante o período pós-natal	4. Promover a saúde da mulher, da família e do recém-nascido em situações de urgência		4.1. Recolher a informação relevante para realizar uma triagem completa e fidedigna, centrando-se nas suas preferências, crenças/valores e recursos; 4.2. Focalizar a mulher no problema concreto, 4.3. Fornecer à mulher e à família resoluções práticas para o problema em causa;

Cuidar da mulher inserida na Família e comunidade durante o trabalho de parto	Promover a saúde da mulher e da família na fase ativa do trabalho de parto	Receber e realizar o acolhimento do Bloco de Partos à mulher e ao convivente significativo (este após realização do teste COVID); Apresentar-se para potenciar uma	1.1Auxiliar a mulher a posicionar-se na cama para avaliação ginecológica (toque vaginal) e para avaliação do bem-estar fetal (RCT);

		relação de confiança e segura; Providenciar um ambiente calmo e seguro, segundo as preferências da mulher e as normas de higiene hospitalar; Questionar sobre a existência de Plano de Parto e quais as preferências e decisões para o momento em causa; Providenciar apoio e disponibilidade para escutar ativamente as preocupações e dúvidas da mulher ou da família; Conhecer a história pessoal e obstétrica da mulher, através do Boletim de Saúde da Grávida e da passagem de informação dos colegas da Urgência ou do Serviço de Medicina Materno-Fetal; Realizar um parto eutócico, com ou sem episiotomia; No caso de partos instrumentados, auxiliar no processo e colaborar com a equipa multidisciplinar; Realizar o corte tardio do cordão umbilical; Se desejar analgesia epidural, contactar os anestesistas de serviço;	1.2. Antes da analgesia epidural ou se não desejar analgesia: 1.2.1. Incentivar a mulher a realizar técnicas não farmacológicas de alívio da dor (respiração controlada e massagens de relaxamento, adotar posições de maior conforto) 1.3. Após analgesia epidural, garantir a monitorização contínua de RCT; 1.4. Vigiar os sinais e sintomas relatados pela mulher; 1.5. Detetar precocemente possíveis alterações e causas de comprometimento no bem-estar fetal (alterações do traçado cardiotocográfico); 1.6. Auxiliar na gestão do desconforto aquando das contrações, através da respiração; 1.7. Repetir a avaliação ginecológica sempre que se justifique, mantendo uma técnica assética; 1.8. Realizar cateterismo urinário sempre que se justificar, por possível compressão da bexiga e por atraso do TP; 1.9. Observação da integridade das membranas, realização de amniotomia, se indicado e observação das características do líquido amniótico

		Registar todas as intervenções autónomas e interdependentes, para garantir a continuidade de cuidados e a validação do processo de enfermagem.	1.10. Identificação dos sinais iminentes de instalação do 2º estádio do TP (colo com dilatação completa e apagado, vontade de fazer força, aumento da ansiedade, episódios de vómitos); 1.11. Preparação e aquecimento da unidade e roupa para receber o RN e protocolo terapêutico (Vitamina K); 1.12.Determinação e/ou confirmação da estática fetal e adequação da estrutura pélvica em relação ao feto; 1.13.Observação da eficácia da contratilidade uterina; 1.14.Confirmação da existência de esforços expulsivos maternos e observação da eficácia dos mesmos;
	Promover a saúde da mulher e da família no período expulsivo		2.1. Auxiliar a mulher a posicionar-se em posição litotímica; 2.2. Auxiliar a mulher a manter a respiração controlada e os músculos relaxados; 2.3. Incentivar a mulher aos esforços expulsivos; 2.4. Auxiliar a mulher a manter uma respiração controlada e a direcionar a contração muscular para a zona pélvica (não contraindo os restantes músculos); 2.5. Incentivar o papel orientador do

			convivente significativo; 2.6. Realizar uma avaliação ginecológica para identificar a variedade da posição; 2.7. Auxiliar o feto nos movimentos cardinais do parto; 2.8. Observação da evolução da coroação e elasticidade perineal 2.9. Se necessário, lubrificar o períneo com vaselina manobra de Ritgen;; 2.10. Verificação da existência de circulares na fase em que emerge a cabeça procedendo, se se confirmar a existência de circulares, à laqueação do cordão 2.11. Se necessário, realizar episiotomia para diminuir o risco de lacerações do pavimento pélvico; 2.12. Realizar o desencravamento dos ombros (primeiro o de cima e depois o de baixo); 2.13.Amparar o feto na saída e realizar a expressão das vias aéreas; 2.14. Avaliar a adaptação do RN ao meio extrauterino. 2.15.Prestação de cuidados imediatos ao RN, promovendo a sua adaptação à vida extrauterina (expressão do tórax até à boca para facilitar a drenagem do liquido dos pulmões, laqueação tardia do cordão

