



**BÁRBARA  
CARINA RESENDE  
PINTO**

**OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA  
VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS-PARTO:  
PERSPETIVA DO CASAL E DO  
ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**



**BÁRBARA  
CARINA RESENDE  
PINTO**

**OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA  
VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS-PARTO:  
PERSPETIVA DO CASAL E DO  
ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**

Relatório de estágio de natureza profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar (em consórcio entre a Universidade de Aveiro, a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança), realizada sob a orientação científica da Doutora Marília dos Santos Rua e coorientação da Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo, Professoras Adjuntas da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho a todas as famílias a viverem a parentalidade.

A todos os enfermeiros de família que delas cuidam.

## **O júri**

Presidente

**Professora Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro**  
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

**Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás**  
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de  
Bragança

**Professora Doutora Marília dos Santos Rua**  
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

## **Agradecimentos**

Os meus agradecimentos à Professora Doutora Marília Rua pela sua orientação, apoio, disponibilidade, incentivo, confiança e por todas as partilhas e ensinamentos.

À Professora Doutora Elsa Melo que coorientou este trabalho agradeço as observações pertinentes ao longo da realização do mesmo.

À Carla, Rodrigo e Rosa pela amizade, apoio, estímulo e colaboração durante todo o Mestrado. Sem vocês, esta etapa não seria possível!

À equipa da Unidade de Saúde Familiar que foi contexto do estudo, e aos participantes pela disponibilidade em partilhar as suas experiências.

À Andreia Azevedo e Andreia Ferreira pela caminhada ao longo do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Familiar, que foi pautada pelo espírito de companheirismo e ajuda.

À Rita, à Joana e à Catarina pela amizade e por toda a colaboração, apoio e dedicação.

Aos meus pais, pelo amor, compreensão e incentivo que me dispensaram.

A todos o meu muito obrigada!

## Palavras-chave

Enfermeiro, Família, Puerpério e Visita domiciliar.

## Resumo

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar foi desenvolvido um estágio de natureza profissional na Unidade de Saúde Familiar Barrinha, do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, entre setembro de 2016 e fevereiro de 2017, com o objetivo de aprofundar e mobilizar conhecimentos teóricos e experiências profissionais, bem como, servir de contexto à realização de um trabalho de investigação, baseado na problemática da transição para a parentalidade.

O nascimento de um filho corresponde a uma nova etapa no ciclo vital da família e implica um processo de reestruturação e adaptação a nível físico, psicológico, familiar e social. Esta transição prevê uma mudança de papéis de todos os membros da família e a construção de uma nova identidade pessoal, conjugal e familiar. Das instituições e dos profissionais de saúde esperam-se intervenções, de forma a ultrapassar com sucesso estes desafios. A visita domiciliária impõe-se, nesta etapa, como uma intervenção importante no cuidar em Enfermagem. A sua realização, pelo enfermeiro de família, promove a capacitação e autonomia individual e familiar na parentalidade saudável.

Com este estudo pretendeu-se compreender as práticas de enfermagem que definem a intervenção familiar nesta fase, na perspetiva do enfermeiro de família e do casal, na Unidade de Saúde Familiar da Barrinha, no sentido de contribuir para efetivação da avaliação e intervenção sistémica da família e consecutivamente para a melhoria dos cuidados prestados.

A pesquisa foi fundamentada no domínio da fenomenologia, numa abordagem qualitativa. A colheita de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, a onze casais a vivenciarem a parentalidade pela primeira vez e a sete enfermeiros que lhes prestam cuidados, que manifestaram disponibilidade e interesse em colaborar na realização do mesmo.

A informação foi analisada com recurso à técnica de análise de conteúdo destacando-se três dimensões: **Visita domiciliária no pós-parto** que descreve as vivências dos sujeitos participantes sobre o cuidar operacionalizado nesta visita; **Enfermagem de Família**, que traça a forma como compreendem o trabalho do enfermeiro de família nesta transição e a **Parentalidade no pós-parto**, que relata a sua perceção sobre esta etapa do ciclo vital e o papel do profissional de saúde.

A título conclusivo considera-se que os objetivos do relatório foram cumpridos, através de um saber agir responsável e assertivo, sustentado por uma reflexão crítica constante. No estudo desenvolvido, a importância da abordagem sistémica da família surgiu como uma mais-valia na promoção da parentalidade saudável, contribuindo para uma intervenção de enfermagem competente, científica e de qualidade, no entanto, não se assumiu como uma realidade no contexto de cuidar.

## Keywords

Nurse, Family, Puerperium and Home Visit.

## Abstract

In the scope of the Master in Family Health Nursing, a professional internship was developed at USF Barrinha, from ACeS Baixo Vouga, between September 2016 and February 2017, with the objective of deepening and mobilizing theoretical knowledge and professional experiences, to serve as context for carrying out research work, based on the problem of the transition to parenting.

The birth of a child corresponds to a new stage in the family life cycle and implies a process of restructuring and adaptation on a physical, psychological, family and social level. This transition predicts a change of roles of all the members of the family and the construction of a new personal, conjugal and familiar identity. From institutions and health professionals, interventions are expected in order to successfully overcome these challenges. At this stage, the home visit imposes itself as an important intervention in Nursing care. Its accomplishment, by the family nurse, promotes individual and family empowerment and autonomy in healthy parenting.

The research was based on the domain of phenomenology, in a qualitative approach. Data collection was done through semi-structured interviews, to eleven couples experiencing parenting for the first time and to seven nurses who provide them with care, who expressed their willingness and interest in collaborating in the same.

The information was analyzed using the technique of content analysis highlighting three dimensions: **Postpartum home visit** that describes the experiences of the participants about the care operationalized in this visit; **Family Nursing**, which traces the way they understand the work of the family nurse in this transition and the **Postpartum parenting**, which reports her perception about this stage of the life cycle and the role of the health professional.

By way of conclusion it is considered that the objectives of the report have been fulfilled, through responsible and assertive acting, supported by constant critical reflection. In the study developed, the importance of the systemic approach of the family emerged as an added value in promoting healthy parenting, contributing to a competent, scientific and quality nursing intervention, however, it was not assumed as a reality in the context of caring.

**Abreviaturas e/ou siglas** ACeS – Agrupamento dos Centros de Saúde

ACSA - Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia

APGAR – Adaptação, Participação, Crescimento, Afeto e Decisão

ARS - Administração Regional de Saúde

CHEDV- Centro Hospitalar entre Douro e Vouga

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DR – Diário da República

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

EF – Enfermeiro de família

EpS – Educação para a Saúde

ESF - Enfermagem de Saúde Familiar

ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

FACES - Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar

ICN - International Council of Nurses

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIMUF® - Módulo de informação e monitorização das unidades funcionais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SClínico - Sistema aplicativo para instituições do Serviço Nacional de Saúde

SINUS - Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade



UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

UTAD – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

VD – Visita domiciliária

WEBQDA - Sistema Informático de Apoio a Investigação Qualitativa

## Índice

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>
<b>CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO .....</b>	<b>29</b>
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>31</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>33</b>
2.1 Ciclo de vida familiar: processos e mudanças na vivência da parentalidade no pós- parto.....	33
2.2 A enfermagem de família e a promoção da parentalidade no pós-parto .....	39
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>47</b>
3.1 Tipo de estudo.....	47
3.2 Sujeitos participantes.....	47
3.3 Problemática e objetivos.....	48
3.4 Instrumentos e procedimentos de recolha da informação.....	48
3.5 Considerações éticas .....	49
3.6 Procedimento de análise da informação .....	49
<b>4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
4.1 Caracterização sociodemográfica dos sujeitos participantes.....	57
4.2 Visita domiciliária no pós-parto .....	57
4.2.1 Vivências do casal.....	58
4.2.2 Vivências do enfermeiro de família .....	64
4.3 Enfermagem de família.....	72
4.3.1 O olhar do casal .....	72
4.3.2 O olhar do enfermeiro de família.....	79
4.4 Parentalidade no pós-parto.....	86
4.4.1 Fatigante.....	87
4.4.2 Ambivalente .....	88
4.4.3 Crescimento .....	90
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>95</b>
<b>6. CONCLUSÕES .....</b>	<b>109</b>
Conclusões do estudo.....	109
Limitações do estudo .....	111
Implicações para a prática profissional e desenvolvimento da Enfermagem de família ..	111
<b>SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....</b>	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>131</b>
ANEXO I – Autorização da Comissão de Ética do ACeS Baixo Vouga .....	133

<b>APÊNDICES</b> .....	<b>135</b>
APÊNDICE I – Estudo de caso da família Oliveira segundo MDAIF.....	137
APÊNDICE II – Manual do cuidado ao recém-nascido.....	161
APÊNDICE III – Protocolo de atuação na VD à família no pós-parto.....	183
APÊNDICE IV – Plano de sessão da formação sobre ESF.....	187
APÊNDICE V – Guião da entrevista ao casal .....	189
APÊNDICE VI – Guião da entrevista ao enfermeiro de família.....	195
APÊNDICE VII – Declaração de consentimento informado .....	199
APÊNDICE VIII – Pedido de autorização ao ACeS Baixo Vouga .....	205
APÊNDICE IX – Pedido de parecer à Comissão de Ética do ACeS Baixo Vouga.....	207

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide etária da população inscrita na USF Barrinha, em janeiro 2017 (MIMUF®, 2017) .....	20
Figura 2: Dimensões de análise.....	50
Figura 3: Categorias da dimensão Visita domiciliar pós-parto .....	50
Figura 4: Subcategorias da categoria vivência do casal.....	51
Figura 5: Subcategorias da categoria vivência do enfermeiro de família .....	52
Figura 6: Categorias da dimensão Enfermagem de família .....	52
Figura 7: Subcategorias da categoria o olhar do casal.....	53
Figura 8: Subcategorias da categoria o olhar do enfermeiro de família.....	54
Figura 9: Categorias da dimensão Parentalidade no pós-parto.....	54
Figura 10: Esquematização das dimensões e respectivas categorias e subcategorias.	95

## INTRODUÇÃO

A enfermagem como profissão teve a sua origem nos cuidados de manutenção da vida, desenvolvidos no domicílio das famílias. Hanson (2005) evidencia a sua integração como foco de atenção dos cuidados desde Florence Nightingale. Contudo, como consequência de alterações sociais e da evolução científica e tecnológica da medicina, o aspeto curativo assumiu maior importância e a institucionalização surgiu como resposta às situações de doença, excluindo as famílias dos cuidados prestados (Wright & Leahey, 2012).

No século XX, a globalização da informação e as alterações sociodemográficas conduziram a uma reforma mundial nas políticas de saúde, direcionando a prestação dos cuidados para a comunidade e para os Cuidados de Saúde Primários (CSP). A primeira Conferência Ministerial da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1988 representou o primeiro marco na consolidação do papel dos enfermeiros neste âmbito (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2002) e a definição das 21 metas de saúde no Programa Operacional Saúde XXI levou ao reassumir da família como alvo dos cuidados (Wright & Leahey, 2012). No entanto, foi a Declaração de Munique (Segunda Conferência Ministerial da OMS em 2000) que atribuiu maior relevo ao enfermeiro de família (EF) (Ministério da Saúde [MS], 2012). Assim, a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) encontrou contexto e emergiu como campo de atuação autónomo e diferenciado da Enfermagem Comunitária, mas mantendo o enquadramento em CSP, pela natureza dos mesmos e transversalidade da família enquanto alvo de cuidados.

O impacto desta tendência é visível em Portugal em 2005 com a reestruturação dos CSP e permitiu melhorar a acessibilidade, a qualidade, a continuidade e a eficiência dos cuidados de saúde, assim como, a satisfação de profissionais e utilizadores. Consistiu na reorganização dos Centros de Saúde (CS) em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), que incluem além dos órgãos específicos dirigidos à gestão e decisão, uma série de unidades funcionais (UF): Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Saúde Familiar (USF). Estas últimas apresentam-se como a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo e como o contexto ideal para direcionar o campo da prática de enfermagem para o sistema familiar (MS, 2006a).

Deste modo, surgem em Portugal os primeiros EF e naturalmente a necessidade de regulamentar a sua prática. A Ordem dos Enfermeiros (OE) contribuiu com o regulamento n.º 168/2011, publicado a 8 de Março, na 2.ª série do Diário da República (DR), onde emerge a Especialidade em ESF, como um campo disciplinar da enfermagem, dotado de um corpo de conhecimento específico (OE, 2011). Segundo Sousa (2014), esta centra-se na interação entre o enfermeiro e a família, o que implica o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico, com a finalidade da capacitação da família, a partir da maximização

do seu potencial de saúde, ajudando todos os seus elementos a serem pró-ativos no seu processo de saúde. Concebe a família como uma unidade em transformação, promovendo o seu desenvolvimento face às exigências decorrentes das transições que sucedem ao longo do ciclo vital e integra uma filosofia de cuidados colaborativos, visando apoiar a procura de soluções para os problemas identificados e englobando-a no planeamento e execução das intervenções (Figueiredo, 2012).

Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto estabeleceu os princípios e o enquadramento da atividade do EF no âmbito das USF e UCSP e a sua implementação através de experiências-piloto, a realizar nas Administrações Regionais de Saúde (ARS) (MS, 2014). O EF surge assim, como o profissional de enfermagem integrado numa equipa multidisciplinar, que na sua área de intervenção, cuida da família como unidade e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde. É, ainda, da sua competência contribuir para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde (MS, 2014).

A revogação da Portaria n.º 8/2015 de 12 de janeiro encerrou esse processo, devido a resultados inconclusivos e insatisfatórios (MS, 2015a). No entanto, a política de aperfeiçoamento da rede de recursos humanos, com foco no Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), foi reiterada com a portaria nº 281/2016, onde é reconhecida a necessidade de um enquadramento profissional específico, título conferido pela OE, com início em janeiro de 2017, e a criação de um grupo de trabalho para o desenvolvimento e acompanhamento de boas práticas em ESF (MS, 2016).

Na conjuntura atual, em que se coloca o foco na implementação do EEESF, surgiu a motivação para a frequentar segundo Curso de Mestrado em ESF da Escola Superior Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) e no âmbito da unidade curricular estágio de natureza profissional, pertencente ao primeiro semestre do segundo ano, foi efetuado um estágio, na USF Barrinha, pertencente ACeS do Baixo Vouga da ARS do Centro. A escolha da sua realização emerge da necessidade de integrar o exercício do ESF na sua plenitude, de forma a cuidar da família como unidade, prestando cuidados nas diferentes fases do ciclo vital da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, interagindo com elas a partir de procedimentos organizados, dinâmicos e estruturados de observação, análise e reflexão sobre a saúde familiar.

O presente documento pretende: descrever de forma sistematizada o percurso desenvolvido em contexto de prática clínica, dando ênfase à análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas, com base no guia orientador de estágio e no perfil das competências específicas do EEESF; apresentar o estudo empírico realizado em contexto de estágio, cujo objetivo é compreender as vivências do casal e do EF sobre os cuidados de enfermagem na visita domiciliária (VD) no pós parto, no sentido de contribuir para efetivação da avaliação e intervenção sistémica da família e consecutivamente para a melhoria dos cuidados prestados. A escolha

desta temática prende-se com a importância atribuída atualmente, à saúde da família e ao papel do enfermeiro na promoção da parentalidade.

O relatório encontra-se estruturado em três partes fundamentais. O primeiro capítulo visa a contextualização do local de estágio e a descrição, análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências. Segue-se a descrição do estudo realizado, do seu contexto, enquadramento teórico, metodologia, apresentação e discussão dos resultados, bem como as conclusões obtidas. Por fim, uma nota conclusiva, que sintetiza as principais aprendizagens, as dificuldades percebidas e uma breve reflexão sobre as implicações do estágio na prática profissional.





**CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS**



## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A unidade curricular (UC) Estágio, do primeiro semestre do segundo ano do segundo Curso de Mestrado em ESF, organizado em consórcio pela ESSUA, Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB), decorreu ao longo de 480 horas, distribuídas de setembro de 2016 a fevereiro de 2017, na USF Barrinha, sob a orientação da Professora Doutora Marília Rua e supervisão da Especialista em Enfermagem Comunitária Cristina Coelho.

Esta instituição de saúde está inserida na freguesia de Esmoriz, que integra o concelho de Ovar, situado na região Centro de Portugal. O município encontra-se localizado na Beira Litoral e é limitado a norte pelo município de Espinho, a nordeste por Santa Maria da Feira, a leste por Oliveira de Azeméis, a sul por Estarreja e Murtosa e a oeste pelo Oceano Atlântico, que banha perto de 15 km da sua costa. De acordo com PORDATA (2016) tem cerca de 54.643 habitantes e é composto por 5 freguesias: Cortegaça, Esmoriz, Maceda, Válega e União das Freguesias de Ovar, São João, Arada e São Vicente de Pereira Jusã, numa área geográfica de 147,70 km<sup>2</sup>, correspondendo a uma densidade populacional de 370,0 residentes/km<sup>2</sup>.

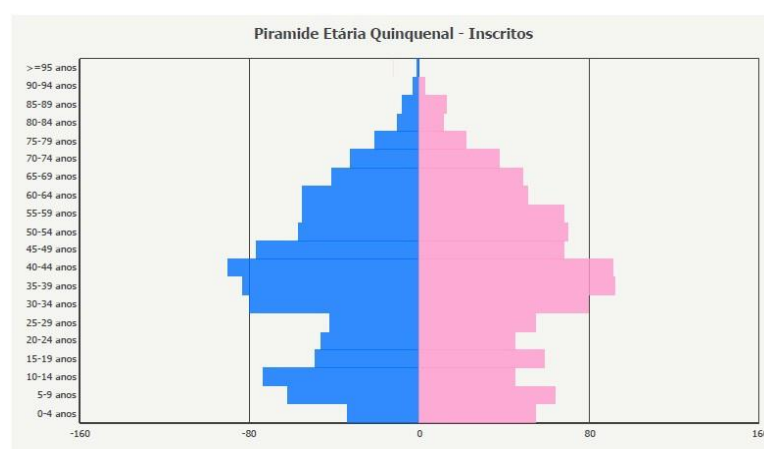
Esta UF integra o ACeS Baixo Vouga da ARS do Centro e está inserida no CS de Ovar, à semelhança USF Apha, USF João Semana, USF São João de Ovar, USF Laços, UCSP de Ovar e UCC de Ovar. A sua área de influência abrange a freguesia de Esmoriz, que ocupa uma área geográfica total de 9.05km<sup>2</sup>, com uma população de cerca de 11448 habitantes e uma densidade populacional de 1265 habitantes/km<sup>2</sup> (PORDATA, 2016). No entanto, há possibilidade de inscrição para qualquer utente que manifeste vontade e que resida num raio de 5 Km, sob o prejuízo de não usufruir de cuidados domiciliários.

A USF Barrinha está sediada num único edifício e é constituída por uma equipa multiprofissional de sete médicos, sete enfermeiras e cinco assistentes técnicos, que trabalham segundo a filosofia de equipa de saúde familiar (médico-enfermeira-assistente técnico). Em caso de ausência (programada ou não programada) os cuidados são prestados pela equipa espelho (definidas previamente e estabelecidas no regulamento da instituição), cujo objetivo passa por assegurar a continuidade da assistência numa cultura de interdisciplinaridade, de intersubstituição e de complementaridade. O seu horário de funcionamento é das 08:00 às 20:00 horas, de segunda a sexta-feira, no entanto, fora deste período, os utentes apresentam como alternativas assistenciais o Atendimento Complementar do CS de Ovar, Centro Hospitalar entre Douro e Vouga (CHEDV) e Linha Saúde 24). Em julho de 2009 passou a modelo B e em 2016 foi avaliada com o nível de Bom pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde (DGS). A classificação decorreu no âmbito do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, de acordo com o modelo Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA).

Tendo subjacente a qualidade organizativa e assistencial, a equipa multiprofissional tem como missão a prevenção da doença e a prestação de cuidados antecipatórios em todas as etapas do ciclo vital, de forma personalizada e próxima, garantindo a acessibilidade, a continuidade, equitatividade, globalidade e qualidade, promovendo a participação e autonomia dos cidadãos e o desenvolvimento profissional e pessoal dos seus profissionais, para melhorar o bem-estar, a qualidade de vida e a satisfação de todos (USF Barrinha, 2015). Para isso, disponibiliza **consultas programadas**, que englobam a promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida (saúde infantil e juvenil, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso; vacinação; e o acompanhamento e vigilância da doença (diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, tratamentos a feridas e administração de medicação); **consulta não programada** que permite o atendimento de situações agudas pelo médico e enfermeira de família; **consulta aberta** que garante a intersubstituição e o atendimento de situações agudas, que não foram satisfeitas no horário do médico e da enfermeira de família; a **visita domiciliária** de cariz preventivo e curativo. Todos os profissionais sustentam o seu trabalho em valores de ética, lealdade, qualidade, respeito, disponibilidade, partilha, formação, inovação e responsabilidade (USF Barrinha, 2015).

Os utentes inscritos dispõem, ainda, de um vasto leque de serviços prestados pela Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), constituída por 31 profissionais (1 médico dentista, 6 higienistas orais, 9 técnicos de serviços sociais, 4 psicólogos, 3 nutricionistas, 3 técnicos de radiologia e 1 ortoptista). Esta unidade funcional do ACeS Baixo Vouga tem autonomia organizativa, funcional e técnica e visa a prestação de cuidados assistenciais de saúde, de apoio social e de consultoria, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos e através de referenciação feita pelo profissional de saúde da USF (ACES BV, 2013).

De acordo com os dados do MIMUF® (Módulo de informação e monitorização das unidades funcionais), em janeiro de 2017 a USF Barrinha tinha 12540 utentes inscritos, o que corresponde a uma média de 1791 utentes por cada uma das 7 equipas de família.



**Figura 1:** Pirâmide etária da população inscrita na USF Barrinha em janeiro de 2017.

**Fonte:** MIMUF® a 28 janeiro de 2017

Trata-se de uma pirâmide regressiva, pois o número de indivíduos com idade igual ou inferior aos 14 anos é inferior aos indivíduos com mais de 50 anos (Índice de Sundbarg). Verifica-se um predomínio dos utentes dos 30 aos 44 anos e a inexistência de assimetria na proporção de utentes em relação ao género.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio e considerando o contexto de prestação de cuidados foram definidos os seguintes objetivos de aprendizagem:

- Cuidar a família como uma unidade de cuidados;
- Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Mobilizar recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- Promover a literacia em saúde e no autocuidado;
- Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia;
- Concretizar um trabalho de investigação recorrendo à USF como campo de investigação e elaborar o presente relatório de estágio.

Com vista ao cumprimento dos referidos objetivos, pretendeu-se que fossem desenvolvidas as seguintes competências (ESSUA, 2015):

- Reconhecimento da complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe conferem uma organização específica;
- Conceção da família enquanto unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital;
- Desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo;
- Avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões da estrutura, do desenvolvimento e do funcionamento;
- Reconhecimento de situações de especial complexidade, formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- Avaliação de intervenções, de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

Neste âmbito apresenta-se no ponto seguinte, uma reflexão sobre o desenvolvimento das competências supramencionadas.



## 2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este estágio proporcionou a integração de conhecimentos teóricos em contextos da prática clínica, constituindo assim, um espaço de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, sustentado numa atitude crítica e reflexiva. A presente divisão reflete o caminho formativo desenvolvido na USF Barrinha e documenta parte da aprendizagem, evidenciando as atividades e estratégias desenvolvidas, no sentido da prática direcionada ao cuidado da família como unidade e à continuidade de um exercício profissional fundamentado na evidência científica.

Apesar de exercer a prática profissional em contexto de CSP, nomeadamente numa UCSP, que utiliza a metodologia de prestação de cuidados por enfermeiro de família, o olhar a intervenção nesta realidade com um conjunto de conhecimentos em ESF, obtidos durante este mestrado, alterou a visão sobre o trabalho do EF e otimizou o cuidado prestado. Permitiu desenvolver ferramentas essenciais para perceber a família como unidade, baseado num método de trabalho organizado e sistematizado, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em diferentes fases do seu ciclo vital. O seu planeamento, tendo em conta o estabelecimento de atividades e estratégias para o desenvolvimento de competências específicas ESF, permitiu a aquisição de habilidades de avaliação e intervenção familiar e deste modo, alcançar os objetivos inicialmente definidos. De acordo com Araújo (2010) é competência do profissional de saúde renovar regularmente os conhecimentos e, por consequência, as suas práticas, apostando nas intervenções autónomas. O estágio permitiu esta atualização, o questionamento sobre alguns dos cuidados e modos de atuação, o que na perspetiva de Hesbeen (2001), é fundamental, na medida em que, a formação não produz competências, produz aquisição de informação, de conhecimentos que, posteriormente se transformam em competências. De facto, tal como refere Alarcão (2001), a reflexão enquanto ferramenta básica para consolidação de conhecimentos, desempenha um papel determinante a nível profissional e pessoal, fazendo a ligação entre o pensamento e a ação.

No cuidar às famílias podem ser abordadas diferentes temáticas, dependendo da individualidade e das necessidades específicas das mesmas. Com a elaboração prévia de um projeto de investigação, estabeleceu-se a área de intervenção a enfatizar e os objetivos que guiaram o caminho para obtenção de competências específicas, exigidas ao EEESF. Permitiram intervir de forma especializada e direcionada às necessidades familiares numa fase de transição (parentalidade), num processo contínuo de colaboração com a família, promoção da qualidade dos cuidados e centrada na evidência científica. No entanto, também foram desenvolvidas atividades em outras áreas de intervenção, perspetivando sempre o sistema familiar como uma unidade essencial para o seu bem-estar. Essas ações foram realizadas ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo e família, no âmbito da promoção da saúde (consultas de vigilância e vacinação) e do tratamento e reabilitação (tratamento de feridas, administração de medicação e educação para a saúde (EpS), de forma a reduzir a incapacidade e a permitir uma rápida e

melhor reintegração do indivíduo na sociedade. Os cuidados foram desenvolvidos não só em contexto da unidade de saúde, mas também no domicílio das famílias, de forma a capacitar as mesmas para a vivência saudável dos processos de vida (saúde e doença), auxiliando na mobilização dos recursos necessários à promoção da sua autonomia.

O estágio possibilitou a consciencialização e a operacionalização do papel do EF na promoção da autonomia, na criação de conhecimentos e oportunidade, reforçando crenças e capacidades, respeitando decisões e ritmos de aprendizagem, incentivando à participação da família, num processo colaborativo de desenvolvimento e crescimento. Neste sentido, recorreu-se a estratégia de estudo de caso, selecionando famílias, de forma a materializar o trabalho desenvolvido no percurso de desenvolvimento de competências, que se encontra evidente no Apêndice I.

No que diz respeito à primeira unidade de competências - **reconhecimento da complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização** - a família foi sempre perspectivada como sistema social, autopoietico e co-evolutivo, que se autodefine e cresce, num contexto desenvolvimental ecossistémico. Assim, foi analisada como um todo organizado e interdependente (sistema), cujos elementos (subsistemas) interagem dinamicamente segundo objetivos comuns, numa rede de relações de intercontextualidade ao longo do tempo (microsistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema). Deste modo compreendeu-se a:

- Unicidade da família, associada à diversidade de configurações e organizações familiares, prestando cuidados direcionados ao sistema familiar, como um todo e aos seus membros individualmente, pois reconheceu-se a projeção das partes no todo (globalidade do sistema), mas também o princípio não aditividade (o todo é mais do que a soma das partes) e da relação hologramática do sistema (as partes estão no todo e o todo está nas partes). O que está de acordo com Figueiredo (2012), a família comporta-se como um todo coeso e coerente, onde a mudança num elemento, origina alterações nos outros membros e na estrutura inter-relacional do sistema e a saúde familiar é co-construída em torno do seu desenvolvimento e crescimento, enquanto sistema aberto, num contexto e num tempo direcionado à concretização das suas funções, mobilizando recursos internos e externos face aos processos de transição.
- Autonomia familiar no funcionamento e no modo de alcançar os seus objetivos, realizando um trabalho de parceria e de estimulação da participação da família, reconhecendo que uma realidade semelhante pode ser atingida a partir de condições iniciais diferentes ou através de processos distintos, que derivam da interação dinâmica da família e o meio e não de mecanismos predefinidos, legitimando a capacidade que o sistema desenvolve em centrar-se em torno de um objetivo ou finalidade comum (equifinalidade). Neste sentido, Alarcão (2006) defende que a família é um sistema aberto, formado por subsistemas que se influenciam reciprocamente, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações em contínua interação com o exterior e



mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estados de evolução diversificados.

- Hierarquização sistêmica da família, que permite a superposição de níveis, encarando-a como um sistema, constituída por subsistemas e como parte integrante de supra sistemas mais amplos. Assim, cada indivíduo constitui um subsistema, um sistema e faz parte de vários sistemas, com funções e papéis dentro e fora do sistema familiar, traduzindo o princípio hologramático do sistema, o que explica a propriedade de auto-organização familiar.

O trabalho realizado com as famílias permitiu uma aproximação aos seus elementos, de forma individual e coletiva (totalidade familiar e os seus subsistemas), particularmente nas consultas de vigilância, nas visitas domiciliárias e nos tratamentos, bem como, a compreensão das suas realidades, características estruturais, desenvolvimentais e funcionais. Desta forma, estabeleceram-se diagnósticos de enfermagem, em parceria com a família e ajustados à sua singularidade, estrutura, objetivos e recursos específicos, promovendo a autonomia e responsabilidade familiar, o que vai de encontro ao preconizado na revisão e extensão a 2020 do Plano Nacional de Saúde (MS, 2015b).

A segunda unidade de competência - **conceção da família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital** - foi desenvolvida através da preocupação em reconhecer o ciclo vital como percurso transversal e previsível a todas famílias; análise das relações entre os níveis de saúde individual e familiar; identificação de fatores de *stress* e processos de evolução que implicam transições ao longo do desenvolvimento e crescimento específico e exclusivo de cada família. Segundo Relvas (2006) é importante acautelar a normalização e espartilhamento da realidade familiar, associada a concetualização do ciclo vital da família numa perspetiva simplista e linear, que desconsidere a individualidade, por isso a Teoria das Transições de Meleis (2010) foi utilizada como referencial teórico na prestação de cuidado às famílias em contexto clínico.

Assim, de forma a potenciar o cuidado humanizado e holístico, procurou-se conhecer o desenvolvimento individual e familiar, dando ênfase aos fatores pessoais, da comunidade e da sociedade que possam condicionar o processo transicional e potenciar a ampliação das capacidades familiares, de forma a desencadear respostas positivas e restabelecer a sensação de bem-estar. Existiram oportunidade de cuidar de diferentes famílias, em várias fases do seu ciclo vital (formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos), com estruturas e mecanismos de organização diferentes a vivenciarem processos transacionais. A natureza destes processos foi do tipo desenvolvimental (desencadeadas por mudanças no ciclo vital, como parentalidade), situacional (alterações de papéis) e do tipo saúde/doença (alterações do bem-estar para o estado de doença).

A terceira unidade de competência - **desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa em todas as fases** - foi desenvolvida, tendo em conta o paradigma sistémico, utilizando como referencial teórico o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), que utiliza a terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A sua estrutura operativa permitiu a interligação entre as etapas do processo de enfermagem e a orientação e sistematização dos cuidados à família como parceira do cuidar, segundo a dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional. No entanto, sentiram-se dificuldades de apresentação da informação recolhida com o MDAIF, no sistema informático. Apesar de utilizarem a mesma terminologia, o SClínico encontra-se muito direcionado para o indivíduo como foco dos cuidados de enfermagem.

No anexo I encontra-se evidente a aplicação deste modelo a uma família a vivenciar a adaptação à gravidez e à parentalidade. O trabalho de parceria promoveu e criou contextos facilitadores da conjugalidade e parentalidade no acompanhamento da nova família, cativando os pais para a consulta, envolvendo ambos os cônjuges nos ensinamentos realizados, trabalhando com direccionalidade e abrangência, suscitando crise, identificando problemas, fazendo emergir soluções e procurando a parentalidade e conjugalidade saudável. Este tipo de abordagem permitiu identificar as forças da família e de cada um dos seus membros individualmente, ouvir as suas opiniões e ideias, respeitar as suas competências para tomar decisões e assim, orientar simultaneamente os cuidados para a colheita de dados e para o planeamento das intervenções. Pretendeu-se ter um conhecimento abrangente da família, utilizando os diversos níveis de abordagem familiar, de acordo com o contexto de cuidados, promovendo a participação ativa das famílias na gestão da sua saúde, adoção de estilos de vida saudáveis, o uso racional de serviços e tratamentos, acesso a programas de vigilância e consecutivamente o fortalecimento familiar e a qualidade de cuidados.

Segundo a OE (2010), o EF deve assumir o papel de ligação entre a família, os outros profissionais de saúde e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Nesse sentido, ao longo do estágio foram desenvolvidos esforços para a continuidade dos cuidados e referenciação a outros profissionais, recursos da comunidade, família extensa e a redes de suporte.

A quarta unidade de competência - **realiza a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões da estrutura, do desenvolvimento e do funcionamento** - foi operacionalizada segundo uma abordagem dinâmica e ecológica da unidade familiar (tendo em conta o funcionamento, a relação, estágio de desenvolvimento, os recursos de coping, as crenças, valores, preocupações, pontos fortes e limitações do sistema familiar e dos membros separadamente), à luz da perspectiva sistémica e utilizando os instrumentos de sistematização preconizadas no MDAIF (escala de readaptação social de Holmes e Rahe, notação social da família (escala de GRAFFAR adaptada), apgar familiar de Smilkstein, escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar (FACES II), o ciclo vital da

família de Relvas, genograma e ecomapa). A sua utilização promoveu a comunicação terapêutica e uma maior compreensão da dinâmica e funcionalidade familiar, associada a um plano de cuidados individualizado, focalizado e abrangente, que inclui os vários elementos da família e elimina diagnósticos dirigidos a problemas não existentes, a conhecimentos demonstrados e a adaptações adequadas.

Ao longo do estágio, para potenciar o sucesso na utilização deste referencial, sentiu-se necessidade de aprofundar conhecimentos, recorrendo à pesquisa bibliográfica, de forma a desenvolver habilidades na efetivação da entrevista semidirecta. A inserção desta unidade de competência na prática propiciou o aprofundamento da metodologia de avaliação e a implementação do cuidado à família alicerçado na teoria sistémica, permitindo um plano de cuidados individualizado, adequado e abrangente, incluindo os vários membros da família.

Os cuidados foram desenvolvidos não só em contexto da USF, mas também no domicílio das famílias. Destaca-se a importância da visita domiciliária, como uma ação privilegiada no cuidar holístico do todo familiar e dos seus elementos, pois proporciona uma melhor visão da família no seu contexto e sucessivamente uma melhor adaptação dos cuidados a essa realidade. Vários são os autores que a definem como uma estratégia de proximidade, que permite uma avaliação do ambiente social e familiar e a intervenção na família, através da participação de todos os seus membros, revelando-se o melhor meio de conhecer a família no seu contexto habitacional, relacional, estrutural, bem como as suas redes de apoio (Rice, 2006; Mandú, Gaíva, Silva, & Silva, 2008; Cruz & Bourget, 2010; Graça, 2010 e Lacerda, 2010).

A quinta unidade de competência - **reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar** - foi efetivada recorrendo aos cinco princípios defendidos por Wright & Leahey (2012): boas maneiras, relação terapêutica, elaboração de genograma e ecomapa, perguntas terapêuticas, elogio das forças da família e dos seus membros. Interagiu-se com famílias como famílias multiproblemáticas, nomeadamente com situações concomitantes de transições (diagnóstico recente de doença terminal, gravidez não desejada e dependência). Procurou-se desenvolver as habilidades para a entrevista, realizando uma preparação prévia, de forma a ampliar o conhecimento e a implementar intervenções de informação, educação e suporte mais ajustadas. Assim, os sistemas informáticos em uso foram consultados (sistema de informação para as unidades de saúde (SINUS) e o sistema aplicativo para instituições do Serviço Nacional de Saúde (SClínico)), bem como, o recurso ao questionamento da equipa multidimensional, não só sobre a família, mas também sobre os recursos de suporte social existentes na comunidade.

Em conjunto com a família analisaram-se as alternativas, quais as utilizadas, as disponíveis e mais adequadas, explorando expectativas e orientando para a ação. Recorreu-se a utilização do elogio das competências e dos pontos fortes, fornecendo, assim, uma visão mais positiva e a criação de um contexto para a evolução da família e dos seus elementos, promovendo a motivação para a descoberta das suas próprias soluções.

A sexta unidade de competência - **realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar** - otimizou-se pela mobilização de saberes técnicos, científicos e de relação, permitindo a aquisição gradual da autonomia, eficiência e eficácia na intervenção. Este processo foi facilitado pela aplicação do MDAIF a algumas famílias, o que otimizou o trabalho com as mesmas, permitindo aprofundar conceitos e a sua avaliação estruturada. Uma dificuldade vivenciada foi a necessidade de tempo para incorporar esta metodologia na prática, nomeadamente na implementação dos instrumentos de colheita de dados e na sua posterior análise. No sentido de a superar e, com a colaboração da Enfermeira Cristina, foram agendadas as consultas para um horário onde a mestranda estivesse presente e tivesse condições para realizar a avaliação familiar. Com o acompanhamento constante, tornou-se evidente o grau de confiança das famílias e, consecutivamente, a colheita de dados tornou-se mais fácil e efetiva, permitindo um maior empenho do sistema familiar num processo de negociação colaborativo e de reciprocidade para o estabelecimento do plano de cuidados mais eficiente e ajustado às necessidades. A avaliação dos resultados foi um processo contínuo, que implicou novas histórias, relações e comportamentos e sucessivamente novas intervenções, mas também ganhos em saúde.

Interligando as competências acima mencionadas e procurando contribuir para o enriquecimento da Enfermagem de Saúde Familiar, desenvolveu-se um estudo empírico intitulado “Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspetiva do casal e do enfermeiro”. Foi uma experiência enriquecedora e gratificante, que conduziu a elaboração de um manual do cuidado ao recém-nascido (RN), a ser entregue aos pais nas consultas de enfermagem, de forma a auxiliar no processo de aquisição de competências sobre a parentalidade positiva (Apêndice II). Como meio orientador e estruturante da abordagem familiar nos processos transicionais da parentalidade, surge o protocolo de atuação na VD no pós-parto à família (Apêndice III). De acordo com os resultados do estudo empírico e acreditando que a mudança de atitudes passa pela motivação e capacitação dos profissionais com instrumentos e habilidades que possam modificar a abordagem familiar, considerou-se de extrema importância elaborar uma ação de esclarecimento sobre ESF (Apêndice IV).

Em síntese, considera-se que este estágio permitiu atingir os objetivos propostos no plano ESSUA e consecutivamente desenvolver as competências preconizadas para o EEESF num contexto privilegiado e facilitador da aprendizagem, não só pelas suas características de proximidade, globalidade e continuidade, que permitem a manutenção do contato com a família, mas pelo acolhimento, integração e a disponibilidade da equipa multidisciplinar ao longo do período formativo.

## **CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO**



## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em contexto de estágio de natureza profissional, na USF Barrinha do ACeS Baixo Vouga da ARS Centro, no período compreendido entre setembro de 2016 a fevereiro de 2017 e aborda a família no momento da ampliação do subsistema conjugal ao parental.

Vários estudos demonstram que o nascimento do primeiro filho determina de forma irreversível, um processo de reestruturação, adaptação e reajustamentos físicos, psicológicos, familiares e sociais (Canavaro, 2006; Graça, 2010; Soares, 2011; Almeida, 2011; Andrade, Martins, Ângelo, Santos, & Martini, 2014; Chong & Mickelson, 2016). Brazelton (2007) acrescenta que parentalidade tem repercussões, não só na saúde e bem-estar dos progenitores, mas também ao nível do desenvolvimento físico e emocional da criança.

Paralelamente, as diversas configurações familiares da sociedade atual e as grandes mudanças nos papéis dos membros da família acarretam desafios na assunção da responsabilidade de cuidar dos filhos e na conceção da prestação de cuidados (Wright & Leahey, 2012). A Enfermagem passa a ser encarada como uma ciência que deve operacionalizar um cuidado humano transicional que auxilie a família a percorrer o caminho com maior autonomia e capacidade de adaptação a novos papéis (Nyström & Öhrling, 2004; Meleis, 2010; Wright & Leahey, 2012; Walsh, 2016). Emerge assim, a necessidade de um cuidado centrado na família, pautado na preocupação com o sujeito e com o coletivo, com a sua singularidade, história e cultura, fundamentada numa relação colaborativa, interacional e terapêutica entre os profissionais e as famílias a vivenciarem este processo de transição (Soares, 2011; Mikkelsen & Frederiksen, 2011; Figueiredo, 2012; Martins, 2013; Coutinho, Rocha, & Silva, 2015; Silva, 2015), e a implementação de programas de visita domiciliária que permitam operacionalizar esta prática focalizado no sistema familiar (OMS, 2002; Mendes, 2007; Graça, 2010; Lopes, Catarino, & Dixe, 2010, MS, 2012; OE, 2013).

Apesar da evolução crescente na ESF, bem como o enquadramento legislativo que alicerça a evolução e reorganização dos serviços de saúde em Portugal, constata-se que os cuidados na VD no pós-parto se encontram centrados na díade mãe-bebé, com ações padronizadas pelas instituições, excluindo deste modo fatores de avaliação e identificação de necessidades importantes, como o estado mental da puérpera, o meio sociocultural e os relacionamentos com o filho, cônjuge e familiares (Filipe, 2011; Rodrigues, 2011; Mendes, 2014, Ribeiro, 2014; Claro, 2014; Piteira, 2016). O que vai ao encontro dos estudos de Figueiredo (2009), Freitas (2009), Santos (2012) e Silva, Costa, & Silva (2013) que apontam as representações dos enfermeiros sobre família e a enfermagem de família, a metodologia da organização dos cuidados, a escassez de recursos humanos, os conteúdos e metodologias de formação em enfermagem, como condicionantes de um cuidar centrado no indivíduo e não na família.

Figueiredo (2009) acrescenta ainda, os recursos materiais, a formação diminuta dos profissionais, a representação social da enfermagem por parte do utente centrada no modelo biomédico e os sistemas de apoio e registo direcionados para o indivíduo, como fatores que concorrem para esta realidade.

Apesar dos vários incentivos à criação de meios que possibilitem a realização de visitas domiciliárias, essencialmente pelo enfermeiro (OMS, 2002; Graça, 2010; Lopes et al., 2010; MS, 2012; OE, 2013), constata-se que estas não são uma prática universal e sistematizada dos CSP. Neste sentido, Frei & Mander (2010) afirmam que é urgente ampliar o leque de estudos que demonstrem as experiências, expectativas e percepções decorrentes do impacto da prestação de cuidados de saúde durante o período pós-natal. Ideia corroborada por Oliveira et al. (2011), na medida em que acreditam que a qualidade dos cuidados de saúde é reforçada, à medida que a investigação na área da Saúde Familiar também for potenciada.

O estudo empírico surge no âmbito desta problemática, da inquietação de prestar cuidados de qualidade à família a vivenciar a parentalidade, enquanto unidade e sistema em transformação. A questão de investigação proposta foi: “Qual a percepção do casal e do enfermeiro de família sobre os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto?” Neste sentido, estabeleceu-se como objetivo geral a compreensão das vivências dos sujeitos participantes sobre os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto, no sentido de contribuir para efetivação da avaliação e intervenção sistémica da família e consecutivamente para a melhoria dos cuidados prestados. O que vai ao encontro ao preconizado pela OE (2006), na declaração de posição sobre os quatro eixos prioritários na investigação em Enfermagem.

O referido estudo é exposto neste capítulo e divide-se em cinco partes fundamentais: o enquadramento teórico, que analisa a temática segundo a revisão da literatura; a metodologia, onde se descreve, o modo como o estudo foi operacionalizado; a apresentação, análise e discussão dos resultados, em comparação com outros estudos; terminando com as principais conclusões que emergiram da investigação.



## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O enquadramento teórico define o domínio de investigação e inicia-se com a revisão da literatura. Esta é essencial para o conhecimento atual do assunto em estudo, formulação e compreensão da questão de investigação e fundamentação da pesquisa delineada (Fortin, 2009).

Neste sentido, no presente capítulo são abordados os desafios, as mudanças e as adaptações no ciclo de vida familiar no pós-parto e as intervenções do enfermeiro de família neste âmbito.

### **2.1 Ciclo de vida familiar: processos e mudanças na vivência da parentalidade no pós-parto**

A família é o lugar que dá origem à história de cada pessoa, é no seio da mesma que se transmite, aprende, constrói e formam os indivíduos. Reflete a sociedade ao mesmo tempo que atua na sua formação.

Na procura da definição de família, verifica-se que durante décadas os aspetos legais e de consanguinidade foram privilegiados. Burgess e Locke (1953), citados por Hanson (2005, p.6) definiram-na como “um grupo de pessoas unidas por laços de matrimónio, sangue ou adoção, constituindo um único lar, interagindo e comunicando uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã; criando e mantendo uma cultura comum”.

Este conceito utilizado na enfermagem até aos anos 80, altura em que o Departamento de Enfermagem de Família da Universidade de Ciências da Saúde de Oregon, a definiu como “um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária. A família caracteriza-se pelo compromisso, tomada conjunta de decisões e partilha de objetivos” (Hanson, 2005, p.6).

Atualmente, o International Council of Nurses (ICN) define família como “conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas” (ICN, 2011, p.115).