			umbilical, quando as condições clinicas do RN o permitem); 2.16.Promoção da relação precoce da díade/tríade realizando o pele-a-pele e promovendo a amamentação na 1ª hora de vida; 2.17.Quando indicação, colheita de sangue do RN do cordão umbilical para grupo sanguínea e/ou criopreservação de células estaminais;
	Promover a saúde da mulher e da família durante a dequitadura		3.1. Manter uma postura expectante; 3.2. Verificar as alterações no comprimento do cordão umbilical, indicando o descolamento da placenta; 3.3. Vigiar as perdas sanguíneas, indicativas de descolamento da placenta; 3.4. Incentivar a puérpera a realizar os esforços expulsivos; 3.5. Vigiar o processo de dequitadura e placenta (manobra de descolamento e características da placenta – forma, integridade das membranas e da placenta); 3.6. Verificar a existência do globo de segurança de *Pinard*; 3.7. Providenciar administração de ocitócicos, caso necessário e de acordo com protocolo de serviço, com a

			finalidade de ajudar a contrair o útero e controlar hemorragias; 3.8.Reavaliação da necessidade de analgesia do períneo; 3.9.Observação cuidadosa do períneo, vagina e colo para despiste de lacerações existentes; 3.10.Realização de tamponamento vaginal e de episiorrafia fazendo uma correta reconstrução anatómica por planos; 3.11.Extração do tamponamento vaginal e realização de expressão uterina e reavaliação do globo de segurança de Pinard; 3.12.Esvaziamento vesical se necessário e realização de toque vaginal e retal para despiste de lacerações; 3.13.Avaliação do bem-estar materno, e realização de cuidados de higiene e conforto com lavagem do períneo; 3.14.Completar o registo do partograma e restantes registos referentes ao parto em suporte papel e informático no SClinico. 3.15.Monitorização de sinais vitais; 3.16. Apoio na realização da 1ª mamada: ✓ Observação das mamas, mamilos e presença de colostro; ✓ Posicionamento da puérpera;

			✓ Vigilância da presença dos reflexos de sucção e deglutição do RN; ✓ Realização de ensinos relativamente à pega; ✓ Realização de ensinos relativos à relação entre a amamentação e a involução uterina/contração dolorosa;
Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante a pós-natal	Promover a saúde da mulher e da família no puerpério imediato	Promover o aleitamento materno, acompanhando a mulher no processo de amamentação na 1º hora de vida do RN (se assim o desejar); Promover a saúde mental dos novos pais e da nova família, elucidando de estratégias e de recursos disponíveis; Facilitar e incentivar a exteriorização dos sentimentos negativos e das angústias; Registar todas as intervenções autónomas e interdependentes no *SClinico*, para garantir a continuidade de cuidados e a validação do processo de enfermagem.	1.1. Identificar precocemente possíveis complicações do pós-parto (por exemplo: atonia uterina, hemorragia pós parto) 1.2. Referenciar e colaborar com a Equipa Multidisciplinar; 1.3. Auxiliar a puérpera nos seus autocuidados, quando necessário;

	Promover cuidados imediatos ao RN, para permitir a adaptação ao meio extrauterino		2.1.Verificação da unidade de reanimação do RN e preparação de todo o material necessário à prestação de cuidados imediatos ao RN; 2.2. Identificar precocemente possíveis aspetos de má adaptação do RN ao meio extrauterino (como por exemplo: aspiração de mecónio, asfixia, hipoglicemia e paragem cardiorrespiratória); 2.3.Comunicação ao pediatra; 2.4.Receção do RN em pano aquecido até à fonte de calor para a manutenção da temperatura corporal; 2.5.Se necessário, manutenção da permeabilidade das vias aéreas superiores com aspiração, a baixa pressão, da naso e orofaringe; 2.6.Colaboração com o pediatra na reanimação do RN, se necessário; 2.7.Observação física, neurológica e comportamental do RN, despistando possíveis malformações; 2.8.Manutenção da temperatura corporal; 2.9.Avaliação do peso do RN; 2.10.Administração de terapêutica instituída no serviço (vitamina K); 2.11.Identificação do RN com pulseira, confirmando sempre junto da mãe o

			nome desta e vestir o RN com a roupa escolhida pelos pais; 2.12.Colocação do RN junto da mãe para incentivo à relação precoce da díade/tríade; 2.13.Colaboração na transmissão de informação e na transferência do RN, aquando da existência de problemas de saúde do RN; 2.15. Elaboração de registos claros, concisos e objetivos das respostas observadas e cuidados prestados em suporte papel e SClinico
	Promover a vinculação da tríade na perspetiva da parentalidade responsável e positiva		3.1. Referenciar os aspetos pertinentes da nova família e da sua transição para a parentalidade à equipa de enfermagem do Serviço de Puerpério; 3.2. Incentivar a manutenção do Aleitamento Materno por um longo período do pós-parto (pelo menos até aos 6 meses do RN); 3.3. Garantir a continuidade dos cuidados realizados na Sala de Partos, visitando a família durante o internamento no Puerpério; 3.4. Permitir a presença do pai ou do convivente significativo nos cuidados ao RN.

	Promover a saúde da mulher, da família e do RN em situações de emergência		4.1. Recolher a informação relevante para realizar uma triagem completa e fidedigna, centrando-se nas suas preferências, crenças/valores e recursos; 4.2. Focalizar a mulher no problema concreto,realizando perguntas diretas, mas com possibilidade de desenvolver a história clínica; 4.3. Fornecer à mulher e à família resoluções práticas para o problema em causa; 4.4. Demonstrar disponibilidade para apoiar a mulher no processo de aleitamento materno (se for o caso, amamentação) e resolver as complicações subjacentes; 4.5. Explicar técnicas de melhorar o aleitamento materno, como por exemplo: - mostrar as diversas posições de mamadas para retirar o leite dos vários quadrantes da mama;

APÊNDICE II- PLANEAMENTO DE SESSÃO TEÓRICA COVID-19 REALIZADA EM CONTEXTO DE ESTÁGIO NA COMUNIDADE

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Covid-19: Gravidez, Parto e Pós-Parto
POPULAÇÃO ALVO: Casais a frequentar Programa de Preparação para Parto e Parentalidade – UCC [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	- Doença covid-19 - Vacinação: para quem?	- Expositivo - Interativa	- Plano de sessão - Computador
2- Apresentar conhecimento sobre os impactos da doença Covid-19 na gravidez	- Impactos na gravidez - Medidas de prevenção - Cuidados a ter no domicílio em caso de infeção	- Expositivo - Interativo	- Plano de sessão - Computador
3- Apresentar conhecimento sobre os impactos da doença Covid-19 no trabalho de parto	- Tipo de parto e Covid-19 - A realidade das maternidades CHUC	- Expositivo -Interativo	- Plano de sessão - Computador
4- Apresentar conhecimento sobre os impactos da doença Covid-19 no período pós-parto	- Covid-19: alojamento conjunto? - Impactos da Covid-19 no aleitamento materno - Cuidados a ter no domicílio em caso de infeção	- Expositivo -Interativo	- Expositivo -Interativo
5- Avaliação qualitativa da sessão	- Discussão com participantes e esclarecimento de dúvidas	-Interativo	

APÊNDICE III- PLANEAMENTO DE SESSÃO TEÓRICA ICTERICÍA REALIZADA EM CONTEXTO DE ESTÁGIO NA COMUNIDADE

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Icterícia Fisiológica Neonatal
POPULAÇÃO ALVO: Casais a frequentar Programa de Preparação para Parto e Parentalidade – UCC [redacted] "Momentos Únicos"
LOCAL: UCC [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	- O que é a bilirrubina - O que é a Hiper bilirrubinemia - O que é a icterícia	- Expositivo - Interativa	- Plano de sessão - Computador
2- Apresentar conhecimento sobre sinais de icterícia neonatal	- Sinais de icterícia neonatal (físicos e neurológicos) - Avaliação por dígito pressão	- Expositivo - Interativo	- Plano de sessão - Computador
3 – Apresentar conhecimento sobre medidas de tratamento/prevenção da icterícia fisiológica	- Que medidas a adotar no domicílio para prevenir icterícia fisiológica - Medidas de tratamento possível (fototerapia e exsanguinotransfusão)	- Expositivo -Interativo	- Plano de sessão - Computador
4- Avaliação qualitativa da sessão	- Discussão com participantes e esclarecimento de dúvidas	-Interativo	