Nesta conceção identifica-se uma abertura ao exterior, permitindo uma maior adaptabilidade às famílias contemporâneas que surgem associadas às alterações socioeconómicas, políticas, culturais e demográficas. Em Portugal, a dimensão média das famílias reduziu significativamente em 50 anos, passando de 3,3 pessoas por família, em 1983, para 2,5 pessoas, em 2016. O casal (com e sem filhos) continua a ser a forma predominante de organização da vida familiar, sendo que, nos últimos 50 anos, se assistiu ao aumento do peso relativo dos casais sem filhos, dos

núcleos familiares monoparentais, das pessoas que vivem sós, dos núcleos reconstituídos e das famílias com idosos (PORDATA, 2016). Em 2004, o Estado Português reconhece esta realidade e aprova o plano "100 compromissos para uma política da família", considerando-a como "célula fundamental e um valor inalienável da sociedade" (Resolução do Conselho de Ministros n.º 50, 2004, p.2242). Esta iniciativa valoriza a família, destacando as suas funções, os fins que persegue, as suas responsabilidades e dignifica a sua autonomia, independentemente da forma como se assume. O conceito de família evolui de uma visão estática para um processo em espiral, co evolutivo ao longo da vida dos seus membros, com uma maior valorização da relação e da organização familiar, devido à adoção de uma abordagem sistémica em detrimento do pensamento linear existente. Segundo vários autores, esta abordagem teve por base a Teoria Geral dos Sistemas, do biólogo Von Bertalanffy (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2012).

Na sua essência, família é definida como grupo social ou unidade social, como um todo sistémico, em que os seus membros coabitam ligados por uma ampla complexidade de relações interpessoais (Wright & Leahey, 2012), ou numa perspetiva ecológica e desenvolvimental, como um sistema transaccional que funciona em relação com o seu contexto sociocultural mais amplo e que se desenvolve ao longo do ciclo vital familiar multigeracional (McGoldrick, Carter, & Garcia-Preto, 2011; Walsh, 2016).

As diversas gerações que integram uma família avançam no tempo através do ciclo vital, priorizado por eventos que definem as diferentes etapas de crescimento, assim como as tarefas de socialização inerentes a cada um dos elementos, no percurso que partilham em conjunto. Relvas (2006, p.16) define ciclo vital como a "sequência previsível de transformações na organização familiar em função do cumprimento de tarefas bem definidas em cinco etapas sucessivas: 1) formação do casal; 2) família com filhos pequenos; 3) família com filhos na escola; 4) família com filhos adolescentes e 5) família com filhos adultos". Figueiredo (2012) acrescenta, que o ciclo vital corresponde à evolução da família ao longo de transições, com responsabilidades crescentes que surgem numa determinada fase da vida, e cuja realização com sucesso origina satisfação e previsão de sucesso nas tarefas seguintes.

No que se refere à transição, este conceito deriva do latim "*transitio – ðnis*", significando o ato, efeito ou modo de passar lenta e suavemente de um lugar, estado ou assunto para outro, passagem, fase ou período intermédio num processo evolutivo (Academia de Ciências de Lisboa, 2001). Este conceito assume maior relevância na área da saúde com a teoria de médio alcance, desenvolvida por Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher em 2000. Esta foi organizada em torno de três conceitos centrais, todos eles interligados e com o fim de desenhar e implementar um cuidado efetivo: a natureza das transições (tipo, padrões e propriedades); as condições facilitadoras e inibidoras (pessoais, da comunidade e da sociedade); os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado).

Segundo Meleis (2010), as transições podem ser: desenvolvimentais (decorrentes dos processos de desenvolvimento ao longo do ciclo vital, tais como a parentalidade), situacionais (incluem as

educacionais e profissionais), saúde-doença (mudança do bem-estar para um estado de fragilidade, tais como a hospitalização) e organizacional (resultam de mudanças nos contextos sociais provenientes do macrosistema).

As transições possuem padrões de complexidade e de multiplicidade na medida em que cada pessoa pode estar a viver mais do que um tipo de transição simultaneamente. Assim, as transições podem ser caracterizadas como únicas ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas e relacionadas ou não. A consciencialização (perceção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição), o envolvimento (grau de envolvimento da pessoa no processo), a mudança e diferença (significado que a mudança tem para a pessoa), a temporalidade (espaço temporal em que decorre o processo de transição e o significado do tempo para o indivíduo), os eventos críticos ou pontos de viragem (associados com a consciência de mudança ou diferença e com um maior envolvimento na experiência de transição) são, portanto, propriedades relevantes que devem ser equacionadas.

Paralelamente, a pessoa atribui significado às situações, de acordo com os valores, as crenças e os desejos, sendo fundamental a compreensão das condições pessoais, da comunidade e da sociedade, que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável. No entanto, apesar das diferenças individuais, os estudos demonstram que os indivíduos em transição apresentam respostas semelhantes sendo, por isso, possível falar em padrões de resposta. Estes podem ser monitorizados através de indicadores que fornecem informações sobre a evolução da transição. Os indicadores de processo compreendem: o sentir-se ligado (a redes sociais de apoio); o interagir (com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde e cuidadores familiares, a fim de clarificar e ajustar os comportamentos de resposta); o estar situado (no tempo, espaço e relações, possibilita que a pessoa se desprenda de seu passado e enfrente novos desafios); e o desenvolver confiança e *coping* (compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação). Os indicadores de resultado referem-se à maestria (domínio de novas competências) e à integração fluida e dinâmica da identidade (Meleis, 2010).

A parentalidade é, consensualmente, considerada uma das transições desenvolvimentais mais importantes e marcantes na vida familiar. Mesmo sendo um acontecimento normativo, comum e habitualmente esperado e desejado, aciona um percurso irreversível, que modifica decisivamente a identidade e funções dos progenitores e de toda a família, essencialmente se for o primeiro filho (Relvas, 2006). Está associada à existência de desafios e conflitos que derivam da assunção de papéis, divisão de tarefas, desgaste da relação, aumento do cansaço físico associado às poucas horas de sono e cuidados com o RN (Prati & Koller, 2011; Grizólio, Scorsolini-Comin, & Santos, 2015) e incertezas no cuidar (Soares, 2012). Constitui um desafio na criação de uma relação triádica e, simultaneamente, na manutenção de uma relação diádica com o companheiro, incitando a reorganização do casal e da família de forma distinta, contudo com um objetivo comum: formação de uma família (Silva & Figueiredo, 2005).

A parentalidade é um constructo complexo e recente. Os primeiros estudos de conceitualização remontam aos anos 70, no entanto, não existe harmonização na comunidade científica em relação ao seu significado e à limitação temporal que marca o seu início (Relvas & Vaz, 2002; Nyström & Öhrling, 2004). Segundo, Imle (1990, citado por Nyström & Öhrling, 2004) tornar-se pai/mãe inicia-se no período gravídico. Paralelamente, Pridham e Chang (1992, citados por Nyström & Öhrling, 2004) reportam este momento para o pós-parto e Majewski (1987, citado por Nyström & Öhrling, 2004), defende que este começa mais tarde, após os 18 meses de vida da criança. Atualmente, Rivero (2006) e Janisse, Barnett, & Nies (2009) defendem que tem início antes da conceção e é construída nas aprendizagens efetuadas não só na gravidez e no parto, mas no dia-a-dia com o filho, nas emoções e experiências vividas. Apesar destas considerações cronológicas é consensual que a parentalidade transcende o momento do parto e não é necessariamente marcada pelo nascimento do filho, mas pelas mudanças psicológicas internas e organizações do papel parental e dos seus relacionamentos mais importantes.

Cruz (2005) remete a parentalidade para um conjunto de ações desenvolvidas pelas figuras parentais, socorrendo-se dos recursos familiares e da comunidade, no sentido de promover o desenvolvimento e a satisfação das necessidades humanas básicas dos seus filhos (fisiológicas, segurança, sociais ou de amor, afeto, afeição e sentimento, estima e autorrealização). Bayle (2005) considera-o como um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva e permite que dois adultos se tornem pais, respondendo às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do filho, que, numa perspetiva antropológica, designa os laços de aliança e filiação. Corroborando esta ideia, Hanson (2005) afirma que envolve a aprendizagem do papel parental, mas também, o desenvolvimento de sentimentos associados à maternidade/paternidade e a capacidade de resolver problemas associados a este acontecimento.

Nos conceitos apresentados na CIPE (ICN, 2011, p.37) parentalidade é descrita como:

“Comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças interiorizando as expectativas dos familiares, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados”.

Figueiredo (2012, p. 102) reforça esta ideia dizendo que reflete “um conjunto de comportamentos, emoções e cognições ou representações que os pais dirigem à criança, com vista à construção do contexto”. Compreende um processo dinâmico de reajustamento e reorganização no sistema familiar (definição de papéis parentais e filiais) e nas suas relações com o mundo exterior (família de origem, amigos, contexto profissional e rede social de suporte), com reflexo no desenvolvimento da criança, pais e toda a família. Exige um processo de adaptação onde é necessário cumprir tarefas, de forma a ascender a níveis de organização mais complexos. A este respeito, Colman & Colman (1994) e Canavarro & Pedrosa (2005) identificam sete tarefas

desenvolvimentais a decorrer durante a gravidez e que se prolongam no pós-parto: aceitação da gravidez, aceitação do feto, aceitação do bebé como ser independente, reavaliação e reestruturação da relação com os pais e cônjuge, reavaliação e reestruturação da identidade materna e, no caso não ser o primeiro filho, reavaliação e reestruturação da relação com os outros filhos. Por sua vez, Wright & Leahey (2012), defendem que as tarefas da família nesta adaptação são: o ajuste do sistema conjugal para dar espaço ao filho; a união das tarefas de educação dos filhos, financeiras e domésticas, em que o casal discute e partilha uma forma satisfatória de lidar com as múltiplas responsabilidades para não sobrecarregar o parceiro; o realinhamento de relacionamentos com a família extensa para incluir os papéis de pais e avós.

Assim, a transição para a parentalidade implica um processo de desenvolvimento multifacetado e multideterminado. Combina múltiplas influências, como as características pessoais dos pais (género e qualidade da relação conjugal), características da criança (sexo, idade e temperamento) e de fatores extrafamiliares (suporte social e familiar), que funcionam como fatores de risco ou de proteção neste processo de adaptação (Canavarro & Pedrosa, 2005; Krob, Piccinini, & Silva, 2009; Soares, 2008; Rebelo, 2011; Jager & Bottoli, 2011; Barroso & Machado, 2010; Soares, 2012; Uber & Boeckel, 2014).

Segundo vários autores, a percepção da parentalidade influencia a sua vivência e está enraizada na representação que o Homem tem de si e das experiências passadas com pais (Hanson, 2005; Soares, 2008; Vieira & Souza, 2010; Wright & Leahey, 2012). Na sociedade atual, os jovens crescem em famílias nucleares, que lhes proporcionam escassas experiências e modelos parentais. Quando constituem família, estas são também nucleares, sendo raro o apoio das gerações mais velhas, na medida em que, o aumento das doenças crónicas e degenerativas, provocam limitações na independência e afetam a disponibilidade dos avós, para auxiliarem nos principais cuidados aos netos (Vieira & Souza, 2010).

Por outro lado, a revolução industrial e, conseqüentemente, a entrada da mulher para o mundo do trabalho, faz com que esteja sujeita a ritmos de trabalho, rigidez de horários, que conduzem a uma acumulação de funções e conseqüentemente a desigualdades de género no mundo laboral e doméstico, que são associadas a elevados níveis de *stress* quanto à relação trabalho-família (Biehle & Mickelson, 2012; Wright & Leahey, 2012). Assim, surge um apelo a uma paternidade com a crescente responsabilidade do pai, não só como fonte do sustento, mas essencialmente na partilha do papel parental, de um modo mais íntimo, participativo e envolvido na criação dos filhos, contrariamente ao modelo de família tradicional, no qual o pai assumia o papel de provedor (Vieira & Souza, 2010; Simonelli, Bighin, & De Palo, 2013; Altenburger, Schoppe-Sullivan, Lang, Bower, & Kamp Dush, 2014; Kuersten-Hogan, 2017). Para definir esta interação conjugal, Gordon & Feldman (2008) trouxeram o conceito de coparentalidade no sistema familiar como a qualidade da coordenação entre adultos quando ambos exercem a função parental. São vários os estudos que salientam a relação entre a qualidade da relação e as representações sobre a coparentalidade na adaptação a esta transição (Menezes & Lopes 2007; Simonelli et al., 2013; Altenburger et al., 2014; Kuersten-Hogan, 2017). Neste sentido,

Walsh (2016) alerta para a necessidade de reorganização das normas e definições do ciclo vital em função dos modelos de família da sociedade moderna.

A parentalidade implica que os protagonistas desenvolvam o papel parental, que é definido na CIPE como (ICN, 2011, p.69):

“Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente.”

Segundo Lopes (2012), este papel deve ser baseado no interesse da criança, compreendido pelos pais e apoiado pelos profissionais de saúde, para que os mesmos manifestem prazer em desempenhá-lo. Neste sentido, Hudson, Elek, & Fleck (2001) e Nystrom & Ohrling (2004) salientam que a satisfação com o mesmo aumenta a autoeficácia para o desempenho das tarefas parentais, o que condiciona um melhor desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança.

Em paralelo ao papel parental é vivenciado um grande desafio na adaptação da vida conjugal à nova realidade, que frequentemente origina sobrecarga e *stress*, e se reflete em insatisfação conjugal, não só relacionado com as tarefas parentais mas também com as dissonantes expectativas e ausência de tempo destinado à vivência conjugal, sendo nomeada como uma das fases em que existe menor satisfação sexual (Rebelo, 2011; Biehle & Mickelson, 2012). No estudo de Monteiro (2013), os casais salientam o cansaço e a privação do sono como os fatores que influenciam a qualidade da relação e o *stress* parental. Apontam como fontes deste último a falta de tempo individual ou familiar, que conseqüentemente leva ao *stress* conjugal.

A parentalidade implica, assim, um processo de construção de identidade individual, conjugal, familiar e parental e conseqüentemente, a confiança, conhecimento e competência no desenvolvimento do papel parental. É encarada, por muitos, como uma oportunidade de desenvolvimento, mas é também considerada como um momento de crise, devido às muitas alterações ocorridas e à possibilidade de, no decurso deste processo, estar alterada a capacidade de autodeterminação dos pais, de gestão das suas necessidades e de construção de respostas adaptativas, representando um risco para a sua saúde e bem-estar de toda a família. Ocorre numa etapa particular da vida do casal: o período pós-parto, também designado, pós-natal, puerpério ou quarto trimestre de gravidez. É consensual que representa o período mais delicado do ciclo gravídico-puerperal, no entanto, não existe harmonização em relação à sua conceptualização e ao seu término.

Para Rezende (2005) compreende um período variável de quatro a seis semanas (40-42 dias), desde o nascimento do RN até ao regresso dos órgãos reprodutores maternos ao seu estado fisiológico não grávido, envolvendo diversas alterações físicas e psicológicas, determinadas por

alterações hormonais complexas. Segundo o mesmo autor divide-se em três etapas: pós-parto imediato que ocorre nos primeiros dez dias e onde se verifica a involução e a recuperação da genitália; pós-parto tardio que se inicia ao décimo dia e termina no quadragésimo quinto; pós-parto remoto com duração imprecisa, no entanto, mais breve nas mulheres que não amamentam. Aranha (2001), Lowdermilk & Perry (2008) e Rezende Filho & Montenegro (2008), estão de acordo com a divisão do puerpério em três etapas específicas, mas em períodos diferentes daqueles referidos por Rezende (2005). Assim, o puerpério imediato, corresponde às primeiras vinte e quatro horas após o parto; o puerpério precoce tem início após as primeiras vinte e quatro horas e termina no final da primeira semana e o puerpério tardio prolonga-se até à sexta semana e ou quadragésimo dia.

Para outros autores, corresponde a uma fase transitória, única e singular de modificações, fragilidades e desenvolvimento de competências, que dá continuidade ao processo vivido na gravidez e está associado ao aparecimento de dúvidas e incertezas, que podem ter implicações no bem-estar familiar (Mendes, 2009; Alderdice, McNeill, & Lynn, 2013). Abrange mudanças e reajustamentos em vários contextos, sobretudo físicos, psíquicos e sociais (Bartoletti, Moron, Filho, & Nacamura, 2007; Lowdermilk & Perry, 2008; Mendes, 2009). O corpo da mulher sofre rápidas alterações, como resultado de um processo fisiológico, que podem condicionar o aparecimento de desconfortos físicos no pós-parto. Para além da dor e do cansaço, as suas manifestações ocorrem essencialmente ao nível do aparelho reprodutor, sistema endócrino, sistema urinário, sistema gastrointestinal, sistema cardiovascular, sistema nervoso, sistema músculo-esquelético e sistema tegumentar (Lowdermilk & Perry, 2008). Estas alterações são relevantes não só na vertente biológica, mas essencialmente pelas conseqüente labilidade e vulnerabilidade emocional que dela derivam, e que afetam todo o sistema sociofamiliar, nomeadamente nos processos de ajustamento à nova identidade, aprendizagem do papel parental, adaptação ao novo elemento da família e de reestruturação das relações familiares e sociais (Cantwell & Cox, 2006; Salonen et al., 2011).

## **2.2 A enfermagem de família e a promoção da parentalidade no pós-parto**

Meleis (2010) destaca a pertinência para a enfermagem do conhecimento das transições humanas, na medida em que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e das suas famílias na vivência destes processos, facilitando o processo de aprendizagem de conhecimentos e competências, de forma, a promover respostas adaptativas à presente transição e ajudando-os na preparação para transições iminentes.

Nesta conjuntura, a enfermagem de saúde familiar é extremamente relevante, pois a sua estratégia de cuidado à família pauta-se na preocupação com o sujeito e com o coletivo, com a sua singularidade, a sua história, a sua cultura e vida quotidiana e a sua interface com o contexto familiar, o que poderá articular e auxiliar na potencialização das ações desse grupo e conhecer a sua tipologia (Figueiredo, 2012).

Desde o início da profissão de enfermagem que esta se preocupa em integrar a família nos cuidados. No entanto, as mudanças na estrutura e na organização familiar e a evolução tecnológica conduziram a uma estagnação dos cuidados à família. A reorganização das políticas de saúde a nível internacional e nacional, como consequência da crescente importância que é dada aos CSP, reconhecimento da relevância da promoção da saúde familiar para o desenvolvimento das sociedades e a concepção do envelhecimento como problema individual, familiar e social, evidenciam a importância de uma enfermagem direcionada para a família, no sentido da promoção e manutenção da saúde familiar, e o papel do EF como dinamizador da mudança nos cuidados de saúde (Figueiredo, 2009; Silva et al., 2013).

Na última década estes conceitos têm sido debatidos, investigados e ensinados, como uma forma distinta de prestar cuidados de enfermagem, quer pelos pressupostos teóricos em que assenta, quer pelas diferentes competências clínicas que requer por parte do profissional de enfermagem (Wright & Leahey, 2012). Apesar das investigações realizadas, persiste a discussão sobre qual será realmente o foco da enfermagem de família. No entanto, a importância deste tipo de abordagem é consensual, na medida em que: o contexto familiar potencia a aprendizagem dos comportamentos saudáveis e de risco; a família é influenciada quando um ou mais membros têm problemas de saúde; a saúde dos membros é influenciada pela família e as práticas de saúde de cada indivíduo influenciam toda a família; os cuidados de saúde são mais eficazes quando é dada maior ênfase à família; a promoção, manutenção e restauração da saúde das famílias é importante para a saúde da sociedade (Hanson, 2005; Figueiredo & Martins, 2009; Wright & Leahey, 2012).

Hanson (2005) define os cuidados de enfermagem à família como um processo de cuidar das necessidades familiares, dentro do raio de ação da prática de enfermagem, contemplando o indivíduo e toda a sua unidade familiar, de forma a promover a mudança, a ajudar a família a identificar problemas, estratégias de *coping* e recursos e a facilitar os fluxos positivos entre os suprasistemas da comunidade e os sistemas familiares. A este respeito, Wright & Leahey (2012) afirmam que a ESF presta cuidados ao longo do ciclo vital da família, com ênfase nas suas respostas a problemas reais ou potenciais, que derivam de questões de saúde e de processos de vida, destacando a compreensão da estrutura, dos processos e do funcionamento das famílias, para o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional face a processos de transição. Por sua vez, Figueiredo & Martins (2009, p.616) referem que esta desponta "como arte e ciência, alicerçada ao pensamento sistémico com uma abordagem que ultrapassa o paradigma da ciência tradicional, permitindo a compreensão de todos os fatores que inteiram a unidade familiar".

Independentemente da definição adotada, a ESF constrói-se em torno da compreensão das necessidades da família como uma comunidade, integrando, simultaneamente o indivíduo e a família numa distinta abordagem do cuidar, fundamentada na relação colaborativa, interacional e terapêutica entre os profissionais e a famílias (Figueiredo & Martins, 2009; Wright & Leahey, 2012; Martins, 2013; Bell, 2014; Aston et al., 2015). Enquadra-se numa filosofia holística, e na



percepção da realidade familiar através de um paradigma ecossistêmico, que permita entender a sua complexidade, globalidade, equifinalidade, retroação, inter-relação, instabilidade, intersubjetividade, funcionalismo e organização (Figueiredo, 2012). O principal objetivo prende-se com a capacitação, ou empoderamento da família para o desenvolvimento de competências que permitam uma adaptação e vivências saudáveis dos processos contínuos de mudança (Figueiredo & Martins, 2009).

Este conceito assume um papel de destaque nos CSP, pois estes são o primeiro nível de contato com o sistema para os indivíduos, as famílias e a comunidade. Acompanham-no ao longo da sua vida, onde o papel do enfermeiro, em cada momento e contexto, é fulcral, quer nas atividades de promoção de saúde, quer nas de prevenção da doença (OMS, 2002; MS, 2012). Silva et al. (2013, p.21) reforçam que

“as directrizes descritas em relação aos CSP, quer no que respeita à organização dos serviços, quer à orientação dos cuidados, demonstram a importância das práticas clínicas de enfermagem centradas na família e na relação que cada enfermeiro estabelece com a mesma no processo de cuidados”.

Segundo vários autores a prática de ESF concetualiza a família segundo quatro perspetivas: **a família como contexto** (o foco é a saúde e o desenvolvimento de um membro integrado num ambiente específico, e a família surge como contexto, podendo ser um recurso ou um fator de *stress* para a sua saúde e/ou doença.); **a família como um todo ou cliente** (todos os membros da família, de forma individualizada são considerados o alvo dos cuidados, sendo a família vista como a soma dos seus membros. Esta visão é centrada na forma como a família reage, como um todo e quando um membro tem um problema de saúde); **a família como um sistema** (o foco é a família, como um sistema interativo, no qual o todo é mais do que a soma das partes, sendo as interações familiares o alvo das intervenções de enfermagem. Esta abordagem centra-se, simultaneamente, nos membros de forma individual e na família como um todo) **e a família como um componente da sociedade** (a avaliação e os cuidados centram-se no subsistema família, que é encarado como uma das muitas instituições dentro da sociedade, onde a família como um todo interage com outras instituições para receber, trocar ou fornecer comunicação e serviços) (Hanson, 2005).

O mesmo autor afirma que a estrutura concetual da ESF considera estas abordagens, pelo que devem ser todas ponderadas quando se trabalha com as famílias, sendo que a opção por uma delas "é determinada por muitos fatores, incluindo o contexto dos cuidados, as circunstâncias familiares e os recursos do enfermeiro" (Hanson, 2005, p.10). Wright & Leahey (2012) partilham da mesma opinião, afirmando que as diferentes perspetivas podem ser necessárias em diferentes momentos no cuidado, dependendo do contexto e também das competências dos profissionais de enfermagem envolvidos. Figueiredo (2009) e Santos (2012) afirmam que o trabalho da ESF é complexo, no entanto, quando se adotam abordagens sistémicas

(compreendendo a família como a unidade de saúde e como um sistema na sua totalidade, em contante interação com o ambiente) este trabalho é facilitado. Acrescentam que apesar da integração da família como unidade indivisível nos cuidados, ainda se mantém uma abordagem centrada no indivíduo, sendo crucial a revisão dos modelos formativos para a consolidação do ensino da enfermagem de família, tanto ao nível da licenciatura, como do mestrado e doutoramento.

A Associação Internacional de Enfermagem da Família (IFNA) desenvolveu recentemente três declarações de posição sobre esta temática e que traçam as mestrias para o ensino e prática dos enfermeiros no cuidar famílias (Declaração de posição para educação pré-licenciada em enfermagem familiar (IFNA, 2013), Declaração de posição para competências generalistas para prática de enfermagem familiar (IFNA, 2015) e Declaração de posição sobre competências da prática avançada para Enfermagem Familiar (IFNA, 2017).

De acordo com a OMS (2002), o EF surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade. É um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde, a prevenção da doença, com a atuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares. Assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garantia da equidade no acesso aos cuidados de saúde, e mais especificamente, aos de enfermagem e como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efetuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias. Em síntese, os EF prestam cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais (MS, 2014).

Face ao exposto, vários autores assumem a importância da atuação deste profissional na promoção da saúde da família, no momento da ampliação do subsistema conjugal ao parental (Soares, 2011; Mikkelsen & Frederiksen, 2011; Figueiredo, 2012; Martins, 2013; Coutinho et al., 2015; Silva, 2015). Para que tal aconteça, é importante que estabeleça uma relação privilegiada e de confiança com as famílias, durante o processo de gravidez, de forma a proporcionar um acompanhamento e a ter um conhecimento mais profundo das mesmas (Martins, 2013). As intervenções devem ser planeadas com a família, visando o fortalecimento das relações familiares, e a criação de ambiente que conduzam ao desenvolvimento e bem-estar da mesma. Segundo MS (2006b), devem ocorrer cerca de um mês antes do parto, e entre as quatro e seis semanas após o parto.

Neste contexto, os enfermeiros necessitam de adquirir valores, conhecimentos e competências na avaliação e na intervenção com famílias, através de relações colaborativas e baseadas nos princípios de uma relação terapêutica associada a princípios de comunicação eficaz. Devem assentar em modelos sistémicos, porque permitem reconhecer a interdependência de processos que afetam a capacidade das famílias para fomentarem o desenvolvimento da saúde dos seus membros (Figueiredo, 2012; Santos, 2012).

De acordo com a OE (2010), o EF interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, compilando dados fulcrais para a execução de cuidados de enfermagem em parceria com a família, de um modo lógico e adequado às reais necessidades familiares, possibilitando assim, a interligação com o processo de enfermagem. O ICN reconhece como modelos de referência na ESF, o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e Modelo de Calgary de Intervenção na Família (MCIF) (Hanson, 2005). Em Portugal, o conselho diretivo da OE adota MDAIF como referencial conceptual e operativo para os enfermeiros que prestam cuidados às famílias enquanto cliente dos CSP (Figueiredo, 2009; OE, 2011). No entanto, dentro das variações em cada um, todos têm como base a abordagem sistémica da família fundamentada na relação colaborativa, interacional e terapêutica entre os profissionais e a famílias.

No contexto da parentalidade, a intervenção junto das famílias e, nomeadamente, dos pais é apresentada de diversas formas, como educação, formação, treino ou suporte parental (Graça, 2010; Lopes et al., 2010; MS, 2012; OE, 2013). Este tipo de intervenções deve assentar na interação e negociação entre a família e o profissional de saúde, para que efetive as tarefas desenvolvimentais (Mercer & Walker, 2006; MS, 2006b; MS, 2010; Patrício, 2011; MS, 2012; MS, 2015c).

De acordo com Lopes (2012) as estratégias mais comuns, e para as quais existem alguns estudos da sua efetividade, são as visitas domiciliárias, as sessões formativas individuais e em grupo, as orientações escritas, os livros, os meios audiovisuais e o diálogo interativo.

Para Rice (2006), a VD consiste na prestação de cuidados de saúde ou de natureza social no local de habitação do utente/família, no seu ambiente de vida, o que permite uma maior proximidade com a família. Vários autores afirmam que a visita domiciliária assume um papel importante no cuidar de ESF, não só como local alternativo para a prestação de cuidados, mas essencialmente como uma modalidade de intervenção (Mandú et al., 2008; Cruz & Bourget, 2010; Graça, 2010; Lacerda, 2010). Este facto justifica-se na medida em que o domicílio é um local privilegiado para o desenvolvimento de técnicas de observação das relações sociais entre os membros da família, de iniciativa, de pensamento crítico na tomada de decisão.

O contexto domiciliário incita o enfermeiro a adquirir determinadas competências, como ser criativo, flexível, polivalente e estar preparado para prestar cuidados holísticos ao indivíduo e família. Basto (2007) acrescenta que, aqui o enfermeiro interage e estabelece uma relação de proximidade, de “estar com” e de partilha de sentimentos, o que permite o desenvolvimento de

técnicas de comunicação, de conhecimentos, de atitudes e o aperfeiçoamento de relações com o utente, com a sua rede de apoio social e com outros profissionais de saúde. A VD de enfermagem centra-se numa relação colaborativa e num tipo de cuidados holístico, que envolve todos os membros da família e o ambiente na qual ela se insere e permite a educação para a saúde, a prestação de cuidados físicos, psicológicos, sociais e espirituais. A educação para a saúde facilita um melhor conhecimento das pessoas e seus recursos e do contexto, de forma a proporcionar a promoção da autonomia e coresponsabilidade nos cuidados e a saúde das populações e a diminuição dos riscos de saúde.

Sobre a visita domiciliária Teixeira et al. (2009) apresentam como vantagens da sua execução: o profissional de saúde leva *in loco* os conhecimentos dentro do meio ambiente do grupo familiar, caracterizado por condições peculiares de habitação e higiene; um melhor relacionamento entre a família e o profissional de saúde; há uma maior liberdade para expor os mais variados problemas e dúvidas, do que nas dependências dos serviços de saúde, formando um ambiente mais humanizado; mais tempo para o atendimento do que na instituição de saúde, o que viabiliza uma melhor intervenção do profissional; a visita pré-agendada favorece a boa receptividade e contribui para a redução de gastos hospitalares.

As principais desvantagens ou limitações segundo Teixeira et al. (2009) são: indisponibilidade dos indivíduos e família, que podem impossibilitar ou dificultar a sua realização; ganho de tempo, tanto na deslocação como na execução da visita e a possibilidade de as famílias se acomodarem e perderem a iniciativa de procura dos cuidados de saúde. Neste sentido, Rice (2006) preconiza que os técnicos de saúde devem adotar um perfil facilitador da relação terapêutica e assentes nos princípios bioéticos, de modo a ir ao encontro das suas necessidades e de acordo com as suas prioridades, promovendo a sua autonomia. Assim, o primeiro contato revela-se primordial para posteriores intervenções com a família, caracterizada por reciprocidade de interação e disponibilidade, o que facilita a criação de uma relação de confiança.

Na problemática da parentalidade, vários autores atribuem papel essencial aos cuidados de enfermagem no domicílio durante o pós-parto, de forma a promover a transição saudável (OMS, 2002; Graça, 2010; Lopes et al., 2010; MS, 2012; OE, 2013). A este respeito, Bilukha et al. (2005) referem que a visita domiciliária permite melhorar o ambiente físico, a relação familiar e prevenir problemas de comportamento. Graça (2010) aponta como objetivos desta intervenção de enfermagem: proporcionar informação, suporte psicossocial, estimulação, motivação, treino e cuidados, e ser efetuada por profissionais ou grupos de pares. Pode ser universal ou dirigida a grupos específicos, variando entre os países e os sistemas de saúde.

Nos países europeus e americanos a VD no pós-parto é amplamente aplicada e analisada. Neste sentido, salienta-se o estudo de Loureiro, Goes, Maia, Câmara, & Nunes (2009) que evidencia a visita como uma intervenção de promoção da saúde mental da mãe, criança e da família pelo que deve ser instituída o mais precocemente possível (antes do parto), atendendo a que a transição para a parentalidade começa antes do nascimento. Estes autores reforçam ainda, a

importância do bem-estar materno para o vínculo com o bebê, promotor de um bom desenvolvimento físico, mental e social deste último. O estudo de Cristhie e Bunting (2010), realizado na Irlanda do Norte, salienta os benefícios da VD na adoção de comportamentos saudáveis nas famílias, associados a maior satisfação nos cuidados e menos procura de níveis secundários de assistência. No estudo de Aston et al. (2015) surge como uma estratégia efetiva, baseada na assertividade, que ao promover habilidades de parentalidade positiva melhora o bem-estar parental, concretamente através da redução do *stress*. No seu estudo os mais beneficiados foram os pais mais vulneráveis (os desempregados e com baixa literacia) e com piores níveis de *stress* parental.

A nível nacional esta atividade encontra-se em difusão sendo portanto, escassos os estudos que monitorizem a eficiência destes programas. Salienta-se o estudo de Claro (2014), no qual as puérperas consideraram importante a VD no pós-parto, no entanto uma percentagem de mulheres considera-a insuficiente, sendo fundamental incluir na abordagem elementos relacionados com a aprendizagem individual. Também, no estudo de Piteira (2016) e Pascoal (2016), a visita domiciliária constitui uma atividade de excelência na assistência à saúde exercida junto do indivíduo, da família e da comunidade, proporcionando um espaço privilegiado de promoção e educação com foco na família.



### **3. METODOLOGIA**

A metodologia consiste na definição das estratégias a implementar na investigação e depende da perspetiva segundo a qual o investigador pretende estudar o fenómeno, de forma a obter respostas fiáveis às questões em estudo (Fortin, 2009). De seguida, são descritos os aspetos metodológicos subjacentes ao trabalho desenvolvido.

#### **3.1 Tipo de estudo**

Num processo de investigação a metodologia a usar, assim como o tipo de estudo, estão interligados com a preocupação do investigador, com os objetivos e respetivas questões de investigação. Neste pressuposto, optou-se por realizar um estudo fenomenológico no domínio da investigação qualitativa. Esta abordagem permite conhecer o significado do fenómeno no contexto das experiências vividas pelos sujeitos em estudo, e assim, identificar os traços qualitativos ou as características que fazem do fenómeno aquilo que ele é, compreendendo as perspetivas, as experiências vividas e as suas múltiplas realidades (Hanson, 2005), no sentido da criação de soluções, na aprendizagem e reflexão sobre a ação e sobre si próprios, que permitam a mudança e consecutivamente a melhoria da prática clínica (Streubert & Carpenter, 2013).

#### **3.2 Sujeitos participantes**

O estudo foi realizado em contexto de estágio, na USF Barrinha do ACES Baixo Vouga. Os sujeitos participantes foram “casais” inscritos nesta unidade a vivenciar a experiência de parentalidade e os respetivos enfermeiros de família que lhes prestavam cuidados, no período compreendido entre outubro de 2016 e janeiro de 2017, de forma a ter uma visão mais ampla sobre esta temática e assim contribuir para a prestação de cuidados de excelência.

Segundo Fortin (2009), a seleção foi feita de forma gradual e intencional, sendo incluídos no estudo “casais” que cumpram os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; viver em conjugalidade; filho com idade compreendida entre 0 e os 3 meses no período em análise; vigilância da saúde materna-fetal na USF; presença de VD no pós-parto. Foram excluídos os “casais” com mais do que uma experiência de serem pais/mães. Ao nível da equipa de enfermagem, selecionou-se apenas os enfermeiros que exerciam funções no local onde decorreu o estágio profissional.

Dos 47 casais referenciados pelos enfermeiros da USF Barrinha e após a aplicação dos critérios a cima mencionados, ficaram elegíveis 11 casais. A totalidade da equipa de enfermagem aceitou participar no estudo sendo assim, realizadas 7 entrevistas a EF.

### **3.3 Problemática e objetivos**

Qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação considerada como problemática, uma inquietação, que exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortin, 2009).

Neste contexto surgiu a seguinte questão de investigação: “Qual a perceção do casal e do enfermeiro de família sobre os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto?”

Partindo desta questão de investigação definiu-se o seguinte objetivo geral: Compreender a perceção do casal e do enfermeiro de família sobre os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto na USF Barrinha.

Como objetivos específicos definiu-se:

- Conhecer as vivências do casal e do enfermeiro sobre a abordagem na visita domiciliária no pós-parto;
- Compreender a importância atribuída pelo casal e enfermeiro de família aos cuidados realizados no domicílio;
- Conhecer o nível de satisfação do casal face visita domiciliária no pós-parto;
- Identificar os obstáculos e dificuldades apontadas pelo enfermeiro na efetivação da visita domiciliária no puerpério;
- Compreender a perceção do casal e do enfermeiro sobre o papel da Enfermagem de Saúde Familiar na adaptação à parentalidade;
- Compreender o modo como a organização das instituições e serviços pode influenciar na abordagem sistémica da família.

### **3.4 Instrumentos e procedimentos de recolha da informação**

A recolha de informação foi efetuada através de uma entrevista semiestruturada, que foi gravada em formato áudio e orientada por um guião (Apêndice V e VI).

A mesma foi realizada pela investigadora de forma personalizada, no âmbito das consultas de vigilância de Saúde Infantil e infantil, nomeadamente na consulta dos dois meses.

Segundo Giorgi & Sousa (2010), a entrevista permite a recolha de informação relativa a conhecimentos e vivências dos participantes. A necessidade de estabelecer um fio condutor, em busca da compreensão dos significados em todas as fases que envolveram a transição em estudo, leva a escolha da entrevista semiestruturada.

O guião da entrevista ao casal inclui dois blocos temáticos (Apêndice V). O primeiro permite a caracterização sociodemográfica (idade, profissão, habilitações académicas, agregado familiar e local de residência) e a socioeconómica (Escala de GRAFFAR adaptada) destes sujeitos participantes. A Escala de GRAFFAR adaptada avalia cinco critérios: profissão, nível de



instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde reside. A segunda parte do guião é composta por questões abertas que abordam as experiências, expectativas e percepções decorrentes do impacto da prestação de cuidados de saúde no âmbito da ESF, às famílias a vivenciarem a parentalidade.

Igualmente o guião de entrevista ao EF abrange dois conjuntos temáticos (Apêndice VI). O primeiro possibilita conhecer o perfil sociodemográfico e profissional deste sujeito participantes (sexo, idade, habilitações académicas, categoria profissional, tempo total de exercício profissional e tempo de exercício profissional em CSP) e o segundo integra questões direcionadas para a prática de cuidados às famílias a vivenciar a parentalidade no âmbito da ESF (experiências, obstáculos, concepções sobre o cuidar da ESF e reflexões sobre a abordagem sistémica da família).

Os guiões da entrevista (Apêndice V e VI) foram elaborados com base nos objetivos e na revisão da literatura. No intuito de aferir os instrumentos de recolha de dados foram realizadas entrevistas numa unidade funcional do mesmo ACeS (UCSP Estarreja I), a utentes a vivenciar a mesma etapa do ciclo de vida e a enfermeiros que trabalham segundo o mesmo método funcional.

### **3.5 Considerações éticas**

Em investigação é importante seguir orientações, para proteger os direitos e a liberdade dos participantes. Assim, teve-se como diretrizes os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e por fim o direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009). Estes direitos são conservados, uma vez que são garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, respeitando a vontade de não participar na investigação. As entrevistas, quando efetuadas, foram acompanhados por um documento de consentimento informado e esclarecido (Apêndice VII).

Antes do início do trabalho, foi solicitada autorização à Coordenadora da USF Barrinha, bem como à Direção Executiva do ACeS do Baixo Vouga (Apêndice VIII) para a aplicação do estudo. Não existindo nenhuma oposição da primeira, o ACeS remeteu a decisão para a Comissão de Ética da ARS do Centro, à qual, entretanto, foi, igualmente, solicitada, autorização (Apêndice IX). O trabalho de investigação teve início após o parecer positivo da referida comissão (Anexo I).

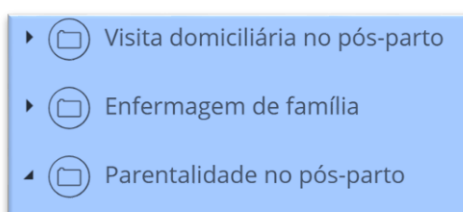
### **3.6 Procedimento de análise da informação**

Após a colheita da informação, passou-se à transcrição para um editor de texto (*Microsoft Word*), permitindo o tratamento qualitativo segundo a análise de conteúdo, uma vez que este é adequado à análise de dados decorrentes das entrevistas efetuada (Bardin, 2009). Para a caracterização sociodemográfica optou-se por uma abordagem quantitativa.

A transcrição das entrevistas foi feita logo após a sua realização de forma a minorar a perda de informação. De forma a garantir o anonimato dos entrevistados optou-se por codificar os nomes dos intervenientes identificando-os como: casal (numerados de 1 a 11), enfermeira (numerados de 1 a 7), entrevistadora, puérpera e marido. As transcrições foram revistas de forma a garantir que o anonimato, quer de pessoas, quer de serviços, fosse sempre garantido.

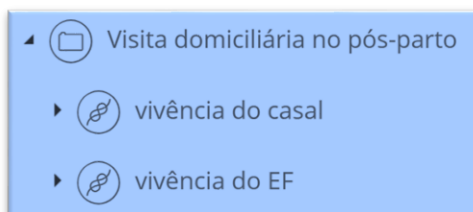
O *software* escolhido para a análise dos dados foi o WEBQDA pois é um suporte informático que permite realizar a análise de dados qualitativos. Este possibilita a indexação dos ficheiros das entrevistas bem como a codificação de partes de texto aos objetivos previamente delineados. Fazendo uma referência à taxonómica de Spradley (1979), denominou-se os “ramos da árvore” em dimensões, categorias e subcategorias (Rua, 2011).

Da análise da informação emergem três dimensões: Visita domiciliária no pós-parto, Enfermagem de família e Parentalidade no pós-parto (Figura 2).



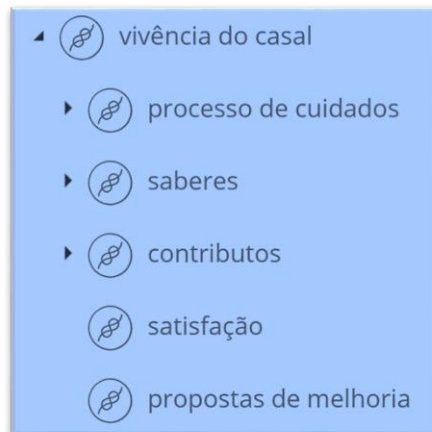
**Figura 2 – Dimensões de análise**

A **Visita domiciliária no pós-parto** descreve as vivências do casal e do enfermeiro de família sobre os cuidados de enfermagem prestados nesta visita e abrange duas categorias: **vivência do casal** e **vivência do EF** (Figura 3).



**Figura 3 - Categorias da dimensão Visita domiciliária no pós-parto**

A categoria **vivência do casal** engloba os olhares e os saberes do casal sobre a VD no pós-parto. Inclui a informação sobre a descrição dos cuidados de enfermagem e o significado que lhe é atribuído, agrupados em cinco subcategorias: **processo de cuidados, saberes, contributos, satisfação e propostas de melhoria** (Figura 4).



**Figura 4-** Subcategorias da categoria vivência do casal

O **processo de cuidados** compreende a interação contínua e dinâmica, centrada no sujeito de cuidados, que visa a sua satisfação, promoção da saúde, prevenção de complicações e a maximização do bem-estar, do autocuidado e da readaptação funcional (OE, 2001), da puérpera e do RN (subsubcategoria **díade mãe-bebé**), da unidade familiar (subsubcategoria **sistema familiar**), facultando espaços para colocar em prática o apreendido (subsubcategoria **treino**) e fornecendo informação escrita que materializem o que foi ensinado (subsubcategoria **material de apoio**).

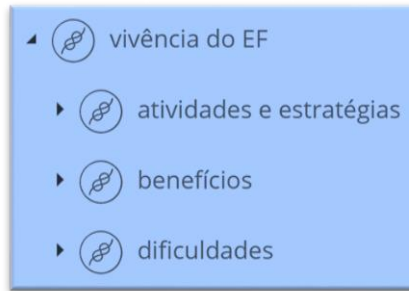
Da subcategoria **saberes** emergem os conhecimentos sobre a finalidade da visita e a identificação dos agentes responsáveis por esse conhecimento.

Os **contributos** abrangem os aspetos positivos da realização da VD no pós-parto, e são agrupados: **cuidados de proximidade** (cuidados promotores da saúde num ambiente menos perturbante e nos quais o casal exerce controlo, evitando deslocações à unidades de saúde e proporcionando maior conforto e comodidade); **competências parentais** (permite a aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento da criança); **cuidados individualizados** (possibilita a continuidade dos cuidados, potenciando o esclarecimento de dúvidas, o apoio efetivo e maior satisfação nos cuidados prestados).

Da subcategoria **satisfação**, emerge da avaliação pessoal da qualidade dos serviços de saúde, podendo ser definida como o grau de congruência entre as expectativas do utilizador e a sua perceção da qualidade dos cuidados que lhe são prestados (Ferreira, Mendes, & Pedro 2010).

As **propostas de melhoria** apontam as sugestões do casal para um cuidar de qualidade na visita domiciliária no pós-parto.

A categoria **vivência do EF** compreende a experiência do profissional de enfermagem na intervenção no domicílio após o nascimento e reúne três subcategorias: **atividades e estratégias, benefícios e dificuldades** (Figura 5).



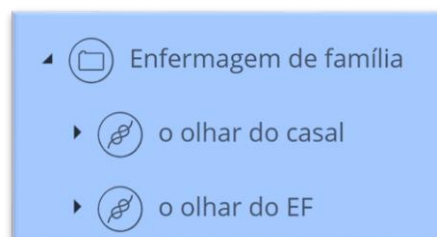
**Figura 5** - Subcategorias da categoria vivência do enfermeiro de família

A subcategoria **atividades e estratégias** inclui a descrição das intervenções de enfermagem, a forma e os recursos utilizados para a sua operacionalização e engloba: cuidados à mãe e ao bebê (subsubcategoria **puérpera-RN**) e ao sistema familiar (subsubcategoria **ecossistema**), a preparação da VD durante a gravidez e no pós-parto imediato (subcategoria **planeamento**), o tempo destinado à prática de competências e habilidades com supervisão (subsubcategoria **espaço para treino**), a informação escrita que materializa o conhecimento transmitido (subsubcategoria **suporte escrito**) e a parceria dinâmica com reconhecimento das capacidades e do papel ativo dos beneficiários dos cuidados (OE, 2001) (subsubcategoria **relação terapêutica**).

Os **benefícios** compreendem as vantagens da realização da visita na ótica do enfermeiro de família, e abrangem: **cuidar próximo** (intervenção que aproxima os profissionais da dinâmica familiar e do respetivo contexto, favorecendo a qualidade dos cuidados, a prevenção da doença, a promoção da saúde, o tratamento e a readaptação funcional (Cruz e Bourget, 2010)); **cuidar holístico** (implica a visão do cliente como um todo, valorizando as suas relações, recursos, as crenças e os valores (Cruz e Bourget, 2010)); **cuidar humanizado** (relação baseada na ética e no respeito pelos direitos dos beneficiários dos cuidados (Assunção & Fernandes, 2010)); **cuidar de qualidade** (meio facilitador da promoção de cuidados de saúde eficientes e eficazes (Mandú et al., 2008)).