APÊNDICE IV- PLANEAMENTO DE SESSÃO TEÓRICA MUSICOTERAPIA REALIZADA EM CONTEXTO DE ESTÁGIO NA COMUNIDADE

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Musicoterapia
POPULAÇÃO ALVO: Casais a frequentar Programa de Preparação para Parto e Parentalidade – UCC**NM** "Momentos Únicos"
LOCAL: UCC [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	- Desconfortos na gravidez (enjoos, dor, edemas) - Alívio dos desconfortos: medidas farmacológicas e não-farmacológicas - A dor no trabalho de parto	- Expositivo - Interativa	- Plano de sessão - Computador
2- Apresentar conhecimento sobre musicoterapia	-Musicoterapia (definição, vantagens) -Efeitos da música no organismo -Desenvolvimento embrionário e fetal: a audição	- Expositivo - Interativo	- Plano de sessão - Computador
3 – Apresentar conhecimento sobre estratégias de aplicação da música	- 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	- Expositivo -Interativo	- Plano de sessão - Computador
4- Avaliação qualitativa da sessão	- Discussão com participantes e esclarecimento de dúvidas	-Interativo	

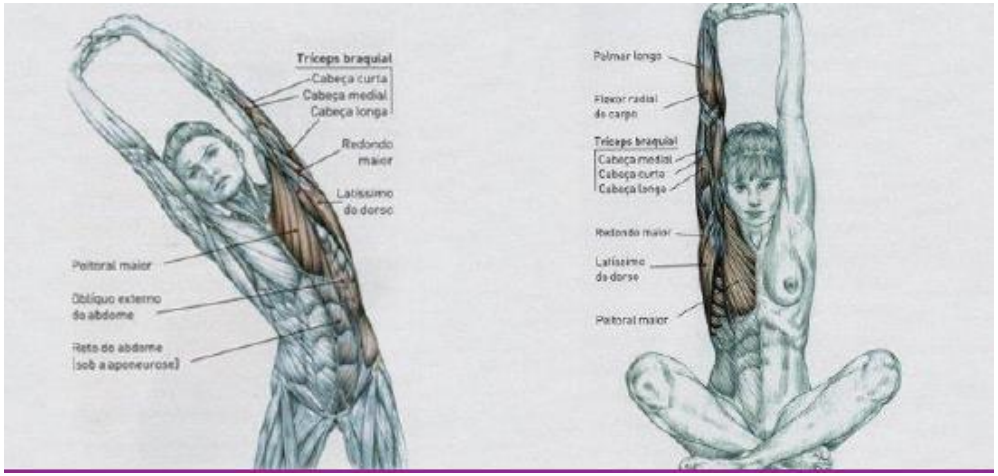
APÊNDICE IV- PLANEAMENTO DE SESSÃO PRÁTICA MOMENTOS ÚNICOS PRÉ-PARTO REALIZADA EM CONTEXTO DE ESTÁGIO NA COMUNIDADE

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Sessão prática "Momentos Únicos"
POPULAÇÃO ALVO: Casais a frequentar Programa de Preparação para Parto e Parentalidade – UCC [redacted] "Momentos Únicos"
LOCAL: UCC [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

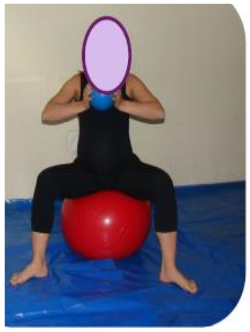
OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA		
		ESTRATÉGIAS	RECURSOS	
Apresentar o grupo e o tema da sessão				
No final da sessão é pressuposto que o público-alvo seja capaz de:				
1- Executar exercícios de aquecimento	- Aquecimento cabeça e pescoço - Aquecimento MS e cintura - Aquecimentos MI	- Interativa	- Plano de sessão - Computador	TODOS OS EXERCÍCIOS ENCONTRAM-SE ESQUEMATIZADOS NO FINAL DO DOCUMENTO (Imagens retiradas de: docs de apoio aulas UC EPNP)
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 VI- PLANEAMENTO DE SESSÃO PRÁTICA PARA RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO REALIZADA EM CONTEXTO DE ESTÁGIO NA COMUNIDADE