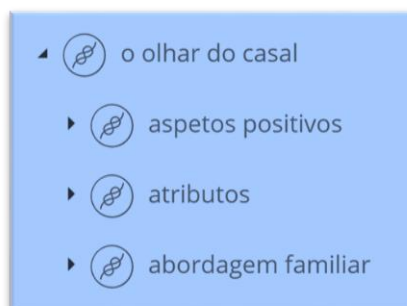
As **dificuldades** englobam a descrição dos obstáculos e condicionantes sentidos na efetivação desta modalidade de intervenção.

A dimensão **Enfermagem de Família**, traça a forma como os sujeitos participantes compreendem o cuidar do enfermeiro de família e inclui duas categorias: **o olhar do casal** e **o olhar do EF** (Figura 6).



**Figura 6** - Categorias da dimensão Enfermagem de família

Relativamente à primeira (**o olhar do casal**) consiste na perceção dos utentes sobre a figura do enfermeiro de família e da sua intervenção e inclui três subcategorias: **aspetos positivos**, **atributos** e **abordagem familiar** (Figura 7).



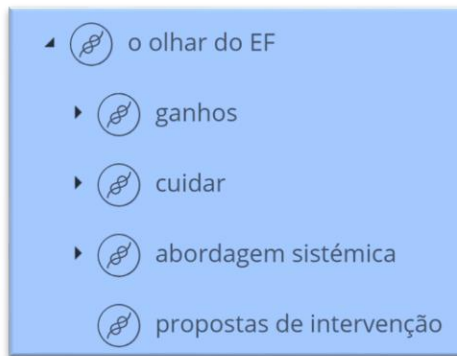
**Figura 7** - Subcategorias da categoria olhar do casal

Os **aspetos positivos** compreendem os elementos mais valorizados pelo casal na efetivação do trabalho por EF na parentalidade e abrangem a **competência relacional** (saber ser, saber estar, relação de ajuda, respeito, empatia, congruência e saber escutar), **competência técnico-científica** (saber fazer) e **qualidade** (das instituições e dos cuidados prestados e engloba dimensões como efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no cliente, continuidade e respeito) (MS, 2012).

Os **atributos** incluem as características reconhecidas a este profissional de saúde e são agrupados em quatro subsubcategorias: **elo de ligação** (elemento inserido numa equipa multidisciplinar, que devido ao seu papel multifacetado e à sua proximidade com as famílias, está numa situação privilegiada de realizar o interface entre os profissionais intervenientes no processo de cuidados), **prestador de cuidados** (elemento corresponsável pelo contínuo de cuidados desde a conceção à morte), **promotor da saúde** (profissional que intervém ativamente na educação, manutenção e restabelecimento da saúde) e **coordenador de cuidados** (elemento que presta e planeia cuidados contínuos e individualizados e se necessário encaminha) (MS, 2014).

A **abordagem familiar** descreve a perceção do casal sobre a forma como o enfermeiro cuida a família, e inclui: **domínio da pessoa** (cuidado centrado no indivíduo como membro da família) e **ciclo vital** (prestação de cuidados desde a conceção até à morte do indivíduo e da sua família).

A categoria **olhar do EF** reflete a perceção da equipa de enfermagem sobre a ESF e a abordagem sistémica da família e compreende quatro subcategorias: **ganhos**, **cuidar**, **abordagem sistémica** e **propostas de intervenção** (Figura 8).



**Figura 8** - Subcategorias da categoria o olhar do enfermeiro de família

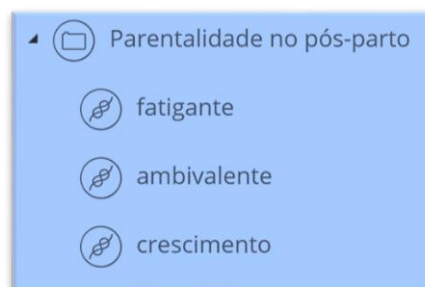
A subcategoria **ganhos** engloba as vantagens da implementação da filosofia de trabalho por EF e abrange: **parceria no cuidar** (a identificação pelo enfermeiro do seu papel na equipa multidisciplinar e das mudanças na prestação de cuidados de enfermagem) e **excelência** (expressa as dimensões da qualidade dos cuidados defendida pelo MS (2012)).

Relativamente ao **cuidar**, abrange os recursos e a forma como presta cuidados e engloba três subsubcategorias: **família como contexto** (o foco dos cuidados é o RN e a puérpera, a família surge como um contexto); **processos técnicos** (englobam a colheita de dados através da avaliação inicial e modelos concetuais que orientam a prática); **processos interpessoais** (compreende a identificação das necessidades familiares através da interação com a mesma).

A subcategoria **abordagem sistêmica** emerge da reflexão dos profissionais de saúde sobre a sua prática à luz do pensamento sistémico, evidenciando o modo como as políticas de saúde e a organização das instituições influência esta abordagem (subsubcategoria **mudanças CSP**), a sua efetivação e valor (subsubcategoria **efetivação** e **importância**) e as dificuldades na sua operacionalização (subsubcategoria **obstáculos**).

As **propostas de intervenção** incluem as sugestões para a promoção do cuidado de excelência na ESF no puerpério.

A dimensão **Parentalidade no pós-parto** descreve a perceção dos sujeitos participantes sobre esta nova etapa do ciclo vital e o papel do profissional de saúde, e integra três categorias: **fatigante**, **ambivalente** e **parceria** (Figura 10).



**Figura 10** - Categorias da dimensão Parentalidade no pós-parto.

A categoria **fatigante** mostra este momento como um período de adaptação cansativo, associado às dores ou desconfortos físicos, poucas horas de sono, falta de disponibilidade e dificuldades no autocuidado e insegurança no tratar do RN.

A categoria **ambivalente** traça a parentalidade como um período de vulnerabilidade e instabilidade emocional relacionado com a inexperiência em cuidar do filho(a), alterações na rotina, consolidação da relação mãe/bebê, pai/bebê, relação conjugal e relacionamento familiar.

A categoria **crescimento** descreve esta transição como um período de desenvolvimento de competências parentais, construído no dia-a-dia e em estreita cooperação entre a família e a equipa de enfermagem.

Em síntese os dados foram analisados tendo em conta esta taxonomia e serão apresentados no ponto seguinte de acordo com esta configuração.





## **4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo é apresentada a informação obtida à luz da metodologia fenomenológica, partindo das questões norteadoras e dos objetivos traçados para este estudo. Inicialmente é exposta a caracterização sociodemográfica dos sujeitos participantes, seguindo-se a descrição sobre as vivências dos cuidados domiciliários no pós-parto e das perceções do cuidar em ESF no processo de adaptação à parentalidade, na perspetiva do casal e do EF.

### **4.1 Caracterização sociodemográfica dos sujeitos participantes**

Para este estudo foram entrevistados sete enfermeiros, todos do género feminino, com idades compreendidas entre os 32 e os 50 anos e com um tempo total de exercício profissional em Cuidados de Saúde Primários de pelo menos 10 anos. Quanto às habilitações académicas, todos mencionaram a licenciada em Enfermagem, apresentando apenas um o grau de mestre em Ciências da Enfermagem, dois o título de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e um o título de enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Foram alvo de entrevista, ainda, onze casais, cujas idades variaram entre os 21 e 37 anos, com uma média de 29 anos. Em relação ao grau de instrução, cinco destes sujeitos participantes apresentavam o 12º ano (45,45%), quatro a licenciatura (36,36%) e dois o 9º ano (18,19%). Todos referiram coabitar unicamente com o parceiro e viver no concelho de Ovar, entre os quais, oito na freguesia de Esmoriz (72,73%), um em Maceda (9,09%), um em Cortegaça (9,09%) e um em Arada (9,09%). As profissões mencionadas variaram nas diversas áreas, como medicina, educação, ciências sociais e humanas, ciências empresariais e serviços

No que se refere à posição social e utilizando como instrumento a escala de GRAFFAR adaptada, salienta-se que os casais pertenciam à classe média, entre os quais quatro ao nível II (36,36%), três ao nível III (27,27%) e quatro ao nível IV (36,36%). Maioritariamente caracterizaram o seu local de residência como uma zona intermédia (n=4, 36,36%) ou boa (n=4, 36,36%) e a habitação em bom estado de conservação (n=4, 36,36%). Apresentam ainda, predominantemente vencimentos certos (n=7, 63,63%) e pertencem ao grupo dos técnicos e profissionais de nível intermédio (n=5, 45,45%).

### **4.2 Visita domiciliária no pós-parto**

Esta dimensão forneceu uma visão geral dos cuidados de enfermagem prestados na visita domiciliária no pós-parto, com a finalidade de refletir no experienciado, de forma a compreender sentimentos, significados, dificuldades e expectativas, dando resposta aos objetivos inicialmente traçados.

#### 4.2.1 Vivências do casal

O confronto com as vivências, enquanto processo psicológico consciente e ativo, permitiu conhecer os cuidados de enfermagem na VD na perspetiva do casal (subcategoria **processo de cuidados**) e identificar a sua perceção sobre o objetivo e contributos dos mesmos (subcategoria **saberes e contributos**), de forma a realizar uma avaliação das práticas não só no pós-parto, mas também ao longo da gravidez (subcategoria **adequação**), bem como identificar sugestões para o aperfeiçoamento desta prática (subcategoria **propostas de melhoria**).

##### **Processo de cuidados<sup>1</sup>**

O processo de cuidados permitiu caracterizar as dimensões do cuidar mais valorizadas na interação entre profissional e utente, bem como conhecer o foco dos cuidados de enfermagem na visita domiciliária.

De forma consensual, os casais descreveram atividades ao nível da prevenção, promoção e reabilitação da saúde da díade mãe-bebé. Evidenciaram o papel do EF na recolha de informação sobre o parto, a realização do teste do pezinho, a avaliação do desenvolvimento infantil e das condições físicas e psicológicas da mulher e deteção de possíveis complicações materno-infantis e o seu posterior encaminhamento. Mas também, no fornecimento de informação, orientação e apoio relativamente às temáticas de alimentação, cuidados vulvoperíneais, métodos contraceptivos, início da vida sexual, técnica de amamentação, esvaziamento mamário, conservação do leite, desenvolvimento infantil, prevenção de acidentes, competências, choro, icterícia fisiológica, cuidados higiene ao RN (banho, prevenção e tratamento do eritema da fralda e cuidados ao cordão umbilical), importância do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação e a assiduidade às consultas de Saúde Infantil e Juvenil.

“Fez o teste do pezinho, viu os movimentos das pernas, se ela já se apoiavam, viu também a anca se estava tudo bem. Humm...depois viu o livrinho o que é que dizia se tinha corrido tudo bem no parto e depois deu-me assistência a mim, a ver se os pontos estavam bem e tudo...e depois explicou-me os itens dos cuidados a ter com os pontos, com desenvolvimento do bebé, quais os sinais de alarme comigo e com o bebé, daquilo que posso sentir... (...) ensinou-me sobre a nossa intimidade, cuidados de higiene e deu-me a pilula ...” (C1)

“A minha enfermeira foi lá casa e felicitou-me pelo nascimento.... depois pediu-me para despir o bebé e pesou-o. Explicou-me que os bebés perdem peso nos primeiros dias mas depois começavam a ganhar....viu o cordão e explicou-me o que devia fazer para o limpar...agendamos a primeira consulta do bebé e a minha.... (...) quis ver as mamas, como dava de mamar, como estava por baixo, os pontos... (...) Orientou-me para o meu cuidado e cuidados com o bebé...” (C3)

“Foi a enfermeira que me orientou para o hospital, ela viu-me por baixo, pediu-me um termómetro e viu a temperatura e aconselhou-me a ir para o hospital...” (C6)

---

<sup>1</sup> As subcategorias deste nível serão apresentadas sem numeração e evidenciadas pela entrada de texto (tabulação)

“Deu-me, ainda, orientações sobre o seu desenvolvimento e os tipos de choro... que ainda não tinha defesas, por isso devia ter atenção as visitas e que era importante cumprir o esquema de vacinas. Fui informada sobre as vacinas que eram gratuitas e as que poderia comprar” (C7)

No que concerne às intervenções dirigidas ao sistema familiar, foram avaliadas as condições habitacionais e realizados ensinamentos sobre a adequação do ambiente e sobre a interação e o ajuste do sistema familiar à chegada de um novo membro.

“ (...) ela alertou-me para eu não deixar de dar atenção ao meu marido, que devia haver tempo para nós, que devíamos falar...” (C1)

“Ah... depois viu as condições da casa, do quarto, a luminosidade...”(C5)

“ (...) o falar...depois do parto, o bebé iria conhecer a nossa voz...isso foi uma coisa que me ficou muito marcada...” (C6)

“ (...) por isso foi importante a enfermeira chamar a atenção para o reajuste do sistema conjugal ao espaço do bebé (...) Abrangeu a família e a nível de rede de apoio percebeu ou tentou perceber qual era a rede de apoio que tinha. Pronto, a nível de cuidados, basicamente saber quem é o apoio para tratar do bebé: mãe e sogra, neste caso, foi o principal” (C10)

Nas narrativas foi evidente o trabalho de parceria do enfermeiro, desde a vigilância da gravidez, com o estabelecimento de uma relação de apoio e suporte emocional, de forma a envolver a família na prestação de cuidados e reajustar papéis e funções familiares, intrínsecos a esta nova fase do ciclo de vida e adequados às reais necessidades.

“Já tínhamos falado ao longo da gravidez sobre os assuntos de ser uma melhor mãe e esposa, e da importância de ir envolvendo o marido, não o deixar de lado, não só em questões do bebé, mas também em questões do namoro. (...) mas na visita permitiu relembrar... permitiu um trabalho ajustado ao que estava a viver, permitiu um trabalho de partilha com o meu marido, com a minha mãe... (C9)

“Estamos a viver com os meus pais, por isso a enfermeira teve o cuidado desde as consultas de grávida me perguntar quem me poderia ajudar a tratar do bebé. Quando fez a visita, foi a minha mãe que apreendeu a tratar do umbigo, eu não conseguia. (...) mas também outras coisas, as mães pensam que podem fazer todo e não aceitam as ajudas. A enfermeira alertou para que nós aceitássemos as ajudas e ela é um pouco assim. Não aceitava, agora já melhorou. Ela disse que não devia tentar ser a super mulher. Eu também me sentia cansado. Acho que foi importante, assim não nos sentimos mal por não conseguir. Apreendemos a aceitar a ajuda em coisas do dia-a-dia, como comida, limpeza da casa...” (C11)

Os casais salientaram momentos de partilha de dúvidas e de sentimentos e de escuta ativa, baseados no princípio de respeito e na utilização de reforços positivos, que permitiram a aquisição de conhecimentos, estratégias e recursos facilitadores da transição e consequentemente, promoveram a confiança e motivação no desempenho parental, de forma a superar às dificuldades e a promover a responsabilização em saúde.

“ (...) ouviu os meus medos, as minhas dúvidas e tentou comigo arranjar uma solução.” (C3)

“Acho muito importante a enfermeira responsabilizar-me e dar-me ferramentas para eu ser capaz de fazer sozinha. Muitas vezes temos tendência de substituir a pessoa, eu no meu trabalho, também o faço...” (C7)

“Com as suas dicas a enfermeira ajudou-me a desempenhar melhor o meu papel de mãe e com os seus cuidados vigiou a sua saúde. (...) Por isso é uma mais-valia, a enfermeira nos envolver nos cuidados, não nos obrigar a fazer daquela forma, mas tentar perceber a nossa maneira de fazer e de pensar.” (C9)

“ A enfermeira ajudou nesta fase, com sugestões muito válidas e eficazes. Ajudou-me a resolver problemas, não me deu soluções, deu-me o papel de decidir sempre com a sua ajuda.” (C10)

“Teve paciência comigo para eu aprender, percebe? Esteve consulta a traz de consulta lá para eu aprender, para aquilo que fosse preciso... sem me julgar, elogiando...sempre para me ajudar!” (C11)

A importância da existência de um espaço de treino na visita foi enfatizada, como forma de promover a aquisição, confiança e autonomia no desempenho de competências parentais, no âmbito das dificuldades sentidas no cuidar ao recém-nascido (alimentação, massagem infantil, cuidados de higiene e ao coto umbilical)

“Nesta visita eu, a minha mulher, a minha sogra apreendemos a cuidar do nosso bebé. Resolvemos as nossas dúvidas porque fizemos e isso fez com que tivéssemos menos medo de fazer...” (C1)

“Não conseguia tratar dele e ela disse: o pai poderá ajudar ou a mãe, ou a sua sogra, vamos treinar. Teve muita paciência e conseguiu que eu e o meu marido fôssemos capazes...” (C3)

“Tive oportunidade de ouvir orientações sobre os cuidados ao cordão umbilical e possibilidade de os colocar em prática... as enfermeiras no hospital são tão rápidas que depois em casa as dúvidas surgem. Foi importante poder fazer com calma e com supervisão em nossa casa” (C4)

“Foi bom haver espaço para fazer, quer em relação ao banho, quer em relação ao umbigo, ou seja, foi bom treinar os cuidados ao bebé ao lado de alguém que confiamos e que nos ajuda neste novo desafio de ser pais!” (C9)

Os sujeitos participantes reconheceram, ainda, relevância ao fornecimento de material de apoio, em formato de papel na visita, como forma de reduzir o *stress* e aumentar a confiança e autonomia no seu cuidado e no desempenho parental.

“Também ajudou o manual da puérpera que a enfermeira deixou, permitiu rever a informação e retirar dúvidas após a visita, quer comigo, quer com o bebé.” (C5)

“E foram-me dados dois livrinhos... acho que foram dois, acho que não estou... não sei se foram dois ou três, mas acho que foram dois e que foram transmitindo aquilo que nós deveríamos saber em relação ao nosso cuidado. O essencial, mas ajudaram nos momentos em que tínhamos dúvidas...” (C7)

“ (...) entregou-me um livrinho com informação importante sobre o meu cuidado e penso que foi só, mas este gesto simples foi muito importante em muitos de indecisão...” (C9)

## Saberes

Os conhecimentos sobre a VD emergiram como forma de identificar a percepção que cada um dos casais tinha sobre a mesma e reflete o trabalho de preparação e orientação de cuidados efetuado pelos profissionais de saúde.

Os participantes identificaram o período pré-natal como o momento em que enfermeiro transmite a possibilidade de ser efetuada a visita, afirmando que foram sensibilizados tanto nas consultas de vigilância de saúde materna como no curso de preparação para o parto. De forma consensual, nomearam como objetivo desta visita, a concretização do rastreio das doenças metabólicas, no entanto, alguns ampliaram esta ideia, identificando a avaliação do bem-estar materno-infantil, bem como o apoio e orientação nesta fase do ciclo de vida.

“Eu frequentei o curso de preparação para o parto e a informação que me foi dada aí mas também pela enfermeira de família foi que a enfermeira ia lá casa, ia ver o bebé, analisar o bebé, ver como ele estava e depois então retirar dúvidas se fosse necessário...” (C2)

“A enfermeira nas consultas também falou na visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido e explicou-me que faziam o rastreio precoce nessa altura” (C10)

## Contributos

A subcategoria contributos abrange os aspetos positivos da realização da visita no pós-parto e permitiu compreender a importância atribuída pelo casal aos cuidados realizados no domicílio.

A execução de cuidados de proximidade (entre a família e o profissional de saúde) e conforto, foram evidenciados como o principal benefício desta ação, na medida em que permitiram uma maior e melhor exposição de preocupações e necessidades, porque ocorreram no ambiente ecológico, minimizando assim, as deslocações à unidade de saúde, potenciando um cuidar mais cómodo e mais humanizado.

“Porque houve espaço para falarmos e pormos em prática o que falávamos sem sermos interrompidos. Acho que esta é uma grande vantagem dos cuidados em casa... é muito mais confortável e permite na nossa casa, no nosso ambiente, com as nossas coisas organizadas à nossa maneira tirarmos dúvidas...” (C3)

“O bebé é muito pequeno. Por isso virem a casa é muito importante, porque assim não o expomos a riscos. Em casa, está mais seguro. Nós estamos no nosso ambiente, sentimos mais à vontade para falar e é mais fácil esclarecer dúvidas.” (C4)

“O bebé é muito pequeno por isso devemos evitar as saídas e no centro de saúde existem sempre muitas pessoas, logo os cuidados em casa evitam a deslocação a unidade. (...) Acho que a visita domiciliária em si é uma mais-valia no pós-parto devido a proximidade estabelecida com a criança e pais” (C7)

“A vantagem é... lá está, uma visita que permite prestação de cuidados muito importante, nomeadamente o rastreio precoce, o aconselhamento à mãe e ao bebé, em casa num ambiente familiar, sem que tenhamos que sair, numa altura que é muito vulnerável para a mãe e para o bebé.” (C10)

Admitiram ainda como vantagem desta intervenção, a promoção da adaptação positiva à parentalidade, na medida em que esta contribuiu para o desenvolvimento das suas competências parentais. Assim, o domicílio surge não só como local alternativo para a prestação de cuidados, mas essencialmente, como uma modalidade de atuação, oferecendo segurança, potenciando conhecimentos e ações e consecutivamente, permitindo atingir níveis de satisfação e confiança maiores.

“Por último, dá segurança virem a casa, é um cuidado mais próximo dos utentes que permite o melhor esclarecimento de dúvidas e assim melhorar o meu desempenho enquanto mãe” (C7)

“ (...) mas também porque nos dá mais segurança... não sei se estou a explicar bem.... Tinha muitas dúvidas e o facto de virem a casa torna possível mostrar a enfermeira como fazemos e se está bem, entende? Uma coisa é disser outra é ela próprio ver, entende? Uma coisa é fazer no centro de saúde, outra é fazer em casa. Uma coisa é dar de mamar numa cadeira no centro de saúde outra é no meu quarto. A ajuda que me dá é muito melhor em casa, ela disse: porque não coloca aquela almofada para estar mais confortável? Tem o quarto muito quente, não é necessário...” (C8)

“Facto de virem a casa reforça essa ajuda, permite colocar em prática todo o que falamos, não só nas consultas, mas também no curso de preparação para o parto, no nosso ambiente, na nossa casa... permite aprendermos a desempenhar as nossas funções no nosso... com as condições que de verdade temos!” (C9)

A valorização da relação estabelecida com o EF foi uma constante nas entrevistas e revelou-se benéfica, na promoção da eficácia e continuidade do processo de cuidar, originando assim, cuidados individualizados, identificados como outro aspeto positivo, deste modo de atuação.

“É muito melhor ser realizado pela pessoa que já nos conhece por vários motivos: primeiro porque já iniciou todo um trabalho prévio que facilita a abordagem após o nascimento, segundo porque já existe uma relação de confiança que facilita a partilha de medos e sentimentos e consecutivamente a orientação para os cuidados inerentes ao bebé e terceiro porque facilita a articulação com o médico de família.” (C4)

“ (...) ter a enfermeira de família na nossa casa, é muito bom porque já a conhecemos logo o esclarecimento de dúvidas é muito melhor, já existe uma relação que ajuda (...) acho que quando realizada pela enfermeira de família os resultados serão melhores, porque já existe um contato prévio que facilita a avaliação do bebé e da mãe, que facilita o trabalho da enfermeira, que facilita a comunicação, a relação logo é mais fácil expor os nossos medos.” (C7)

“A visita domiciliária por si só é importante para avaliar a família num contexto mais próximo, se for possível juntar essa estratégia ao facto de ser realizada pela enfermeira de família penso que os ganhos são maiores, não só em termos de desempenho das tarefas ao recém-nascido, mas também de satisfação dos vários intervenientes.” (C10)

### **Satisfação**

A satisfação inclui o grau de congruência entre as expectativas do casal e a sua perceção da qualidade dos cuidados e permitiu a avaliação pessoal dos serviços de saúde.

Sentimentos de agrado e contentamento foram identificados nos seus relatos, referindo que as suas expectativas foram suplantadas, valorizando o facto de não terem que sair de casa, mas

essencialmente o cuidar mais ajustado às suas necessidades, que permitiu um melhor esclarecimento de dúvidas e desempenho parental, reduzindo sentimentos de ansiedade e promovendo a aquisição de conhecimentos e competências.

“Estou muito satisfeita, nunca pensei que esta visita fosse tão importante, quando falamos na gravidez eu pensei que seria mais fácil ser mãe, pensei que estava preparada... a visita superou as minhas expectativas, não só pela questão do conforto de não ter saído de casa, mas essencialmente pelo acompanhamento de suporte próximo e de disponibilidade da enfermeira tão adaptado às minhas dificuldades e que me ajudou a sentir que era capaz...” (C5)

“Não, acho que foi muito bem acompanhada e não tenho nada a apontar. Fui de encontro... ao esperado... acho que até superou, porque pensei ... tive algum medo, mas depois passou... não senti que tenha invadido o meu espaço, nem que me tenha vindo analisar a casa... veio ajudar, veio esclarecer as minhas dúvidas, por isso superou as expectativas!” (C8)

No entanto, houve um discurso onde este nível de satisfação não se verificou, sendo indicada como possível causa a não realização pelo enfermeiro de família. Este sujeito participante mencionou que a informação, o apoio e as atitudes relacionais e de comunicação não foram ao encontro do esperado, o que contribui para uma avaliação menos favorável desta atividade de enfermagem.

“Não sei se foi por não ser a minha enfermeira, acho que não foi lá fazer nada... (...) simplesmente fez o teste do pezinho e levantou a roupa para ver como estava o cordãozinho ...já estava até sem ele .... e nada mais. (C2)

### **Propostas de melhoria**

Considerando a participação ativa dos beneficiários de cuidados surgiu a subcategoria propostas de melhoria, que permitiu explorar temáticas não abordadas na entrevista e acrescentar elementos valorizados pelos mesmos a esta investigação.

A realizada de visita conjunta (médico e enfermeiro de família) foi referida como um aspeto relevante, não só devido à maior comodidade e conforto, mas também com um recurso promotor da continuidade e cooperação nos cuidados.

“Penso que devem manter estas visitas e se possível vir também a médica... é uma ideia!” (C6)

“A única sugestão que posso deixar seria esta visita ser feita em conjunto, pela médica e enfermeira de família, pois os bebés são pequenos e está muito frio para saírem de casa...” (C9)

“ (...) se calhar também o médico vir. O enfermeiro e o médico... facilita a articulação” (C10)

Nesta linha de pensamento foi proposto a utilização da entrevista familiar por dois sujeitos participantes, de modo a fomentar a adaptação positiva à parentalidade, pois a prestação de cuidados no meio familiar promove a presença de um maior número de pessoas significativas, logo um conhecimento mais abrangente das suas representações pessoais.

“Eu acho que pode ser interessante, embora... a mãe seja .... o veículo de informação da mãe para o bebé, o apoio... acho que uma entrevista familiar, também seria interessante para ajudar a viver esta fase. Eu acho que no caso é uma questão pertinente. É uma questão pertinente... É interessante, haver uma sessão que fosse mais vocacionada para a relação com a família que lhe vai estar a prestar os cuidados complementares. E o facto de realizarem a visita domiciliária também era uma ajuda. Acho muito pertinente” (C5)

“Sim, é importante e pertinente pois permite uma visão mais abrangente. Como disse anteriormente o facto de a visita poder ser realizada em equipa de saúde facilita também a execução desta entrevista familiar, penso que poderia ser uma sugestão...” (C10)

A importância do fornecimento de orientações escritas na visita foi enfatizada em todas as narrativas, no entanto, a sua organização em forma de folheto ou manual informativo apenas foi indicada por alguns participantes.

“Uma sugestão talvez darem um panfleto sobre toda a informação que nos transmitem... como o manual da grávida que me deram também nesta visita, fornecerem um sobre os cuidados ao recém-nascido.” (C3)

“A sugestão que posso deixar é a entrega de um manual com os cuidados ao bebé. Já existe o manual da grávida I, o manual da grávida II e o manual da puérpera que a enfermeira me deu ao longo da gravidez e este último, entregou na visita. Porque não criarem outro manual que dê continuação a estes. Penso que na altura, nós entendemos todo, mas depois fica a dúvida, será que entendi bem? Se houver um livrinho, talvez ajude”. (C4)

“Talvez deixarem um esclarecimento por escrita com toda a informação que nos vão dando, ou seja, como nos dão um manual da grávida, um manual da puérpera, deixarem também um manual do bebé... Bem, sei que tem informação nos manuais que nos dão, mas acho que mais informação seria útil essencialmente para mais de primeira viagem, como eu.” (C9)

Um dos casais verbalizou a pertinência da visita ser realizada sempre pelo EF, pois facilita a comunicação e a criação de um clima de confiança, gerador de autonomia e bem-estar psicológico. Noutro relato evidenciou-se a importância de uma maior articulação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários, de forma a promover a comunicação e a continuidade dos cuidados.

“Como disse acho importante que vão a casa..., mas devia ser sempre o enfermeiro de família, tenho pena é que não tenha ido lá a casa a minha enfermeira... teria sido muito diferente... já temos uma relação que me faz sentir à vontade para falar, entende? Dá-me segurança e sinto-me mais tranquila. Sabe, não me importava de ir ao centro de saúde fazer o teste do pezinho e depois ela vinha a casa, entende?” (C2)

“Em termos de comunicação, não sei se da parte dos hospitais há tanto cuidado...em promover a comunicação com o centro de saúde, que eu acho ai sim seria importante, mas também sei que os hospitais estão superlotados e não é fácil.” (C5)

#### **4.2.2 Vivências do enfermeiro de família**

O confronto com as vivências permitiu conhecer as intervenções implementadas pelo enfermeiro de família na visita domiciliária no pós-parto, a forma e os recursos mobilizados para a sua



operacionalização (subcategoria **atividades e estratégias**) e, possibilitaram ainda, compreender sentimentos, significados e obstáculos a sua prática (subcategoria **benefícios e dificuldades**).

### **Atividades e estratégias**

As atividades e estratégias incluem informações úteis sobre a esfera de ação da equipa de enfermagem no âmbito desta intervenção e proporcionou a perceção mais ampla da abordagem efetuada no domicílio.

Os enfermeiros fizeram referência à visita como um meio oportuno de vigilância, prevenção e promoção da saúde da puérpera-RN. Identificaram na sua prática ações de avaliação de bem-estar físico e psicológico e de possíveis situações de risco, bem como, ensino e partilha de conhecimentos ajustados às reais necessidades, promovendo a autorresponsabilização em saúde e a ajuda efetiva e consecutivamente a mudanças de comportamento conducentes a mais e melhor saúde da mulher e da criança.

“Como pegar no bebé, como pô-lo no colo, será que ele está bem amarrado, será que não está, será que ele vai cair, será que não vai, então se ele rebola, e ele vira-se, e estes ensinamentos são todos feitos nesta visita o que vai permitir depois todo... vai permitir adequar o espaço as necessidades do bebé, a temperatura e o ambiente físico...” (EF1)

“(...) ajustando-os às verdadeiras necessidades da puérpera e da sua família, permitindo que eles cresçam, que fiquem autónomos” (EF4)

“(...) principalmente a prevenção de complicações e de situações, nomeadamente a alimentação que a mãe está a fazer ou a não estão a fazer... os cuidados as mamas.” (EF6)

“Sabes acho importante ir falando que mudanças irão viver nesta fase de transição para que já estejam mais despertas, por isso...falo sempre no cansaço, na dor associada aos pontos e ao dar de mamar que podem sentir, da vontade de chorar por tudo e por nada... assim, tento também ver como reagem e tento perceber se a nível emocional as coisas também estão bem...” (EF7)

Descreveram ainda, intervenções no âmbito da observação da mãe e do bebé, realização do teste do pezinho, alimentação, eliminação, higiene e conforto, vestuário, sono e repouso, afeto e vinculação, adaptação ao papel parental, segurança e prevenção de acidentes, sexualidade e vigilância de saúde.

“(...) a forma como a mãe se relaciona com o bebé, como comunica com ele...” (EF1)

“(...) eu pergunto como correu o parto, elas gostam sempre de falar como correu o parto, contar essa experiência.(...) já levo as primeiras consultas marcadas, a avaliação do peso, se for necessário, já levo essa programação toda no papelinho e entrego para a puérpera ficar descansada com essas marcações, que normalmente a tranquiliza muito. Porque é logo as primeiras coisas que ela me pergunta, quando é que tem que vir, quando é que são as primeiras vacinas e eu falo logo nisso. Também falo nas relações sexuais, aproveito um pouco que está ali o marido para dizer, para aconselhar, pronto, a pílula também é importante, e elas também já vêm com essa indicação do hospital, têm sempre a dúvida de quando iniciar, reforço sempre essa ideia, escrevo num livrinho, por vezes entrego também panfletos,” (EF2)

“Na visita explico os cuidados com o recém-nascido, como a alimentação a higiene, hábitos intestinais e cólicas e faço o teste do pezinho...” (EF4)

“(...) os cuidados ao recém-nascido, nomeadamente os de higiene, o coto, numa mãe de primeira viagem, o coto é uma confusão, os cuidados ao coto, o banho, os cuidados à pele, porque eles vêm com aquela pele muito seca e elas às vezes assustam-se, a amamentação é outro tema transversal às visitas, que .... normalmente, quando elas ainda vêm a amamentar vamos dando suporte, fazendo vigilância do peito, vigilância da mama, tentar corrigir um bocadinho uma pega, quando elas vem com leites adaptados, vamos tentar descobrir o porquê, qual a quantidade, qual é o leite... (...)os cuidados à episiorrafia, quando ela existe, que muitas delas não tenham noção, porque saem do hospital e não perguntam o que podem fazer, como é para se lavarem, como é para se desinfetar, como é a queda dos pontos.... os cuidados ao penso da cesariana, quando é por cesariana, que normalmente aproveitamos que faça coincidir, com o dia da visita para que ela não tenha que vir cá no dia seguinte fazer o penso...” (EF5)

A preocupação em solicitar a presença e o envolvimento da família como parceira dos cuidados à díade mãe-bebé, facilitando assim, a sua interação com a criança, foi uma constante nos discursos destes sujeitos participantes.

“É algo que falo mesmo durante as consultas de saúde materna: quando lá for a casa, se o pai e a restante família conseguir estar presente era muito bom... assim todos podem ser envolvidos a tratar do bebé, o que facilita o relacionamento, a interação com o bebé. Quando estão presentes tento esclarecer as suas dúvidas, tento que o pai mude a fralda, tento que o pai preste cuidados, penso que é importante, muito importante (...) o foco dos cuidados é o bebé e a sua mãe, mas depois tento envolver a família no seu cuidado.” (EF1)

“Até porque já não é a primeira nem a segunda vez que nas primíparas, principalmente, não é, são os pais, as avós que dão o primeiro banho porque têm medo, pronto, e aí acaba por ser um bocadinho o suporte e pronto, e temos mesmo que as envolver porque elas fazem mesmo parte dos cuidados, pelo menos naqueles primeiros tempos. A nossa missão é ajudar a cuidar do bebé, cuidar daquela mãe e por isso, envolvo todos para o concretizar com sucesso (...) a família é um importante recurso nos cuidados de enfermagem e devemos incentivar a sua presença de forma a facilitar a vivência desta fase difícil... de forma a existir um boa interação entre os membros da família e o bebé.” (EF4)

Algumas intervenções ao nível da avaliação do ecossistema familiar foram mencionadas pela equipa de enfermagem da USF Barrinha, de forma a avaliar as condições habitacionais e assim minimizar os riscos e identificar a composição do agregado familiar e dos recursos promotores da adaptação. As orientações relativas às alterações da dinâmica familiar, de forma a ajustar os papéis e funções das pessoas significativas, foram destacadas por estes profissionais.

“(...) é verificar todo o ambiente da habitação e a rede de apoio (...) vou perguntando, vou observando o ambiente, (...) como comunica com os outros filhos, com o marido...” (EF1)

“(...) tentar perceber quem é que é o agregado familiar dela efetivamente e não aquilo que aparece no computador, isso acho que é o ponto importante para nós chegarmos lá e vermos a tia ou vizinha e depois não sabemos muito bem a quem nos dirigir.” (EF4)

“Eu normalmente falo muito, das atividades de vida doméstica e de vida diária no momento do pós-parto, que eu acho que elas como pensam que vão ficar em casa, e têm muito medo de ficar em casa sem fazer nada, e então tentar dar um pouco a volta, e às vezes quando estão as familiares perto, as mães e ou as sogras, que elas não podem impor a

teoria delas numa primeira mãe, e que a melhor forma de ajudar é levar a roupa para lavar, é passar a roupa a ferro, é levar a comida pronta, pois nesta fase de adaptação é muito complicada” (EF5)

“(…) e além disso permite-nos fazer questões, observar a casa, as dinâmicas e vínculos familiares.” (EF6)

A relação terapêutica emergiu como um elemento central no processo de cuidar e no êxito da VD, na medida em que a promoção, prevenção e restabelecimento da saúde assenta em relações interpessoais significativas. A relevância do trabalho de parceria e respeito pela vontade, capacidades e papel ativo da família, centrado numa relação e num tipo de cuidados transpessoal, baseados nos princípios da comunicação e da ética, foi salientado pelo profissional de enfermagem.

“Tenho sempre esse cuidado também de verificar que tipo, pronto, que tipo de linguagem tenho que utilizar para fazer passar essa mensagem dos cuidados que, pronto, não vou usar termos muito técnicos quando sei que a senhora não, pronto, requer uma linguagem mais simples. Aliás, já a conheço da gravidez, já sei perfeitamente como é que a devo abordar para fazer passar essa mensagem.” (EF2)

“E depois outra estratégia é a relação de diálogo, de ajuda que vamos estabelecendo ao longo das consultas que permite melhorar a nossa assistência, a nossa ajuda...” (EF3)

“(…) e depois é o diálogo, penso que a relação enfermeira-família, enfermeira- puérpera é muito importante e que nós com uma boa relação, que normalmente é atingida, não acho que seja assim tão difícil. Acho que com o diálogo, com a conversa, com o passar exemplos de outras crianças, de coisas que já vivemos, elas acabam por adquirir, ouvir e também questionar quando tem dúvidas.” (EF5)

“A relação que estabelecemos na gravidez também ajuda e muito, pois permite termos mais à vontade para perguntar e elas para responder, portanto, na minha opinião, isso será uma das estratégias.” (EF6)

“Como já fiz o acompanhamento do pré-natal, a confiança que existe facilita muito mais a realização da visita, ou melhor, uma melhor ajuda no desempenho do papel de mãe e de pai, não é? Não vão interpretar como uma invasão, mas sim como uma ajuda verdadeira.” (EF7)

Os enfermeiros são consensuais na atribuição de importância ao planeamento da visita, descrevendo ações de preparação desde o período pré-natal, destacando o seu papel de suporte social, que promove o estabelecimento de uma relação potenciadora de confiança, aceitação e consequentemente, o sucesso desta intervenção domiciliária.

“(…) o planear os cuidados já é uma coisa que já vem de traz, já no momento da gravidez, sendo grávidas cá seguidas, e a maioria são, nós já estabelecemos uma ligação, nós já as conhecemos, já conhecemos as dificuldades... é mais fácil e vantajoso(…)” (EF5)

“É assim, o planeamento começa logo durante, preferencialmente durante o acompanhamento da gravidez, porque já... falo o que é que consiste a visita, se há aceitação prévia ou não e já ficamos mais ou menos estabelecidos de ir a casa.” (EF6)

Os discursos evidenciaram ainda, a preocupação em informar a família sobre a importância de comunicar precocemente o nascimento, de forma a programar a intervenção domiciliária de acordo com ritmos familiares e a disponibilidade da equipa de enfermagem. A recolha de dados

neste primeiro contato assumiu um lugar de destaque, na medida em que possibilitou ampliar o conhecimento sobre o parto, sobre a mãe, o bebê e as principais dificuldades familiares e assim, promover esta atividade. Similarmente, a análise de informação nos diversos sistemas informativos foi também, referida como um recurso facilitador.

“(…) durante as consultas, normalmente aconselhamos a utente na altura de alta para nos contactar que é para nós termos tempo de podermos programar e preparar a visita domiciliária, de acordo com o nosso serviço e com as preferências do casal. (EF1)

“Vou já com uma ideia como correu o parto, como está a correr o regresso a casa e das suas dificuldades porque já consultei os dados do hospital e perguntei a quem veio marcar a visita, entendes?” (EF3)

“Logo se nos contactam previamente já podemos recolher alguma informação que nos ajude, nomeadamente sobre o tipo de parto, como está a mãe, se o bebé está a mamar bem, quais as dificuldades que estão a sentir.. com indicações se a mãe está muito nervosa, se está muito stressada, se está com dificuldades na amamentação, porque eu pergunto sempre à pessoa... pretendo que quando eles venham fazer a inscrição que haja sempre um contacto prévio comigo, o familiar que venha, marido, pai, mãe, sogra, o que seja, porque aí já nos dão uma perceção de como é que têm sido os primeiros dias, o que me ajuda na visita...” (EF6)

O espaço para treino surgiu como uma ferramenta eficaz na promoção da parentalidade na visita domiciliária, na medida em que permitiu a prática dos conhecimentos transmitidos e a promoção da capacitação e da autonomia parental, através da aquisição de competências pessoais e familiares.

“Mas eles é que têm que fazer, não sou eu que vou fazer, porque nos dias a seguir eu não estou lá, e assim que eu chego, estou lá, ajudo no que for preciso, respondo às dúvidas que são precisas, mas são os pais que fazem, a mãe e o pai, eles é que mexem, eles é que viram, eles é que... eles é que têm que fazer tudo à minha frente (...) Olhe, ele não agarra bem na mama. Então ponha a mama fora, sente-se com ele e mostre-me como é que faz para ele agarrar a mama. É assim que eu faço. Olhe, então e como é que eu desinfeto? Ok, pegue no bebé, pegue no material que lhe disseram que tem que utilizar e faça como lhe ensinaram a fazer.” (EF3)

“Mas eu tento que seja uma conversa aberta, em que ela coloca toda as suas dúvidas e às vezes não lhe digo: “olha, faz” ... às vezes não, eu normalmente não digo: “olha, faz assim, é assim que se faz..” Normalmente eu aconselho, mas também pergunto: “olha, e como é que estamos a fazer?” Pronto, que é para não lhe dizer que está totalmente errado, mas tentar orientá-la da melhor... dou-lhe espaço para fazer e depois dão sugestões, acho que assim é melhor...” (EF4)

O fornecimento de orientações em suporte escrito emergiu como uma estratégia utilizada por estes profissionais de saúde, de forma a direcionar e sistematizar o conhecimento a transmitir.

“(…) por vezes entrego também panfletos, nem sempre temos disponíveis panfletos interessantes, mas entrego sempre um guia cuidar do bebé, que eu gosto muito, que fala sobre as principais dificuldades no primeiro ano de vida, as febres, o banho, as constipações, como ajudar os pais, acho superinteressante e acho que tem uma linguagem acessível, o que é importante também” (EF2)

“(…) e sirvo-me disso para me orientar nos ensinamentos da puérpera, pronto. Deixo ficar com ela, mas não o deixo simplesmente ficar, vejo com ela no livrinho todos os pontos e falo com ela sobre esses temas. (EF4)

“(...) levo panfletos, levo sempre aquele livrinho, aquele livrinho dos cuidados durante a gravidez, que tem os cuidados todos ao recém-nascido, costumo deixar ficar sempre.” (EF7)

### **Benefícios**

A subcategoria benefícios inclui as vantagens da realização da visita na perspectiva dos prestadores de cuidados e permitiu compreender a importância que os mesmos atribuem aos cuidados realizados no domicílio.

Os enfermeiros salientaram que permite um cuidar próximo, potenciando relações mais estreitas entre a família e a equipa de saúde e uma maior aproximação e comprometimento profissional, facilitando deste modo, a partilha de informação e de sentimentos e gerando bem-estar em todos os intervenientes, na medida em que este encontro se processa no ambiente descontraído onde a família tem o controlo da situação.

“E depois penso que permite fortalecer os laços entre puérpera e a enfermeira de família, porque ir a sua casa, não só nos dá informação, mas permite um maior esclarecimento de dúvidas, os pais sentem-se mais a vontade para perguntar e nós podemos exemplificar no seu ambiente, muitas vezes mais vale uma imagem do que mil palavras...” (EF2)

“(...) então o facto de a gente lá ir a casa facilita-lhes imenso a vida e permite-nos reforçar a relação que temos com eles, pois eles abrem-nos a sua porta, abrem-nos a sua casa. Facilita, elas gostam imenso, e nós também, apesar de nos exigir mais.” (EF3)

“Mas também acho que nos ajuda a criar uma relação mais próxima, não é? Se calhar... fomenta mais uma proximidade entre a família e o enfermeiro. (...). Sei lá, acho que se estabelece uma relação de mais, de confiança, não é?” (EF7)

Os discursos fizeram referência a um cuidar holístico, onde é evidente a preocupação em perceber de forma integral a família, no seu espaço social, incluindo o seu contexto socioeconómico e cultural, considerando que é nela que ocorrem interações que influenciam a saúde. Assim, o domicílio emergiu como um local privilegiado para a observação da dinâmica familiar e respetivo contexto, possibilitando um cuidado de parceria, mais abrangente e personalizado às necessidades, recursos e valores familiares.

“O profissional de saúde leva in loco consegue uma visão mais alargada dos problemas da família e das possíveis formas de resolução, promovendo a sua independência, a sua capacitação num trabalho em conjunto” EF1

“É importante ver como lidam com o bebé, qual a sua opinião as suas expectativas, quais as condições da casa e de todo o que o envolve o cuidar do bebé de forma a individualizarmos os cuidados e esta visita ajuda, não é uma questão de números ou indicadores para uma questão de prestação de cuidados de forma holística e em cooperação.” EF3

“(...) é das únicas oportunidades que nós temos de abordar a família no seu todo, em pleno, temos a hipótese de estar não só com a grávida e não só com o recém-nascido, mas também de os ver envolvidos no seu ambiente familiar, na sua casa, nas suas condições, ver quem é que mora com eles, ver até como é que se organizam com família, de os convidar a fazer e nós não temos oportunidade de ver nada disso. (...) no centro de

saúde, é totalmente diferente, deixa muito a desejar em relação àquilo que nós observamos efetivamente em casa...” (EF4)

Em várias respostas estes profissionais destacaram ainda, o cuidar humanizado decorrente desta atividade de enfermagem, pois na sua perspectiva potência o estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda, fundamentada na ética e no respeito pelos direitos dos beneficiários, e no reconhecimento da liberdade, vontade, valor e capacidade da família para progredir e se tornar autônomo, que potencia a parentalidade positiva.

“(...) formando um ambiente mais humanizado, que permite mais tempo para o atendimento do que na instituição de saúde, o que viabiliza uma melhor intervenção do enfermeiro na capacitação dos pais para tomar conta do filho.” (EF1)

“Permite ao enfermeiro humanizar o cuidado, ajustando-o as verdadeiras opiniões e prioridades da puérpera e da sua família, permitindo que eles cresçam, que fiquem autônomos.” (EF4)

Nas suas narrativas existiu congruência na definição da VD como uma intervenção de cuidar de qualidade, resultante do cuidar próximo, holístico e humanizado, e o domicílio como meio facilitador da promoção de ganhos em saúde, pois facilita uma intervenção efetiva e de sucesso junto da família na sua adaptação a esta fase da vida.

“Na minha opinião, a visita domiciliária é fundamental para a prestação de cuidados de excelência (...) já é um ganho em saúde o facto de nós conseguirmos evitar a saída desta criança, uma vez que eles só são vacinados aos 2 meses.” (EF3)

“Por isso acho que, de facto, desde que fazemos visitas, que já tem uns aninhos, então desde o início da unidade de saúde familiar, para o momento antes, que não fazíamos as visitas, a visita é uma mais-valia, permite a prestação de cuidados com melhor qualidade.” (EF5)

“Que na minha opinião está muito ligada ao sucesso e a qualidade da assistência que prestamos. Acho que a visita domiciliária fomenta isso: qualidade de cuidados.” (EF7)

### **Dificuldades**

A par dos benefícios, os sujeitos participantes relataram algumas barreiras à efetivação e sucesso da visita relacionadas com a equipa de enfermagem, mas também com os beneficiários dos cuidados.

Os profissionais compreenderam a visita domiciliária como uma estratégia comunitária que requer um trabalho cuidadoso, sistemático e abrangente, de forma a otimizar o bem-estar dos recetores de cuidados, assim identificaram como principais dificuldades na sua efetivação com sucesso, a gestão do tempo na visita, de forma a realizar uma abordagem holística da família, ressaltando que em tempo de férias esta dificuldade aumenta, visto que têm a obrigação de assegurar a continuidade e qualidade assistencial com menos profissionais, no entanto reconheceram o esforço de toda a equipa de enfermagem para a operacionalização deste cuidado com êxito.

“É mesmo o limite temporal de toda a nossa assistência de enfermagem que condiciona um bocadinho os resultados desta visita.” (EF1)

“Porque eu gostava que as visitas fossem de pelo menos uma hora, uma hora e meia, acho que era o tempo ideal e por vezes isso acontece, às vezes tenho que conciliar a visita em 30 minutos, 45 minutos, às vezes até menos, e isso é um obstáculo para mim. Porque fazer tantos ensinamentos, porque acho que é pertinente os ensinamentos e responder às perguntas que normalmente são bastantes, e aproveitar o facto de estar em ambiente familiar para observar certas coisas que ela me ia falando da gravidez...” (EF2)

“A parte mais difícil é nos períodos de férias, porque o trabalho também, dobra, mas eu penso que todos fazemos esforço para ir lá e realizá-las.”(EF5)

“ (...) combinarmos uma visita domiciliária requer tempo e requer os nossos recursos a nível de gestão de atividades aqui na unidade para podermos nos ausentar.”(EF6)

A articulação com os cuidados de saúde diferenciados foi também mencionada como um obstáculo à realização da visita, uma vez que não permite a informação atempada sobre o nascimento e a alta e consecutivamente, o agendamento da visita de acordo com os *timings* propostos para a execução do teste de Guthrie.

“(...)o facto de às vezes nos avisarem também muito, por exemplo, avisam-nos a uma quinta, uma quinta-feira em que eu tenho que ir lá na sexta, pronto, e às vezes tenho tudo ocupada, e realmente para mim é um transtorno avisarem-me em cima do joelho que tem que ser na sexta, por exemplo. Os *timings* também da realização do teste do pezinho também são um obstáculo, pronto, porquê? Porque queremos conciliar tudo perfeito que é fazer o teste do pezinho e fazer a visita domiciliária, pronto, às vezes isso também pode ser um obstáculo os *timings* que temos que cumprir.” (EF2)

“(...) porque a grande dificuldade que nós temos às vezes é as notícias do nascimento não chegam, os pais portanto, têm de ser mesmo os pais a virem falar connosco.” (EF6)

Um dos profissionais evidenciou a ausência de possibilidade de executar a intervenção domiciliária nesta fase do ciclo de vida, a famílias a residir fora da área de influência da instituição de saúde, por motivos inerentes à política de redução de custos nos serviços de saúde.

“(...) porque há aquelas pessoas que são longe, que são de longe, se não são do concelho nós não conseguimos fazer, mas todas essas, todas as outras têm aderido muito... têm aderido bem. Nós como fazemos as visitas de táxi só temos autorização de andar no táxi dentro do Concelho de Ovar, neste caso. E mesmo assim, mesmo dentro do concelho, utentes que sejam por exemplo de Válega, de Ovar, já é preciso pedir uma autorização especial se quisermos mesmo fazer essa visita, temos que pedir uma autorização especial para ir, porque já é um custo mais elevado.” (EF7)

Em várias respostas os enfermeiros fizeram referência à boa aceitação da visita por parte dos casais, declarando que a grande dificuldade surge nos casos sociais, em que estes demonstram resistência na sua efetivação.

“Porque a nível de os utentes quererem, só mesmo os casos sociais é que evitam ao máximo as visitas domiciliárias porque sabem ou temem que não esteja tudo nos conformes, pronto. Só esses é que às inventam que...e acabam por não querer, por não querer a intromissão na vida privada.” (EF2)

“Aliás, um dos problemas com os quais eu me tenho deparado na visita domiciliária é precisamente com as pessoas carenciadas, as pessoas de menores recursos têm muita, fazem muita reticência a que lá vá fazer a visita domiciliária elas não querem que eu veja a casa, as condições, não querem, não querem...” (EF3)

Algumas enfermeiras citaram ainda, a desconfiança de algumas famílias não vigiadas na unidade, quando informadas da possibilidade de ser efetuada a visita domiciliar.

“ (...) aquelas senhoras que não são cá seguidas, podem sentir a sua privacidade um bocadinho invadida, mas também, não sendo cá seguidas, nós compreendemos, elas não nos conhecem (...)” (EF5)

“É assim, depende do casal e provavelmente se não tiveres contato prévio, se não seguirem a gravidez, poderemos ter ali... Não tenho tido essas situações pelo menos ultimamente, casais que... “Ah, mas vão a casa?” Há aquela questão da dúvida, tipo, porque não fizeram cá a gravidez, não têm esse acompanhamento. E que estranham assim um bocadinho a ideia, mas por acaso depois têm a parte da surpresa. Tipo estranham, mas é uma surpresa boa.” (EF6)

## 4.2 Enfermagem de família

Esta dimensão fornece uma visão geral sobre o cuidar do enfermeiro de família na parentalidade e inclui a participação intelectual ativa dos sujeitos participantes, espelhando a sua opinião, significados e sentimentos sobre as mudanças dos cuidados de saúde primários, dando resposta aos objetivos inicialmente traçados.

### 4.2.1 O olhar do casal

Esta categoria compreende os aspetos mais valorizados pelo casal na implementação da filosofia de trabalho por enfermeiro de família (**aspetos positivos**), as qualidades que reconhece a esse profissional (**atributos**) e a forma como este cuida a família na adaptação à parentalidade (**abordagem familiar**).

#### Aspetos positivos

Esta subcategoria engloba a valorização do casal ao acompanhamento efetuado sempre pelo mesmo elemento de enfermagem nesta etapa do seu ciclo de vida.

Nos relatos foi notória a consciencialização dos casais sobre a figura EF, bem como, o reconhecimento das mudanças organizacionais e funcionais dos serviços de enfermagem e a sua implicação positiva na prática dos cuidados.

“Eu já a conhecia, das consultas de diabetes da minha avó... é bom termos uma enfermeira de família.” (C6)

“Não parece mas nós chegamos aqui de mês a mês e a enfermeira tem sempre... está a par dos nossos casos e do que se passou anteriormente, é sempre muito bom. Enquanto se fossemos atendidos por um ou por outro... não sabia muito bem o que se tinha passado e tinha que andar a ler tudo e tínhamos que explicar tudo. É muito mais...” (C8)

“Para mim ter uma enfermeira de família é recente, antes eramos atendidos por qualquer enfermeira. Assim é melhor, ela já nos conhece! É melhor do que chegar aqui e sermos vistos por um e depois por outro.” (E9)



Apenas um casal verbalizou ausência de conhecimento sobre a existência da filosofia de trabalho por enfermeiro de família nos cuidados de saúde primários, dado que até ao momento da vigilância da gravidez permanecia inscrita noutra unidade de saúde, onde não se trabalhava segundo esta metodologia.

"Eu por acaso antes de começar o seguimento da gravidez, não sabia que existiam enfermeiros de família... sabia que havia médico de família... Vim transferida de outra unidade para este Centro de Saúde, mas gostei bastante..." (C1)

As competências relacionais constituíram um aspeto positivo indicado pelos casais, definindo-o como um amigo, uma pessoa com quem podem contar, um profissional de referência simpático, disponível e importante no acesso aos cuidados de saúde. Assim, o estabelecimento de uma relação de ajuda foi destacada como um elemento crucial na adaptação à parentalidade, demonstrando a importância da presença e do trabalho de ensino e apoio ajustado as necessidades por parte deste elemento da equipa multiprofissional.

"Ela sempre esteve disponível para me ouvir, já nas consultas de grávida. (...) É alguém que nos dá confiança... é alguém com quem posso falar, que me ouve e depois me ajuda. É uma espécie de relação de amizade." (C3)

Terem a disponibilidade de um profissional de saúde, que de uma forma muito próxima, nos vai esclarecendo e tem uma disponibilidade, para nos esclarecer nas dúvidas do dia-a-dia, e nos fazem, no meu caso em particular, nos fazem um atendimento com uma regularidade bastante grande e pronto, tem sempre um contato sempre disponível para nós colocarmos as dúvidas... é fundamental." (C5)

"A enfermeira diz sempre: sempre que precise de alguma coisa venha cá, não hesite. Esta atitude de disponibilidade facilitou muito porque precisámos, às vezes assim de uma pessoa que viesse ter connosco e que nos ajudasse e explicasse, assim, calmas, sentadas como fazer as coisas...(...) Sempre foi muito compreensiva, muito disponível e muito aberta a ouvir as minhas dúvidas, até me elogiava pela minha preocupação e pela minha organização. O que muito valorizei, foi o facto de termos tempo para falar, para fazer e para pensarmos no que estávamos a dizer e a fazer. Não era a correr, foi adequada ao meu ritmo, às minhas dúvidas..." (C9)

"Esteve sempre pronta para ajudar. (...) Sabe mesmo que eu tenha dúvidas eu ligo para ela e tenho a resposta logo. (...) Esta sempre pronta para nos ouvir, esclarecer e ajudar." (C11)

Da mesma forma, as competências técnico-científicas foram sublinhadas, revelando a eficácia e o profissionalismo do enfermeiro e a prestação de cuidados assertivos e facilitadores da adaptação positiva a esta fase do ciclo vital.

"Aliás, a minha experiência foi de que, muitas questões que eu nem me colocaria, porque nem me lembraria, a enfermeira, no caso a enfermeira que me atendeu, tinha todo prontinho, todo preparadinho, e cada sessão em cada deslocação cá, ela tinha já informações para dar, questões que eu muitas vezes não me lembrava e ela ia colocando e isso ajudou, ajudou imenso a orientar e a vivenciar." C5

"Estou muito satisfeita com a minha enfermeira, pois ela planeou todo desde o início da gravidez... é muito organizada e assertiva." (C7)

"Acho que no fundo é quem acaba por ter mais encargos e acaba por ajudar mais na solução...acaba por ser a enfermeira...sem dúvida!" (C9)

A acessibilidade foi um dos benefícios mais sublinhados, associada à flexibilidade nos horários de atendimento e à pontualidade, como uma dimensão indispensável à qualidade dos cuidados e à promoção da relação de empatia entre os profissionais e os utentes.

“Tem sempre em conta a minha disponibilidade e do meu marido para agendar as consultas.” (C1)

“ (...) nas consultas grávida e na visita tiveram em atenção o horário, o dia para me visitarem...” (C3)

“ (...) é muito pontual, raramente se atrasava. Quando acontecia, pedia sempre desculpa.” (C6)

“ Sim, sim... quer na gravidez quer agora. Houve uma altura em que eu precisei de não vir no horário em que ela... que são horários timings certos...que existem para atendimento que entendo perfeitamente e ela atendeu-me num outro horário. Foi muito acessível e flexível.” (C7)

“Uma coisa boa é que normalmente ela não se atrasa. Quando temos uma criança pequena isso é importante!” (C8)

Deste modo, os casais foram consensuais ao atribuírem à organização dos serviços e ao processo de cuidados segundo esta metodologia a qualidade, ressaltando que os EF tiveram em consideração às suas necessidades, exigências e expectativas. Os seus discursos fizeram referência às seguintes dimensões da qualidade: dimensões como efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no cliente, continuidade e respeito.

“Na minha opinião acaba por favorecer os cuidados, pois o acompanhamento é contínuo, começa durante a gravidez, e para nós é mais fácil, sentimo-nos mais seguros e mais satisfeitos com os cuidados” (C1)

“Sim, sem dúvida que é muito bom, não é? Não parece mas nós chegamos aqui de mês a mês e a enfermeira tem sempre... está a par dos nossos casos e do que se passou anteriormente, é sempre muito bom. Enquanto se fôssemos atendidos por um ou por outro... não sabia muito bem o que se tinha passado e tinha que andar a ler tudo e tínhamos que explicar tudo. É muito mais... Sim, sem dúvida, é mais fácil. Se não fosse assim era mais complicado e demoraria mais tempo.” (C8)

“Sentimo-nos mais seguros, mais à vontade, ela já nos acompanha desde o início....temos mais à vontade com ela!!! Se estivesse sempre a mudar, se calhar não estávamos tão a vontade para falar.” (C11)

De uma maneira global, mencionaram um cuidar de excelência a nível relacional, associado a demonstrações de interesse, dedicação, compreensão, apoio, simpatia, respeito, educação e confiança. Também, a qualidade do serviço prestado pela instituição foi citada por um casal, valorizando a eficácia do atendimento pela equipa da USF Barrinha.

“Uma pessoa muito atenciosa, muito amigável, conscienciosa, pronto....para mim é uma enfermeira muito boa.... a maneira como ela me trata...sempre a rir-se, sempre a falar comigo ...” (C2)

“Foi todo bom. Estou muito satisfeita com o Centro de Saúde e com a enfermeira de família e com a visita. Foi muito bem atendida. O atendimento pela equipa foi muito bom, ajudou-me a ser uma melhor mãe! (...) É alguém que nos dá confiança... é alguém com quem

posso falar, que me ouve e depois me ajuda. É uma espécie de relação de amizade. Sei que a minha enfermeira de família está sempre disponível para me ajudar...” (C3)

“Foi bom ser cuidado por ela, deu-me segurança porque sempre que precisei ela esteve lá, não só para pesar o bebé e ver o seu desenvolvimento mas essencialmente para me ensinar, para me ouvir para me esclarecer.” (C4)

“Acho que ela também tem a preocupação com nós, a situação em nos encontramos e tenta ajudar sempre da melhor maneira possível.” (C11)

Ainda relativamente à qualidade do atendimento nos serviços de saúde, mais especificamente no que se refere aos cuidados de enfermagem, houve referência a uma diferenciação, pela positiva, dos serviços de saúde públicos.

“(…) fiz as ecografias como uma médica com a qual fiz o estágio no hospital da Feira, o M. também está a ser seguido por uma pediatra, mas eu não dispense o seguimento cá. Muitas pessoas perguntam-me porquê? Porque de facto, nós no privado não temos o aconselhamento que temos a nível de enfermagem, como temos aqui. E isto é uma realidade que também eu já conhecia do local onde trabalhava e que aqui pude também verificar que é igual. (...) A enfermeira teve sempre o cuidado de me ouvir, de ouvir o meu marido, a minha sogra e saber que informação tinha do privado e só depois dar pistas sobre alternativas de resolução de problemas.” (C10)

### **Atributos**

Os atributos incluem as características reconhecidas pelos casais aos enfermeiros de família que resultaram na intervenção deste profissional no processo transicional da parentalidade.

Subsistiu coesão entre os sujeitos participantes ao evidenciarem o trabalho do enfermeiro como elo de ligação no seio da equipa multidisciplinar. Nas narrativas destacam a comunicação entre pares, de forma a cumprir o princípio de cooperação, inerente aos objetivos da acessibilidade, globalidade e continuidade de cuidados e ao princípio de solidariedade, onde cada elemento da equipa garante o cumprimento das obrigações dos demais elementos do mesmo grupo profissional, de forma a potenciar a transição saudável da família.

“Mesmo quando ela não está, a colega está a par da nossa situação.... tem o cuidado de transmitir à colega ou então deixa também a informação com a nossa médica... pois, a nossa médica está sempre a par de todo, a enfermeira conta-lhe...” (C1)

“Ela não estava por causa do horário, mas o colega já sabia...chamaram logo o médico para me observar, fizeram o teste do pezinho e agendaram depois a visita a minha casa. Essa sim já feita pela minha enfermeira de família.” (C3)

A comunicação multiprofissional emergiu também nos discursos, como um meio de articulação e complementaridade, com a finalidade de assegurar os compromissos de acessibilidade e de qualidade dos cuidados, destacando-se uma evidente relação de proximidade com a equipa médica.

“(..) e o mais importante é que a enfermeira comunicava também à minha médica todo o que se passava. (...) porque facilita a articulação com o médico de família, ou seja, quando tivesse a primeira consulta, a minha médica já estava a par das minhas dificuldades e do que tinha sido feito para as ultrapassar.” (C4)

“Não tenho razão de queixa de nenhuma enfermeira, até porque já foi atendida por outras porque a enfermeira atrasara-se num domicílio e a colega já sabia que o meu filho estava a perder peso e o que estávamos a fazer para corrigir a situação.” (C8)

A importância deste elemento no estabelecimento de parcerias promotoras da parentalidade positiva foi notória nos relatos dos casais, revelando o seu trabalho de articulação com as diversas unidades funcionais do ACeS ou de outras instituições de saúde, de forma a garantir o acesso a recursos comunitários determinantes da adaptação.

“Porque eu tirei metade dos pontos numa vez e noutra vez tirei a segunda parte, a outra metade. E eu estava muito inchada e sentia-me com muitas dores e estava a ficar mal disposta e a Enfermeira quando ... viu mandou-me diretamente para o hospital, para o hospital da Feira. (...) mandou-me para o hospital com uma carta para os colegas” (C8)

“Foi o elemento de referência, articulando-se com a restante equipa multiprofissional para dar respostas às minhas necessidades. Não só a médica de família, mas também com as Enfermeiras do Curso de Preparação pré e pós-parto, ...” (C9)

Os sujeitos participantes reconheceram ainda, o EF como um prestador de cuidados, que realiza consultas específicas na unidade de saúde e em contexto domiciliário, com base num pensamento cuidadoso e contínuo desde a conceção até à velhice, e por isso impulsionador da vivência saudável deste processo transicional.

“Na vinda lá casa, a enfermeira prestou-me cuidados a mim e ao meu filho... ajudou muito a superar as dificuldades...” (C1)

“Na primeira consulta com a enfermeira de família no Centro de Saúde ela viu o bebé... pesou o bebé... marcou as consultas seguintes.” (C2)

“A enfermeira de família é um profissional que presta cuidados aos membros da família, que facilita a integração de um novo membro, que faz um acompanhamento contínuo ao longo das consultas de planeamento familiar, vigilância da gravidez... e assim contribui para a nosso bem-estar” (C10)

Igualmente a função de promotor da saúde foi evidenciada, descrevendo ações de enfermagem centradas na promoção, proteção e prevenção, ajustadas às suas necessidades e projetos de vida, através de atividades de educação para a saúde, manutenção e restabelecimento da saúde dos indivíduos e famílias.

“Ajudou-me a resolver os problemas, mas também os antecipou, de forma que eu os pudesse prevenir ou mesmo se não for possível, quando acontecessem eu já os soubesse resolver.” (C1)

“O enfermeiro de família é...como é que eu vou explicar...como é que eu vou explicar...a enfermeira de família...pronto...vem-nos ajudar à nossa saúde, não é? ajuda à minha saúde e à saúde de todos os utentes que vêm cá ao centro de saúde e a quem ela atender... (C2)

“Pois a enfermeira não só me prestou cuidados a mim como ao bebé, mas também me ensinou a ser capaz de os fazer quando ela não estivesse. Sempre tendo em conta as minhas opiniões e as minhas dificuldades. Deu-me um apoio efetivo, que me tranquilizou. Eu acho importante esta questão da promoção da saúde e da prevenção da doença...” (C5)

Alguns casais atribuíram o papel de coordenador de cuidados a este profissional, devido ao planeamento e execução contínua e sistemática de atividades, bem como à articulação com a restante equipa multiprofissional, de forma a dar resposta às necessidades de saúde dos indivíduos/famílias. A identificação do enfermeiro como elemento de referência e como primeiro recurso na procura de cuidados foi explícita, bem como no exercício seguro, responsável e com consciência na sua intervenção. Assim, a continuidade dos cuidados foi mencionada como uma componente essencial na oferta de bons cuidados de saúde, promovendo o conhecimento e a confiança entre os vários intervenientes e otimizando a qualidade assistencial.

“(…) tinha todo prontinho, todo preparadinho, e cada sessão em cada deslocação cá, ela tinha já informações para dar, questões que eu muitas vezes não me lembrava e ela ia colocando e isso ajudou” (C5)

“(…)ela teve a dermatite seborreica e ficou assim muito inchadita a nível dos olhos, aí fiquei muito preocupada, mas mexi-me logo, liguei a enfermeira e ela aconselhou a ser vista pelo médico. (…) Já a conhecia da gravidez e isso ajudou...ela planeou todo desde o início da gravidez ...é muito organizada e assertiva e os cuidados desta forma são melhores.” (C7)

Acho que a enfermeira fez o trabalho muito sistematizado, ajustado às minhas necessidades...não se esquecendo de ninguém (...) Traça um plano de acompanhamento desde a altura pré concecional até ao nascimento, que se prolonga depois consulta após consulta, que facilita o conhecimento mútuo e serviços ajustados às nossas necessidades” (C9)

### **Abordagem familiar**

As vivências narradas pelos sujeitos participantes revelaram a forma como o enfermeiro cuida a família e permitiram conhecer o foco dos cuidados na intervenção de enfermagem na parentalidade.

A abordagem familiar centrada no domínio da pessoa foi relatada pelos casais, sendo evidente a preocupação em conhecer e envolver a família nos cuidados, desde as consultas de vigilância da gravidez. Porém, afirmaram que o período pós-parto permitiu um encontro com a família de maior qualidade, fomentando uma melhor identificação das suas dificuldades e do nível de envolvência familiar, potenciando assim, um conhecimento mais amplo e um mais adequado trabalho de parceria. Os momentos de aprendizagem direcionados para a mãe e para as pessoas significativas, no âmbito do desenvolvimento de habilidades e sentimento de pertença, foram também citados, no entanto, ações de avaliação e intervenção ao nível da relação familiar não foram partilhadas.

“Já senti, essa preocupação em envolver a família, mesmo durante a gravidez, e isso tranquilizou-me. No entanto, foi mais óbvia depois do nascimento. Por exemplo, para mim foi muito importante explicarem à minha mãe e ela poder treinar os cuidados ao umbigo, eu não era capaz.” (C4)

“A preocupação é saber... o ambiente para o qual a criança e a mãe iriam... quais são os apoios, aí sinto, mas com a mãe, e no caso com o pai quando vinha às deslocações, cheguei a fazer as deslocações com a avó da criança, e aí também. Vim sempre

acompanhada às consultas, portanto houve sempre ali algum contato. Agora o trabalhar especificamente os familiares.... Menos.” (C5)

“Eles também foram envolvidos pela enfermeira, mesmo nas ajudas que me dão. Por exemplo...nas coisas de casa, nas tarefas de casa vão-me ajudando. O meu marido também... pronto, ainda não dá banho, mas está sempre presente, já pegou e assim, mas ainda tem alguns receios que é normal. Mas está sempre presente. É ele que limpa os ouvidinhos, por exemplo. Eles foram envolvidos nos cuidados à bebé e também nas tarefas da casa.” (C7)

“Reconheceu a família como um recurso e um fator de ajuda na adaptação à maternidade, à chegada de um novo membro. (...) As suas ajudas foram importantes e ajudaram ao realinhamento das funções de desempenho das tarefas domésticas e no desempenho do papel de ambos na educação e cuidado ao bebé. O meu marido também ajuda. Ele gosta muito de crianças, para ele o Miguel é uma perdição, tem muito jeitinho... Quando chega a casa estou mais à vontade. No início, como esteve em casa, ajudou-me muito, apreendemos os dois em conjunto” (C10)

A participação dos casais/famílias no planeamento e na execução do plano de cuidados e o respeito pelas suas potencialidades foi amplamente reconhecida pelos mesmos, de forma a permitir uma melhor identificação dos seus problemas e das respetivas soluções. Assim, ficou patente o estabelecimento de uma parceria potenciadora das forças do casal, realizada de forma competente, congruente e empática, na partilha de sentimentos e experiências.

“ (...) foi muito bom, não me julgou, disse que era normal, ouviu-me... E depois, comigo tentamos encontrar soluções. Sou vegetariana e ela sabe que não como carne, e tentou ajudar-me na minha alimentação para que nada faltasse a minha bebé.” (C6)

“Tirou as minhas dúvidas e ela também me ajuda a pensar no assunto.... não me dá soluções, faz-me pensar na melhor forma de resolver. Tenta saber o que já sei sobre o assunto, o que estou a fazer... (...) Foi um trabalho de cooperação entre mim e a enfermeira que funcionou como uma ajuda no cuidado ao bebé, até na organização... da disposição do mobiliário. Tive o papel ativo no cuidado a minha bebé, até porque ela sempre ouviu as minhas opiniões, até porque ela me dizia para eu ler e pensar no assunto e depois falaríamos. Um exemplo foi as vacinas extra. “ (C7)

Ao longo das narrativas foi possível identificar a implementação de algumas estratégias (conversas terapêuticas, elogio e boas maneiras) que promoveram o desenvolvimento desta relação potenciadora das forças, recursos e competências familiares.

Existiu consenso entre os casais na identificação de conversas terapêuticas, como um cuidado fulcral na vivência da parentalidade, valorizando a capacidade a disponibilidade do enfermeiro para ouvir, para expressar e esclarecer as suas dúvidas.

(...) sempre existiu a preocupação em primeiro lugar de me ouvir, de ouvir a minha ideia, ouvir as minhas dúvidas, o que já tinha feito, o que a minha mãe me tinha dito sobre isso e só depois o que deveria de fazer. Ela sempre esteve disponível para me ouvir, já nas consultas de grávida, o que me ajudou a viver este momento. (...) (C3)

“O que muito valorizei, foi o facto de termos tempo para falar, para fazer e para pensarmos no que estávamos a dizer e a fazer. Não era a correr, foi adequada ao meu ritmo, às minhas dúvidas....ajudou-me muito” (C9)

Alguns atribuíram também, importância aos elogios, a educação, delicadeza e cortesia do profissional de saúde, na medida que fomentaram o desenvolvimento de sentimentos segurança, confiança, estabilidade e apoio.

“ (...) sempre com aquela simpatia, carinho e tranquilidade... dá-nos segurança, podemos desabafar sem nos julgar...” (C3)

“É uma pessoa muito disponível, já nas consultas de grávida, sempre simpática... com quem é mais fácil falar, entende?” (C6)

“Acho que a enfermeira me ajudou bastante. Foi... deu-me alguma tranquilidade, dizendo que era capaz, elogiando o meu trabalho.” (C7)

“Sempre foi muito compreensiva, muito disponível e muito aberta a ouvir as minhas dúvidas, até me elogiava pela minha preocupação e pela minha organização, o que facilitou o meu desempenho de mãe.” (C9)

Nos discursos emergiram ainda referências a este profissional de saúde como a entidade corresponsável pelo contínuo de cuidados ao longo do ciclo vital, que acompanham o desenvolvimento e crescimento dos membros da família desde a concepção até à velhice.

“Ela conhece bem a minha mãe das consultas de diabetes e a mim também não só das consultas de grávida, mas também porque me prestou cuidados quando retirei um sinal.” (C2)

“Ela viu-me crescer! Fez-me as consultas em criança, deu-me a pílula, aconselhou-me na gravidez.” (C8)

“Traça um plano de acompanhamento desde a altura pré concecional até ao nascimento, que se prolonga depois consulta após consulta. Ela segue-nos ao longo do nosso percurso de vida!” (C9)

#### **4.2.2 O olhar do enfermeiro de família**

Esta categoria abrange a percepção da equipa de enfermagem da USF Barrinha sobre as vantagens da implementação da filosofia de trabalho por enfermeiro de família (**ganhos**), bem como, das mudanças no cuidar após as transformações organizacionais decorrentes da reforma nos cuidados de saúde primários (**cuidar**), permitindo compreender significados e realizar uma avaliação das suas práticas à luz do pensamento sistémico (**abordagem sistémica**) assim como, identificar propostas de intervenção que possibilitem a melhoria da qualidade assistencial à família a vivenciar a parentalidade.

##### **Ganhos**

Esta subcategoria inclui a descrição dos enfermeiros sobre as vantagens da efetivação desta metodologia de trabalho.

A parceria no cuidar foi mencionada por estes sujeitos participantes como um dos benéficos deste modo de intervenção, na medida em que promoveu a responsabilização dos elementos na sua área de competência e o reconhecimento da especificidade das outras profissões, bem como a articulação e complementaridade entre elas, de forma a atingir o bem-estar dos utentes. Assim,

realçaram a importância de uma abordagem transdisciplinar que ultrapasse as limitações de cada formação específica e que vá ao encontro da complexidade da família e do seu contexto.

(...) promove um verdadeiro espírito de equipa, porque eu sou responsável por aquele utente, por aquela família, logo tenho que planear e prestar cuidados, mas também encaminhar para o médico de família, para a assistente social, para curso de preparação para o parto, só assim consigo de verdade ajudar o utente e a família, entendes?” (EF2)

“Eu acho que veio, que veio ajudar imenso, porque nós antigamente no outro modelo de funcionamento nós trabalhávamos à tarefa, não é? (...) foi uma mudança radical, porque cada uma de nós ficou com uma lista de utentes e passamos a ter a preocupação de cuidar deles nas várias vertentes, nas várias dimensões e isto obrigou a desenvolvermos mais o espírito de equipa, para conseguirmos com sucesso alcançar o objetivo, todos com as suas particularidades de atuação somos importantes.” (EF7)

Afirmaram-se não só como um recurso, mas também como um suporte qualificado em cuidados de saúde, em geral, e de Enfermagem, em particular, o que garantiu uma intervenção de maior proximidade, integralidade e relação de ajuda baseada na confiança, respeito e colaboração, otimizando deste modo, sentimentos de segurança, estabilidade e apoio, mas essencialmente, viabilizando um cuidar holístico e humanizante associado ao crescimento, à autonomia e à responsabilização por parte das famílias a vivenciar a parentalidade. Assim, a existência de um enfermeiro de referência foi apresentada como promotora da excelência no cuidar, não só no pós-parto, mas ao longo do ciclo vital, nas dimensões de eficiência, eficácia, efetividade, acesso, equidade, adequação e continuidade de cuidados, o que possibilitou ganhos em saúde.

“ (...) penso que as famílias ficam mais despertas para o cuidar, (...), se envolver mais com os aspetos de saúde, de virem cá à nossa unidade. Acho que a metodologia de trabalho por enfermeiro de família permitiu uma certa responsabilização dos utilizadores do sistema nacional de saúde, pois ele conhece os seus utentes e eles também o conhecem e sabem que quando precisarem é com ele que vão ter, sabem que podem contar com ele... cria-se uma relação que facilita a prestação de cuidados e dá mais excelência aos cuidados....(EF1)

“Acho que tem ganhos em saúde, mesmo as pessoas noutros ambientes, como os domicílios, tratamento de feridas, acho importante ser sempre a mesma pessoa e acho que nos procuram. É uma das coisas que ao longo dos anos têm vindo a... que eu noto que as pessoas estão mais satisfeitas com a nossa prestação por causa disso, porque tentamos ser sempre a enfermeira de família a atender a pessoa, porque também já conhecemos, já conhecemos e... (...) Elas já sentem outra afinidade quando prestamos os cuidados. (...) Mais seguras, sim, sim, sim. E depois sabem que nós retribuímos a chamadas também, o que é importante, acho que é uma filosofia muito melhor para as pessoas, permite a prestação de cuidados de maior qualidade, mais ajustada.” (EF2)

“(...) porque nós estamos muito mais próximas das pessoas e conseguimos perceber muito mais rápido situações de carência, situações de maus-tratos, situações de crianças com mau ambiente em casa e referir, conseguimos referenciar essas situações muito mais rapidamente, sem dúvida nenhuma. Nós estamos em muito maior contato com a família, muito mais próximos deles e qualquer situação que a gente veja não vai correr bem, ou não está a correr bem, conseguimos chegar lá muito mais rapidamente e ajudar, veio favorecer os cuidados de excelência, na minha opinião.” (EF3)

“Acho que esta metodologia de trabalho veio permitir a humanização de cuidados logo cuidados de maior qualidade, agora que falamos tanto em qualidades dos serviços de



saúde, acho que as unidades de saúde familiares e os enfermeiros de família proporcionam isso aos seus utentes.” (EF4)

### **Cuidar**

Os recursos e a forma de atuação do enfermeiro de família relacionam-se com o cuidar e permitiu neste estudo conhecer o foco dos cuidados de enfermagem no processo de adaptação à parentalidade.

Neste âmbito, nos discursos emergiu de forma notória uma abordagem da família como contexto, evidenciando o bebé e a mãe como centro da sua intervenção e a família como recurso, não existindo a preocupação em explorar a interação e a reciprocidade na família.

“(…) o foco dos cuidados é o bebé e a sua mãe e depois tento envolver a família no seu cuidado.” (EF 1)

“Estou formatada para ver a família como ajuda e não como o meu alvo. Estou habituada a trabalhar com pessoas e não com famílias.” (EF2)

“(…) o meu foco são os pais. Que eles sejam capazes de cuidar do seu bebé e a rede familiar surge como uma ajuda.” (EF4)

“Ainda trabalhamos muito a pessoa, e não a família. Abordamos a família como um recurso do cuidado de enfermagem, pois temos o cuidado de saber os recursos e apoios, mas a... dinâmica familiar menos, conhecemos a família mas depois...trabalhar e intervir nessa dinâmica não faço” (EF7)

As narrativas revelaram igualmente, que os sujeitos participantes utilizam processos técnicos e interpessoais na identificação das necessidades dos utentes. Relativamente aos primeiros, foram consensuais na identificação da avaliação inicial como guia orientador, não consumando o uso de modelos adjacentes à prática, apesar de a maioria os identificar (MDAIF, MCAF e MCIF). A falta de conhecimento para a sua aplicação, bem como a ausência da possibilidade de registo no sistema informática, da maior parte da informação recolhida pela sua utilização, foram indicadas como as principais razões da sua não efetivação.

“Aquilo que eu faço é simplesmente avaliar a família consoante aquilo que está disponível no SClinico, a avaliação inicial e as escalas de avaliação do processo familiar.” (EF4)

“Não. E porque é que eu não uso. Apesar de eu os conhecer e, posso dizer que se calhar tem um pouco de Calgary, não vou dizer que não, e apesar de eu os conhecer, nas práticas, ainda não existe nada que diga que tem que ser desta forma. Nós temos, documentos da Ordem que dizem que na área da saúde familiar temos que utilizar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção de Saúde Familiar da Professora Henriqueta .... é o MDAIF. Na realidade a formação que existe nos serviços é escassa, muito escassa. Eu conheço o modelo mais ou menos e ele não foge muito ao de Calgary, ela tem uma adaptação à realidade portuguesa ..... e eu tenho adaptá-lo na minha prática um bocadinho. Se eu o sigo completamente à risca? Não. Talvez porque apesar de o conhecer, não o conheço tão profundamente, não o trabalhei tão profundamente que os sistemas informáticos não estão dispostos para registar não estão, que isso se traduz em algum tipo de indicação, não se traduz. Por isso, modelos adjacentes às práticas não acredito que utilize, assim descaradamente.” (EF5)

“Com estas ferramentas que me foram dando no curso base e na especialidade vou seguindo os itens na avaliação inicial, que agora com as novas mudanças no sistema informático já tem uma categoria chamada processo familiar que permite o preenchimento de algumas escalas de avaliação, mas não vou de encontro as utilizadas nos modelos, pelo menos o que me lembre...” (EF6)

“Exato, não faço a estrutura e não sigo aqueles passos todos do modelo, não. Mas tenho uma ideia e abordo aspetos dos dois modelos, mas não é uma estrutura...” (EF7)

No entanto, uma enfermeira referiu completo desconhecimento sobre estes modelos de avaliação e intervenção familiar, explicando que norteia a sua prática pelos elementos que integram avaliação inicial do SClínico.

“Não, não utilizo. Só me oriento pela informação solicitada na avaliação inicial referente ao parto e vigilância da saúde infantil. Como já te disse, não tenho formação na área de Enfermagem de família logo, não sei bem quais são os modelos que se devem utilizar.” (EF2)

A aplicação de estratégias alicerçadas em processos interpessoais foram também citadas como parte integrante da ação de enfermagem nesta fase do ciclo de vida. Os profissionais participantes destacaram a importância da observação e da comunicação (verbal e não-verbal) com o bebé, a mãe e família, realçando a utilização de conversas terapêuticas que permitiram conhecer as histórias dos utentes, promover a relação de confiança e ajustar as intervenções.

“Observo a relação entre os elementos no cuidar da criança e questiono de forma a conseguir obter a informação... ajustada às pessoas que tenho à frente.” (EF1)

“Eu tento questionar de forma indireta e nunca abordo diretamente, vou observando, vou perguntando.... acho que é isso... o contato durante a gravidez facilita... e utilizo mais perguntas abertas que possam levar a ter o que quero... acho que é isso.” (EF2)

“Sim, sim, ao longo das consultas vou perguntando, vou interagindo com ela e registando dentro do possível... vou observando a relação quando a grávida vem acompanhada e na visita confirmo...” (EF3)

Como já te disse pergunto e observo, a comunicação verbal e não-verbal é a base da relação terapêutica, é isso que tento fazer, dou-lhes sempre espaço para me darem a sua opinião e para fazerem.” (EF4)

### **Abordagem sistémica**

Esta subcategoria compreende a reflexão dos enfermeiros de família sobre a sua prática à luz do pensamento sistémico.

Os profissionais de enfermagem reconheceram que às mudanças dos CSP ao nível da organização dos serviços tiveram impacto no seu cuidar e consecutivamente, na reestruturação das competências e habilidades que lhe são exigidas. Evidenciaram ainda, a existência de um espírito de interajuda na instituição de saúde em que trabalham, que facilita a difusão de conhecimentos e a prática de cuidados de acordo com as funções definidas para o enfermeiro de família, dando assim visibilidade ao que se pretende que seja a Enfermagem Saúde Familiar e que é fruto da política de qualidade da organização.

“Acho que o trabalho por enfermeiro de família permite uma melhor assistência, no fundo é isso, facilita o nosso trabalho porque o enfermeiro conhece o utente e o utente o enfermeiro, cria-se uma relação que facilita a prestação de cuidados e dá mais excelência aos cuidados... mas também exige mais ao enfermeiro... como vou explicar... o enfermeiro tem que desenvolver competências para ver para além do indivíduo, o que não acontecia anteriormente, quando trabalhávamos a tarefa ou por módulos.” (EF1)

“Acho que a unidade de saúde familiar Barrinha... acho que ajuda, acho que todas nós nos apoiamos, até porque nós funcionamos um pouco como asas, entre aspas, a minha asa é a outra colega, outras duas funcionam também com dupla e depois temos outras três colegas que na ausência umas das outras também se substituem. (...) Acho que trabalhar por enfermeiro de família nos responsabiliza por conhecer a puérpera e a sua família nessa perspetiva mais global e quando nós não estamos sentimos necessidade de transmitir toda a informação que temos à nossa assa para que ela consiga chegar aquela puérpera.” (EF2)

“ (...) esta unidade ajuda-me sem dúvida nenhuma muito a que eu olhe sempre para as pessoas não como meros indivíduos, mas como pessoas que fazem parte de... a organização em unidades de saúde familiares contribui para a implementação do cuidado à família. Toda a equipa se ajuda.., e se eu vou a uma formação, depois dou o feedback, de forma a que todos possamos apreender, esta é a filosofia desta unidade, entendes?” (EF4)

“Por isso estas mudanças nos cuidados de saúde primários veem de encontro a abordagem sistémica, acho que permitem que trabalhemos de verdade famílias, mas ainda temos que desenvolver algumas competências para isso. Mas a abordagem sistémica está na base destas mudanças, na minha opinião.” (EF6)

Na reflexão sobre as suas práticas, a equipa de enfermagem reconheceu a importância deste tipo de abordagem ao definir a Enfermagem Saúde Familiar, como uma nova maneira de cuidar, de prestar cuidados focados na família e, não unicamente, nos seus membros individualmente. Salientaram a visão da família como um todo, como um sistema interativo, onde as relações familiares são fundamentais para o bem-estar, e por isso, devem ser tidas em linha de conta. No entanto, apesar de reconhecerem a importância dos pressupostos da conceção sistémica da família, admitiram a não efetivação desse cuidado, apontando como principal dificuldade a avaliação funcional-expressiva das famílias.

“Tento, mas não é fácil... acho que tento conhece-la, tento envolvê-la mas isso é diferente de a abordar numa perspetiva sistémica, pois para isso tinha que utilizar os tais modelos e não os faço.” (EF1)

“Eu acho que poderia esforçar-me mais para conhecer melhor a família, porquê... Porque às vezes eu só conheço a grávida, pronto. Só a conheço de... ela veio cá grávida, muitas vezes conheço de planeamento, pronto, ok, mas às vezes só a conheço das consultas de gravidez e não questiono tanto o marido, os outros filhos ou os outros familiares, os avós (...) por isso acho que não o faço de verdade, mas esforço-me... falta perceber as relações e as dinâmicas entre eles...” (EF2)

“Estamos habituados a trabalhar pessoas e agora temos que trabalhar famílias, e toda a envolvimento que isso traz, e não é fácil, não é nada fácil. Temos que apreender a aceitar o que as pessoas acham e querem, temos que deixar que elas encontrem as respostas e se já não era fácil quando cuidávamos o indivíduo, agora de cuidamos famílias é muito mais difícil... sem nunca esquecer que o que conta é o bem-estar da família, sempre tendo em conta o bem-estar daquela nova família, não é? Acho que ainda vou a meio do

caminho, eu cuido do individuo inserido na família, ainda não cuido a família na sua abrangência porque ainda não trabalho as relações entre eles, mas respeito as suas ideias e trabalho para os mecanismos e recursos de coping individuais que aumentam a capacidade de se aptarem ...à chegada de um novo elemento.” (EF3)

“ (...) acho que tenho esse cuidado do envolvimento da família, mas falta-me formação para intervir diretamente na família. Acho que ainda estão formatada para me centrar no recém-nascido e na puérpera e depois envolver a família no seu cuidado, acho que é mais isso, não me centro nas ligações entre os membros da família” (EF6)

Estes profissionais evidenciaram ainda, a valor da abordagem sistémica na qualidade dos cuidados na parentalidade, na medida que permite intervenções mais ajustada às reais necessidades, ganhos em saúde e cuidados efetivos, eficientes, eficazes e com uma maior participação e responsabilização das famílias, que contribuem assim, para o reconhecimento e maior visibilidade do seu trabalho.

“ (...) pois acho que esta abordagem.... sistémica, permite mais ganhos em saúde e nós dá mais visibilidade enquanto profissão.” (EF2)

“Sim é importante, porque iremos melhorar a nossa intervenção, iremos trabalhar para um reconhecimento do enfermeiro de família e do trabalho desenvolvido nas unidades de saúde familiares.” (EF4)

“Não, eu acho que se abordagem for feita a família, o modelo sistémico ajuda bastante. Este tipo de abordagem permite cuidados de maior qualidade, pois os cuidados serão mais ajustados as suas necessidades e permitiram uma participação e responsabilização da família no seu cuidado.” (EF5)

Na minha opinião é importante porque a participação da família nos cuidados é essencial para a satisfação das suas necessidades, mas também para o bem-estar da família, permitindo um cuidado mais ajustado, de maior qualidade, não é?” (EF7)

A carência de formação nesta área e no desenvolvimento de atividades diagnósticas ajustadas às necessidades familiares, bem como, a inadequação do sistema informático, foram mencionadas como obstáculos à prática sistémica. Foi evidente o descontentamento inerente à impossibilidade de registo no SClinico, visto este se encontrar muito direcionado ao indivíduo como foco dos cuidados, gerando assim, perda de informação.