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Sessão prática para o pós-parto
POPULAÇÃO ALVO: Casais a frequentar Programa de Preparação para Parto e Parentalidade – UCC [redacted] "Momentos Únicos"
LOCAL: UCC [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 VII-Sessão de formação intitulada: Desenvolvimento e estimulação da criança os primeiros seis meses de vida

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

IX Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Programa Terna Aventura

Desenvolvimento e estimulação da criança nos primeiros 6 meses de vida

Marta Sofia Machado Peixoto

Desenvolvimento do bebé até aos 6 meses

O normal desenvolvimento do bebé é influenciado por fatores:

Pré-natais	Perinatais	Pós-natais
• Genéticos, • relacionados com a gestação, • hábitos da mãe.	• Prematuridade, • o decorrer do parto, • a adaptação do RN à vida extrauterina.	• nutrição, • cuidados de saúde, • ambiente físico (emocional), • doenças.

Desenvolvimento do bebé até aos 6 meses

Um recém-nascido tem os sentidos em constante desenvolvimento.

Estudos científicos demonstram que estimular os sentidos do bebé beneficia o seu desenvolvimento emocional, social, cognitivo e físico.

Nos primeiros meses de vida, a brincadeira é fundamental ajudando cada criança a tornar-se calma, atenta e curiosa.

Aproveite cada momento para dar mais ao seu bebé.

SUMÁRIO

- Competências e estímulos favoráveis ao desenvolvimento do bebé:
  - Recém-nascido
  - 4-6 semanas
  - 3-4 meses
  - 6 meses
- Sinais de alerta nas diferentes etapas de desenvolvimento do bebé

Competências e estímulos favoráveis ao desenvolvimento do bebé:
Recém-nascido

COMPETÊNCIAS:

- Reage à luz, sons altos e súbitos
- Fixa com o olhar um objeto brilhante ou face humana a 30 cm e pode acompanhar lentamente com o olhar
- Reflexos primitivos:
  - Reflexo de Moro
  - Reflexo de sucção e procura
  - Reflexo de preensão palmar
  - Reflexo da marcha automática

Google fotos

Ao longo do 1º mês a postura de flexão vai diminuindo e o bebé vai-se esticando.

Competências e estímulos favoráveis ao desenvolvimento do bebé:
Recém-nascido

ESTÍMULOS:

Embalo para autorregulação

Google fotos

Colo

Google fotos

Toque, massagem e segurança

Google fotos

Olhar, Comunicação

Google fotos

- Segure uma bola vermelha a 20 cm e movimente-a para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o bebé em estado de alerta e com a cabeça em posição central.
- Evite ambientes hiperestimulantes.

Competências e estímulos favoráveis ao desenvolvimento do bebé:
4-6 semanas

Google fotos

COMPETÊNCIAS:

- Fixa a face da mãe quando esta o alimenta.
- Sorriso presente às 6 semanas / sorriso social
- Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.
- Fixa e segue objetos a 20-25cm de distância, horizontalmente de lado para a linha média
- Em decúbito ventral (deitado de barriga para baixo): cabeça para o lado, membros fletidos, cotovelos afastados e nádegas elevadas; tenta levantar a cabeça.
- Ainda não consegue suportar a cabeça na posição de sentado.
- Já reage a sons mais distantes

- https://www.emmasdiary.co.uk/baby/month-by-month-baby-development/1-month-old-baby-development

Competências e estímulos favoráveis ao desenvolvimento do bebé:
4-6 semanas

ESTÍMULOS:

Massagem

Google fotos

estimulo visual

Google fotos

estimulo auditivo

Google fotos

Embalo e estimulo em simultâneo

Google fotos

- Mude periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral (de barriga para baixo) para dormir.
- Proporcione momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes.