“Porque eu às vezes também me custa questionar a pessoa, porque acho que ela pode interpretar aquilo como uma intromissão na vida privada dela. Uma coisa é falar dos cuidados de saúde, os ensinamentos para a promoção da saúde, outra coisa é fazer-lhe perguntas pessoais, pronto, e eu acho que tenho essa dificuldade.” (EF2)

“ (...) eu penso o nosso sistema informático está terrível em relação a isso, porque em termos de família, por assim dizer, é muito difícil fazermos um registo. Eu também compreendo que esteja a ser parametrizado a maior parte das coisas, mas pronto, aquilo que nós vamos lá fazer, não fica nada em termos de registo... Aquilo que foi feito em termos de ensinamentos e do funcionamento dos elementos da família muitas vezes fica muito aquém daquilo que é registado ou vice-versa.” (EF4)

“Sim, se eu quiser realizar o genograma onde o registo? Em termos de escalas, se quiser utilizar a escala de alguém não posso... não posso porque não existem... ou melhor não estão em consonância com as defendidas pelos modelos, entendes? Acho que as razões vão muito de encontro ao que te disse anteriormente falta formação na avaliação sistémica

da família e respetivos modelos de avaliação, falta adequação dos registos.... Parece fácil trabalhar famílias, parece que é muito fácil, mas não é bem assim.” (EF6)

“Perde-se muita informação, muita. Sim, acho que o programa informático não permite o registo de uma abordagem sistémica, logo os enfermeiros têm tendência para a não realizar, porque ficam desmotivados... para quê fazer se não posso registar, não é?” (EF7)

Alguns enfermeiros destacaram o dever dos governantes em saúde na implementação de medidas que fomentem a educação em saúde familiar nas escolas de enfermagem e nos serviços de saúde, bem como o dever dos profissionais em procurar a excelência no cuidar e de colaborar na parametrização dos itens de registo. Assim, evidenciaram também a obrigatoriedade de um trabalho conjunto, para a materialização da especialidade em ESF.

“Os registos não ajudam, porque ainda não estão parametrizados para tal e se estamos a falar de uma futura especialidade é importante que isso avance se não vamos ter indicadores que avaliem o nosso trabalho. (...) Temos que mudar mentalidades dos nossos governantes, enquanto eles não virem que educação, que o cuidar em família poderá ter ganhos em saúde e que inicialmente não vão ser monetários mas vão trazer qualidade de atendimento, qualidade em saúde, famílias mais saudáveis.... (...). Também é preciso formar, também é preciso formar porque a família não é só no âmbito dos cuidados de saúde primários, no âmbito do hospital é muito importante trabalhar família.... Depois a adaptação dos modelos à prática, pronto, está também um pouco relacionada com a informática porque é parte que vamos traduzir a aplicação desses modelos. Penso que sim, que devem estar definidos como estão, mas devem ser ainda trabalhados com os profissionais da prática. Eu sou jovem, eu procuro, eu invisto na formação mas eu tenho a certeza que tenho colegas de cinquenta, sessenta anos e até novas, da minha idade que..., eu acho que a idade não significa nada mas ... devemos também nós investir na formação...” (EF5)

“É muito importante existir uma adequação da teoria a prática, depende de nós porque devemos reportar isto, mas depende dos nossos superiores. É urgente formação nesta área, porque foram eles que implementaram o enfermeiro de família, agora tem que dar formação para realizarmos esta tarefa bem, não é?” (EF 6)

### **Propostas de intervenção**

Esta subcategoria inclui as sugestões dos enfermeiros de família para a promoção do cuidado de excelência no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar na parentalidade e permitiu explorar assuntos não tratados na entrevista, acrescentando assim, valor à investigação.

Os elementos da equipa de enfermagem da USF Barrinha destacaram a necessidade de um processo formativo, fundamentado numa metodologia participativa, que permitisse a reflexão em torno da ESF e da operacionalização dos modelos de avaliação e intervenção familiar.

“Se calhar nós próprios organizarmos mais formação, tentarmos fazer mais pesquisas em relação a esta matéria e a este assunto e fazermos formação interna, pronto, que às vezes a externa...” (EF1)

“ (...) é mesmo a formação na área da família (...) gostava que me ensinassem, que pudesse treinar as técnicas ....se calhar para eu ganhar mais afinidade com as pessoas, ou ter esse mais à vontade...para questionar outros temas sem ser de saúde, que eu os temas de saúde até me sinto à vontade, mas as outras coisas penso que não... e as relações, as dinâmicas influenciam a saúde ” (EF2)

“(...) acho que a formação ao nível da avaliação estruturada da família dá visibilidade ao que fazemos (...) faculto o nosso trabalho por isso acho importante investir nesta área”. (EF4)

Neste sentido emergiram propostas de reformulação do manual de procedimentos na visita domiciliária, ajustados ao SClínico e à abordagem sistémica, de forma a fornecer ferramentas de trabalho atualizadas e consecutivamente motivadoras do trabalho da equipa nesta perspetiva. A reestruturação do guia do cuidado ao bebé também se evidenciou, na medida em que foi identificado o seu valor para a promoção das competências parentais, facilitando o processo de adaptação durante este período de transição e o reequilíbrio familiar.

“O facto de não termos um manual organizado com os ensinamentos todos, também acho que poderíamos pensar nisso, eu às vezes vou buscar um panfleto aqui, um panfleto ali, a amamentação, o próprio panfleto do teste do pezinho também costumo entregar, pronto, são assim um bocado dispersos. Como nós temos o manual da gravidez em que temos dois volumes, também acho que era importante termos um manual da visita domiciliária, dos ensinamentos.” (EF2)

“Já tivemos um manual de registo de boas práticas em saúde materna, agora modificaram o sistema outra vez, assim é difícil...percebes? Talvez uma sugestão fosse... a retificação do manual de acordo com as mudanças no SClínico e a abordagem sistémica...” (EF3)

“E não há nada como chegar ali, até ter um folheto chamativo e olha e é exatamente este tema que eu preciso de saber e, pronto, e nós temos uma informação ali organizada. O manual da puérpera é excelente neste sentido, mas acho que poderíamos ter mais e melhor. (...) bem como a reformulação do manual de registo na saúde materna ajustado ao novo SClínico, poderia motivar a equipa e... facultar o nosso trabalho e o trabalho da nova família na adaptação.” (EF4)

Um discurso fez referência à realização da visita domiciliária em equipa de saúde familiar (médico-enfermeiro), admitindo que promove a continuidade e cooperação nos cuidados, uma visão mais ampla da realidade e consecutivamente, contribuiu para a efetivação de uma abordagem da família segundo a perspetiva sistémica.

“Acho que se a visita fosse feita em... se houvesse essa abertura, se a visita fosse feita em equipa, por exemplo, acho que poderia ser muito mais rica em equipa médico e enfermeiro, acho que seria uma visita muito mais completa e muito mais rica da realidade. Já aconteceu no meu caso, mas acho que deveria ser uma prática comum.

### **4.3 Parentalidade no pós-parto**

Esta dimensão reflete, de uma maneira geral, a perspetiva do casal, sobre o impacto do nascimento do primeiro filho na sua vida familiar e o papel do profissional de saúde neste processo transicional. Paralelamente, permitiu também compreender, a perceção dos enfermeiros de família sobre a ajuda que podem dar aos casais/famílias neste processo.

### 4.3.1 Fatigante

Esta categoria traçou a parentalidade no pós-parto como uma etapa cansativa a nível físico, relacionada com as alterações biofísicas do nascimento e puerpério, à centralização no cuidar do filho e o aumento dos papéis e tarefas a desempenhar, que condicionaram o aparecimento de diversos constrangimentos relacionados consigo própria, com o bebé e com a família.

Assim, a vivência do primeiro mês após o nascimento foi relatada pelos casais, como uma experiência de vida repleta de dificuldades associadas às dores ou desconfortos físicos, poucas horas de sono, falta de disponibilidade e dificuldades na realização das tarefas domésticas, no autocuidado e na insegurança em tratar do RN, que obrigaram a vários reajustamentos para uma adaptação saudável a esta transição desenvolvimental.

“Após o nascimento do bebé temos algumas queixas físicas que nos limitam não só a cuidar de nós mas principalmente a cuidar do nosso bebé. Nós ficamos para depois, não temos tempo para nada, nem para nós, nem para a casa... só para o nosso bebé... não sabemos se estamos a fazer tudo bem com ele, são muitas dúvidas, mas tivemos que nos adaptar!” (C7)

“No início foi difícil, sentia-me cansada, mas agora estou habituada....Não tinha tempo para nada, queria fazer mas não conseguia...(...) Com o nascimento deixamos de ter vida própria, todo gira a volta dele, percebe? Eu nem tinha tempo de tomar banho, para cozinhar...” (C8)

“O pós-parto é diferente, tinha de acordar mais vezes, para dar de mamar ao M. e no início foi um pouco difícil até me habituar, sentia-me cansada. Uma coisa é ler, outra é viver... (C10)

Esta fase de vida das famílias foi mencionada pelos enfermeiros como um período de maior dependência física da mulher, sendo fundamental a atenção dispensada pela equipa de saúde, de maneira a potenciar a promoção do bem-estar da nova mãe e conseqüentemente possibilitar o cuidado de qualidade à criança. Referiram ainda, que as alterações biofísicas, as dificuldades na atuação perante essas queixas e as dúvidas relacionadas com o bebé, foram os principais motivos que determinaram a procura dos serviços de saúde, evidenciando os constrangimentos da mulher para o autocuidado, a sua insegurança em cuidar do filho e falta de tempo para a execução de tarefas domésticas ou atividades de lazer.

“ (...) aquela expectativa inicial de que isto vai ser um mundo cor-de-rosa e afinal sente-se supercansada, tem dores, não tenho tempo para tomar banho, não tenho tempo para secar o cabelo, para arrumar a casa ou simplesmente ver televisão, coisas básicas que fazia e que nem sequer dava importância a isso, agora não tem tempo e dá muita importância a isso, e às vezes as mulheres concentram-se muito nisso de não serem capazes e eu digo sempre que isso é uma sensação que vai passar e tento chamar a atenção para formas de resolução...” (EF2)

“ (...) associadas a alguma fragilidade física, as mulheres sentem-se cansadas, sentem dores.... é difícil... Assim é importante o nosso papel para chamar a atenção que é normal sentirem-se cansadas e que devem cuidar delas para depois cuidar do bebé.” (EF6)

“Sabes acho importante ir falando que mudanças irão viver nesta fase de transição para que já estejam mais despertas, por isso.... falo sempre na dor associada aos pontos e ao dar de mamar que podem sentir... assim não é novidade e chamo a atenção que a mãe

também precisa de cuidados para poder cuidar melhor da criança. É frequente pedirem a observação dos pontos, das mamas, ligam muito ou vêm cá para vermos... ou porque dói ou porque esta inchado ou porque não sabem como tratar do cordão... enfim, precisam da nossa ajuda neste âmbito.” (EF7)

#### 4.3.2 Ambivalente

Esta categoria descreveu a parentalidade no pós-parto como um momento de grande vulnerabilidade e instabilidade emocional.

Os casais participantes associaram a vivência deste processo à alegria e felicidade, mas também a sentimentos antagónicos, como por exemplo, o choro e a sensibilidade emocional, relacionado com as dificuldades inerentes ao cuidar, alterações de rotinas e à consolidação de papéis, ou seja, uma etapa onde a ambivalência esteve sempre presente no seu dia-a-dia.

Neste contexto, salientaram como principais desafios a inexperiência em cuidar do filho, em virtude das suas particularidades (perda de peso, cólicas, choro, doenças...) e de alguns cuidados físicos específicos (alimentação, banho, coto umbilical...), mas também devido à inexperiência em cuidar de si própria, associada aos cuidados a ter com os pontos, as mamas e a higiene íntima.

“Foi muito desgastante porque tinha que cuidar de mim e tinha dúvidas sobre os pontos e as hemorragias, mas essencialmente pelo medo em tratar do meu filho. Eram tantas as dúvidas, se estava a fazer tudo bem, se o meu leite era suficiente, se o umbigo estava bem...” (C5)

“Então durante as noites parecia pior, ele só chorava e eu, não estava habituada... tinha mais medo, tudo me fazia confusão, tudo me assustava...quando estava a começar a dormir ele voltava a chorar e lá ia eu... pegava ao colo, dava de mamar e deitava-o na caminha e lá começava ele a chorar outra vez... o meu companheiro tentava pegar nele e acalma-lo e nada! Eu já desesperava e então lá vinha a minha sogra e pegava nele e ele calava-se... (...) Não sei explicar... a alegria de ser mãe, ter um filho nos braços, mas por outro lado, uma tristeza, um medo...” (C8)

“Principalmente nos primeiros dias... ai tive momentos de nervosismo... enquanto estava grávida as coisas correram bem, as preocupações foram poucas, depois já não é bem assim, então na primeira semana foi complicado. Quando o tive nos braços fiquei tão contente, mas depois... (...) Tanta coisa para fazer e eu não conseguia! Tinha medo de não estar a fazer tudo bem, de não ser capaz... Quando ele chorava não sabia o que lhe fazer, já quase chorava eu também. No outro dia, eram 6 horas da manhã, chorava ele e chorava eu, ficamos tão nervosas.” (C9)

“ (...) nós queremos fazer todo certinho, direitinho para o nosso bebé, pronto, mas temos dúvidas. (...) cada dia era uma aventura, tinha medo de não estar todo bem... de não fazer todo bem, de não dar conta do recado! Eram as cólicas, era a mama, era o banho, era cordão ali pendurado... sei lá muitas dúvidas” (C11)

Os casais referiram ainda, dificuldades na relação enquanto casal, associadas às alterações de rotina e à consolidação dos vários papéis (parentais, conjugais, familiares e sociais), dado que o tempo disponível para a conjugalidade diminuiu e surgiram dúvidas sobre a coparentalidade e o realinhamento das ligações com a família extensa, de forma a incluir os papéis de pais e avós.



“Nós não temos tempo para nós, todo o tempo é para a bebê.... antes o tempo era todo só para nós os dois, é diferente... (C1)

“ (...) mas essencialmente a ambivalência de sentimentos, de emoções. O medo de não ser capaz, de não fazer as coisas bem, de não ser uma boa mãe...de ajustar os diversos papéis... ser mãe, mulher, esposa.... aceitar a ajuda dos familiares, enfim!” (C5)

“ (...) confesso que eu não deixo muito que me ajudem a tratar do bebê. Gosto de ser eu, acho que eu é que sou a mãe! Principalmente nos cuidados mais diretos, no entanto eles ajudam e gostam de ajudar, o meu marido até gostaria de fazer mais... a enfermeira tem-me ajudado a trabalhar isto, a partilha das competências familiares.” (C7)

“As mães pensam que podem fazer todo e não aceitam as ajudas. A enfermeira alertou para que nós aceitássemos as ajudas e ela é um pouco assim. Não aceitava, agora já melhorou. Ela disse que não devia tentar ser a super mulher. Eu também me sentia cansado. Acho que foi importante, assim não nos sentimos mal por não conseguir. Apreendemos a aceitar a ajuda em coisas do dia-a-dia, como comida, limpeza da casa...(C11)

Em relação a este período de ambivalência, nos discursos dos EF foi evidente a compreensão da parentalidade como uma "situação nova", que acarreta ansiedade, dificuldades em cuidar do filho, alterações na rotina e da relação familiar. Descreveram intervenções no âmbito da promoção da conjugalidade, coparentalidade e dinâmica familiar saudável, como reforço da comunicação, utilização de estratégias para implementação de atividades a dois, partilha de sentimentos, concertação e priorização de atividades, tempo para atividades de bem-estar, convívio e lazer e o recurso ao apoio familiar.

“ (...) o medo de não ser capaz, aquela sensação de era isto que eu queria mas não era bem isto que eu estava à espera, aquela expectativa inicial de que isto vai ser um mundo cor-de-rosa e afinal eu sinto-me supercansada, tenho dores, não tenho tempo para tomar banho, não tenho tempo para secar o cabelo, coisas básicas que eu fazia e que nem sequer dava importância a isso agora não tenho tempo e dou muita importância a isso, e às vezes as mulheres concentram-se muito nisso de não vou ser capaz... e eu digo sempre que isso é uma sensação que vai passar e que essa vontade de chorar, que essa tristeza súbita que normalmente é ao fim da tarde, que é com o cair do dia as mulheres sentem muito essa tristeza, e eu alerta, faço aqui uma alerta especial ao marido para ser compreensivo, para dar força, para falar nas coisas boas, para salientar que “vês, olha, hoje chorou menos”, ou “o banho hoje correu melhor”, alerta sempre para cada vez vai ser mais fácil e a esposa para não guardar os seus sentimentos só para ela, para falar com o marido.” (EF2)

“Todas as atenções estão direcionadas para o recém-nascido., a relação conjugal vai-se alterando ... existem ainda alterações hormonais que alteram o estado emocional da mãe, que provocam maior sensibilidade, maior irritação, associadas ainda à dor, ao desconforto dos pontos ao cansaço...à dificuldade em saber lidar com o bebê e conciliar as suas atividades domésticas... sim porque elas acreditam que, devido ao facto de permanecer o dia todo em casa, serão capaz de cuidar de tudo sozinha. Nesta área insisto muito... na minha opinião podemos ajuda-las a descobrir fontes de ajuda no marido, na sogra... mas também a terem tempo para fazer o que gostam, a terem tempo para namorar...” (EF4)

### 4.3.3 Crescimento

Esta categoria apresentou a parentalidade como um período de desenvolvimento de competências parentais, construído no dia-a-dia, e em estreita cooperação entre a família e a equipa de enfermagem.

Apesar das dificuldades de reajustamento físico e psicossocial vivenciadas, os casais compreenderam este processo transicional como um percurso de vida pessoal e familiar positivo e pleno, associado a uma crescente aprendizagem do papel parental dos progenitores e das pessoas significativas.

“(…) ser mãe é muito esgotante ... depois estamos tão frágeis: as hormonas aos saltos, os pontos.... mas vale a pena!” (C1)

“Para mim é muito bom, sinto-me completamente realizada, apesar das dificuldades, das noites mal dormidas, das dores... aprendi muito, aliás apreendemos todos muito lá em casa, todos os dias temos alguma coisa nova...” (C5)

“É uma sensação boa ser mãe, é a realização de um sonho mas, mas...é difícil, muitas aprendizagens, muitas dúvidas... mas valeu a pena!” (C8)

“Depois do bebé nascer a nossa vida mudou, cada dia era uma aventura...muito para apreender, muito para fazer, mas valeu a pena! Ela está aqui bem e todos gostam dela!” (C11)

Descobriram na família, o recurso por excelência para os ajudar a superar as suas dificuldades e necessidades, mobilizando prioritariamente a mãe/sogra para a prestação de cuidados à criança e para a concretização de tarefas domésticas. As puérperas evidenciaram ainda, uma maior segurança e qualidade no desempenho das competências parentais, com o apoio recebido do cônjuge e das pessoas significativas, pois na sua perspetiva foram fundamentais para a manutenção da sua saúde mental e na superação das situações *stressantes* no desempenho do papel, na medida em que reconhecem o seu apoio ao nível instrumental (execução de tarefas domésticas e cuidados infantis), emocional, ou fornecido sob a forma de conselhos e informação.

“(…) senti sempre que não estava sozinha, que o meu marido ou a minha mãe estavam lá para me ajudar, se não soubesse o que fazer eles iriam ajudar.” (C4)

“Também o meu marido e a minha sogra foram incansáveis, estiveram ali para me ajudar sempre. Para me ouvir, para me ajudar a tratar dele e da casa...Senti-me acompanhada e isso deixou-me mais tranquila.” (C9)

“O meu marido também ajuda. Ele gosta muito de crianças, para ele o M. é uma perdição, tem muito jeitinho... Quando chega a casa estou mais à vontade. No início, como estive em casa, ajudou-me muito, apreendemos os dois em conjunto, não foi?” (C10)

Estes sujeitos participantes identificaram ainda, o serviço de enfermagem da USF Barrinha como um recurso comunitário facilitador da adaptação à parentalidade, demonstrando a sua satisfação com a atenção, paciência, o estar junto, facultar o apoio de familiares e o suporte e orientação do EF para as dificuldades vivenciadas, antevendo o problema e sugerindo formas de prevenção e resolução. Os seus relatos espelharam a importância que atribuíram à VD, como forma de intervenção mais ajustada a este nível, pois permitiu um melhor tempo de partilha de

experiências, produzindo efeitos na autoestima do casal e favorecendo a sua disponibilidade emocional para o RN.

“A enfermeira ajudou muito...já nas consultas de saúde materna, mas na visita domiciliária ensinou-me muito porque estava lá comigo e viu as minhas dificuldades, ajudou-me a resolver os meus problemas.” (C3)

“Sabe nas consultas de gravidez, já tínhamos falado sobre as possíveis dificuldades, mas vivê-las é diferente e a minha enfermeira esteve sempre lá, quando veio a casa mas também nas idas ao centro de saúde, para me apoiar e ajudar...às vezes, o perguntar se está tudo bem e se precisava de alguma coisa é o suficiente para ficar mais confortável, e ela teve esse cuidado” (C5)

“Aí a enfermeira foi espetacular a permitir que falasse sobre as minhas dificuldades, ouvir toda a gente e depois a dar-me dicas. Isto só foi possível porque veio a casa. Senti-me mais segura, senti que me percebiam e que a minha opinião contava. ” (C9)

“... a enfermeira X. esteve sempre atenta e deu-me sugestões muito válidas e ajustadas” (C10)

Neste contexto, a abordagem segundo a metodologia de enfermeiro de família é considerada pelos casais, como uma mais-valia na adaptação à parentalidade, visto que permitiu a criação de um vínculo de suporte confiável com o profissional de saúde, promovendo assim, esclarecimentos mais proveitosos.

“E daí ser muito importante esta continuidade de acompanhamento e ir buscar todo o que nos tinha sido dito, lá traz e voltar a rever todo mas, à luz do que é a vivência do que estamos a ter. Estabelece-se uma relação de quase amizade que facilita o questionamento e portanto a nossa própria vivência.” (C5)

“Acho que no fundo é quem acaba por ter mais encargos e acaba por ajudar mais na solução...acaba por ser a enfermeira...sem dúvida!” (C9)

“Uma pessoa lê muitas coisas nos livros, mas depois quando estamos com o nosso filho, ficamos cheios de dúvidas e ficamos com... inseguranças e medos e a Enf.<sup>a</sup> X. esteve lá também para ajudar...A esclarecer os medos... portanto, algumas dúvidas, a dar sugestões, ensinamentos sobre do que era importante para a saúde do bebé. Foi mais fácil porque já tínhamos previamente estabelecido uma relação de confiança.” (C10)

Por sua vez, os enfermeiros de família descreveram o nascimento do primeiro filho como um acontecimento que exige o recurso a ajudas externas, nas quais se incluem a família e os profissionais de saúde. O conceito do enfermeiro como facilitador e mediador de todo o processo transicional foi uma constante nas suas narrativas, surgindo a prestação de cuidados à díade mãe-bebé e a envolvimento da família no cuidar como elementos cruciais da sua abordagem.

“Acho que o nosso trabalho nesta área é fundamental, não devemos descurar, só assim é que vão ultrapassar com sucesso.” (EF2)

“O nosso papel é super importante, mas não devemos esquecer que não devemos substituir a família, devemos sim, promover a sua capacidade em fazer, em ser capaz.” (EF3)

“O nascimento do primeiro filho não é fácil, por isso devemos ajudar os pais, não os substituir... prestando cuidados, ensinando, ouvindo, dando espaço para fazerem, assim envolvemos toda a família nesta missão, pois constituem ajudas importantes... ..” (EF7)

O mérito associado ao trabalho por enfermeiro de família no apoio à parentalidade saudável foi também, mencionado por todos os profissionais participantes no estudo, na medida em que promoveu a continuidade dos cuidados desde a vigilância da gravidez, facilitando assim, a adequação das ajudas informativas, emocionais, reforços positivos e instrumentais, que auxiliaram a incorporação do papel e o processo vincutivo desde o período pré-natal. Neste âmbito, a VD surgiu nos seus discursos como uma prática de enfermagem de excelência, permitindo uma intervenção bem-sucedida nesta área.

“É algo que falo mesmo durante as consultas de saúde materna: quando lá for a casa, se o pai e a restante família conseguir estar presente era muito bom... assim todos podem ser envolvidos a tratar do bebé. Quando estão presentes tento esclarecer as suas dúvidas, tento que o pai mude a fralda, tento que o pai preste cuidados, vou elogiando... penso que é importante, muito importante para o desempenho parental mas também para o desenvolvimento de interações mais ajustadas com o filho. Claro que durante o pré-natal também vou falando sobre as habilidades parentais, mas é mais fácil quando o bebé já nasceu, e vamos a casa, eles estão no seu espaço e nós podemos adequar as nossas ajudas...” (EF1)

(...) e temos mesmo que as envolver porque elas fazem mesmo parte dos cuidados, pelo menos naqueles primeiros tempos. A nossa missão é ajudar a cuidar do bebé, cuidar daquela mãe e por isso, envolvo todos para o concretizar com sucesso... de forma a que desenvolvam competências parentais mas também um processo vincutivo com o bebé” (EF4)

“(...) a família é um importante recurso nos cuidados de enfermagem e devemos incentivar a sua presença de forma a facilitar a vivência desta fase difícil... é uma ambivalência de sentimentos, de tarefas a desempenhar associadas a alguma fragilidade física, as mulheres sentem-se cansadas, sentem dores... é difícil. Início nas consultas de saúde materna, mas é mais fácil para eles, quando lá vamos a casa fazer a visita... porque lhes permite fazer no seu ambiente, porque me permite elogiar e reforçar competências e ensinamentos” (EF6)

Neste contexto os EF nomearam a relação de confiança e partilha estabelecida com os utentes como facilitadora da parentalidade positiva, na medida em que ao conhecerem às perceções do casal sobre a experiência da parentalidade, as suas necessidades de aprendizagem, expectativas, dificuldades e sentimentos, desde a vigilância da gravidez, fomentaram interações mais saudáveis com a criança e competências parentais mais ajustadas no pós-parto, sobressaindo assim, o seu papel no crescimento e na autoestima familiar.

“(...) estabelecemos uma relação nas consultas de vigilância da gravidez que facilita a nossa atuação após o nascimento. Eles confiam em nós, sabem que respeitamos os seus tempos e as suas opiniões, que estamos disponíveis para ouvir e ajudar neste período de crescimento familiar.” (EF1)

“Durante as consultas de vigilância da gravidez já ouvimos os medos da grávida, já estabelecemos uma relação com o pai, já ensinamos e assim, já sabemos melhor como podemos ajudar aquela família a cuidar e a interagir com o seu bebé, já sabemos como os envolver, para que consigam superar com sucesso, mais esta etapa. (EF3)

“(...) muitas vezes estão ali num período de tristeza, num momento que deveria de ser de alegria e nós conseguimos ajudá-las muito nesse sentido, até pela relação que já estabelecemos. Só assim conseguiremos promover a construção de uma família saudável” (EF5)

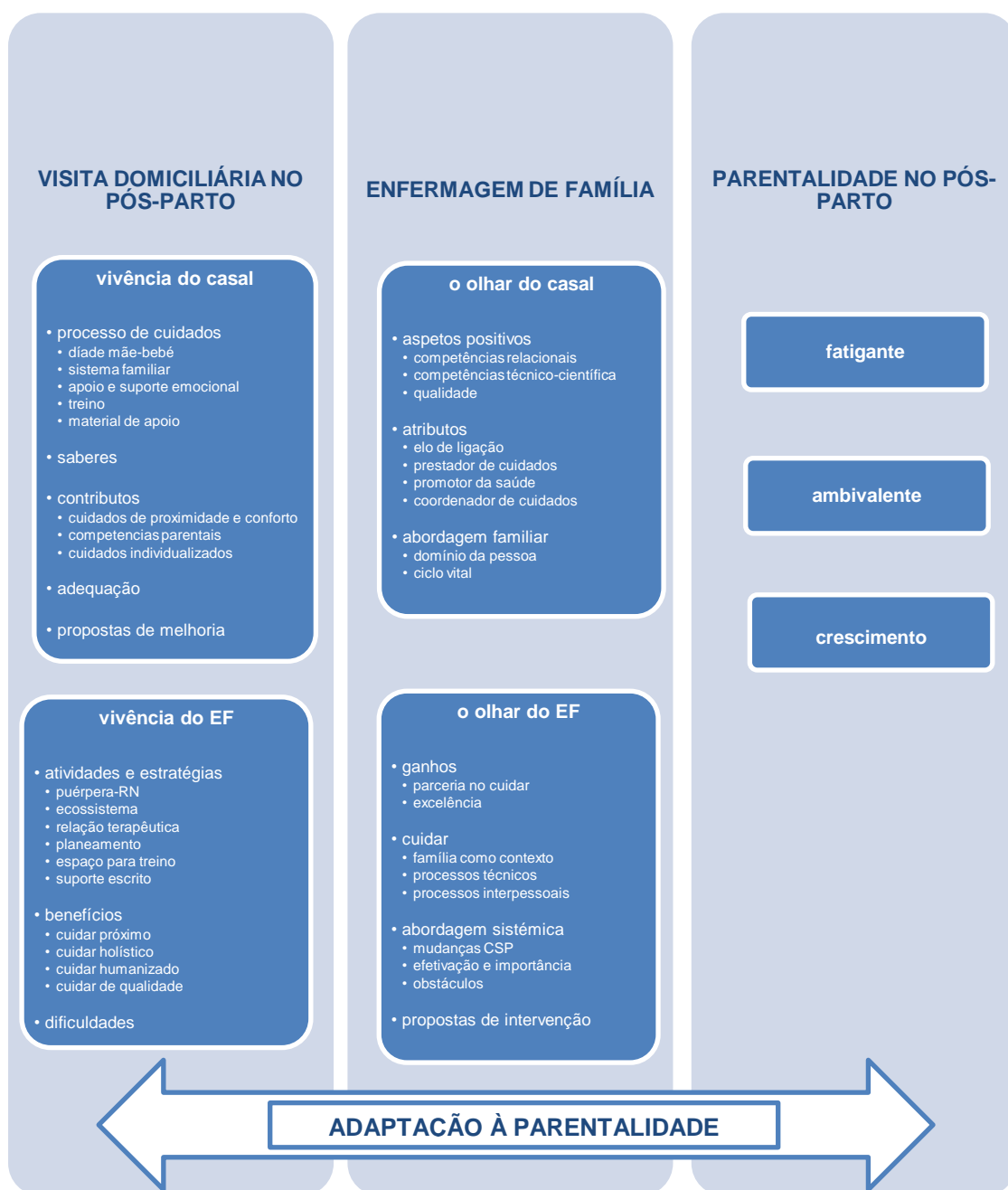
“Como já fiz o acompanhamento do pré-natal, a confiança que existe facilita muito, a ajuda no desempenho parental.” (EF7)



## 5 DISCUSSÃO

Neste capítulo procede-se à discussão da informação obtida, relativamente às vivências dos cuidados de enfermagem na parentalidade no pós-parto. Pretende-se dar significado aos achados encontrados, fundamentando-os na literatura relevante sobre esta problemática e colocando-os em interação com resultados de outros investigadores.

Para melhor compreensão, apresenta-se na Figura 10, a esquematização das dimensões em análise e respetivas categorias.



**Figura 10** - Esquematização das dimensões e respetivas categorias e subcategorias.

A primeira dimensão, **Visita domiciliária no pós-parto**, direcionou o foco de atenção para os cuidados desenvolvidos, e perspetivados como necessários, bem como, para o seu impacto e exigências, aspetos que se completam entre si, constituindo-se como essenciais no processo de cuidar na parentalidade.

Os casais e os enfermeiros de família salientam a visita domiciliária como meio oportuno de prestação de cuidados de prevenção, promoção e reabilitação da saúde da díade mãe-bebé, relacionados com a avaliação do bem-estar materno-infantil e aquisição e treino de competências parentais. Foram relatadas atividades relativas à história clínica, observação física e do estado geral, identificação precoce de sinais e sintomas de patologias frequentes, avaliação de hábitos alimentares, conhecimentos sobre o retorno à fertilidade no pós-parto, suporte social e emocional da mulher recorrendo à história clínica e ensinamentos sobre autocuidado, estilos de vida saudáveis, alimentação materna e artificial, queixas, planeamento familiar, transformações emocionais, apoio da família, cuidados de higiene e conforto ao RN, vacinas e vigilância de saúde. Evidenciam também, atividades discretas de avaliação do contexto ambiental (edifício residencial) e familiar (rede de apoio) e a promoção da interação da família com o RN (vinculação), de forma a minimizar riscos e identificar e fortalecer recursos promotores da adaptação e consecutivamente promotores do bem-estar.

Estes dados são congruentes com o defendido por Rice (2006), assim como com a teoria das transições de Meleis (2010), onde se evidenciam as intervenções de enfermagem que contribuem para a mestria na resolução desta transição desenvolvimental.

A este respeito, a American Academy of Pediatrics (2009) ressalta o benefício da VD no pós-parto na prevenção de maus tratos infantis, redução da prevalência de acidentes em casa, promoção de desenvolvimento infantil, efetivação do papel parental e redução das desigualdades na obtenção de serviços de saúde. Também, Lowdermilk & Perry (2008) apontam a visita como uma estratégia de avaliação metódica da puérpera e do recém-nascido, de forma a verificar a adaptação fisiológica, reconhecer complicações existentes e dar resposta a dúvidas da família. Mercer e Walker (2006) acrescentam que a intervenção do enfermeiro no domicílio, nos primeiros dias após o parto, tem repercussões nos processos vinculativos estabelecidos, sendo as suas perceções relativamente aos filhos mais positivas.

Os programas de visita domiciliária são, contudo, uma realidade muito restrita em Portugal. Apesar de estar presentes no Plano Nacional Saúde como uma estratégia de intervenção familiar, no âmbito dos CSP, são poucos os centros de saúde que têm este programa implementado. Efetivamente, não existem estudos sistemáticos que permitam avaliar estes programas e dar a conhecer os seus efeitos, assim como não estão claramente delineados. Contudo, da prática, existe o sentimento de que as famílias e os seus filhos têm benefícios, com este tipo de intervenção, ao nível do seu bem-estar (Rodrigues, 2011; Ribeiro, 2014). Na investigação de Navalhas (1997) esta intervenção traduz-se num conjunto de ações com finalidade educativa e assistencial, com o objetivo de detetar fatores que influenciem a saúde,



desenvolvendo-se um trabalho aos três níveis de prevenção. Também, Filipe (2011) evidencia o trabalho de avaliação do enfermeiro na visita domiciliária sobre o papel da puérpera na família e a adaptação da mesma ao novo elemento. O estudo de Mendes (2014) evidencia o efeito positivo desta intervenção no primeiro mês após o nascimento, na diminuição do risco da depressão pós-parto, e ainda em variáveis que conduzem a um puerpério mais saudável como sejam o aleitamento materno, problemas de saúde relacionados com as crianças, e as dificuldades sentidas durante o puerpério.

Os sujeitos participantes são unânimes na valorização do uso de metodologias de interação positiva entre os profissionais de saúde e a família durante a VD, centrados numa relação e num tipo de cuidado transpessoal, baseado no respeito pelos princípios da relação terapêutica. Salientam o estabelecimento de uma verdadeira parceria, através da compreensão e respeito pelo outro, elogio, ajuda prática, supervisão e fornecimento de informação relevante, uso de linguagem simples e sugestões ajustadas à realidade. Esta ideia é reforçada por Wright & Leahey (2012) ao atestarem que as intervenções durante a visita domiciliária devem ser ajustadas a cada família. Lacerda (2010), Mandú et al. (2008) e Teixeira et al. (2009) sublinham este conceito e acrescentam que o perfil da enfermeira domiciliária tem de ser baseado na comunicação, na ética e no respeito pelas vivências e vontade da família, tendo em vista não só a prevenção da saúde, a recuperação e reabilitação da doença mas também a promoção da saúde. Em Portugal, no estudo de Azevedo (2007) defende que as ações de promoção da saúde desenvolvidas têm como finalidade proporcionar orientações de acordo com as necessidades de cada puérpera e RN, exigindo a participação guiada por uma pessoa com experiência como o enfermeiro.

Nos discursos dos profissionais de saúde participantes emerge a necessidade da preparação cuidadosa e sistemática da visita domiciliária, de acordo com a individualidade do utente e família, ao longo da vigilância pré-natal e, também, após o nascimento, contribuindo, segundo os mesmos, para o seu sucesso. Este dado vai ao encontro do defendido por Lancaster & Stanhope (2011), na medida em que, para que esta intervenção seja direcionada ao tipo de família presente, é necessário existir um trabalho de planeamento, de forma a obter ganhos em saúde. As suas narrativas espelham claramente as diferentes fases de planeamento e as diversas atividades inerentes, preconizadas por Loveland-Cherry (1996/1999) *cit in* Lancaster & Stanhope (2011).

Os casais também fazem referência a este trabalho de preparação no período pré-natal, narrando que foram sensibilizados para a visita pelo enfermeiro nas consultas de saúde materna, mas também no curso de preparação para o parto. Estes nomeiam como objetivo desta visita, a concretização do rastreio das doenças metabólicas, a avaliação do bem-estar materno-infantil, bem como o apoio e orientação nesta fase do ciclo de vida. Estes dados são coerentes com a perspetiva de Rice (2006) e Lacerda (2010), na medida em que, esta intervenção fornece ao utente e família, a compreensão, o apoio, o tratamento, as informações e os cuidados que necessitam para gerir com sucesso as necessidades de saúde. Neste contexto a Amaral (2011) aponta como principais objetivos, a realização do exame físico ao RN, a avaliação da dinâmica

familiar e das condições habitacionais, o despiste de fatores de risco relacionados com as mesmas, a promoção do aleitamento materno e educação para a saúde de acordo com as necessidades detetadas. Também, o estudo de Almeida (2011) evidencia a prestação de cuidados de saúde, o aconselhamento, apoio, orientação, acompanhamento, como finalidades da visita domiciliária.

As intervenções de treino e fornecimento de informação escrita, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados básicos à criança (higiene e conforto, sono, segurança e alimentação), são indicadas como estratégias fundamentais para o desenvolvimento da competência, segurança e autonomia da família no desempenho do papel parental, por ambos os sujeitos participantes.

Meleis (2010) corrobora esta ideia, salientando a relevância da existência de um espaço dedicado ao treino, na promoção da mestria no domínio das competências. Também, os resultados da investigação de Mercer & Walker (2006) reforçam esta ideia, na medida em que, as mães que receberam a informação através de áudio ou vídeo não apresentam um aumento expressivo de conhecimento, referindo que preferiam o contato presencial para poderem colocar as suas dúvidas, as mães cuja intervenção educativa foi individualizada obtiveram resultados de sucesso. Do mesmo modo os estudos de Soares (2008) e Almeida (2011) evidenciam o treino de competências como uma estratégia facilitadora da aprendizagem, incorporação e autonomia e segurança no desempenho do novo papel parental. As revisões da literatura de Ness, Davis, & Carey (2013) e Imdad et al. (2013), salientam a sua importância na prevenção das infeções ao nível do coto umbilical, apesar de a literatura não ser consensual quanto aos seus cuidados.

No que concerne à prestação de orientações preventivas em formato escrito, a informação do relatório de Barlow et al. (2008) apontam para um efeito positivo na redução do *stress* e aumento da confiança dos pais durante os primeiros dois meses de vida. Também Benzies, Magill-Evans, Harrison, MacPhail, & Kimak (2008) valorizam este recurso, como forma de reforçar e estimular a participação e coesão familiar no desenvolvimento harmonioso da criança. Similarmente a OE (2001), no enunciado descritivo da promoção da saúde dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, declara que o enfermeiro deve encontrar estratégias facilitadoras da aprendizagem, nomeadamente a adequação a linguagem e a entrega de material de suporte.

Os sujeitos participantes apontaram sobretudo de aspetos positivos desta modalidade de intervenção. Salientam a prestação de cuidados de proximidade e conforto, facilitadores de relações mais estreitas entre vários intervenientes, uma vez que se realizam no ambiente ecológico da família, e reduzindo as deslocações à unidade de saúde. Rice (2006), Teixeira et al. (2010) e Amaral (2011) corroboram esta ideia, afirmando que a prestação de cuidados de saúde ou de natureza social no local de habitação do utente/família permite uma maior proximidade do técnico com a família.

Nesta linha de pensamento e segundo os casais, a VD no pós-parto é uma mais-valia, na medida em que, disponibiliza ajuda diferenciada, especializada e qualificada à família, proporcionando,

assim, segurança, conhecimentos e ações facilitadoras do desempenho de competências parentais. Esta ideia é comprovada na revisão da literatura realizada por McNaughton (2000) e nos estudos de Lacerda (2010) e Graça (2010), onde as mães destacam o papel fundamental da visita domiciliária, na identificação e resolução de problemas e no processo de autonomia parental. Também, a este respeito, a pesquisa realizada por Johansson, Aarts, & Darj (2010) revela que os pais valorizam muito o apoio domiciliário no período pós-parto, efetuado pelas enfermeiras, considerando as mesmas como uma figura de referência, nas quais podem confiar e recorrer para confirmar as suas competências parentais, principalmente nos cuidados prestados ao bebé, ou durante a amamentação.

Neste estudo, os casais identificam como determinante de eficácia da intervenção domiciliária nesta fase do ciclo vital, a realização pelo EF, na medida em que a interação entre os intervenientes é facilitada, pois já existe uma relação positiva que promove a continuidade e a individualização do processo de cuidados. Este dado vai ao encontro dos resultados do estudo de Almeida (2011), que salienta que os cuidados de enfermagem envolvem a realização de técnicas e procedimentos, mas mais do que isso, englobam empatia, preocupação, interesse e apoio nas dificuldades da puérpera, que contribuem para uma melhor adequação dos cuidados. Aragão (2014) amplia esta informação, ao reconhecer claras vantagens no método de trabalho por enfermeiro de referência, associado ao conhecimento profundo dos projetos de saúde individuais e familiares, possibilitados pelo contínuo acompanhamento ao longo do seu ciclo de vida.

Os enfermeiros complementam esta ideia, afirmando que esta modalidade de intervenção permite um cuidar mais holístico e humanizado, e consecutivamente de maior qualidade, na medida em que viabiliza a observação da dinâmica familiar e do respetivo contexto, promovendo uma ação mais ajustada às necessidades e ideias da família, facilitando a partilha de informação e sentimentos e o estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda. A literatura reforça esta ideia, reconhecendo a visita domiciliária como uma intervenção prioritária, um momento único de interação profissional/família/meio ambiente e de avaliação familiar, que facilita a implementação de um plano de cuidados holístico e individualizado, proporcionando ganhos em saúde a todos os elementos da família no pós-parto (Rice, 2006; Lancaster & Stanhope, 2011; Rowe, Barnes, & Sutherns, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). O estudo de Dodge et al. (2013) sustenta que esta prática aumenta as conexões com os recursos da comunidade, um comportamento parental positivo, maior qualidade no envolvimento do pai e segurança familiar, ambiente de casa mais adequado ao bebé e melhor saúde mental materna. Em Portugal, os enfermeiros participantes no estudo de Piteira (2016) apontam a visita no pós-parto como uma estratégia vantajosa e eficaz na área da promoção da saúde do RN, puérpera/família sendo muito eficaz. Relativamente aos pontos fortes deste projeto mencionam a satisfação dos utentes, maior comodidade e um melhor conhecimento da família e ambiente familiar, possibilitando um tratamento personalizado, envolvendo-a no cuidar.

Nesta investigação os sujeitos participantes reconhecem o domicílio como uma estratégia de intervenção mais ajustada ao cuidar, e não só como um local alternativo à prestação de cuidados, pois permite conhecer e compreender a família, assim como as suas necessidades de cuidado, uma vez que nele os membros da família conseguem mais facilmente expressar as suas crenças, práticas e valores sobre a saúde e doença e até questionar as práticas providenciadas pelos profissionais. Esta ideia é corroborada por Ângelo (1999), Freitas (2009) e Pereira & Gradim, 2014.

Os EF descrevem uma boa aceitação da VD por parte dos casais, no entanto, mencionam algumas resistências nos casos sociais e nas famílias que vigiam a gravidez noutra instituição. Citam também, algumas dificuldades na gestão do tempo e de atividades e na articulação com os cuidados de saúde diferenciados, como elementos condicionantes do seu planeamento e operacionalização, de acordo com *timings* adequados para a realização do teste de Guthrie. Referem, ainda, limitações na sua concretização às famílias a viver fora da área de influência, associadas ao aumento de custos. No estudo de Piteira (2016), a receção tardia das notícias de nascimento e falta de ligação entre o Serviço de Obstetrícia e a USF são mencionados como aspetos que dificultam a prossecução dos objetivos da VD.

Também, os casais verbalizam uma boa receptividade a esta forma de intervenção, referindo que as expectativas foram superadas, na medida em que, as capacidades, crenças, valores e desejos individuais e das pessoas significativas foram respeitados, estabelecendo-se uma relação de parceria, confiança e empatia, que potencia a informação ajustada às suas verdadeiras necessidades. Estes resultados corroboram com a maior parte dos estudos, nomeadamente, Lourenço (2008), Pimentel (2010), Fernandes (2012), DGS (2015) e Ribeiro (2017) que demonstram satisfação com os serviços de saúde e que numa próxima situação consideram voltar a escolher a mesma instituição.

Apresentam como propostas de melhoria a organização das orientações fornecidas em suporte escrito, de forma a potenciar o esclarecimento de dúvidas e a sua realização em equipa saúde familiar, associado à maior comodidade e conforto e à promoção da continuidade e cooperação de cuidados. Neste sentido, foi sugerido a utilização da entrevista familiar, de modo a potenciar a adaptação de toda a família à parentalidade. Um casal verbaliza a pertinência desta visita ser sempre efetuada pelo enfermeiro de família, mesmo que para isso, o primeiro contato imponha a deslocação à instituição de saúde para fazer o teste do pezinho, pois a relação estabelecida com este profissional potencia os resultados da visita. Estes dados vão ao encontro da ideia defendida por Melo (2005), de que cuidados personalizados resultam numa melhor comunicação e maior envolvimento do utente no processo terapêutico e conseqüentemente numa melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, que se reflete na adaptação e na redução da ansiedade e na promoção de sentimentos de segurança, e em última instância na satisfação com os cuidados de saúde. No estudo de Claro (2014) a maioria das mulheres atribuíram boa classificação à visita domiciliária e afirmam que esta carece de uma grande importância para a adaptação a esta fase. No entanto, consideram que é necessário melhorar alguns domínios, nomeadamente no âmbito

dos ensinamentos efetuados e na relação estabelecida. Também no estudo de Piteira (2016), as puérperas afirmam que esta intervenção é importante. Referem estar muito satisfeitas com as orientações dos enfermeiros e desejam que esta se mantenha no plano assistencial da USF, numa futura gravidez. No entanto consideram importantes alargar a informação fornecida nas áreas de amamentação, alimentação e cuidados ao RN, bem como nos cuidados com as mamas e com o períneo e sutura.