Competências e estímulos favoráveis ao desenvolvimento do bebé:
3-4 meses

Google fotos

COMPETÊNCIAS:

- Sorriso, galreio e movimentos de excitação em resposta a situações familiares (por ex. amamentação, biberão, etc.).
- Mãos abertas, junta-as na linha média e brinca com elas segura brinquedos mas sem coordenação
- Segue uma bola pendente a 15-25 cm da face.
- Membros com movimentos ritmados suaves, contínuos e simétricos.
- Se tração pelas mãos a cabeça apresenta-se ereta com pouca ou nenhuma queda, e coluna dorsal direita (exceto região lombar).
- De pé flete os joelhos (não faz apoio plantar).
- Atende e volta-se em direção à fonte sonora.

Google fotos

Google fotos

https://www.emmasdiary.co.uk/baby/month-by-month-baby-development/3-month-old-baby-development

https://www.emmasdiary.co.uk/baby/month-by-month-baby-development/4-month-old-baby-development

Competências e estímulos favoráveis ao desenvolvimento do bebé:
3-4 meses

ESTÍMULOS:

- Interaja através da fala, use a mímica do rosto e imite o som de determinados objetos ou instrumentos musicais.

Google fotos

Google fotos

Google fotos

- Ofereça-lhe objetos para segurar, coloque objetos pendentes para que possa segui-los.

Google fotos

- Desenvolva um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente.

Competências e estímulos favoráveis ao desenvolvimento do bebé:
6 meses

Google fotos

Atento, curioso e explora

Google fotos

Usa as Mãos para brincar

Google fotos

Inicia o processo de gatinhar?????

Sentado com apoio

https://www.emmasdiary.co.uk/baby/month-by-month-baby-development/6-month-old-baby-develo

Competências e estímulos favoráveis ao desenvolvimento do bebé:
6 meses

ESTÍMULOS:

- Ofereça brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-lo a passar o objeto de uma mão para a outra.
- Sente-o com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia.
- Incentive-o para que produza novos sons com a boca.
- Coloque o bebé num tapete adequado e incentive-o a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe.
- Não entre em conflito durante a refeição, que constitui uma oportunidade de interação sem pressão.
- Reforçar ritual do sono.

Google fotos

A melhor estimulação
para o bebé é
a companhia dos pais
e as brincadeiras
que têm com ele!

Sinais de Alerta

Cada bebé tem o seu ritmo de adquirir novas capacidades.
Contudo, a não aquisição de alguma etapa pode alertar os pais...

1º Mês

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a) por breves segundos
- Apresenta Hipertonicidade na posição de pé.
- Nunca segue a face humana.
- Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana).
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

3º Mês

- Não fixa, nem segue objetos.
- Não sorri.
- Não há qualquer controlo da cabeça.
- Tem as mãos sempre fechadas.
- Tem os membros rígidos em repouso.
- Apresenta sobressalto ao menor ruído.
- Chora e grita quando se toca.
- Pobreza de movimentos.

6º Mês

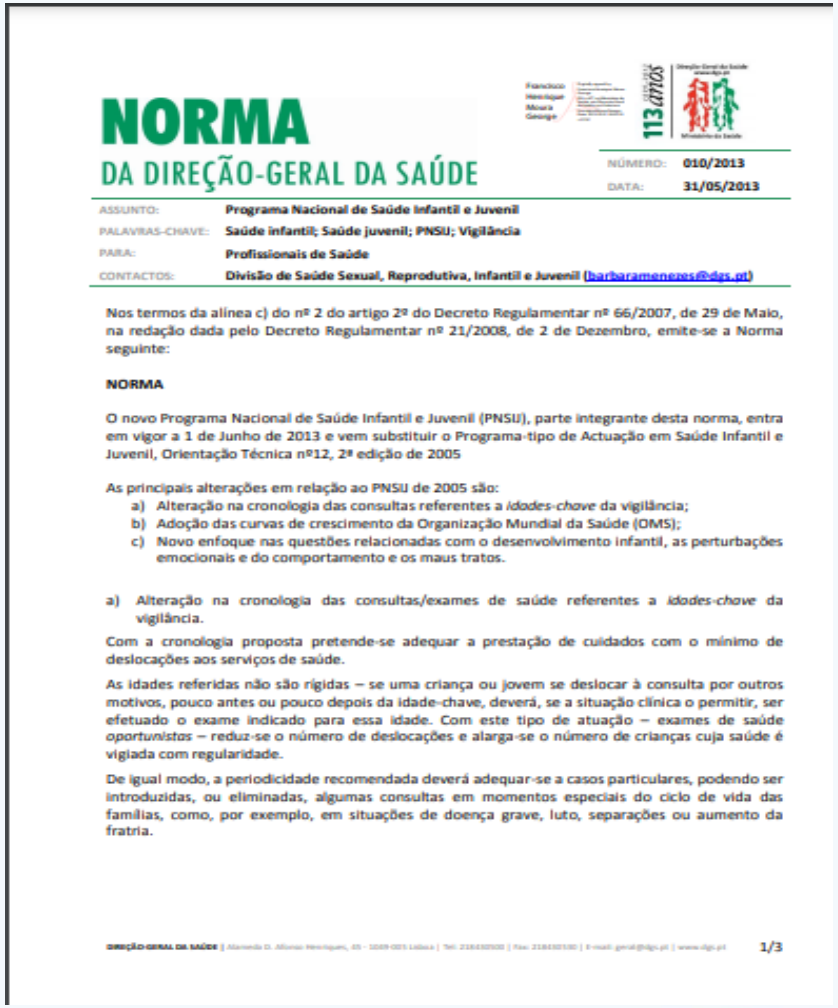
- Ausência de controlo da cabeça.
- Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar.
- Não olha nem pega em qualquer objeto.
- Apresenta assimetrias.
- Não reage aos sons.
- Não vocaliza.
- Tem desinteresse pelo ambiente.
- Apresenta irritabilidade.
- Tem estrabismo manifesto e constante.

PNSIJ, 2013

GRATA PELA VOSSA ATENÇÃO

Ferramentas disponíveis e utilizadas:

- https://www.spp.pt/
- https://www.dgs.pt/
- https://www.spommf.pt/



NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

NÚMERO: 010/2013
DATA: 31/05/2013

ASSUNTO: **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**
PALAVRAS-CHAVE: **Saúde infantil; Saúde juvenil; PNSIJ; Vigilância**
PARA: **Profissionais de Saúde**
CONTACTOS: **Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil (barbaramenezes@dgs.pt)**

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de Maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de Dezembro, emite-se a Norma seguinte:

NORMA

O novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), parte integrante desta norma, entra em vigor a 1 de Junho de 2013 e vem substituir o Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil, Orientação Técnica nº12, 2ª edição de 2005

As principais alterações em relação ao PNSIJ de 2005 são:

a) Alteração na cronologia das consultas referentes a *idades-chave* da vigilância;
b) Adoção das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS);
c) Novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos.

a) Alteração na cronologia das consultas/exames de saúde referentes a *idades-chave* da vigilância.

Com a cronologia proposta pretende-se adequar a prestação de cuidados com o mínimo de deslocações aos serviços de saúde.

As idades referidas não são rígidas – se uma criança ou jovem se deslocar à consulta por outros motivos, pouco antes ou pouco depois da idade-chave, deverá, se a situação clínica o permitir, ser efetuado o exame indicado para essa idade. Com este tipo de atuação – exames de saúde *oportunistas* – reduz-se o número de deslocações e alarga-se o número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade.

De igual modo, a periodicidade recomendada deverá adequar-se a casos particulares, podendo ser introduzidas, ou eliminadas, algumas consultas em momentos especiais do ciclo de vida das famílias, como, por exemplo, em situações de doença grave, luto, separações ou aumento da fratria.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE | Alameda D. Afonso Henriques, 45 - 1049-005 Lisboa | Tel: 218430500 | Fax: 218430530 | E-mail: geral@dgs.pt | www.dgs.pt 1/3

APÊNDICE VIII-INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS- FORMULÁRIO GOOGLE

Vivência de ameaça de parto pré-termo e ligação Materno Fetal

Eu, Marta Sofia Machado Peixoto, 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 o estudo acima supracitado, no qual pretendo identificar quais as expectativas que a grávida tem para o estabelecimento da ligação afetiva com o seu bebé numa ameaça de parto pré-termo, e identificar intervenções do Enfermeiro Especialista Saude Materna e Obstétrica de promoção da ligação materno fetal de forma a potenciar a vinculação com o Recém-Nascido Pré-Termo.