A segunda dimensão, **Enfermagem de família**, direcionou o foco de atenção para os cuidados desenvolvidos pelo enfermeiro de família nesta fase da vida, permitindo conhecer opiniões, significados e sentimentos sobre as mudanças dos CSP e avaliar a abordagem familiar, na ótica dos prestadores e beneficiários de cuidados.

Os casais participantes evidenciam a consciencialização e o conhecimento sobre a metodologia de trabalho por EF. Sobre a sua efetivação ressaltam, unicamente, aspetos positivos, enfatizando a acessibilidade, associada à flexibilidade e pontualidade do atendimento e às competências relacionais como dimensões indispensáveis à qualidade dos cuidados, o que é coerente com os achados de Neves (2012), em que os utentes compreendem o enfermeiro de família como um elemento facilitador no acesso aos cuidados, valorizando as suas competências relacionais e culturais. Mendes, Mantovani, Gemito, & Lopes (2013), atestam uma elevada satisfação com os fatores organizacionais e de atendimento, nomeadamente ligados ao acesso aos serviços e tempo de espera pela consulta, quer médica, quer de enfermagem e por Cruz (2013) e Araújo (2014), em que os utentes denotam maior satisfação, com a forma de marcação, os tempos de espera e a dimensão envolvimento.

Nesta investigação são valorizadas ainda, as competências técnico-científicas do EF, nomeadamente, em relação à perceção de segurança e confiança que os utentes sentem no acompanhamento, e ao reconhecimento do domínio e dos conhecimentos na área da saúde que os profissionais demonstram para responderem às suas questões. Os achados vão ao encontro aos resultados da pesquisa de Lourenço (2008) sobre a satisfação dos utentes sobre os cuidados de saúde primários; Ribeiro (2017) sobre a qualidade do serviço, satisfação do utente, confiança pública e fidelização nos centros de saúde; e de Cruz (2013) e Araújo (2014) que salientam os conhecimentos do enfermeiro de família que permitem resolver as situações e a sua consciência profissional que possibilita a referência para outros técnicos de saúde.

De uma forma global, os casais referem-se à qualidade da USF e dos serviços prestados segundo a metodologia de enfermeiro de família na parentalidade, salientando que estes profissionais tiverem em consideração às suas necessidades, exigências e expectativas, evidenciando as seguintes dimensões da qualidade: a segurança, eficácia, efetividade, aceitabilidade, continuidade de cuidados e o respeito. Resultados concordantes com os de Araújo (2014) e Ribeiro (2017) que apontam, forma geral, a qualidade de serviço influencia, positivamente e de forma direta, a satisfação do utente e a confiança pública, que por sua vez, também têm um efeito positivo e direto na fidelização do utente. No entanto, os resultados obtidos

na pesquisa de Cruz (2013), sobre a opinião dos utentes em relação aos profissionais e às unidades de saúde, apesar de traduzirem bons níveis de satisfação revelam, relativamente aos cuidados de enfermagem, que os beneficiários dos cuidados se encontram mais satisfeitos nas dimensões envolvimento do utente, informação dos recursos, promoção do elo de ligação e estão menos satisfeitos nas dimensões qualidade na assistência e individualização da informação.

Neste contexto, também os profissionais participantes reconhecem valor a esta filosofia de trabalho, salientando a promoção do trabalho de equipa como um dos ganhos decorrentes desta intervenção. Estes dados são concordantes com os resultados do estudo de Freitas (2009) e Pires (2016), que evidenciam atitudes positivas na integração e inclusão da família na prestação de cuidados de enfermagem nos CSP na região autónoma da Madeira e no distrito de Bragança respetivamente, sendo imprescindível a promoção na parceria de cuidados da família com os enfermeiros. Miranda (2015) encontrou na sua investigação resultados que demonstraram que esta metodologia não é, ainda, bem compreendida pelas enfermeiras da unidade em estudo.

Para estes sujeitos participantes a implementação do enfermeiro de família nas unidades de saúde facilita a integração e a inclusão da família na prestação de cuidados, promovendo a excelência no cuidar, não só no pós-parto, mas ao longo do ciclo vital, permitindo cuidados holísticos, humanizantes e próximos, associado ao estabelecimento de uma relação de confiança e colaboração que facilita a autonomia, crescimento e responsabilização familiar e consecutivamente maiores ganhos em saúde e qualidade nos serviços prestados. Também os diferentes estudos de Oliveira et al. (2011), Sousa (2011), Alves (2011), Rodrigues (2013), Silva et al. (2013), Ângelo et al. (2014), Fernandes, Gomes, Martins, Gomes, & Gonçalves (2015) e Pires (2016), apontam atitudes positivas dos enfermeiros, face ao valor da integração da família como um parceiro dialogante, que colabore na prestação de cuidados de enfermagem, e sendo um recurso positivo e de apoio e não um fardo, para assim prestar e consolidar da melhor forma os cuidados.

Perante o reconhecimento dos casais sobre a existência da figura do EF nas instituições de saúde e das conseqüentes mudanças na organização funcional dos serviços de enfermagem, os mesmos identificam alguns atributos que permitem definir a sua operacionalização na prática. São narradas várias situações que o identificam como um elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garantia da equidade no acesso aos cuidados de saúde e como um importante recurso para os cuidados de proximidade. Tal situação corrobora os resultados do estudo de Cruz (2013) e Araújo (2014), onde o EF surge como um elemento inserido numa equipa multidisciplinar, articulando com ela e com os restantes parceiros, de forma a potenciar a saúde dos seus clientes. Também os dados de Neves (2012) indicam que o sucesso de um bom trabalho em equipa nos CSP exige a presença, entre outras características, da comunicação como condição *sine qua non*, na medida em que, permite a manutenção da coesão da equipa, a existência de um trabalho colaborativo, funcionando como estímulo para a cooperação e partilha, e a redução da duplicação de esforços e rentabilização de competências.

Os casais participantes reconhecem ainda, o enfermeiro de família como um prestador de cuidados, que combina a promoção da saúde e a prevenção da doença de um modo contínuo e sistemático, e um coordenador de cuidados, com vista à máxima autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades. Este conceito está de acordo com os papéis estabelecidos pelo ICN (2002) e pela OE (2002) sobre a atuação deste profissional e permite salientar o seu contributo enquanto agente de mudança e enquanto elemento de uma equipa multidisciplinar, com competências específicas, que presta cuidados de enfermagem à família, em todas as fases e em todos os contextos da comunidade (MS, 2014). Os achados da investigação de Silva & Abreu (2012) e Araújo (2014) testemunham este propósito, na medida que consideram o enfermeiro de família como uma mais-valia relativamente à acessibilidade de cuidados globais, contínuos e integrados.

O testemunho dos casais e enfermeiros demonstra uma preocupação em conhecer e envolver a família nos cuidados, no entanto, não são identificadas intervenções que visem a unidade familiar. Observa-se que o enfoque dos enfermeiros na prática clínica é, essencialmente, na abordagem da família como contexto, concentrando-se na avaliação e nos cuidados ao RN e puérpera, surgindo a família como um recurso facilitador e ou fator de *stress* na adaptação à parentalidade. Estes dados são congruentes com as descrições das intervenções realizadas na VD nos estudos de Filipe (2011), Rodrigues (2011), Mendes (2014), Ribeiro (2014) e Claro (2014), mas também com os estudos de Figueiredo (2009), Freitas (2009), Santos (2012), Silva et al. (2013) e Araújo (2014), que evidenciam em termos gerais as intervenções dos enfermeiros nos CSP.

Neste estudo, as narrativas refletem ações centradas numa relação de parceria e respeito, que fomentam a presença de um estilo potenciador das forças, o que viabiliza o aumento da sua autonomia e competência parental. A ênfase no estilo colaborativo, respeitando as potencialidades dos utentes e suas famílias, dando-lhes apoio no sentido de encontrarem as suas próprias soluções, vai ao encontro do defendido pela OE (2002), Figueiredo (2012) e Silva e Abreu (2012), perspetivado pelos beneficiários dos cuidados (Araújo, 2014) e pelos prestadores de cuidados nos CSP (Oliveira et al., 2011; Sousa, 2011; Alves, 2011; Rodrigues, 2013; Silva et al., 2013; Ângelo et al., 2014; Fernandes et al., 2015; Pires, 2016).

Os casais salientam a utilização de elogios, conversas terapêuticas e boas maneiras, como estratégias fulcrais para o sucesso do estabelecimento desta relação de colaboração, o que é coerente com o defendido por Wright & Leahey (2012). Evidenciam também, o facto de ser um profissional que cuida os diversos membros da família ao longo do ciclo vital, que está de acordo com o preconizado pela OE (2002).

Relativamente á forma como os enfermeiros identificam as necessidades de cuidados, a análise dos seus discursos, permitiu a categorização centrada nos processos utilizados. Salientam a interação estabelecida e os itens da avaliação inicial no SClínico, como modelos de avaliação

das necessidades e posterior intervenção. A maioria identifica alguns modelos de avaliação e intervenção familiar, no entanto, não efetiva a sua prática, pois referem *deficit* de conhecimento para a sua aplicação, bem como a ausência da possibilidade de registo, no sistema informático, da maior parte da informação recolhida. Estes dados são corroborados pelo estudo de Figueiredo (2009) e Santos (2012), que refletem a ausência de modelos conceptuais orientadores e definidores da prática nos CSP, quando a família é o alvo dos cuidados.

Estes sujeitos participantes reconhecem que as mudanças na organização dos serviços, resultantes da reforma dos CSP, tem impacto nas competências que lhe são exigidas, admitindo que não efetivam uma prática à luz do pensamento sistémico, que está na base ESF, pois manifestam dificuldade na avaliação da dimensão funcional expressiva da família, e por isso continuam a perceber a família como contexto.

Neste contexto, apontam a carência de formação e a inadequação do sistema informático, como obstáculos à prática sistémica da família, ressaltando a obrigação dos governantes, na implementação de medidas que fomentem a educação nesta área, mas também a responsabilidade individual na procura de conhecimentos e na colaboração com o grupo de parametrização do SClínico. Ressaltam ainda, a existência de um espírito de interajuda na USF Barrinha que facilita a difusão dos conhecimentos individual, fruto da política de qualidade da instituição. Os efeitos positivos da abordagem familiar segundo a filosofia sistémica na adaptação à parentalidade são também salientados, definindo-a como uma nova abordagem do cuidar, fundamental para uma intervenção mais ajustada às reais necessidades, ganhos em saúde e cuidados mais eficientes, eficazes e com maior participação e responsabilização das famílias, que contribuem para o maior reconhecimento da sua profissão. Uma posição contrária é apresentada pela investigação de Freitas (2009), onde a maioria dos enfermeiros da região autónoma da Madeira caracteriza a ESF como uma modalidade de trabalho ou como uma abordagem alternativa ao cuidar.

Como propostas de intervenção, a equipa de enfermagem da USF Barrinha, destaca a necessidade de um processo formativo, fundamentado numa metodologia participativa e refletiva em torno desta temática, bem como a reformulação do manual de procedimentos e registo da visita domiciliária e o guia de cuidado ao bebé, segundo a abordagem sistémica. Estes resultados convergem com os de Freitas (2009), onde os enfermeiros reconhecem as características organizacionais, com destaque para os recursos humanos, e a formação na área da família, como elementos dificultadores e facilitadores; e com os de Santos, Costa, & Silva (2013), que apontam como fatores facilitadores de atitudes de maior suporte para com a família, a formação pós graduada e a formação específica em enfermagem de família, sublinhando a necessidade de implementação de cursos de especialidade em enfermagem de saúde familiar, e a criação de orientações específicas para o desenvolvimento e produção das práticas clínicas nos CSP. Nas pesquisas de Figueiredo (2009) e Santos (2012), estes dados são confirmados, na medida em que se verificam mudanças positivas e efetivas no comportamento dos enfermeiros face ao modo como envolvem a família nos cuidados.



A terceira dimensão, **Parentalidade no pós-parto**, circunscreve-se às experiências de vida do casal nesta fase de transição normativa, mas também para a percepção do enfermeiro de família sobre essa vivência.

Nos testemunhos, ambos os sujeitos participantes descrevem a parentalidade como um período cansativo a nível físico, devido às alterações biofísicas do parto e puerpério, à centralização no cuidar do filho e no aumento dos papéis e tarefas a desempenhar em casa, o que condiciona o aparecimento de diversas dificuldades relacionadas consigo própria, com o bebé e com a família. Neste contexto, os enfermeiros acrescentam que quando a família não consegue resolver estas contrariedades recorrem aos seus serviços. Estes achados vão de encontro aos resultados de vários estudos, nomeadamente Mendes (2007), Soares (2008), Santos (2011), Silva (2012), Pereira (2012), Neves (2013), Ribeiro (2014) e Mendes (2014), onde é evidente que a fadiga acompanha esta nova etapa do ciclo vital.

Os casais e os enfermeiros caracterizam este período como um momento de grande vulnerabilidade e instabilidade emocional, associada a sentimentos antagónicos de alegria, felicidade, tristeza e choro, resultantes de constrangimentos inerentes à inexperiência no cuidar alterações de rotinas e a consolidação dos vários papéis. Estes resultados são convergentes com os de Mendes (2007), Soares (2008), Santos (2011), Silva (2012), Pereira (2012), Neves (2013), Ribeiro (2014) e Mendes (2014), nos quais se salienta que nos primeiros dias após o parto, para além dos sentimentos de felicidade com o nascimento do filho, muitas mulheres têm alterações psico-emocionais com a labilidade emocional, a fadiga, a ansiedade, sintomas característicos do *blues* pós-parto.

Nesta pesquisa os desafios inerentes à conjugalidade, coparentalidade e dinâmica familiar são descritas e vão ao encontro da perspetiva de Rebelo (2011) e Biehle & Mickelson (2012), que salientam um decréscimo na satisfação conjugal, associada ao desempenho das tarefas parentais, às dissonantes expectativas sobre a parentalidade e ausência de tempo destinado à vivência conjugal. Igualmente, Lopes (2012) apresenta os primeiros seis meses da criança como os mais difíceis, associados às dificuldades com o suprimento das necessidades físicas, a doença e mau estar, o choro, o desenvolvimento da criança e com a adaptação à parentalidade. Andrade et al. (2014) indicam ainda, como principais efeitos negativos o impacto financeiro, a sobrecarga de trabalho, a falta de horas de sono e a responsabilidade dos papéis.

Apesar das dificuldades de reajustamento físico e psicossocial expostas pelos casais e reconhecidas pelos enfermeiros, ambos compreendem este processo de transição como um percurso de desenvolvimento individual e familiar, construído no dia-a-dia, e em estreita cooperação entre a família e a equipa de enfermagem. Observa-se assim a existência de um família que apreendeu a dividir responsabilidades e de um pai participante, mais ativo e que se envolve no desenvolvimento da parentalidade, o que vai ao encontro dos achados de Vieira & Souza (2010) e Zornig (2010). Contrariamente no estudo de Martins, Abreu, & Figueiredo (2017) as mães verbalizam uma interiorização inconsciente de uma maternidade superior, restringindo

a participação dos pais nas tarefas parentais, acabando por afastar os homens da prestação de cuidados, alegando que não são detentores da mesma competência, sensibilidade e agilidade para o cuidar, assumindo-se, assim, como principais cuidadoras.

Neste estudo, o apoio das pessoas significativas é compreendido pelos casais participantes como um recurso eficaz e de segurança na adaptação à parentalidade, descrevendo a sua abrangência a diferentes níveis (instrumental, emocional e ensino). O que corrobora os achados Monteiro (2013), Coutinho et al. (2016) e Bennett et al. (2017), onde o suporte prestado pelos amigos, família e cônjuge, predominam como influências importantes no funcionamento familiar nesta fase, na medida em que permitem o aconselhamento e a partilha de experiências, de bens e tarefas.

O conceito do enfermeiro como facilitador e mediador de todo o processo transicional é uma constante nas narrativas, surgindo a prestação de cuidados à díade mãe-bebé e a envolvimento da família no cuidar, como elementos cruciais da sua abordagem. Mercer e Walker (2006) defendem esta ideia, ao atribuírem valor ao papel de apoio e ensino destes profissionais, salientando que o modo como esta prática é efetivada, influencia os resultados obtidos. Graça (2010) esclarece que as ações devem ser planeadas com os pais, visando fortalecer a relação conjugal e parental e criar um ambiente conducente ao desenvolvimento e bem-estar. Igualmente, Soares (2008), Pereira (2012), Neves (2013) e Ribeiro (2014) evidenciam o efeito positivo da intervenção de enfermagem na formação dos utentes, na medida em que fomenta a aquisição de confiança e domínio de novas competências.

Neste contexto, a intervenção segundo a metodologia de trabalho por enfermeiro de família é considerada pelos sujeitos participantes, como uma mais-valia no cuidar na parentalidade. A continuidade de cuidados e a existência de um vínculo de suporte confiável são as principais razões indicadas para este acontecimento, na medida em que estimulam a adequação das diversas ajudas e auxiliam a incorporação do papel e do processo vincutivo. Costa (2013) e Bispo (2015) testemunham estes dados, realçando a importância que o atendimento personalizado tem na promoção da parentalidade positiva, bem como, a necessidade de investimento na formação e na sensibilização dos enfermeiros para a adoção de boas práticas nesta área. Também, Meireles, Pereira, Ferreira, Ferreira, & Vieira (2012) caracterizam como essencial a intervenção do enfermeiro de família no apoio ao casal, não só na aquisição de competências parentais, mas essencialmente na prevenção da claudicação familiar e ou na promoção da adoção de mecanismos e estratégias de *coping* quando esta já está instalada.

Relativamente à abordagem do EF no pós-parto, as narrativas compreendem a visita domiciliária como uma estratégia crucial na adaptação a esta transição desenvolvimental, dado que permite um melhor tempo de partilha e revela um efeito potenciador de sentimentos de autoestima, autoconfiança e autoeficácia do casal, relativamente à vinculação e ao desempenho parental. Os estudos de Lopes et al. (2010), Lopes (2012), Vázquez, Ramos, Molina, & Artazcoz (2016) e

Piteira (2006) comprovam esta ideia, divulgando a sua eficácia na redução do *stress* parental na capacitação familiar.



## 6 CONCLUSÕES

Este capítulo pretende expor a reflexão sobre a investigação desenvolvida, de modo a utilizar os resultados atingidos, para dar resposta aos objetivos previamente delineados. Assim, de seguida, apresenta-se a síntese dos principais achados, as limitações do estudo e as suas implicações para a prática profissional e para o desenvolvimento da Enfermagem de Família.

### Conclusões do estudo

A investigação revela que o nascimento do primeiro filho é um acontecimento de desenvolvimento e crescimento individual e familiar, implicando a adaptação a um conjunto de mudanças (biofísicas, emocionais e psicológicas) e a redefinição de papéis, que se repercutem no seu bem-estar.

Os casais descrevem este período, como uma etapa de evolução vivida de forma positiva, para qual, muito contribui o apoio e suporte das pessoas significativas (recursos humanos) e dos serviços de saúde (recursos comunitários), evidenciando o efeito destes meios, na redução sentimentos de insegurança, *stress* conjugal, parental e familiar. O EF surge como um elo de ligação entre a família, a equipa multidisciplinar e os recursos da comunidade, garantindo a equidade e proximidade no cuidar; como um prestador de cuidados, que combina a promoção da saúde e a prevenção da doença de um modo contínuo e sistemático; e como um coordenador de cuidados, funcionando como a referência e o suporte qualificado para as famílias, promovendo a sua autonomia. Igualmente, os enfermeiros de família reconhecem a importância das ajudas externas na vivência saudável deste processo transicional, salientando o seu papel de facilitador e mediador, prestando cuidados à díade mãe-bebé e reforçando o apoio familiar através do ensino sobre a importância da comunicação familiar, implementação de momentos a dois, partilha de sentimentos, concertação e priorização de funções e tarefas e tempo para atividades de bem-estar, convívio e lazer.

Assim, neste estudo, o serviço de enfermagem da USF Barrinha surge como um recurso comunitário facilitador da adaptação à parentalidade, sendo sublinhado por todos os sujeitos participantes, que a filosofia de trabalho por enfermeiro de família contribui para este resultado, promovendo a parceria e a continuidade do cuidar e um vínculo de suporte confiável, que potencia a adequação das diversas ajudas (informativas, instrumentais e emocionais e reforços) e a incorporação do papel parental e do processo vincutivo, o que se traduz em níveis de qualidade assistenciais maiores nas dimensões de efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no cliente, continuidade e respeito.

Relativamente à abordagem efetuada no pós-parto pela equipa de enfermagem, as narrativas compreendem a visita domiciliária como uma estratégia crucial de cuidado à família, dado que a intervenção no contexto familiar proporciona uma observação mais realista do meio físico,

familiar e social e consecutivamente, a detecção e atuação precoce. Neste contexto, foi mencionada como uma estratégia de intervenção mais holística, humanizante, próxima e interventiva, permitindo um melhor tempo de partilha, de mobilização e desenvolvimento de capacidades para o cuidar e para a utilização de recursos físicos, económicos, afetivos e sociais, potenciando a qualidade dos serviços.

As áreas de saúde descritas no plano assistencial da visita domiciliária englobam a categoria estrutural, desenvolvimental e funcional da família, nomeadamente ao nível das condições habitacionais, composição familiar, estádios, tarefas, vínculos, crenças e atividades de vida diária. Contudo, permanece um pouco negligenciado a avaliação compreensiva da família nas restantes áreas (posição na fratria, subsistemas e limites; família alargada; etnicidade, raça, classe social, religião; comunicação, alianças, influências e poder). As intervenções de treino e fornecimento de informação escrita, nomeadamente no âmbito dos cuidados básicos à criança (higiene e conforto, sono, segurança e alimentação), são indicadas como técnicas fundamentais para o desenvolvimento da competência, segurança e autonomia no desempenho do papel parental.

Os testemunhos apresentam assim, uma atuação na visita domiciliária direcionada para o bem-estar do RN e da mãe, promovendo a interação positiva entre os profissionais e a família, centrados numa relação e num tipo de cuidado transpessoal. Neste âmbito, as narrativas reconhecem o domicílio como uma modalidade de intervenção ajustada ao cuidar nesta fase do ciclo vital, e não só como um local alternativo à prestação de cuidados, mas também a eficácia da visita quando efetivada pelo EF, na medida em que a existência de um trabalho prévio fundamento numa relação positiva, promove a continuidade e a individualização do processo de cuidados.

Uma boa aceitação da visita domiciliária no pós-parto foi perspetivada e testemunhada pelos sujeitos participantes. Os enfermeiros mencionam apenas, algumas resistências nos casos sociais e nas famílias que vigiam a gravidez noutra instituição. Citam também, algumas dificuldades na gestão organizacional das suas atividades, de forma a efetivar esta intervenção de acordo com os *timings* para a realização do teste de Guthrie, e limitações económicas associadas ao aumento de custos quando se operacionalizam a famílias a viver fora da área de influência. A este respeito, os casais referem que as suas expectativas foram superadas, na medida em que, as capacidades, crenças, valores e desejos individuais e das pessoas significativas foram respeitados, valorizando o estabelecimento de uma relação de colaboração, confiança e empatia, que potencia a informação ajustada às suas verdadeiras necessidades.

A ênfase no estilo colaborativo, respeitando as potencialidades dos utentes e suas famílias, recorrendo à implementação de elogios, conversas terapêuticas e boas maneiras, inerentes ao estabelecimento de verdadeiras relações de ajuda, foram valorizadas como estratégias essenciais no cuidar nesta transição, no entanto, não são identificadas intervenções no período pré e pós-parto que visem a unidade familiar, visto que são descritas, unicamente, atividades ao

nível do indivíduo que vivencia este processo ecológico. Deste modo, a prática não revela a conceção de cuidados alicerçados em modelos sistémicos.

Neste contexto, os enfermeiros identificam alguns modelos de avaliação e intervenção familiar, contudo, não efetivam a sua prática, devido à impossibilidade de registo no sistema informático e por dificuldade na avaliação da interação familiar, resultantes da carência de formação na área. Não desvalorizando a responsabilidade individual e reconhecendo a abordagem sistémica como um pilar da ESF, salientam o seu dever na colaboração com o grupo de parametrização do SClinico e na ampliação de conhecimentos e sua difusão na equipa multidisciplinar, fruto da política de qualidade da instituição onde exercem funções. Referem também, a obrigação dos governantes na implementação de medidas que fomentem a formação dos profissionais, em virtude do reconhecimento legal da implementação desta filosofia de trabalho nos serviços de saúde.

### **Limitações do estudo**

Com o aproximar do fim deste trabalho, não se pode deixar de fazer referência a algumas dificuldades sentidas ao longo da sua realização, e que de certa forma estão patentes nos resultados obtidos.

Como principal limitação deste estudo salienta-se a dificuldade em conseguir a participação paterna nas entrevistas, devido à sua falta de disponibilidade por questões laborais. Paralelamente, a colheita de informação em outros momentos, também seria positiva, pois ampliaria a informação recolhida e assim uma compreensão mais ampla sobre os conceitos explorados. O facto da colheita de dados ter sido realizada num período de transição, inerente à reorganização dos padrões de documentação do sistema de apoio e registo à prática de Enfermagem, pode também ter influenciado os resultados do estudo.

### **Implicações para a prática profissional e desenvolvimento da Enfermagem de família**

As implicações deste estudo para a prática de enfermagem estão relacionadas com os conceitos e processos identificados e valorizados pelos sujeitos participantes durante a transição para a parentalidade que possibilita um maior conhecimento desta etapa do ciclo de vida familiar e a otimização das intervenções de enfermagem segundo a visão sistémica da família.

Os conhecimentos e perspetivas expostas pretendem informar e enriquecer os esforços de intervenção e prevenção, pesquisa familiar, políticas sociais e programas baseados na comunidade, mudando o foco para o sucesso das famílias.

Esta investigação mostra as dificuldades e as necessidades vivenciadas nesta transição normativa, o que remete para uma melhor preparação prévia destes momentos. Assim, e antevendo a operacionalização de intervenções efetivas, é fundamental o investimento em projetos na área da parentalidade e na avaliação do seu impacto, nomeadamente direcionados para a família, permitindo o acolhimento e o envolvimento parental na prestação de cuidados, bem como, a sua capacitação para a promoção do desenvolvimento infantil através de sessões de esclarecimento e partilha de experiências durante os primeiros meses de vida das crianças.

Tendo-se verificado uma abordagem da família como contexto e a formação específica em enfermagem de família como fator facilitador de uma atitude de maior suporte para com a família, sublinha-se a necessidade de uma discussão crítica e reflexiva que conduza a uma prática mais avançada, que considere tanto as necessidades e o estado de saúde dos indivíduos que compõem a família, como o seu funcionamento, a sua estrutura e as suas funções a partir de modelos de avaliação e intervenção familiar. Deste modo propõem-se aos enfermeiros de família a realização de formação no âmbito da Saúde Familiar, particularmente na visão sistémica, nos processos normativos, e no trabalho com as famílias (avaliação e intervenção), por forma a capacitar e motivar estes profissionais para o “trabalho com a família”, amplificando o bem-estar familiar e a sua satisfação, bem como, pesquisas que compreendam como se constroem as práticas de enfermagem centradas no sistema familiar e quais os fatores determinantes para o seu desenvolvimento, por forma a aproximar a teoria à realidade.

A importância de visita domiciliária é salientada nesta investigação como uma estratégia essencial ao cuidar na parentalidade, por isso, sugere-se a difusão de intervenções domiciliárias de orientação e *follow up* durante os primeiros meses de vida da criança, como forma de capacitar e reforçar sentimentos de segurança e autoestima parental e familiar, bem como ampliar a análise das experiências, expectativas e percepções decorrentes do impacto da prestação de cuidados de saúde no ambiente familiar durante o período pós-natal.

Os beneficiários e prestadores de cuidados compreendem a metodologia de trabalho por enfermeiro de família como uma nova maneira de cuidar, por isso sugere-se a implementação de estudos neste âmbito, de forma dar visibilidade aos contributos dos cuidados direcionados à família e assim conduzir à evolução da ESF, enquanto área de conhecimento e de práticas, bem como a instituição legal do EEESF, reconhecendo assim o espaço de intervenção autónomo do enfermeiro de família.

Em suma, considera-se que os objetivos do presente estudo foram devidamente alcançados, através do cumprimento rigoroso do processo metodológico definido, tendo sido dada resposta à questão de investigação norteadora do estudo.



## SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O presente relatório expõe o percurso formativo na aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Saúde Familiar, que englobou a prática de cuidados especializados à família em contexto de estágio clínico e a metodologia de investigação no estudo desenvolvido e apresentado anteriormente.

O estágio profissional constitui uma mais-valia para a formação académica, mas também, para o desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que, permitiu o planeamento de estratégias e a execução de atividades direcionadas para a concretização dos objetivos delineados, tendo por base os conhecimentos adquiridos na parte teórica, a continuidade de uma prática de cuidados baseados na evidência e uma abordagem crítico-reflexiva.

Ao longo desta experiência formativa, a família foi compreendida numa perspetiva sistémica e os cuidados de enfermagem privilegiaram uma abordagem centrada na família e na implementação de processos de cuidar em parceria com a mesma, perspetivando a negentropia dos seus membros e potenciando as suas forças, recursos e competências. A metodologia de avaliação familiar, com recurso às estratégias de observação e entrevista semiestruturada, utilizando um protocolo de recolha de dados baseado no MDAIF e como apoio dos dados do SClinico, ocorreram em famílias a vivenciarem transições, normativas e não normativas, permitiram aperfeiçoar esta competência, bem como, possibilitaram uma melhor compreensão da importância destas ferramentas na orientação e sistematização da colheita de informações e estabelecimento de diagnósticos e intervenções ajustadas a cada família. Os conhecimentos sobre o ciclo vital da família e as teorias de enfermagem permitiram explorar as verdadeiras dificuldades de cada família e as suas potencialidades, de forma, a fomentar a sua adaptação saudável, segundo a filosofia de um cuidar colaborativo e holísticos.

O trabalho com as famílias em contexto de estágio e sobretudo, no período de colheita de informação para a investigação, permitiram constatar o papel de suporte do enfermeiro de família, apoiando escolhas e reforçando a responsabilização e autonomia da família, ao longo dos momentos de crise. Vários autores defendem que a prática de Enfermagem de Saúde Familiar completa o convite às famílias para participar nos seus cuidados de saúde, no entanto, reforçam a exigência de investigação, formação e divulgação de boas.

Neste âmbito saliente o contributo da investigação desenvolvida na USF Barrinha sobre os cuidados de enfermagem prestados na visita domiciliária no pós-parto, na medida em que, permitiu conhecer na ótica do prestador e do beneficiário de cuidados, a abordagem da Enfermagem de Saúde Familiar no processo de adaptação à parentalidade, bem como a forma como os sujeitos participantes percebem o seu impacto na vivência desta transição, permitindo refletir na prática e delinear intervenções alicerçadas na abordagem sistémica, que consecutivamente condicionam a qualidade assistencial e parentalidade saudável. Face ao

interesse da equipa de enfermagem da USF Barrinha desenvolveu uma formação em serviço com o tema “*A enfermagem de saúde familiar, uma nova abordagem o cuidar*”, reformulei o manual de visita domiciliária ao recém-nascido e à puérpera e elaborei o manual “*A vida com o seu bebé*”, sugestão partilhada por ambos os sujeitos participantes.

Naturalmente que, como todos os desafios, também este foi revestido de algumas dificuldades, exigindo um esforço acrescido. Relativamente a este aspeto, destaca-se a conciliação do tempo para a prática profissional e para a realização das horas de estágio no tempo delineado, exigindo alguma sobrecarga, no entanto, a colaboração e amabilidade da equipa da USF Barrinha suplantou estas dificuldades e amenizou as dificuldades encontradas.

Como sugestão, considera-se que, numa fase posterior ao término deste curso, será pertinente a apresentação dos resultados obtidos à equipa multidisciplinar, para que a mesma, tenha perceção da prática e se difunda a cultura do enfermeiro de família, esperando contribuir para a melhoria da qualidade assistencial e da promoção e reconhecimento do seu papel na equipa multidisciplinar.

O desenvolvimento deste estágio revelou-se uma experiência bastante enriquecedora e aliciante a nível pessoal e profissional, despertando capacidades e aperfeiçoando competências, que foram evidentes neste documento e que permitem considerar o alcance dos objetivos inicialmente propostos. A partilha destes conhecimentos e competências no seio da equipa onde exerço funções, e a transmissão aos utentes sobre a importância da Enfermagem de Saúde Familiar, constituiu-se uma realidade que se pretende efetivar, através da prestação de cuidados centrados na família e à parceria de cuidados, contribuindo assim para o reconhecimento do papel do enfermeiro de família nos CSP.

Espera-se que o estudo desenvolvido constitua uma mais-valia para os enfermeiros e utentes das unidades de saúde, melhorando as intervenções de parceria com a família a vivenciar a parentalidade, potenciando os cuidados centrados na família como um sistema interativo e alicie novas descobertas, possibilitando o desenvolvimento da investigação no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia de Ciências de Lisboa. (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea*. Lisboa: Editorial Verbo.
- ACeS BV. (2013). *Manual de articulação entre unidades funcionais do ACeS BV*. Aveiro: ACeS BV.
- Alarcão, I. (2001). *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Alarcão, M. (2006). *(Des) equilíbrios familiares* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Alderdice, F., McNeill, J., & Lynn, F. (2013). A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, 29(4), 389-399. Retrieved from [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00088-5/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00088-5/pdf)
- Almeida, E. A. G. (2011). *Visita domiciliária no pós-parto* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu). Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1644>
- Altenburger, L. E., Schoppe-Sullivan, S. J., Lang, S. N., Bower, D. J., & Kamp Dush, C. M. (2014). Associations between prenatal coparenting behavior and observed coparenting behavior at 9-months postpartum. *J. Fam. Psychol*, 28(4), 495-504. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4485399/>
- Alves, C. M. P. M. (2011). *Atitudes dos enfermeiros face à família: Stress e gestão do conflito* (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71914/2/30497.pdf>
- Amaral, N. (2011). Os enfermeiros e a visita domiciliária ao recém-nascido: Promovendo um Natal saudável em família. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Os Enfermeiros e a Visita Domiciliária.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Os%20Enfermeiros%20e%20a%20visita%20domicili%20aria.aspx)
- American Academy of Pediatrics (2009). The role of preschool home-visiting programs in improving children's developmental and health outcomes. *Pediatrics*, 123(2), 598-603. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19171627>
- Andrade, L. M. C., Martins, M. M. F. P. S., Ângelo, M., Santos, A. T. V. M. F., & Martini, J. G. (2014). Identificação dos efeitos dos filhos nas relações familiares. *Acta Paul Enferm.*, 27

(4), 385-391. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0385.pdf>

Ângelo, M. (1999). Abrir-se para a família: Superando desafios. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 1 (1/2), 7 – 14. Retrieved from <http://revistas.ufpr.br/refased/article/view/4882>

Ângelo, M., Cruz, A. C., Mekitarian, F. F. P., Santos, C. C. S., Martinho, M. J. C. M., & Martins, M. M. F. P. S. (2014). Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. *Revista Esc Enferm USP*, 48 (Esp.), 75-81. Retrieved from [www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-075.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-075.pdf).

Aragão, F. M. S. (2014). *Parentalidade positiva para a promoção do desenvolvimento infantil dos 0 aos 5 anos* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/16311>

Aranha, D. (2001). Puerpério: aspectos fisiopatológicos, clínicos e da prestação de cuidados de saúde na mulher puérpera. *Revista portuguesa clínica geral*, 17 (5), 375-394.

Araújo, I. M. B. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem* (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Retrieved from <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutlsabel.pdf>

Araújo, C. F. G. (2014). *Enfermagem com famílias: percepção dos utentes de uma unidade de saúde familiar dos cuidados do enfermeiro de família* (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Retrieved from [http://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=611434](http://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=611434)

Associação Internacional de Enfermagem Familiar (IFNA) (2017). *Declaração de posição da IFNA sobre competências de prática avançada para enfermagem familiar*. Retrieved from <http://internationalfamilynursing.org/2017/05/19/advanced-practice-competencies/>

Associação Internacional de Enfermagem Familiar (IFNA) (2015). *Declaração de posição da IFNA sobre competências de generalidades para prática de enfermagem familiar*. Retrieved from <http://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-Complete-PDF-document-in-color-with-photos-English-language.pdf>

Associação Internacional de Enfermagem Familiar (IFNA). (2013). *Declaração de posição da IFNA sobre educação pré-licenciada em enfermagem familiar*. Retrieved from <http://internationalfamilynursing.org/association-information/position-statements/>

- Assunção, G. P. & Fernandes, R. A. (2010). Humanização no atendimento ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva: análise de literatura sobre a atuação do profissional de saúde. *Londrina: Serviço Social em Revista*, 12 (2), 69-82. Retrieved from <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7543>>
- Aston, M., Price, S., Etowa, J., Vukic, A., Young, L., Hart, C., MacLeod, E., & Randel, P. (2015). The power of relationships: Exploring how public health nurses support mothers and families during post-partum home visits. *Journal of Family Nursing*, 21 (1), 11 – 34. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25492494>
- Azevedo, M. (2007). *Cuidar da mãe e do filho - Contributos dos cuidados de enfermagem, nos primeiros dias após o nascimento* (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7174/2/cuidar%20da%20me%20e%20do%20filhocontributos%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem.pdf>
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barlow, J., McMillan, A., Kirkpatrick, S., Ghatge, D., Smith, M., & Barnes, J. (2008). *Health-led parenting interventions in pregnancy and early years*. (Research Report DCSF-RW070). Retrieved from <http://dera.ioe.ac.uk/8573/1/DCSF-RW070.pdf>
- Barroso, R., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psicologica*, 1 (52), 211-229. Retrieved from <http://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/996>
- Bartoletti, F. F., Moron, A. F., Filho, J. B., & Nacamura, M. U. (2007). *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Editora Manole.
- Basto, M. L. (2007). Da tarefa ao cliente como ser cultural: Saberes utilizados por enfermeiras num centro de saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*, 25 (1), 59-70. Retrieved from <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-1/1-05-2007.pdf#view=fit>
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Eds.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 317-346). Retrieved from <http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/Livro%20-%20Psicologia%20da%20gravidez%20e%20da%20parentalidade.pdf>
- Bell, J. M. (2014). Creating a culture of feedback in family nursing. *Journal of Family Nursing*, 20 (4), 383-389. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1074840714559505>
- Bennett, C. T., Buchan, J. L., Letourneau, W., Shanker, S. G., Fenwick, A., Simith-chant, B., & Gilmer, C. (2017). A Realist synthesis of social connectivity interventions during transition to parenthood: The value of relationships. *Applied Nursing Research*, 5 (34), 12-23. Retrieved from <http://ac.els-cdn.com/S0897189716303032/1-s2.0->

S0897189716303032-main.pdf?\_tid=eb396392-dc47-11e7-8447-  
0000aacb35d&acdnat=1512758890\_b80ec69ce1ae8fbf9ebacece572d5946

- Benzies, K., Magill-Evans, J., Harrison, M. J., MacPhail, S., & Kimak, C. (2008). Strengthening new fathers' skills in interaction with their 5-month-old infants: Who benefits from a brief intervention?. *Public Health Nursing*, 25(5), 431- 439. Retrieved from [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1446.2008.00727.x/epdf?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED\\_NO\\_CUSTOMER](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1446.2008.00727.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER)
- Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2012). First-time parents 'expectations about the division of childcare and play. *Journal of Family Psychology*, V (26), 36-45. Retrieved from <http://pdfs.semanticscholar.org/9db0/4dd118fcc58a52949db05bbc8267c20c5b03.pdf>
- Bilukha, O., Hahn, R. A., Crosby, A., Fullilove, M. T., Liberman, A., Moscicki, E., Snyder, S., Tuma, F., Corso, P., Schofield, A., & Briss, P. (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence- a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 28 (2S1), 11-39. Retrieved from [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(04\)00283-1/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(04)00283-1/fulltext)
- Bispo, E. M. F. (2015). *Enfermeiro de saúde familiar e a comunicação: Transição para a parentalidade* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Santarém). Retrieved from <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1483/1/Relat%C3%B3rio%20Elsa%20Bispo%20%5B404803%5D.pdf>
- Brazelton, T. B. (2007). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. 10ª Edição. Lisboa: Editorial Presença.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Eds.), *Psicologia gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Retrieved from <http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/Livro%20-%20Psicologia%20da%20gravidez%20e%20da%20parentalidade.pdf>
- Canavarro, M. C. (2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cantwell, R., & Cox, J. (2006). Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 16 (19), 14-20. Retrieved from [http://www.obstetrics-gynaecology-journal.com/article/S0957-5847\(05\)00118-6/pdf](http://www.obstetrics-gynaecology-journal.com/article/S0957-5847(05)00118-6/pdf)
- Chong, A., & Mickelson, K. D. (2016). Perceived fairness and relationship satisfaction during the transition to parenthood: The mediating role of spousal support. *Journal of Family Issues*,

- 37 (1), 3-28. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0192513X13516764>
- Claro, M. F. (2014). *Visita domiciliária de enfermagem no puerpério* (Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Retrieved from <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4440/1/PG%20-%20Marisa%20Fernandes%20Claro%20N%C2%BA%2024425.pdf>
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Costa, A. L. R. (2013). *Satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1979>
- Coutinho, E. C., Rocha, A. M. A., & Silva, A. L. (2016). Expetativas relativas à maternidade de um grupo de grávidas portuguesa nos distritos de Viseu e Aveiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (8), 2339-2346. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000802339&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000802339&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Cruz, M. M., & Bourget, M. M. M. (2010). A visita domiciliária na estratégia de saúde da família: Conhecendo as perceções das famílias. *Saúde e Sociedade*, 19 (3), 605-613. Retrieved from <http://www.periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/download/364/116>
- Cruz, C. S. C. M. (2013). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem numa unidade de saúde familiar* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico da Guarda). Retrieved from <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/2273/1/E%20Com%20-%20Cristina%20S%20C%20M%20Cruz.pdf>
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2015). *Estudo de satisfação dos utentes do sistema de saúde português*. (Relatório técnico). Retrieved from <http://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/satisfacao-do-utente-no-sns/documentos-e-publicacoes/estudo-de-satisfacao-dos-utentes-do-sistema-de-saude-portugues-2015.aspx>
- Dodge, K., Goodman, W., Murphy, R, O'Donnell, K. Sato, J., & Guptill, S. (2014). Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *American Journal of Public Health*, 124 (1). 136-143. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4011097/>
- Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA). (2015). Guia orientador: Estágio. Aveiro: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

- Fernandes, C. S., Gomes, J. A. P., Martins, M. M., Gomes, B. P. P., & Gonçalves, L. H. T. (2015). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (7), 21-30. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn7/serIVn7a03.pdf>
- Fernandes, R. A. (2012). *Avaliação da qualidade apercebida e satisfação dos utentes de uma clínica de imagiologia do grande Porto* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto). Retrieved from [http://sigarra.up.pt/reitoria/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=120029](http://sigarra.up.pt/reitoria/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=120029)
- Ferreira, P., Mendes, J., & Pedro, S. (2010). Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. *Encontros Científicos Tourism & Management Studies*, 6 (1), 175-189. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ec/n6/n6a16.pdf>
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Retrieved from <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. H. J. S. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). Dos contextos da prática à (co) construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (3), 615-621. Retrieved from [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en\\_a17v43n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/en_a17v43n3.pdf)
- Filipe, M. (2011). *Visita domiciliária: Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Retrieved from <http://core.ac.uk/download/pdf/19132777.pdf>
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frei, I. A., & Mander, R. (2010). The relationship between first-time mothers and care providers in the early postnatal phase: an ethnographic study in a swiss postnatal unit. *Midwifery*, 27 (5), 716-722. Retrieved from [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(09\)00142-9/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(09)00142-9/fulltext)
- Freitas, A. P. C. (2009). *Enfermagem com famílias: Perspetiva dos enfermeiros de cuidados de saúde primários da região autónoma da Madeira* (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Retrieved from



<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13430/2/EnfermagemComFamiliasAlexandraFreitas.pdf>

- Gordon, I., & Feldman, R. (2008). Synchrony in the triad: A microlevel process model of coparenting and parent – child interactions. *Family Process*, V. 47 (4). 465–479. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19130788>
- Graça, L. C. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno: Um estudo quasi-experimental* (Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa). Retrieved from <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3710>
- Grizólio, T. C, Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2015). A percepção da parentalidade de cônjuges engajados em casamentos de longa duração. *Rev. Psicologia em estudo*, 20 (4), 663-674. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/2871/287145780014.pdf>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da criança e do adolescente*. Loures: Lusociência.
- Hudson, D., Elek, S., & Flek, M. (2001). First time mothers and fathers transition to parenthood: Infant care self – efficacy, parenting satisfaction and infant sex. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 24 (1), 31-43. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11881635>
- Imdad A., Bautista, R., Senen, K., Uy, M., Mantaring, J., & Bhutta, Z. (2013). Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5 (CD008635), 1-113. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008635.pub2/pdf>
- International Council of Nurses (ICN). (2002). *Nurses always there for you: Caring for families*. Genebra: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses (ICN). (2011). *CIPE Versão 2 -Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Jager, M. E., & Bottoli, C. (2011). Paternidade: Vivência do primeiro filho e mudanças familiares. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13 (1).141-153. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/1938/193819303011/>

- Janisse, H. C., Barnett, D., & Nies, M. A. (2009). Perceived energy for parenting: A new conceptualization and scale. *Journal of Child Family Studies*, 18 (3), 312-323. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/s10826-008-9232-z>
- Krob, A. D., Piccinini, C. A., & Silva, M. R. (2009). A transição para a paternidade: Da gestação do segundo mês de vida do bebê. *Psicologia USP*, 20 (2), 269-291. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v20n2/v20n2a08.pdf>
- Kuersten-Hogan, R. (2017). Bridging the gap across the transition to coparenthood: Triadic interactions and coparenting representations from pregnancy through 12 Months postpartum. *Frontiers in Psychology*, 8 (475), 1-17. Retrieved from: <http://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00475/full>
- Lacerda, M. R. (2010). Cuidado domiciliar: Em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. *Ciência e saúde coletiva*, 15 (5), 2621-2626. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000500036&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000500036&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Lancaster, J., Stanhope, M. (2011). *Population – Centered Health Care in the Community* [PDF]. Retrieved from <http://www.elsevier.com/books/public-health-nursing/stanhope/978-0-328-32153-2>
- Lopes, M. S. O. C. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: Áreas de intervenção de enfermagem* (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10563>
- Lopes, M. S. O. C., Catarino, H. & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade positiva e enfermagem: Revisão sistemática da literatura. *Referência*, III (1), 109-118. Retrieved from <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/31-109.pdf>
- Loureiro, M. I., Goes, A. R., Maia, T., Câmara, G. P., & Nunes, L.S. (2009). Mental health promotion during pregnancy and early childhood: An action-research project in primary health care. *Saúde mental Revista Portuguesa de Saúde Pública*, especial 25 anos, 79-89. Retrieved from <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-25-anos/07%20aniv.pdf>
- Lourenço, B. M. M. (2008). *A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa). Retrieved from [bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1070/1/brancalourenco.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1070/1/brancalourenco.pdf)
- Loveland-Cherry, C. (1999). Risco de saúde familiar. In M. Stanhope & J. Lancaster (Eds.), *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (pp. 520-542). Loures: Lusociência.

- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusociência.
- Mandú, E. N. T., Gaíva, M. A. M., Silva, M. A., & Silva, A. M. N. (2008). Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (1), 131-140. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/714/71417115.pdf>
- Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: Uma teoria explicativa de enfermagem* (Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa). Retrieved from [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671\\_td\\_Cristina\\_Martins.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.pdf)
- Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. C. (2017). Transição para a parentalidade: A grounded theory na construção de uma teoria explicativa de enfermagem. *Investigação qualitativa em saúde*, 2 (1), 40-49. Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/46966/1/Transi%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20parentalidade%20A%20Grounded%20Theory%20na%20constru%C3%A7%C3%A3o%20de%20uma%20teoria%20explicativa%20de%20Enfermagem%20.pdf>
- McGoldrick, M., Garcia-Preto, N. A., & Carter, B. A. (2011). *The expanded family life circle: individual, family and social perspectives*. Boston: Pearson.
- McNaughton, D. (2000). A synthesis of qualitative home visiting research. *Public Health Nursing*, 17 (1), 405-414. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1446.2000.00405.x/abstract>
- Meleis A. I., Sawyer L., Im E., Messias D., & Schumacher K. (2000). Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories*. Retrieved from [http://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](http://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Melo M. (2005). *Comunicação com o doente certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Mendes, I. M. M. M. D. (2007). *Ajustamento materno e paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto* (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7250>
- Mendes, I. M. M. M. D. (2009). *Ajustamento Materno e Paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar de palavra Edições Lda.

- Mendes, A. M. P. S. (2014). *Intervenção do enfermeiro na prevenção das perturbações emocionais no primeiro mês pós-parto* (Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa). Retrieved from [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/18260/1/ulsd070726\\_td\\_Alda\\_Mendes.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/18260/1/ulsd070726_td_Alda_Mendes.pdf)
- Mendes, F., Mantovani, M. F., Gemito, M. L., & Lopes, M. J. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Referência*, 3 (9), 17 – 25. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn9/serlIn9a02.pdf>
- Menezes, C. C., & Lopes, R. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses de bebé. *Psico-USF*, 12 (1), 18-93. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a10.pdf>
- Mercer, R., & Walker, L. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35 (5), 568-582. Retrieved from [http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)34402-6/fulltext](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)34402-6/fulltext)
- Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family – Centred care of children in hospital – A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (5), 1152-1162. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21272055>
- Ministério da Saúde (MS). (2006a). *Linhas de ação prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Lisboa: MS.
- Ministério da Saúde (MS). (2006b). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Ministério da Saúde (MS). (2010). *A saúde em Portugal-História do serviço nacional de saúde*. Retrieved from <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>
- Ministério da Saúde (MS). (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Ministério da Saúde (MS). (2014). *Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto de 2014*. Portugal: Diário da República. Retrieved from [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/637E141E-4F77-4654-8410-2D9D35995AB3/0/DecLei117\\_2014.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/637E141E-4F77-4654-8410-2D9D35995AB3/0/DecLei117_2014.pdf)
- Ministério da Saúde (MS). (2015a). Portaria n.º 8/2015 de 12 de janeiro. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 7 de 22 de dezembro de 2014, 374-376. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/EnfermeiroFamilia\\_PortariaExperienciasPiloto.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/EnfermeiroFamilia_PortariaExperienciasPiloto.pdf)

- Ministério da Saúde (MS). (2015b). *Plano nacional de saúde – Revisão e extensão a 2020*. Retrieved from <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>
- Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2015c). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Retrieved from <http://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Ministério da Saúde (MS). (2016). Portaria n.º 281/2016 de 20 de outubro. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 206 de 26 de outubro de 2016, 3829-3830. Criação do grupo de trabalho para o desenvolvimento e acompanhamento de boas práticas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Retrieved from <http://dre.pt/application/file/75606166>
- Meiros, N., Pereira, A., Ferreira, A., Ferreira, S., & Vieira, E. (2012). *O papel parental e a claudicação familiar: Qual a importância do enfermeiro de família?* In J. Carvalho et al. (Eds.), *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família* (pp. 246-250). Retrieved from [http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/transferibilidade\\_conhecimento\\_ef.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf)
- Miranda, L. C. P. (2015). *Perceção dos enfermeiros de uma USF do ACES de Gondomar sobre a metodologia de enfermagem de família*. (Projeto de Licenciatura, Faculdade das Ciências da Saúde Porto da Universidade Fernando Pessoa). Retrieved from <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/5364>
- Monteiro, I. M. (2013). *O significado de dois mais um – A experiência do casal na transição para a parentalidade e novos caminhos para a intervenção* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/72023>
- Navalhas, J. C. (1997). Projecto de intervenção no âmbito da visita domiciliária no contexto do cuidar em enfermagem. *Enfermagem*, 2 (7), 6-14.
- Ness, M. J.; Davis, D. M. & Carey, W. A. (2013). Neonatal skin care: a concise review. *International Journal of Dermatology*, 52 (1), 14-22. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23278604>
- Neves, M. M. A. M. C. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em cuidados de saúde primários - Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (8), 125-134. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn8/serlIn8a13.pdf>
- Nyström, K., & Öhring, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3), 319-330. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15066113>

- Oliveira, P. C. M., Fernandes, H. I. V., Vilar, A. I. S. P., Figueiredo, M.H.J.S., Ferreira, M.M.S.S., Martinho, M.J.C.M., ... Martins, M.M.F.P.S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala families importance in nursing care – Nurses attitudes. *Revista Esc Enferm USP*, 45 (6),1331-1337. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a08.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2002). *A cada família o seu enfermeiro*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição*. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_26abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro de enfermagem de saúde familiar*. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). *Regulamento nº 168/2011 de 8 de Março*. Diário da República. 2.<sup>a</sup> Série. N.º 47. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/regulamento%20168-2011\\_individualizacoespecialidades.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/regulamento%20168-2011_individualizacoespecialidades.pdf)
- Ordem dos enfermeiros (OE). (2013). *Quinze propostas para melhorar a eficiência no serviço nacional de saúde*. Lisboa. OE.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Saúde 21 – Saúde para todos no século XXI*. Loures: Lusociência.
- Pascoal, M. J. M. (2016). *Criar, crescer e cuidar: Implementação da visita domiciliária no período pós-natal* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa). Retrieved from <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17513>
- Patrício, S. A. F. (2011). *Promoção da parentalidade positiva* (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from [repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9582/1/RELATORIO\\_ESTAGIO\\_final\\_ok.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9582/1/RELATORIO_ESTAGIO_final_ok.pdf)
- Pereira M., & Gradim C. (2014). Consulta puerperal: A visão do enfermeiro e da puérpera. *Ciência Cuidado Saúde*, 13 (1), 35-42. Retrieved from [www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/.../pdf\\_11](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/.../pdf_11)

- Pereira, M. I. F. L. P. (2012). *A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce* (dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra). Retrieved from <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=101666>
- Pimentel, H. J. M. F. (2010). *Avaliação da satisfação dos utentes em relação aos centros de saúde do serviço regional de saúde dos Açores* (Dissertação de mestrado, Universidade dos Açores). Retrieved from <http://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/1209/1/DissertMestradoHeliodoroJacintoFortesPimentel2011.pdf>
- Pires, E. I. F. (2016). *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: A visão do enfermeiro de família* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança). Retrieved from <http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14030/1/A%20import%C3%A2ncia%20das%20Fam%C3%ADias%20-%20Vers%C3%A3o%20Final.pdf>
- Piteira, A. F. P. (2016). *A enfermagem comunitária na transição para a parentalidade – Visita domiciliária de enfermagem no puerpério* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora). Retrieved from <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/18604/1/RELATORIO%20FINAL%20-%20Andreia%20Piteira.pdf>
- PORDATA. (2016). *Municípios – População*. Retrieved 16 de Junho 2017 from <http://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>
- Prati, L. E., & Koller, S. H. (2011). *Relacionamento conjugal e transição para a coparentalidade. Perspetiva de psicologia positiva*, 23 (I), 103-118. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pc/v23n1/a07v23n1.pdf>
- Rebelo, L. (2011). *A família em medicina geral e familiar – Conceitos e práticas*. Lisboa: Quadrilábico.
- Relvas, A. (2006). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições: Afrontamento.
- Relvas, A. P., & Vaz, C. P. (2002). *Monoparentalidade: Uma família à parte ou parte de uma família?*. In M. Alarcão, & A. P. Relvas (Eds.), *Novas formas de família* (pp. 245-298). Coimbra: Quarteto Editora.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 50/2004 de 13 de abril. (2004). *100 Compromissos para uma política de família. Diário da República n.º87/04, I-A Série, 2242-2248*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Rezende Filho, J., & Montenegro, C. (2008). *Obstetrícia fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Rezende, J. (2005). *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ribeiro, L. M. R. A. (2014). *Contributo da visita domiciliária do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, para os cuidados maternos prestados ao recém-nascido, nos seus primeiros 28 dias de vida* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra). Retrieved from <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=33708>
- Ribeiro, A. R. R. (2017). *Qualidade do serviço, satisfação, confiança pública e fidelização: Aplicação aos centros de saúde Chaves* (Dissertação de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro). Retrieved from [http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/8080/1/msc\\_arribeiro.pdf](http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/8080/1/msc_arribeiro.pdf)
- Rice, R. (2006). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários*. Loures: Lusociência.
- Rivero, C. (2006). *Da conjugalidade à parentalidade*. Retrieved from <http://catarinarivero.com/artigos/Da-Conjugalidade-a-Parentalidade.pdf>
- Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro – Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, N. A. (2011). *Percepções de mães primíparas sobre a visita domiciliária do enfermeiro na adaptação à maternidade: Um estudo qualitativo* (Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa). Retrieved from <http://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/4509>
- Rodrigues, L. M. O. (2013). *A Família parceira no cuidar: Intervenção do enfermeiro* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra). Retrieved from <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27078>
- Rowe, J., Barnes, M., & Sutherns, S. (2013). Supporting maternal transition: Continuity, coaching, and control. *The Journal of Perinatal Education*, 22 (3), 145-155. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4010236/>
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., Järvenpää, A. L., Isoaho, H., & Tarkka, M. T. (2011). Effectiveness of an internet-based intervention enhancing Finnish parents' parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. *Midwifery*, 27 (6), 832-841. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20932612>
- Santos, M. L. V. A. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: Impacto no desempenho profissional do enfermeiro* (Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa). Retrieved from [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd\\_re1182\\_td.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf)
- Spradley, J. P. (1979). *The Ethnographic interview*. London: Cengage Learning, INC.



- Silva, A. I., & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria clínica*, 25 (3), 253-264. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/4720>
- Silva, C. S. (2012). Transição para a parentalidade: Necessidade de cuidados de enfermagem no pós-parto eutócico (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto). Retrieved from [http://comum.rcaap.pt/bitstream/10451/6979/1/esep\\_re1182\\_td.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10451/6979/1/esep_re1182_td.pdf)
- Silva, A. P., & Abreu, W. (2012) Prefácio. In J. Carvalho et al. (Eds.), *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família* (pp. 10-11). Retrieved from [http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/transferibilidade\\_conhecimento\\_ef.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/transferibilidade_conhecimento_ef.pdf)
- Silva, M. A. N., Costa, M. A., & Silva, M. M. (2013). A família em cuidados de saúde primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência III* (11), 19-28. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn11/serIIIIn11a03.pdf>
- Silva, E. M. H. (2015). *A intervenção do enfermeiro na promoção da parentalidade: Pais com criança em situação de doença* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém). Retrieved from <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1483/1/Relat%C3%B3rio%20Elsa%20Silva%20%5B404803%5D.pdf>
- Simonelli, A., Bighin, M., & De Palo, F. (2013). Coparenting interactions observed by the prenatal lausanne triogue pay: An Italian replication study. *Infant Ment. Health J*, 33 (1), 609 – 619. doi: 10.1002/imhj.21350
- Soares, H. M. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de enfermagem* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto). Retrieved from <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese%20Mestrado%20Hlia.pdf>
- Soares, H. (2011). *A criança e os afetos*. Lisboa: OE.
- Soares, D. A. M. (2012). *Paternidade e geratividade na transição para a parentalidade* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.19/1644>
- Sousa, A. (2014). *O enfermeiro de família*. Lisboa: OE.
- Sousa, S. A. S. (2011). *A Família - Atitudes do enfermeiro de reabilitação* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Retrieved from [http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER\\_Tese\\_Salom%C3%A9\\_2011.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER_Tese_Salom%C3%A9_2011.pdf)

- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem – Avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Teixeira, J. C., Soares, L. S., França, L. F., Santos, M. L., Brito, M. A., & Rocha, S.S. (2009). Visita domiciliar puerperal. *Saúde coletiva*, 28 (6), 47-53. Retrieved from <http://www.redalyc.org/84202804.pdf>
- Uber, M. L. R., & Boeckel, M. G. (2014). A prática em terapia de família e as redes sociais pessoais. *Pensando Famílias*, 18 (2), 108-123. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.orgpdfpenf>
- Unidade de Saúde Familiar Barrinha. (2015). *Plano de ação 2015-2017*. Esmoriz: USF Barrinha.
- Vázquez, N., Ramos, P., Molina, M. C., & Artazcoz, L. (2016). Efecto de una intervención de promoción de la parentalidad positiva sobre el estrés parental. *Aquichan*, 16 (2), 137-147. doi: 10.5294/aqui.2016.16.2.2
- Vieira, E. N., & Souza, L. (2010). Guarda paterna e representações sociais de paternidade e maternidade. *Análise Psicológica*, 28 (4), 581-596. Retrieved from <http://www.scielo.mec.ptpdfscielo>
- Walsh, F. (2016). *Processos normativos da família: Diversidade e complexidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.
- Zornig, S. M. A. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: O processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, V (42), 453-470. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.orgpdfpenf>

**ANEXOS**



**ANEXO I – Autorização da Comissão de Ética do ACeS Baixo Vouga**

## COMISSAO DE ETICA PARA A SAUDE

**PARECER FINAL;** Atendendo à tipologia da investigação proposta e à pertinência dos seus objectivos, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à sua concretização.

**DESPACHO:**

*Humilogafo*  
*16.09.2016*  
**Dr. José Manuel Azenha Teresa**  
Presidente do Conselho Directivo  
da A.R.S. Centro, I.P.

**ASSUNTO:** **Estudo 57/2016** - cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspectiva do casal e do enfermeiro de família  
**Autoras:** Bárbara Carina Resende Pinto

A investigadora propõe-se realizar estudo qualitativo, de tipo fenomenológico, tendo como objectivo gerar e compreender os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no puerpério, na perspectiva do casal e do enfermeiro de família.

Apresenta documentos para caracterização sociodemográfica, guiões de entrevista e documentos para informação e obtenção do consentimento, em devida forma, sugerindo-se no entanto que, no documento de consentimento destinado aos enfermeiros, seja revista a frase eu e a minha família teremos assegurado”, na medida em que associamos geralmente a expressão “minha família” aos laços familiares.

Serão entrevistadas famílias e enfermeiros de família, seguindo um roteiro de entrevista constituído para o efeito, utilizando o gravador áudio como dispositivo de registo. Os participantes serão recrutados no decorrer de estágio que a investigadora realizará na USF Barrinha (ACES Baixo Vouga).

A amostra será do tipo intencional, recrutando participantes até à saturação da informação. São claramente definidos os critérios de inclusão/exclusão.

Os dados serão colhidos de Setembro a dezembro de 2016.

É apresentada autorização da coordenadora da USF Barrinha

É garantida a confidencialidade e os dados serão colhidos e analisados de forma anónima.

Coimbra, 19 de setembro de 2016

O relator,

Prof. Dr. José Carlos Amado Martins

O Presidente da CES

Prof. Dr. Fontes Ribeiro

## **APÊNDICES**



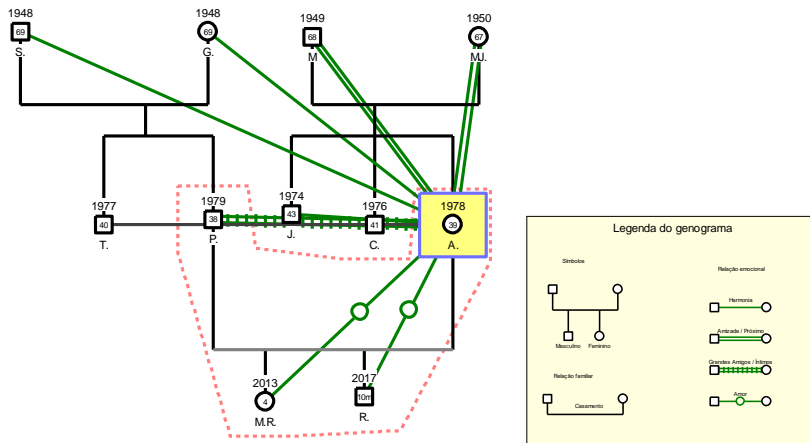


**APÊNDICE I – Estudo de caso da família Oliveira segundo MDAIF**

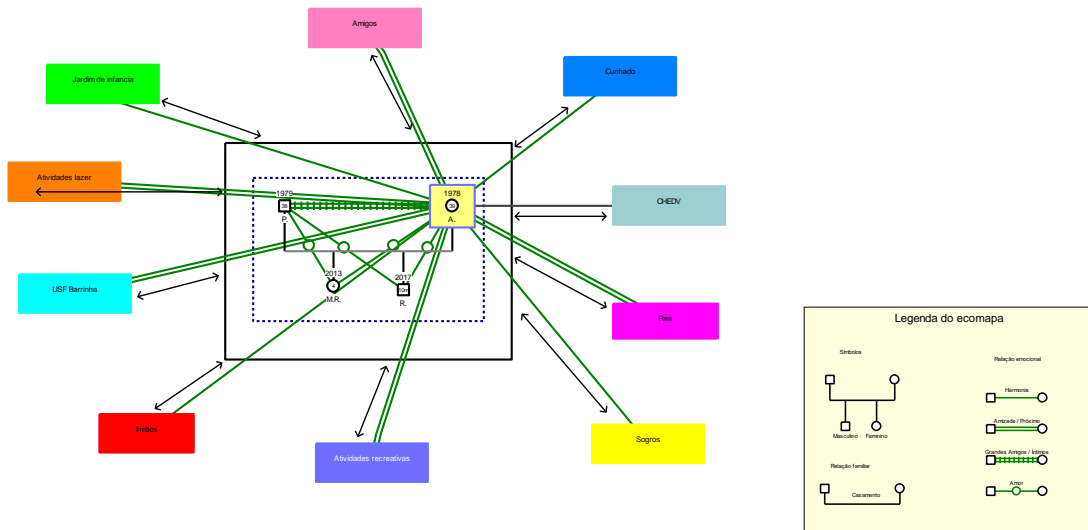
# AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA OLIVEIRA

## DIMENSÃO ESTRUTURAL

### Genograma



### Ecomapa



### Tipo de família

- Casal
- Família nuclear
- Família reconstruída
- Família monoparental
  - Monoparental liderada pelo homem
  - Monoparental liderada pela mulher
- Coabitação
- Família institucional
- Comuna
- Unipessoal
- Alargada

### Família extensa - Tipo de contato

- Pessoal
- Telefónico
- Carta/email
- Outro

### Família extensa - Intensidade de contato

- Diário
- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Outro

### Família extensa - Função das relações

- Companhia social
- Apoio emocional
- Guia cognitivo e conselhos
- Regulação social
- Ajuda material e de serviço
- Acesso a novos contatos

### Sistemas mais amplos

- Trabalho
- Instituições de ensino - escola
- Instituições de Saúde (USF Barrinha, CHEDV, Centro hospitalar Gaia/Espinho)
- Instituições Religiosas (igreja católica)
- IPSS
- Atividades de lazer e cultura
- Amigos
- Outros subsistemas
- 

### Classe Social

Quanto à notação social familiar monitorizada pela escala de GRAFFAR adaptada, a família Oliveira obteve um score de 13, correspondendo à posição social de II (classe social média alta).

### Edifício Residencial

Barreiras arquitetónicas

SIM  NÃO

Aquecimento

SIM  NÃO

Tipo de aquecimento

- Central
- Aquecedor a gás
- Aquecedor elétrico
- Lareira
- Cobertor elétrico

Abastecimento de gás  SIM  NÃO

Tipo de abastecimento de gás

- Gás canalizado
- Gás de botija

Higiene da habitação  SIM  NÃO

### Sistema de abastecimento

#### Abastecimento de água

- Não tem
- Rede pública
- Rede privada (furo/ poço)
- Rede mista

Utilização da água para rede privada para consumo humano  SIM  NÃO

Controle da qualidade da água  SIM  NÃO

Serviço de tratamento de resíduos

- Rede pública
- Fossa séptica
- Não tem

### Ambiente Biológico

Animal doméstico  SIM  NÃO

## DIMENSÃO DESENVOLVIMENTAL

### Etapa do Ciclo Vital Familiar

- Formação do casal
- Família com filhos pequenos
- Família com filhos na escola
- Família com filhos adolescentes
- Família com filhos adultos

### Satisfação conjugal

#### Relação dinâmica

Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas

A.  SIM  NÃO  
 P.  SIM  NÃO

Satisfação do casal com o tempo que estão juntos

A.  SIM  NÃO  
 P.  SIM  NÃO

Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos

A.  SIM  NÃO  
 P.  SIM  NÃO

### Comunicação

O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um

A.  
P.

SIM  NÃO  
 SIM  NÃO

O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião

A.  
P.

SIM  NÃO  
 SIM  NÃO

Satisfação com o padrão de comunicação do casal

A.  
P.

SIM  NÃO  
 SIM  NÃO

### Interação sexual

Satisfação do casal com o padrão da sexualidade

A.  
P.

SIM  NÃO  
 SIM  NÃO

Conhecimento do casal sobre sexualidade

A.  
P.

SIM  NÃO  
 SIM  NÃO

### Função sexual

Disfunções sexuais

A.  
P.

SIM  NÃO  
 SIM  NÃO

Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais

A.  
P.

SIM  NÃO  
 SIM  NÃO

## **Planeamento familiar**

### Fertilidade

O casal planeia ter mais filhos / mais filhas

A.  
P.

SIM  NÃO  
 SIM  NÃO

Alterações na fertilidade do casal

A.  
P.

SIM  NÃO  
 SIM  NÃO

Conhecimento do casal sobre os métodos de fertilização artificial

A.  
P.

SIM  NÃO  
 SIM  NÃO

Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade

A.  
P.

SIM  NÃO  
 SIM  NÃO

### Conhecimento do casal sobre a vigilância pré-concepcional

Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional

A.  
P.

SIM  NÃO  
 SIM  NÃO

Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez

A.  
P.

SIM  NÃO  
 SIM  NÃO

### Uso de contraceptivos

Métodos

Anticoncepcional oral

- Anticoncepcional injetável
- Anel vaginal
- Implante intradérmico
- Adesivo transdérmico
- Cirúrgico
- Espermicidas
- Preservativo
- Naturais

Interrupção do uso de contraceptivos

- Indicação clínica
- Planeamento de gravidez
- Gravidez
- Outro

Satisfação com o contraceptivo adotado

A.  
P.

- SIM     NÃO  
 SIM     NÃO

Conhecimento do casal sobre os métodos contraceptivos

A.  
P.

- SIM     NÃO  
 SIM     NÃO

Conhecimento do casal sobre a contraceção de emergência

A.  
P.

- SIM     NÃO  
 SIM     NÃO

Conhecimento do casal sobre o uso de contraceptivo

A.  
P.

- SIM     NÃO  
 SIM     NÃO

Conhecimento sobre reprodução

Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher

A.  
P.

- SIM     NÃO  
 SIM     NÃO

Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino

A.  
P.

- SIM     NÃO  
 SIM     NÃO

Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino

A.  
P.

- SIM     NÃO  
 SIM     NÃO

Conhecimento do casal sobre a fecundação e gravidez

A.  
P.

- SIM     NÃO  
 SIM     NÃO

Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes

A.  
P.

- SIM     NÃO  
 SIM     NÃO

Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejada

A.  
P.

- SIM     NÃO  
 SIM     NÃO

**Adaptação à gravidez**

Conhecimento

Conhecimento do casal sobre direitos sociais na gravidez

- SIM     NÃO

Conhecimento do casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento do casal sobre etapas de adaptação á gravidez	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento do casal sobre alterações fisiológicas na gravidez	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento do casal sobre nova etapa do ciclo vital	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento do casal sobre curso de preparação para o parto	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento do casal sobre desenvolvimento fetal	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento do casal sobre processo psicológico associado ao puerpério	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebê	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento do casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento do casal sobre alimentação do recém-nascido	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

#### Comunicação

O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.		
O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade		
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais		
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

#### Comportamentos de adesão

A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia		
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto		
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebê		
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

#### **Papel Parental**

Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)

##### Conhecimento do papel (recém-nascido)

Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical		
A.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
P.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical		
A.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
P.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO

Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.		
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.		
Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.		
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.		
Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
A.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
P.		
Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
A.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
P.		
Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
A.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
P.		
Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.		
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.		
Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.		
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.		
Conhecimento dos pais vigilância de saúde	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
A.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
P.		
Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
A.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
P.		
Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
A.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
P.		
Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
A.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
P.		
<u>Conhecimento do papel (de recém-nascido à infância escolar)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO



Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequados à criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento dos pais sobre socialização	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<b><u>Comportamento de adesão</u></b>		
Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Os pais promovem uma higiene adequada à criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado á criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Os pais promovem a socialização da criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Os pais definem regras entre os subsistemas	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
Os pais interagem positivamente com a criança	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Consenso do Papel	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Conflitos de papel	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
Saturação do papel	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<b>DIMENSÃO FUNCIONAL - INSTRUMENTAL</b>		
<b>Membro da família dependente</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO

## DIMENSÃO FUNCIONAL - EXPRESSIVA

Um dos instrumentos aplicados a esta família foi a escala de readaptação social de Holmes e Rahe que segundo Figueiredo (2009) pretende identificar eventos familiares geradores de *stress*, predizendo o risco de surgirem doenças psicossomáticas.

Após a aplicação deste instrumento os valores médios totais obtidos foram inferiores a 150, logo baixo risco de ocorrência de doença nos membros desta família.

### Comunicação familiar

#### Comunicação emocional

Quem na família expressa mais os sentimentos

A.

Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos

SIM

NÃO

Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros

SIM

NÃO

#### Comunicação verbal e não-verbal

Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem;

SIM

NÃO

Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros;

SIM

NÃO

#### Comunicação circular

Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família;

Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa

SIM

NÃO

SIM

NÃO

Em termos de comunicação, a família manifestou satisfação nas subcategorias emocional e circular. Utilizam uma sintaxe e uma semântica clara para a transmissão do significado da informação, de acordo com as suas habilitações literárias. Quanto à pragmática (linguagem não verbal) é consensual com a linguagem verbal utilizada.

### Coping familiar

#### Solução de problemas

Quem na família habitualmente identifica os problemas

A.

Quem tem a iniciativa para os resolver

Ambos

Existe discussão sobre os problemas na família

SIM

NÃO

Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas

SIM

NÃO

A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas

SIM

NÃO

Experiência anteriores positivas da família na resolução de problemas

SIM

NÃO

Papéis familiares

#### Interação de papéis familiares

##### **Papel de Provedor**

A.

Consenso de papel

SIM

NÃO

Conflito de papel

SIM

NÃO

Saturação de papel

SIM

NÃO

**Papel de gestão financeira**

Ambos

Consenso de papel

SIM NÃO

Conflito de papel

SIM NÃO

Saturação de papel

SIM NÃO**Papel cuidado doméstico**

Ambos

Consenso de papel

SIM NÃO

Conflito de papel

SIM NÃO

Saturação de papel

SIM NÃO**Papel recreativo**

Ambos

Consenso de papel

SIM NÃO

Conflito de papel

SIM NÃO

Saturação de papel

SIM NÃO**Crenças familiares**

- Religiosas** (religião católica)
- Espirituais** (Acredita na vida depois da morte e na existência do espírito (ou alma) como elemento primordial da realidade, bem como sua autonomia, independência e primazia sobre a matéria após a morte).
- Valores** (Rege a sua vida pelos valores do respeito, amor, paciência, benevolência, gratidão, humildade, generosidade, fraternidade, espiritualidade e alegria).
- Culturais** (Partilham uma cultura amor, respeito e interajuda para com o outro).
- Intervenção dos profissionais de saúde** (O casal refere que os profissionais de saúde são uma mais-valia, na medida, que contribuem para o despiste de complicações relativas aos processos de saúde-doença e são um suporte ao qual pode recorrer em caso de alguma preocupação).

**Relação dinâmica**Influência e poder

Membro com maior poder na família

P.

Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros

SIM NÃOAlianças e UniõesExistem na família alianças entre alguns dos seus membros  
A família é unida, mantendo relações próximas e fortes.SIM NÃO

Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união

SIM NÃOCoesão e adaptabilidade da família

COESÃO

- Desmembrada
- Separada

- Ligada
- Muito ligada

ADAPTABILIDADE

- Rígida
- Estruturada
- Flexível
- Muito flexível

TIPO DE FAMÍLIA

- Muito estruturada
- Equilibrada
- Meio-termo
- Extrema

Funcionalidade da família – percepção dos membros

A escala APGAR familiar de Smilkstein foi aplicada a ambos os elementos do casal.

A.

9 Pontos

P.

9 Pontos

**SUBSISTEMA PARENTAL**

**FOCO: ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ**

Início	Atividades de diagnóstico:	Resultados obtidos	
17/10/2016	<p><u>Avaliar conhecimento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conhecimento do casal sobre direitos sociais na gravidez</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre etapas de adaptação á gravidez</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre alterações fisiológicas na gravidez</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre nova etapa do ciclo vital</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre curso de preparação para o parto</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre desenvolvimento fetal</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre processo psicológico associado ao puerpério</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebê</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre alimentação do recém-nascido</li> </ul> <p><u>Avaliar comunicação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez</li> <li>○ O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade</li> <li>○ Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais</li> </ul>	<p><u>Conhecimentos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conhecimento do casal sobre direitos sociais na gravidez SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre etapas de adaptação á gravidez SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre alterações fisiológicas na gravidez SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre nova etapa do ciclo vital SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre curso de preparação para o parto SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre desenvolvimento fetal SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre processo psicológico associado ao puerpério NÃO</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebê SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido NÃO</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre alimentação do recém-nascido SIM</li> </ul> <p><u>Comunicação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez SIM</li> <li>○ O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade SIM</li> <li>○ Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais SIM</li> </ul>	

	<u>Avaliar comportamentos de adesão:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia</li> <li>○ O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto</li> <li>○ O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé</li> </ul>	<u>Comportamentos de adesão:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia SIM</li> <li>○ O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto SIM</li> <li>○ O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé SIM</li> </ul>	
17/10/2016	<p><b>DIANÓSTICO: ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ NÃO ADEQUADO</b></p> <p><b>INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Conhecimento do casal sobre o processo psicológico associado ao puerpério não demonstrado.</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puerpério.</li> <li>• Esclarecer dúvidas.</li> <li>• Orientar para os serviços de saúde.</li> </ul> </li> <li>2. <u>Conhecimento do casal sobre a prevenção de acidentes do recém-nascido não demonstrado.</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar o casal sobre a prevenção de acidentes do recém-nascido não demonstrado.</li> <li>• Esclarecer dúvidas.</li> <li>• Orientar para os serviços de saúde.</li> </ul> </li> </ol>		<p>23/11/2017</p> <p>Conhecimento demonstrado sobre processo psicológico no puerpério e prevenção de acidentes do recém-nascido.</p>
<p><b>Dados relevantes:</b></p> <p>25/11/2016: O casal esteve nas consultas do CpP a partir das 28 semanas.</p>			

**SUBSISTEMA PARENTAL**

**FOCO: PAPEL PARENTAL**

<b>Início:</b>	<b>Atividades de diagnóstico:</b>	<b>Resultados</b>
14/12/2017	<p><u>Avaliar conhecimento do papel (RN)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical</li> <li>○ Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno</li> <li>○ Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial</li> <li>○ Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre posicionamento do RN</li> <li>○ Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do RN</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido</li> <li>○ Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao RN</li> <li>○ Conhecimento dos pais vigilância de saúde</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação</li> </ul>	<p><u>Conhecimento do papel (RN)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical NÃO</li> <li>○ Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical NÃO</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno SIM</li> <li>○ Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial SIM</li> <li>○ Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido NÃO</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica NÃO</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre posicionamento do RN. SIM</li> <li>○ Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do RN SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido SIM</li> <li>○ Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao RN SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais vigilância de saúde SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido NÃO</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido NÃO</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação SIM</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequados à criança</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social</li> </ul> <p><u>Avaliar conhecimento do papel (de RN até infância escolar)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequados à criança</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes</li> <li>○ Aprendizagem de habilidades dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes</li> <li>○ Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre socialização</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social</li> </ul> <p><u>Avaliar comportamentos de adesão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança</li> <li>○ Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança</li> <li>○ Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança</li> <li>○ Os pais promovem uma higiene adequada à criança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequados à criança SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social SIM</li> </ul> <p><u>Conhecimento do papel (de RN até infância escolar)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequados à criança SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes SIM</li> <li>○ Aprendizagem de habilidades dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação SIM</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre socialização NÃO</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil NÃO</li> <li>○ Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social NÃO</li> </ul> <p><u>Comportamentos de adesão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança SIM</li> <li>○ Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança SIM</li> <li>○ Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança SIM</li> <li>○ Os pais promovem uma higiene adequada à criança SIM</li> <li>○ Os pais definem regras entre os subsistemas NÃO</li> </ul>	
--	--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Os pais definem regras entre os subsistemas</li> <li>○ Os pais interagem positivamente com a criança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Os pais interagem positivamente com a criança SIM</li> </ul>	
06/01/2017	<u>Avaliar saturação, consenso e conflito de papel</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Saturação NÃO</li> <li>○ Conflito NÃO</li> <li>○ Consenso SIM</li> </ul>	
17/10/2016	<p><b>DIAGNÓSTICO: PAPEL PARENTAL NÃO ADEQUADO</b></p> <p><b>INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Conhecimento dos pais e aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical não demonstrado.</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar, instruir e treinar os pais sobre os cuidados ao coto umbilical.</li> <li>• Esclarecer dúvidas.</li> <li>• Orientar para os serviços de saúde.</li> </ul> </li> <li>2. <u>Conhecimento dos pais sobre as características das dejeções do RN não demonstrado.</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar os pais sobre as características das dejeções do RN.</li> <li>• Esclarecer dúvidas.</li> <li>• Orientar para os serviços de saúde.</li> </ul> </li> <li>3. Conhecimento dos pais sobre a perda peso fisiológica do RN. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar os pais sobre a perda fisiológica de peso</li> <li>• Esclarecer dúvidas.</li> <li>• Orientar para os serviços de saúde.</li> </ul> </li> <li>4. Conhecimento dos pais sobre as características do RN não demonstrado. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar os pais sobre as características do RN.</li> <li>• Esclarecer dúvidas.</li> <li>• Orientar para os serviços de saúde.</li> </ul> </li> <li>5. Conhecimentos dos pais sobre as competências do RN não demonstrado. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar os pais sobre as competências do RN.</li> <li>• Esclarecer dúvidas.</li> <li>• Orientar para os serviços de saúde.</li> </ul> </li> <li>6. Conhecimento dos pais sobre a socialização não demonstrado. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar os pais sobre ao processo de socialização da criança.</li> </ul> </li> </ol>		<p><b>Fim: 04/02/2017</b></p> <p>Conhecimento demonstrado sobre cuidados ao coto umbilical, perda fisiológica, características das dejeções, características, competências do RN.</p> <p>Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical demonstrado.</p> <p>Conhecimento sobre a socialização desenvolvimento infantil e desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social da criança demonstrado.</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esclarecer dúvidas.</li><li>• Orientar para os serviços de saúde.</li></ul> <p>7. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil não demonstrado.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ensinar os pais sobre o desenvolvimento infantil da criança.</li><li>• Esclarecer dúvidas.</li><li>• Orientar para os serviços de saúde.</li></ul> <p>8. Conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social não demonstrado.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ensinar os pais sobre o desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social.</li><li>• Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes.</li><li>• Esclarecer dúvidas.</li><li>• Orientar para os serviços de saúde.</li></ul> <p>9. Comportamentos de adesão não demonstrado (regras entre subsistemas).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Motivar os pais para a importância de regras estruturantes.</li><li>• Esclarecer dúvidas.</li><li>• Orientar para os serviços de saúde.</li></ul>	
--	---	--

## SUBSISTEMA PARENTAL

### FOCO: PLANEAMENTO FAMILIAR

Início:	Atividades de diagnóstico:	Resultados
16/01/2017	<p><u>Avaliar fertilidade, conhecimentos sobre vigilância pré-concepcional, uso de contraceptivos e reprodução.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O casal planeia ter mais filhos / mais filhos</li> <li>○ Alterações na fertilidade do casal</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre os métodos de fertilização artificial</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre a vigilância pré-concepcional</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez</li> <li>○ Satisfação com o contraceptivo adotado</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre os métodos contraceptivos</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre a contraceção de emergência</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre o uso de contraceptivo</li> <li>○ Conhecimento sobre reprodução</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher</li> <li>○ Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino</li> <li>○ Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre a fecundação e gravidez</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ O casal planeia ter mais filhos / mais filhos SIM</li> <li>○ Alterações na fertilidade do casal NÃO</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre os métodos de fertilização artificial NÃO</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade NÃO</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre a vigilância pré-concepcional SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez SIM</li> <li>○ Satisfação com o contraceptivo adotado SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre os métodos contraceptivos SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre a contraceção de emergência SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre o uso de contraceptivo NÃO</li> <li>○ Conhecimento sobre reprodução SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher SIM</li> <li>○ Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino SIM</li> <li>○ Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre a fecundação e gravidez SIM</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes NÃO</li> <li>○ Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejada SIM</li> </ul>

16/01/2017	<p><b>DIAGNÓSTICO: PLANEAMENTO FAMILIAR INEFICAZ</b></p> <p><b>INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS:</b></p> <p>1. <u>Conhecimento do casal sobre o uso de contraceptivos.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar/ Instruir/ Treinar o casal sobre uso de contraceptivo adotado.</li> <li>• Motivar para o uso do contraceptivo.</li> <li>• Providenciar contraceptivo.</li> <li>• Providenciar material de leitura</li> <li>• Esclarecer dúvidas.</li> <li>• Orientar para os serviços de saúde.</li> </ul> <p>2. <u>Conhecimento do casal sobre o espaçamento adequado entre as gravidezes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes.</li> <li>• Esclarecer dúvidas.</li> <li>• Orientar para os serviços de saúde.</li> </ul>	<p>04/02/2017</p> <p>O casal demonstra conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e espaçamento adequado entre as gravidezes.</p>
------------	---	--

PUÉRPERA			
FOCO: FERIDA CIRÚRGICA			
<b>Início:</b> 06/01/2017	<u>Atividades de diagnóstico:</u> Avaliar ferida cirúrgica. Avaliar conhecimentos sobre os cuidados com a ferida Avaliar conhecimentos sobre complicação da ferida cirúrgica	<u>Resultados:</u> Ferida cirúrgica na região abdominal inferior horizontalmente com comprimento de 15 cm, bordos aproximados e sem sinais de infecção; Demonstra conhecimento sobre cuidados com a ferida; Demonstra conhecimento sobre complicações da ferida cirúrgica.	<b>Fim:</b> 10/01/2017
<b>Dados relevantes:</b> Parto por cesariana a 31/11/2016, sem intercorrências.			
<b>Início:</b> 06/01/2017	<b>Diagnóstico</b> Ferida cirúrgica na região abdominal inferior por cesariano dia 31/12/2017.		<b>Fim:</b> 10/01/2017
	<b>INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS:</b>  1. Executar tratamento a ferida cirúrgica. 2. Vigiar ferida cirúrgica. 3. Vigiar penso da ferida cirúrgica 4. Remover material de sutura entre 8º e o 10º dia.		Ferida cirúrgica mantém os bordos aproximados, não apresenta sinais de inflamação/ infecção mantendo evolução favorável do processo cicatricial.

PUÉRPERA			
FOCO: IRGURGITAMENTO MAMÁRIO			
<b>Início:</b> 06/01/2017	<u>Atividades de diagnóstico:</u> Vigiar mama. Avaliar conhecimentos e habilidades sobre técnica de massagem à mama. Avaliar conhecimentos e habilidades sobre técnica de esvaziamento mamário.	<u>Resultados:</u> Ingurgitamento mamário SIM Conhecimentos e habilidades sobre a técnica de massagem à mama Não Conhecimentos e habilidades sobre técnica de esvaziamento mamário Não	<b>Fim:</b> 19/01/2017
Diagnóstico			
<b>Início:</b> 06/01/2017	Ingurgitamento mamário presente		<b>Fim:</b> 19/01/2017
	<b>INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vigiar mama.</li> <li>2. Ensinar técnica de massagem à mama.</li> <li>3. Executar técnica de massagem à mama.</li> <li>4. Treinar técnica de massagem à mama.</li> <li>5. Ensinar sobre técnica de esvaziamento mamário.</li> <li>6. Instruir técnica de esvaziamento mamário.</li> <li>7. Treinar técnica de esvaziamento mamário.</li> <li>8. Ensinar sobre risco de mastite de lactação;</li> <li>9. Ensinar sobre sinais de alarme.</li> </ol>		19/01/2017 Ausência de ingurgitamento mamário.

RECÉM-NASCIDO			
FOCO: DESENVOLVIMENTO INFANTIL			
<b>Início:</b> 06/01/2017	<u>Atividades de diagnóstico:</u> Avaliar desenvolvimento infantil;	<u>Resultados obtidos:</u> Desenvolvimento infantil adequado SIM	<b>Fim:</b> 10/02/2017
<b>Dados relevantes:</b> Parto por cesariana a 31/11/2016 sem intercorrências (RN com 3000g, 47 cm de estatura, 36,1 cm e APGAR 9,10,10).			
<b>Início:</b> 06/01/2017	<b>Diagnóstico</b> Desenvolvimento infantil não alterado.		<b>Fim:</b> 10/02/2017
	<b>INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vigiar coto umbilical;</li> <li>2. Vigiar reflexos do RN.</li> <li>3. Vigiar fontanelas;</li> <li>4. Vigiar padrão de sono;</li> <li>5. Monitorizar peso, altura e perímetro cefálico.</li> <li>6. Monitorizar Mary Sheridan.</li> </ol>		Boa evolução estado-ponderal, fontanelas normotensas, padrão de sono adequado, Mary Sheridan sem alterações.





**APÊNDICE II – Manual do cuidado ao recém-nascido**

## Bibliografia

LEVY, Leonor; BÉRTELO, Helena - *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008. ISBN: 96436.

PEDROSO, Helena; MARTINS, Sara—*Abordagem em consulta de pediatria: da criança ao adolescente*. Lisboa : Bene Farmacêutica, D.L. 2015. ISBN 978-989-20-600-3.

FILIFE, Maria de Fátima S. S. - *Guia orientador para consulta de enfermagem de saúde infantil*. Nursing. nº. 191 (Set. 2004), pp. 13-19. ISSN 0871-6196.

HOCKENBERRY, Marilyn J. - *Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica*. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2006. ISBN 85-352-1918-8.



**Em caso de dúvidas pode contactar a sua Enfermeira de Família**

Tel: 256 785 170 ou 256 753 034

Fax: 256 785 179

Correio eletrónico: [enf.usf\\_barrinha@csovar-min-](mailto:enf.usf_barrinha@csovar-min-)



## Manual A chegada de um bebé à família



A vida com o seu bebé

Esmoriz  
Fevereiro, 2017

Esperem o melhor de nós... Porque nós  
esperamos o melhor de si!



### Queimaduras

O primeiro conselho é manter sempre os líquidos quentes (sopa, café, chá, ...) afastados do bebé (nunca beba nada quente com o seu filho ao colo!).

Ao preparar o banho, deve começar sempre por ligar a água fria e só depois temperar com a quente. Antes de começar a dar banho confirme a temperatura da água com o cotovelo ou com um termómetro.



Quando der um biberão ao seu filho, confirme sempre a temperatura do leite entornando uma gota nas costas da mão. Se tiver sensação de queimadura, arrefeça o leite antes de o dar ao seu bebé.

### Transporte no automóvel

O único local onde pode transportar o seu filho no automóvel é na cadeirinha ("ovo"). Não deve levá-lo em alcofas (salvo situações particulares de doença), ao colo ou de outra forma qualquer. A cadeirinha deve ser sempre voltada para trás e instalada de acordo com as instruções, de preferência no banco traseiro.

Se a colocar no banco da frente, deve assegurar-se que o *airbag* está desligado, pois em caso contrário o risco de acidentes graves é altíssimo.

Nunca tire o bebé da cadeira com o carro em andamento, mesmo que seja num local



Se ele estiver a chorar ou tiver fome, estacione primeiro o automóvel e só depois é que pode pegar nele.

## Parabéns, papás!

### O seu filho nasceu! Como é bom conhecê-lo!

A chegada de um bebê, especialmente quando é o primeiro, não é uma tarefa fácil. **Encare-o como um grande, mas belo desafio da sua vida!**

Tudo é novo e parece que falta sempre tempo e que não sabe o que é necessário fazer ou o que se passa com o bebê. No entanto, em pouco tempo aprenderá a reconhecer as necessidades do seu filho (comer, dormir, sentir-se confortável e limpo, ou simplesmente ter atenção e carícias) e a organizar o tempo para que tudo seja mais simples.

Tanto o pai como a mãe, cada um à sua maneira, estabelecem uma relação especial com o bebê, e é importante que se apoiem e ajudem um ao outro.

Caso seja necessário, não hesite em pedir ajuda a outros familiares e amigos, quer para as tarefas domésticas, quer para atividades fora de casa (ir buscar os seus outros filhos à escola, deixar refeições já prontas em casa, etc.).

Este é um momento único nas vossas vidas. Usufruam dele o máximo que puderem.

Este manual pretende ajudá-la a compreender as dificuldades inerentes à chegada de um novo membro à família e a ultrapassá-las. Se tiver alguma dúvida e ou ainda não se sentir envolvida e à vontade com o seu bebê, não deixe de conversar com o seu médico ou enfermeiro a esse respeito.



- \* Para aquecer o biberão deve fazê-lo em banho-maria.
- \* Antes de dar o biberão ao bebê deve verificar a temperatura do leite deixando cair umas gotas no pulso ou dorso da mão. O leite tem de estar morno e não quente.
- \* O leite deve cair gota a gota da tetina e não em fio, de forma a evitar situações de engasgamento.
- \* Não deve trocar as colheres de lata, particularmente se forem de marcas e/ou etapas diferentes, porque a densidade do pó não é sempre a mesma, o que faz com que o tamanho da colher também varie.
- \* A lata de leite em pó deve estar bem tapada e depois de aberta só pode ser utilizada durante um mês. Prepare um biberão de cada vez e use-o de imediato.

### Administração do biberão

Alimentar um bebê por biberão é mais fácil, porque mesmo que não esteja bem acordado é capaz de chuchar na tetina. Contudo este é um momento propício à relação que estabelece com os pais/cuidadores, imprescindível ao seu desenvolvimento.

Sente-se numa posição confortável com as costas apoiadas e utilize uma almofada de amamentação para apoiar o seu braço e corpo do bebê. Recoste o bebê numa posição semi-sentada, com a cabeça apoiada no braço, aconchegando-o junto ao corpo e sempre bem acordado.



Para diminuir a ingestão de ar, o biberão deve estar suficientemente inclinado com a tetina preenchida com leite. Enquanto alimenta o bebê, falar com ele. Esta proximidade é fundamental para estabelecer laços afetivos.

## Relação com o seu parceiro

As responsabilidades inerentes à maternidade e à paternidade irão refletir-se na relação e modo de vida do casal. Deixam de ser um par, que partilha interesses comuns, para serem pais de um bebê, cujas necessidades têm de ser atendidas “24 horas por dia”. A mãe tem tendência para assumir a sua satisfação, negligenciando o papel do pai. É importante incluí-lo e incentivá-lo a participar na sua vida com o bebê.

Muitos dos cuidados diários a ter com o bebê podem ser partilhados entre si e o seu companheiro desde o nascimento, tais como:

- \* Colaborar na sua alimentação;
- \* Dar-lhe banho;
- \* Trazê-lo ao colo, bem junto ao corpo, enquanto se realizam outras tarefas;
- \* Conversar, ler ou cantar para o bebê.

A ternura, as carícias, o contato intenso e perto, são muito importantes nesta fase inicial de vida de um bebê, e muito agradáveis para todos os envolvidos. Deixe que também o pai experimente e desfrute estas primeiras semanas.

## Relação com os filho mais velho

Antes do nascimento, este era o centro das atenções. Agora é obrigado a constatar que tudo gira em função do bebê, que só chora e com quem nem sequer é possível brincar.

Os irmãos mais velhos podem regredir no seu desenvolvimento para atrair atenção. Voltam a comportar-se como bebês, já que estes recebem toda a atenção.

## A alimentação com leite de lata

Sempre que não seja possível manter o aleitamento de lata, os bebês devem ser alimentados com um leite adaptado, de acordo com a sua idade.

Existe uma grande diversidade de marcas de leite. A sua composição é bastante semelhante, embora existam algumas particularidades, que são importantes analisar com a sua Enfermeira de Família.

Quanto ao tipo de leite, existem vários e com diversas finalidades. Os leites “normais” são os mais adequados para a maior parte das situações. Para além destes, existem outros que tem características próprias e indicações específicas.

Os leites hipoalergénicos (AH) devem ser utilizados em casos confirmados de alergia às proteínas de leite de vaca, ou quando um familiar em primeiro grau tem alergias comprovadas (asma, e ou rinite).



Os leites anti-regurgitação (AR) podem ser utilizados em bebês muito bolsadores.

Os leites anti-cólicas (AC, Conforte ou Digest) tem indicação para bebês com cólicas. Apesar de uma eficácia variável, é lícito a sua utilização em bebês muito chorões.

Por último, os leites anti-obstipação (AO) com eficácia também variável, podem ser utilizados em bebês com “prisão de ventre”.

No entanto, antes de comprar e oferecer ao seu bebê um leite adaptado, fale com a sua Enfermeira de família.

Após o parto o útero retoma ao tamanho e posição inicial (regredir de 1 cm por dia durante 5-6 semanas).

Num parto normal é comum sentir dores no perineo e a pele apresentar-se sensível e magoada. Se levou pontos, estes podem se tornar dolorosos e até provocar algum inchaço. Consulte a Enfermeira e ou Médico de família sobre a possibilidade de aliviar essa dor.

Se o parto decorreu por cesariana esteja atenta aos seguintes sinais e sintomas: dor, rubor, calor no local da ferida e febre. Se o penso se encontrar sujo, contacte a enfermeira de família.

Nos primeiros oito dias deve fazer períodos de repouso, em decúbito dorsal, limitando o mais possível os esforços físicos. Depois retomar lentamente a sua atividade habitual, evitando estar muito tempo em pé, e fazer longas caminhadas.

Os líquidos retidos durante a gravidez serão eliminados durante este período. É importante a ingestão de líquidos e esvaziar a bexiga regularmente de forma a prevenir infeções urinárias. Pode ocorrer perda involuntária de urina ao rir ou tossir, se tal acontecer faça os exercícios de ginástica pós-parto, se mesmo assim o problema persistir fale com o seu médico na consulta de revisão de parto.

Geralmente os intestinos voltam a funcionar ao 3º dia pós parto. É frequente a ocorrência de obstipação nas 2 ou 3 semanas após o parto, principalmente devido à falta de líquidos e à retração da mulher por dor na zona perineal. Para evitá-lo deve ingerir líquidos, e fazer uma alimentação cuidada, rica em frutas, fibras e legumes.

A sua menstruação poderá não surgir no mês seguinte ao parto, pode demorar até seis meses. Se continuar a amamentar, é provável que só volte quando o número de mamadas diminuir. **Não se esqueça que mesmo que a menstruação não tenha voltado, poderá engravidar.**

Para dar início à atividade sexual, é conveniente aguardar cerca de 3 a 4 semanas, afim de permitir a cicatrização da episiotomia, e evitar infeções vaginais. No entanto deve ser o casal a decidir o início das relações sexuais. Aconselhe-se quanto à contraceção mais adequada. É conveniente iniciá-la 15 dias a 3 semanas pós parto.



### Como extrair o leite?

Existem 3 formas para o fazer: manual, com bomba manual e com bomba elétrica.

### Quais os cuidados a ter?

- \* Lavar bem as mãos;
- \* Procure um lugar sossegado;
- \* Tenha o bebé perto si ou olhe para uma fotografia dele;
- \* Certifique-se que todo o material está limpo, esterilizado e junto de si
- \* Faça uma massagem suave de forma circular com a ponta dos dedos para ajudar o leite a fluir ;
- \* Estimule suavemente os mamilos rodando-os entre os dedos;
- \* Proceda a extração manual ( coloque o polegar na zona superior da auréola e o indicador na zona inferior da mesma e pressione em direção ao tórax, e de seguida aproxime os dedos) ou utilize a bomba;
- \* Quando extrair o leite deve recolhê-lo em recipientes de plástico ou de vidro. Pode usar biberões, copos ou sacos esterilizados, que compra na farmácia. As peças da bomba (caso use uma) e o frasco do biberão onde vai armazenar o leite devem ser lavados em água quente e detergente e de seguida devem ser esterilizados (ferver em água a 100°C);
- \* Não encha os frascos ou os sacos mais de 3/4 da sua capacidade, pois o leite expande-se durante o congelamento.
- \* Coloque rótulos nos recipientes com a indicação da data e use primeiro o leite mais antigo;
- \* Para transportar o leite congelado ou refrigerado pode usar geleiras, usando gelo para manter as temperaturas;
- \* Caso extraia pequenas quantidades de leite materno várias vezes ao dia, certifique-se de que mistura as porções de leite apenas quando tiverem sido bem arrefecidas no frigorífico. **Nunca adicione leite acabado de extrair a leite que já tenha arrefecido;**



Também não deve ter relutância em "deitar cá para fora" o que sente. A sua melhor amiga não se vai chatear se você lhe telefonar três vezes por dia, sobretudo se ela já tiver filhos e já tiver passado pela mesma experiência!

Finalmente, **mime o seu bebé tão frequentemente quanto possível**. Está a ver... já se está a sentir melhor!

Se esta sensação piorar ou não desaparecer, pode originar uma depressão pós-parto. Não é um sinal de que não gosta do seu bebé ou não sabe cuidar dele, mas sim, uma doença com múltiplas causas. Ocorre mais frequentemente nos primeiros 3 meses, mas pode desenvolver-se ao longo do primeiro ano de vida do bebé.

Se os seus sentimentos em relação ao bebé a preocupam ou se tiver a sensação de que o poderá prejudicar, deverá pedir ajuda ao seu Enfermeiro ou Médico de Família.

### Consulta pós-natal

Logo após o parto marque a consulta de revisão do puerpério, que deverá ter lugar entre quatro a seis semanas após o parto. É muito importante para a sua saúde. Aconselhe-se sobre o método contraceptivo mais adequado à sua situação com os profissionais de saúde. Estar a amamentar não impede que fique novamente grávida. Por si própria, também, é importante espaçar os nascimentos.

Não se esqueça de levar o boletim de grávida, pois contém dados relevantes acerca do decurso da gravidez e parto.

**Cuide-se e seja uma mãe feliz!!!**

### Técnica de Amamentação

Em primeiro lugar deve lavar as mãos e depois comunique com o seu bebé, explicando-lhe com voz calma o que vai fazer.

Procure a posição mais confortável para ambos, de maneira que não interfira com a capacidade de amamentar. As posições para dar de mamar podem variar, pode escolher ficar sentada, deitada ou de pé, tendo sempre o cuidado de apoiar bem as suas costas.

Coloque o corpo do bebé alinhado (cabeça e tronco) e voltado para o seu (barriga com barriga) de forma que o nariz esteja à altura do mamilo e a cabeça sobre o seu antebraço.

Deverá segurar a mama, se necessário, em forma de C, com o dedo polegar colocado na parte superior e os outros quatro dedos na parte inferior da mama, tendo o cuidado de deixar a aréola livre.



Estimule o bebé para que abra bem a boca, e quando a abrir, aproxime-a do mamilo. Caso não aconteça, deve estimulá-la tocando com o mamilo nos lábios do bebé. **Aproxime o bebé do mama e não o contrário!**

Introduza o mamilo e parte da aréola na boca do bebé. O nariz e o mento do bebé devem estar encostados à mama. **Se o bebé estiver bem colocado não sentirá desconforto.**

Para parar a sucção introduza o dedo mínimo no canto da boca do bebé.

Ofereça as duas mamas em cada amamentação, alternando a mama oferecida em 1º lugar.

No fim da mamada coloque o seu bebé a arrotar, na posição vertical, encostado no seu ombro ou sentado ao seu colo.

### Características físicas

Após longos meses de espera, o filho que os pais têm nos braços não é exatamente o bebé de bochechas rechonchudas e pele rosadinha que idealizaram.



#### A pele

Entre o 4º e 5º dia, a pele do bebé ficará cor-de-rosa pálido e irá adquirindo a sua cor definitiva. No entanto, se evoluir para uma cor pálida ou azulada, significa que o bebé está com frio e tem de ser aquecido ou que algo de errado se passa com a respiração e circulação sanguínea. No caso de assumir uma cor amarelada, poderá estar a desenvolver um quadro de icterícia.

A pele do bebé pode ter pequenas erupções salientes, provocadas pela retenção das glândulas sebáceas. Geralmente encontram-se nas bochechas, nariz e fronte, desaparecendo até às quatro semanas.

No 2º e 3º dia, podem também surgir uma espécie de borbulhas rosadas espalhadas pelo tórax, costas, nádegas e abdómen (eritema tóxico neonatal) que também desaparecem, entre as 48 a 72 horas posteriores.

Devido ao contacto da pele com alimentos ou com a própria pele da mãe durante a amamentação, sobretudo quando há calor, o bebé poderá apresentar dermatite perioral, isto é, borbulhinhas que surgem no queixo ou nas bochechas, e que desaparecem gradualmente.

#### A cabeça

O crânio do bebé não está totalmente ossificado, de modo a poder moldar-se e passar pelo canal do parto sem provocar lesões. Como resultado, a cabeça pode parecer um pouco deformada, como que em forma de cone.

### Espirros e soluços

Os RN espirram muito, mas não quer dizer que estão constipados. Deve-se ao facto de terem uma grande sensibilidade a adores fortes.

Os espirros ajudam a limpar as fossas nasais, impedindo que as poeiras cheguem aos pulmões.

Os soluços são perfeitamente naturais e até benéficos, pois indicam que os músculos da respiração estão a fortalecer.

## O período da amamentação

O leite materno é o melhor alimento para os RN e lactentes. É consenso na comunidade científica que o Aleitamento Materno exclusivo satisfaz todas as necessidades nutricionais e confere a proteção ideal durante os primeiros 6 meses de vida, pois combina três aspetos fundamentais: **alimento, saúde e cuidado**.

Constitui uma parte importante da alimentação, junto de outros alimentos, até aos 2 anos ou mais de vida.

Todas as mães podem dar de mamar aos seus bebés, à excepção daquelas que possuam determinadas infeções que possam ser transmitidas ao bebé, como por exemplo, a tuberculose ou se tiver a tomar medicamentos incompatíveis com o aleitamento.

Se decidir não amamentar por qualquer motivo, não se sinta preocupada nem se sinta culpada. Neste caso a sua Enfermeira ou Médico de Família aconselhar-lhe-á o leite artificial mais adequado.





### O cabelo

Os bebês podem nascer com muito cabelo ou completamente carecas. Trata-se de cabelo temporário, e começa a cair por volta de um mês de idade. Vai caindo à medida que o cabelo permanente vai crescendo, ou cai completamente até o bebê ficar careca. De salientar que a cor do cabelo à nascença não quer dizer que seja a cor definitiva.



### Genitais e maminhas

Devido às hormonas da gravidez da mãe, que levam algum tempo a desaparecer do corpo do filho, é possível que as maminhas do bebê estejam inchadas e até vertam uma secreção, quer se trate de um menino ou menina. Não se deve espremer. As mesmas hormonas podem também provocar inchaços nos genitais, ao congestionarem os tecidos. Em ambos os casos, o inchaço desaparecerá rapidamente.

A menina pode sofrer uma hemorragia vaginal, semelhante a uma menstruação ligeira, que apenas durará um dia ou dois.

Isso deve-se ao facto de, ainda no ventre da mãe, o revestimento do seu útero ter espessado devido aos níveis elevados de estrogénios. Recomenda-se uma correta higiene aquando da muda da fralda. Nos meninos, é possível que os testículos possam estar ainda nas virilhas, mas geralmente descem mais tarde sem complicações.

### O corpo

O bebê pode apresentar uma ligeira distensão abdominal que se corrige logo a seguir ao nascimento, nas primeiras 24 a 48 horas. Alguns RN, sobretudo os prematuros, têm também ainda algum do lanugo (penugem) que lhes revestia o corpo no útero, que acabará por cair entre 2 e 4 semanas.

O bebê poderá sofrer uma luxação da anca durante o parto e conseqüentemente ter quadris apertados, que não lhe permitem abrir as pernas completamente.

### Choro

É a única forma que os bebês conhecem para comunicar, pelo que nem sempre significa que estão em perigo ou sofrimento.

Nas primeiras semanas, é natural que se assuste com facilidade, e chore até mesmo com a novidade que é ter frio ou fome.

Não se esqueça, que viveu 9 meses protegido pelo organismo da mãe, que lhe providenciava alimentação e o mantinha quentinho.

### Porque choram os bebês?

Os hábitos de choro variam de bebê para bebê e cada família terá de saber lidar com as características do seu filho. O RN pode chorar:

- \* **Fome** é a razão mais comum. Dê de comer, mesmo que ainda não tenha chegado a hora;
- \* Quando o bebê tem **sono** e não consegue dormir. Experimente passá-lo na cadeirinha ou colocá-lo no quarto com pouca luz.
- \* **Necessidade de contato**: tente pegar e embalar o seu bebê.
- \* **Desconforto**: veja se tem a fralda suja ou se está com frio ou calor.

### Cólicas

As cólicas são comuns desde o nascimento, principalmente depois dos 15 dias, até os três meses de vida.

Estas crises dão-se normalmente durante a noite ou após as mamadas, e podem durar entre alguns minutos a 2-3 horas por dia. Não se acompanham de vômitos, diarreia ou febre e a observação do bebê é sempre normal.

Desaparecem com o crescimento do seu bebê, habitualmente por volta dos 3-6 meses.

O tacto, já aperfeiçoado pelo contacto que teve com o líquido amniótico, permite ao bebé uma grande sensibilidade para as variações de temperatura e humidade, bem como na distinção da textura dos objetos.

O RN tem um paladar apurado, pelo que consegue distinguir um sabor agradável de outro desagradável, reagindo com mudanças de expressão. Assim, revela reações positivas aos alimentos doces, desaprovando os salgados, amargos ou ácidos. Quando não gosta de algo, para além de caretas, abre mais a boca e aumenta a salivação.

O sentido menos desenvolvido dos bebés é o olfato, apesar de conseguir distinguir alguns odores, nomeadamente o da mãe. Os bebés amamentados são capazes de cheirar o leite materno e distinguir a própria mãe das outras pessoas.



### Sistema neurológico

O sistema nervoso autónomo não está completamente desenvolvido à nascença. É por isso que o bebé tem reações involuntárias, chamadas de reflexos que são provocadas por estímulos, que desaparecem por volta dos 3 meses.

Uma das reações que avalia o tônus muscular da criança, é o chamado reflexo de moro ou do abraço. Este desencadeia-se sempre que o bebé se sente em desequilíbrio ou em perigo, nomeadamente quando se altera a sua posição. Instintivamente, ele estica os braços e as pernas e seguidamente aproxima-os num movimento de abraço, cerrando os punhos. Simultaneamente, começa a chorar.

### O vestuário

Deve ser confortável, que não aperte e de preferência de fibras naturais (algodão). O RN não deve ter mais roupa do que as outras pessoas: tente não o vestir demais (ex se a mãe vestir 2 camisolas, ao bebé deve vestir 3);

A roupa do bebé deve ter as seguintes características:

- \* Permitir liberdade de movimentos, no entanto não ser demasiado larga, mas deve cobrir todo o corpo;
  - \* Ser de tecido fino, macio e maleável e fácil de vestir e despir;
  - \* Não ter botões, colchetes, molas, enfeites, bordados ou costuras diretamente em contacto com a pele.
- 
- \* Deve cobrir sempre as extremidades do bebé (pés, mãos, cabeça), pois é onde se perde mais calor;
- 
- \* As roupas de lã não devem ser colocadas diretamente sobre a pele;
- 
- \* Nos primeiros tempos, a roupa do bebé não deve ser lavada juntamente com a restante roupa da família;
- 
- \* Não há nenhuma contraindicação em usar a máquina de lavar. Utilize sempre produtos com pH neutro.



### O quarto do seu bebé

Os RN devem dormir no mesmo quarto dos pais, mas no seu próprio berço, até ao primeiro ano de vida, para reduzir os riscos de mortalidade relacionados com o sono, como a síndrome da morte súbita do lactente (SMSL), recomenda a Academia Americana de Pediatria (AAP).

## Para que serve a visita domiciliária?

- \* Conhecer o recém-nascido;
- \* Ajudar neste período de adaptação;
- \* Esclarecer possíveis dúvidas;
- \* Prestar e ensinar os cuidados ao coto umbilical;
- \* Ensinar sobre o banho do RN;
- \* Ajudar na adaptação à amamentação;
- \* Verificar e aconselhar para a manutenção da integridade dos mamilos;
- \* Realizar penso caso seja cesariana;
- \* Ensinar cuidados à episiotomia;
- \* Marcar as primeiras consultas que são as dos 15 dias e 1º mês;
- \* Verificar a administração das primeiras vacinas;
- \* Realizar o diagnóstico precoce (Teste do Pezinho).



De acordo com o programa de vigilância proposto pela Direção Geral da Saúde, as consultas devem realizar-se nas seguintes idades: primeiros 10 dias de vida, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 24 meses, 3 anos, 4 anos, entre os 5 e 6 anos, 8 anos, entre os 11 e 13 anos, 15 anos e 18 anos.

Deve fazer-se acompanhar do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, assim como do Boletim Individual de Vacinas. Quando a idade da consulta programada coincidir com a idade para vacinação, estas serão administradas no decorrer da consulta.



- \* Coloque o bebé na água. Segure-o com o braço esquerdo, passando-o por de trás das costas do bebé, agarrando-o. A mão direita ajuda a segurar o bebé colocando-o na água;
- \* Lave primeiro o cabelo, depois o tronco, membros, doiso e genitais;
- \* Use produtos de ph neutro;
- \* Seque bem o bebé, dando especial atenção às zonas do corpo com pregas (axilas, virilhas, pescoço, orelhas) e aplique um creme hidratante adequado para bebés.



Durante o primeiro mês de vida, o rosto do bebé deve ser lavado após o banho:

- \* Comece pelos olhos, que devem ser limpos com compressas ou discos desmaquilhantes embebidos em soro fisiológico ou em água limpa, do local mais limpo para o mais sujo, num só movimento, e usados uma só vez;
- \* Depois, limpe o resto do rosto com outra compressa embebida em soro fisiológico ou água limpa;
- \* Limpe o nariz com soro fisiológico para impedir que fique obstruído;
- \* Não extraia o cerúmen dos ouvidos, é suficiente limpar com um cotonete, apenas os pavilhões auriculares;
- \* Corte as unhas utilizando uma tesoura própria, com pontas arredondadas e lâminas pequenas. Perceba em que altura o seu filho está mais tranquilo e calmo, para que a tarefa seja mais simples. Aproveite um momento em que o bebé esteja totalmente relaxado ou mesmo a dormir, como depois de mamar.



## Cuidados no 1º mês de vida

Os RN necessitam de cuidados especiais no 1º mês de vida pois são mais frágeis e indefesos. O sono, higiene, alimentação, choro... tudo isso é essencial para o seu crescimento saudável.

### Sono

Os RN dormem chegando quase 18 horas por dia, dependendo do seu ritmo e características fisiológicas, acordando apenas quando tem fome ou frio ou mesmo quando se sente incomodado. Com o passar do tempo aprenderá a conhecer o seu bebê, e com este conhecimento saberá instintivamente qual a resposta acertada ao seu choro.

Não estranhe o facto de o bebé passar a vida a adormecer e a acordar. Nos primeiros meses irá acontecer durante o dia e a noite. **É necessário deixar o bebé dormir a vontade!** Um bom sono é uma necessidade básica como comer e beber. À medida que ele vai crescendo a sua necessidade de dormir vai diminuindo.

Com um mês, o bebé fica acordado entre 8 a 10 horas, divididas em 4 a 5 intervalos.

Aos 10 meses, normalmente já dorme a noite toda e tem 3 intervalos de vigília durante o dia, intercalados de sonos prolongados.

Com 12 meses, necessita de 2 sestas por dia, uma de manhã e outra à noite.

Os padrões de sono da criança começam a aproximar-se dos adultos a partir dos 3 meses, embora ainda necessitem de uma sesta.



### Como adormecer o bebé?

Em princípio o RN dorme quando lhe apetece e em qualquer lugar. No entanto, quando for a hora de ir dormir, os pais podem fazer o seguinte:

- \* Estabeleça uma rotina consistente ao deitar, para que este identifique que está na hora de dormir;
- \* Fale baixinho e prepare o quarto, adequando a temperatura e a luminosidade;
- \* Pode manter a luz de presença acesa;
- \* Dê mimosinhos, essencialmente no 1º mês, para transmitir segurança;
- \* Embale a criança suavemente, cante baixinho ou utilize um brinquedo musical;
- \* Coloque o bebé na cama quando estiver sonolento, mas ainda acordado, para este se habituar a acalmar sozinho e não acordar a chorar pela mãe cada vez que der pela sua falta.



### Cordão umbilical

A zona do coto umbilical deve estar sempre limpa e seca, o que contribui para evitar sinais inflamatórios ou de infeção. Até este cair, o que acontece normalmente cerca da 1ª semana de vida, a zona do umbigo requer cuidados especiais:

- \* Coloque a fralda e assegure que o coto umbilical fica de fora, dobrando-a se for necessário;
- \* Limpe o coto umbilical e a mola que se encontra na sua extremidade depois do banho e sempre que seja necessário com soro fisiológico;
- \* Faça movimentos a partir da base em direção à sua extremidade;



- \* Depois do coto umbilical cair, e especialmente quando há saída de algumas gotas de sangue, a zona pode ser protegida com uma compressa seca.

Sempre que surgir a presença de rubor (vermelhidão) e/ou exsudado deve contactar a sua Enfermeira de Família.

### Cuidados de higiene

Geralmente o banho é um momento muito importante e apreciado pelo bebé e pelos pais. É uma ocasião de interação, ternura e brincadeiras, que fortalece os laços afetivos. Deve ter em conta:

- \* Um RN de termo não necessita de banho todos os dias. A pele tem uma barreira lipídica e a utilização de sabonete e de outros produtos, altera o seu PH e torna-o mais ácido. No entanto, se preferir pode fazê-lo diariamente;
- \* O banho não deve exceder os 10 a 15 minutos, para que o bebé não perca muito calor. Em relação à hora em que é dado, depende da reação do RN;
- \* A temperatura ambiente no local deve ser de cerca de 24°C;
- \* Deve lavar bem as mãos antes de iniciar;
- \* Prepare todo o material, de modo a que nada falte e nunca tenha de deixar o bebé sozinho;
- \* Abra as peças de vestuário que o bebé usará e arrume pela ordem em que serão vestidas;
- \* Coloque primeiro a água fria e depois a quente. A temperatura ideal da água é de 36°C a 37°C. Assegure-se que não queima introduzindo o cotovelo ou utilize termómetro. **Não encha muito a banheira!**

### Diagnóstico Precoce (“Teste do Pezinho”)

O diagnóstico precoce, vulgarmente denominado de teste do pezinho, trata-se de um teste efetuado para o rastreio de doenças graves que clinicamente não podem ser diagnosticadas nas primeiras semanas de vida e que podem tardiamente provocar atrasos mentais irreversíveis e muito profundos.

Entre as doenças que é possível diagnosticar através do teste do pezinho incluem-se a fenilcetonúria, a leucínose, a citrulinemia, as tirosinemias de tipo I e II, a acidúria arginino-succínica, as acidúrias orgânicas, alterações da beta-oxidação dos lípidos e o hipotireoidismo congénito.



### Como, quando e onde é feito o teste do pezinho?

O teste do pezinho é realizado com uma amostra de sangue obtida através de uma picada no calcanhar do bebé. A colheita de sangue pezinho é realizada nas maternidades, hospitais e centro de saúde.

O teste do pezinho deve ser feito em todos os RN entre o 3º e o 6º dia de vida. Não é de realização obrigatório, é um programa gratuito e pode ter benefícios substanciais para o bebé e para a sua família quando são detetados quaisquer problemas.

### Quando e como se conhecem os resultados do teste do pezinho?

Os pais só são contactados diretamente pelo Instituto de Genética Médica no caso dos resultados não serem normais, ou quando há necessidade de repetição.

Este contacto será efetuado em média aos 12 a 13 dias de vida do bebé. Caso seja necessário repetir é muito importante que o façam o mais rapidamente possível.

Os resultados normais podem ser consultados na internet, em [www.diagnosticoprecoce.org](http://www.diagnosticoprecoce.org), cerca de quatro semanas depois da colheita, usando o código que é fornecido. Em caso de dúvida, podem contactar o Instituto de Genética Médica através do endereço eletrónico [pe@diagnosticoprecoce.org](mailto:pe@diagnosticoprecoce.org).



## Mudança da fralda

A fralda deve ser mudada sempre que estiver suja. É muito importante manter toda a zona bem limpa e seca:

- \* As toalhetas são muito úteis na higiene, mas no dia-a-dia, os pais devem preferir o uso de compressas, com água e sabão neutro, pois são menos agressivas para a pele do RN. As toalhetas são práticas, mas só devem ser usadas quando se sai, numa situação de emergência, ou em casa de alguém que não conhecemos.;
- \* Depois da limpeza, aplicar uma camada fina de creme hidratante ou de creme protetor sempre que for necessário;
- \* Colocar a fralda limpa, tendo o cuidado de não tapar o coto umbilical.



## Eliminação intestinal

As primeiras fezes chamam-se de mecónio (aspeto viscoso e de cor verde escura) e podem permanecer de entre 12 a 48 horas após o nascimento.

As fezes de transição (aspeto fino, pastosas e de cor castanho esverdeado) são eliminadas entre o 3º e o 6º dia.

As fezes definitivas dos bebés amamentados são moles, de cor amarelo-dourado e não provocam irritação da pele. As fezes dos bebés alimentados com leite de lata, são moldadas, de cor amarelo-pálido, com cheiro característico e tendência para provocar hidratação local da pele.

O número de defeções do RN é muito variável. Têm tendência a diminuir nas primeiras duas semanas, de 5-6 diárias para 1 ou 2.

O bebé pode ainda reagir a um som alto ou repentino, comportando-se de forma idêntica embora não completando o abraço (reflexo do espanto).

O reflexo de sucção facilita a amamentação. O reflexo de deglutição ou de engolir também estará bastante desenvolvido, já que os bebés estão habituados a engolir líquido amniótico.



Outro reflexo instintivo é o de caminhar (reflexo de marcha automática). Se segurarmos o bebé pelos braços e o mantivermos numa posição vertical sobre uma superfície dura, ele começará automaticamente a andar. Desaparecerá entre a 6ª e a 8ª semana e não está relacionado com a capacidade para caminhar, que irá desenvolver mais tarde.

À nascença o bebé apresenta o reflexo de agarrar (reflexo de preensão e plantar). Se colocarmos um dedo na palma da sua mãozinha ele irá agarrá-lo com muita firmeza. O mesmo acontecerá se fizermos cócegas na planta dos pés.



## Vigilância de saúde

A primeira consulta deve ser realizada o mais cedo possível, de preferência na 1ª semana após alta hospitalar. Deve registar o bebé na USF e agendar a 1ª consulta. Para isso é necessário: apresentar na secretaria a certidão de nascimento e o cartão de utente de um dos pais (de preferência da mãe).

**Se residir em Esmoriz** tem direito que 1ª consulta de enfermagem seja realizada no domicílio. É necessário contactar presencialmente e ou telefonicamente a sua Enfermeira de Família e proceder à marcação da hora e do dia da visita.

Deve ser arejado e ter luz natural, com uma temperatura média entre 19 e 20° C, e sem objetos que acumulem pó.

Não permita que fumem no quarto do bebê.

A cama deve obedecer às normas de segurança europeias (grades no mínimo 60 cm de altura e a distância entre as barras das grades inferior a 6 cm).

O colchão deve ser firme e bem adaptado ao tamanho da cama, para que não fique qualquer espaço entre o colchão e as grades da cama.

Se colocar uma proteção almofadada por dentro da cama, ao longo do colchão, deve prendê-la bem à grade de forma a não cair sobre o bebê.

O berço deve ter um colchão firme e a cabeceira elevada num ângulo de 30°.

Não ponha almofada, fraldas de pano, brinquedos, gorros ou laços dentro da cama.

Não utilize cobertores pesados ou edredões até pelo menos 1 ano de idade. A roupa da cama deve ficar ao nível do tronco e presa debaixo do colchão.

Mantenha a cabeça do bebê sempre destapada enquanto dorme e não o deite com o babete ou com fitas/cordões para segurar a chupeta.



De qualquer forma com as medidas adequadas, as luxações desaparecem até aos 35 a 45 dias de vida.

É possível que o pé do RN esteja virado para cima, para dentro ou para fora, pois a sua flexibilidade permitia-lhe virar-se em todas as direções no útero. Costuma voltar à posição normal entre os 6 e os 12 meses de idade.

### Peso, altura e perímetro craniano

Apesar de o peso ser uma das primeiras preocupações dos pais, uma avaliação precisa do estado de saúde do bebê terá de incluir também a altura e o perímetro craniano.

Os meninos pesam em média 3,5kgs e as meninas 3,3kg. É natural que percam peso nos primeiros dias, devido à perda de líquidos, mas a partir do 8º dia começam a recuperar e entre o 10º e o 15º já terão o peso inicial.



Relativamente à altura, a média é de 50 cm para os meninos e 48,49 para as meninas. A média do perímetro craniano varia entre os 34 a 36 cm. De qualquer forma, não deixam de ser médias, e o importante é que o bebê vá aumentando e mantendo um ritmo constante de crescimento.

### Os sentidos

O RN já nasce com os cinco sentidos desenvolvidos. No que diz respeito à visão, já distingue rostos e objetos ao seu redor, a uma distância de 20 a 25 cm.

O ouvido, já se encontra completamente desenvolvido, logo o RN reage e identifica a proveniência de estímulos sonoros.

São sinais de cólica:

- \* Emite gritos estridentes e penetrantes, por vezes por longo tempo;
- \* Apresenta um aspeto tenso, face bastante vermelha, abdómen distendido e duro e pode apresentar joelhos fletidos.

#### O que fazer?

- \* Evite que as mamadas sejam excessivas ou muito rápidas;
- \* Alimente o bebé numa zona tranquila da casa, sem ruídos. Ponha o bebé a arrotar;
- \* Não deve preocupar-se, **não está a fazer nada que seja a causa da cólica**.
- \* Certifique-se que não há outra causa que possa ser o motivo do choro, como fome, sede, calor, frio ou a fralda suja. Descarte a possibilidade de febre ou infeção;
- \* Sente-se junto ao bebé e acaricie-o suavemente. Coloque-o no berço e tente acalmá-lo embalando-o e cantando-lhe uma canção.
- \* Mude o seu bebé de posição;
- \* Faça massagens circulares no sentido dos ponteiros do relógio ou movimentos de bicicleta com as pernas, para ajudar a eliminar gases;
- \* **Não existem medicamentos para tratar a cólica**, apenas podem aliviar. Não dê ao bebé remédios caseiros como erva-doce;
- \* Se não resultar, estimular o esfíncter anal com a cânula do bebegel, de forma suave e com movimentos circulares.



Essa característica, no entanto, não afeta o cérebro e acaba por regredir espontaneamente durante os primeiros dias. Podem também surgir inchaços, quer no topo da cabeça devido à acumulação de líquidos (bossa), quer de lado, devido ao sangue derramado pela fricção entre o crânio do bebé e ossos pélvicos da mãe (céfalo-hematoma). O primeiro desaparece em poucos dias, o segundo nos primeiros meses.



De salientar também a fontanela anterior, também chamada “moleira”, que se situa na parte mais alta da cabeça e é coberta por uma fina camada fibrosa. Esta permite o crescimento rápido do cérebro, pulsa com cada batimento cardíaco e encerra entre os 12 e os 18 meses.

#### O rosto

O rosto encontra-se geralmente inchado, mas vai adquirindo os traços definitivos à medida que perde líquidos. É comum o nariz estar deformado, mas voltará ao normal no final da primeira semana. Também os olhos poderão estar inchados, o que dificulta a sua abertura. Os olhos podem ainda estar lacrimejantes, mas só será preocupante se aparecerem sinais de inflamação, como vermelhidão e remelas.

Nas gengivas e no palato duro (céu da boca) podem também surgir pérolas epiteliais, pequenos quistos com um líquido ou placas brancas e rasas, que desaparecem num ou dois meses.

As orelhas são macias e maleáveis, é possível que uma das suas extremidades se dobre mas tudo ficará normal assim que a cartilagem começar a endurecer.





### Vantagens do leite materno

- \* É específico para o bebê, sendo que nenhum leite substituto consegue ser tão completo para as suas necessidades;
- \* Está a temperatura ideal e sempre disponível;
- \* Tem um efeito protetor, aumentando as defesas do bebê e diminuindo os riscos de doenças e infecções que este possa desenvolver;
- \* Melhora o desenvolvimento mental do bebê;
- \* É de fácil digestão, o que diminui a incidência de vários problemas tais como as diarreias, vômitos, cólicas...;
- \* Não tem custos comparativamente com os leites artificiais.

### Vantagens da amamentação

- \* Promove o estabelecimento de uma ligação emocional muito forte e precoce, entre a mãe e a criança (vínculo afetivo);
- \* Melhora a formação da boca e o alinhamento dos dentes;
- \* Maior facilidade da mãe em voltar ao peso que tinha antes da gravidez;
- \* Menores riscos de depressão pós-parto, cancro da mama, cancro do ovário, e alguns problemas pós-menopausa.

### O que fazer para amamentar?

Inicie o mais cedo possível. O primeiro leite é chamado «colostró» e é muito rico em defesas. No início o bebê mama com sucções rápidas e pequenas quantidades, pelo que quererá mamar frequentemente.

A quantidade que se produz é suficiente para satisfazer as suas necessidades nutricionais durante os primeiros dias e quanto mais mamadas mais estimulará a “subida de leite”.

## O bebê nasceu!!! E agora?

Assim que o bebê chega ao mundo exterior é submetido a uma avaliação inicial, o designado Índice de Apgar, um diagnóstico feito pelo médico no 1º minuto de vida e repetido ao 5º minuto. Este permite ter uma ideia geral do estado de saúde do bebê, nomeadamente no que diz respeito à sua capacidade para reagir aos estímulos da vida extrauterina.

Este analisa cinco aspetos: a frequência cardíaca, a capacidade respiratória, o tônus muscular, a resposta reflexa e a cor da pele. Cada item pode ser avaliado numa escala de 0 a 2 pontos, de forma a atingir uma pontuação máxima de 10 valores. Um RN em condições adequadas terá uma pontuação de 7 a 10.



Depois de estar protegido 9 meses, o bebê depara-se com ambiente desconhecido. Para além de necessitar de recuperar fisicamente do trabalho de parto, terá de se aptar ao novo meio.

## Os primeiros dias de vida

Durante os primeiros dias de vida, o recém-nascido passa por uma evolução muito rápida, sendo visíveis mudanças tanto a nível físico como comportamental. Depois de ter estado protegido durante 9 meses, depara-se com um ambiente desconhecido. Assim, para além de necessitar de recuperar fisicamente, depois de ter superado o difícil trajeto de saída, ele terá também que se adaptar a um mundo luminoso, arejado e repleto de estimulação ambiental, que o acolherá no seu percurso de desenvolvimento e crescimento, ao longo da sua vida.

### Quanto tempo deve o bebé mamar?

Cada bebé tem um comportamento diferente: uns podem mamar com frequência, e noutros a mamada é mais prolongada e fazem pausas mais longas. Se adormece, é importante motivá-lo para a mamada. Deve deixar o bebé numa até que esta esteja vazia. Se necessário ofereça a outra. Por vezes pegará e outras não.

### Como saber se o leite materno é suficiente?

Algumas mães ficam inseguras e pensam que o seu leite é fraco ou que tem pouco leite. No entanto, pode ficar tranquila se o seu bebé:

- \* Ficar saciado após as mamadas;
- \* Urinar 6 a 8 vezes por dia;
- \* Estiver a aumentar entre 20-25 g por dia.

### Como extrair leite materno?

Quando acaba o período de licença de maternidade e tem que ir trabalhar poderá ter necessidade de extrair leite. Tal como os outros alimentos, o leite materno também pode ser conservado no frigorífico ou congelado. Extrair o leite materno pode ser necessário para:

- \* Ajudar o bebé a agarrar ao peito, se a mama estiver demasiado cheia;
- \* Se a mãe sente os peitos muito cheios e desconfortáveis;
- \* Se o bebé é demasiado pequeno ou doente para se alimentar ao peito;
- \* Se precisa de estar longe do bebé durante algumas horas (ou se está de regresso ao trabalho);
- \* Para aumentar a sua produção de leite.



### Estado emocional

Durante a gravidez a maioria das mulheres recebe muita atenção, mas após o nascimento, os cuidados e o zelo orientam-se para a saúde e para o bem estar do bebé. A vida da mãe passa a estar centrada na satisfação das suas necessidades e de início, os cuidados ao seu filho preenchem totalmente o seu tempo, a sua energia e a sua atenção.

Ter um bebé significa que passa a ter de lidar com muitas situações novas como mudança no próprio corpo e no modo/organização de vida. Estas alterações podem levar entre 3 e o 10º dia após o parto, a puérpera a sentir vontade de chorar, irritabilidade, fadiga, tristeza, ansiedade e achar difícil e não ser capaz de cuidar do seu bebé. Estas alterações são normalmente passageiras, desaparecem ao final da primeira semana e denominam-se de **“baby blues”**. São condicionadas pelas súbitas alterações a nível hormonal e normalmente não precisa de qualquer tratamento especial.

**Não tente ser uma “supermulher”**. Tente arranjar ajuda para tarefas domésticas, que não envolvam diretamente cuidados essenciais ao bebé, para que possa aproveitar bem o envolvimento com ele sem ficar esgotada. Os seus familiares e amigos terão com certeza todo o prazer em ajuda-la. O seu companheiro pode ser uma ajuda preciosa, não só nas tarefas domésticas, mas também no apoio emocional de que tanto necessita e na prestação de cuidados ao bebé mas também aos irmãos mais velhos.

Tente relaxar com a maior frequência que puder. Quando o bebé estiver a dormir, aproveite para descansar.



- \* O leite materno pode ser conservado à temperatura ambiente durante 6 horas e no frigorífico (0 e 4°C) durante 3 a 5 dias. Se não o utilizar, proceda à sua congelação imediatamente. O leite pode permanecer no congelador (porta independente do frigorífico) entre 3–6 meses e na arca congeladora entre 6–12 meses. Não se esqueça, os **tempos do leite não são acumuláveis**.
- \* **Não armazene leite materno na porta do frigorífico. Em vez disso, escolha a parte mais fria do frigorífico: na parte de trás da prateleira por cima do compartimento dos vegetais.**

#### Para descongelar, como devo proceder?

Descongele lentamente, deixando-o no frigorífico. Se for necessário descongelar mais depressa pode fazê-lo em banho Maria ou debaixo de água tépida a correr.

Não descongele nem aqueça leite materno num micro-ondas ou em água ferver. Assim, evita-se a perda de vitaminas e minerais, bem como o perigo de queimar o bebé.

Depois de descongelado use-o dentro de 24 horas e agite o leite, para que os seus componentes se misturem adequadamente. **Não volte a congelar o leite que já descongelou.**

#### Dispensa para a amamentação

De acordo com o artigo 47º do Código do Trabalho, a mãe que amamente o seu filho tem direito a dispensa de trabalho para o efeito, durante o tempo que durar a amamentação. A dispensa diária é gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de uma hora cada, salvo se outro regime for acordado com a entidade empregadora.

Os pais devem permitir que o irmão mais velho participe e ajude no cuidado ao recém-nascido (mudar a fralda, banho ...). E devem explicar que também eles já foram pequeninos e nessa altura receberam toda aquela atenção.



## O bem-estar da puérpera no pós parto

O pós parto é um momento muito importante para a mulher. Em nenhuma outra fase da vida acontecem modificações físicas e emocionais tão grandes em tão curto espaço de tempo. Lentamente o corpo da mulher vai recuperando do parto e das alterações ocorridas ao longo da gravidez.

#### Estado físico

Com a expulsão do bebé e da placenta surge uma ferida no útero, razão pela qual ocorre um corrimento manchado de sangue (lóquios). Com a cicatrização desta ferida o corrimento vai adquirindo a tonalidade acastanhada e tornase menos abundante, acabando por cessar entre as 2 a 4 semanas. Deverá consultar o enfermeiro e ou medico de família se ocorrer uma hemorragia súbita e forte e se os lóquios tiverem um cheiro desagradável.

## Como preparar o leite adaptado?

Antes de preparar o leite adaptado é importante ler com atenção as instruções de preparação existentes na embalagem.

Seja muito rigorosa na higiene das mãos e da colher de medida. Não guarde a colher na embalagem, depois de a ter utilizado, de forma a não transportar microrganismos para o leite.

No que diz respeito às quantidades de leite em pó a utilizar, por favor siga as indicações da embalagem. Se colocar uma maior quantidade de leite em pó, o leite ficará demasiado concentrado, bem como se preparar uma quantidade menor, não oferecerá ao seu bebé todos os nutrientes que deveria. Sendo assim, **respeite as seguintes regras:**

- \* Verificar a data de validade inscrita na embalagem de leite antes da sua utilização