Assim sendo, gostaria de pedir o seu contributo no preenchimento deste questionário e caso aceite participar, tem a garantia de que é livre de não responder às perguntas que não queira e desistir da participação do estudo em qualquer momento sem que daí resulte qualquer prejuízo; o que responder, será utilizado exclusivamente para o presente estudo e que em caso algum, a sua identificação será tornada pública ou serão utilizadas referências que permitam a sua identificação, garantindo o anonimato dos participantes.

*Obrigatório

1. Declaro ter lido e compreendi este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. *

   Marcar apenas uma oval.

   - ◯ Sim
   - ◯ Não

Dados Sociodemográficos

2. Idade *

Marcar apenas uma oval.

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

3. Habilitações literárias *

Marcar apenas uma oval.

- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Bachearelato
- Licenciatura
- Pós-Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

4. Estado Civil *

Marcar apenas uma oval.

- Solteira/o
- Casada/o
- União de facto
- Divorciada/o
- Viúva/o

5. Qual a sua profissão? *

Dados Obstétricos

6. Quantas vezes já esteve grávida? *

Marcar apenas uma oval.

- 1
- 2
- 3
- 4
- >4

7. A sua gravidez foi gemelar? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

8. Durante a sua gravidez foi-lhe diagnosticada alguma patologia/doença ou complicação? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

9. Se a resposta a questão anterior foi sim, identifique quais?

Marcar tudo o que for aplicável.

- [ ] Diabetes mellitus/Gestacional
- [ ] Doenças hipertensivas
- [ ] Ansiedade/Depressão
- [ ] Incompetência cervical (dilatação prematura do colo)
- [ ] Alterações do liquido amniotico
- [ ] Outra

10. Caso na pergunta anterior tenha selecionado "Outra", por favor, excifique.

_____

11. Já alguma vez sofreu de ameaça de parto pré-termo? (ameaça de parto em gravidez < 37 semanas de gestação) *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

Vigilância da gravidez

12. Durante as consultas de vigilância da gravidez foram-lhe mencionados os sinais de alarme? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

13. Se a sua resposta anterior foi afirmativa. Quem o fez?

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Médico
- ◯ Enfermeiro

14. A sua gravidez era seguida nas consultas de gravidez de risco? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

15. Se a sua resposta anterior foi sim, qual era o motivo?

_____

Expectativas vivenciadas numa Ameaça Parto Pré-Termo na ligação materno fetal

16. Durante a sua gravidez vivenciou uma ameaça de parto pré-termo? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

17. Durante o internamento, o seu convivente significativo esteve presente? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ sim
- ◯ nao

18. Se a resposta à questão anterior for positiva, foi importante para si este acompanhamento?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

19. Durante o internamento sentiu-se acompanhada pelo Enfermeiro Especialista Saude Materno Obstetrica? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

20. Durante o internamento sentiu que a ligação ao seu bebe ficou comprometida? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

21. Durante o internamento sentiu que o Enfermeiro Especialista Saude Materna e Obstétrica estava presente para si e para o seu bebe? *

Marcar apenas uma oval.

- sim
- não

22. O Enfermeiro Especialista Saude Materna Obstétrica ajuda a desenvolver estratégias de promoção/fortalecimento de ligação entre si e o seu bebe. Durante o internamento que estratégias foram utilizadas? *

23. Durante o internamento, o Enfermeiro Especialista Saude Materna e Obstétrica falou consigo sobre o bebe que imaginava? *

Marcar apenas uma oval.

- sim
- Não

24. Durante o internamento conversava com o seu bebe? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

25. Durante o internamento colocava musica para o seu bebe ouvir? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

26. Durante o internamento alguma vez imaginou como seria o seu bebe prematuro? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

27. Durante o internamento, o Enfermeiro Especialista Saude Materna e Obstétrica alguma vez lhe falou sobre prematuridade? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

28. Durante o internamento, o Enfermeiro Especialista Saude Materna e Obstetrica alguma vez lhe falou do serviço de neonatologia de forma a poder conhece-lo previamente? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

29. Sentiu que as estratégias do Enfermeiro Especialista Saude Materna e Obstetrica contribuiram para atenuar o stress sentido por uma vivencia de uma Ameaça de Parto Pré-Termo? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

30. Sentiu que as estratégias do Enfermeiro Especialista Saude Materna e Obstétrica e toda a informação que lhe foi dada durante o internamento a ajudaram na ligação com o seu bebe? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Fim de questionário

Obrigada pela vossa participação.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários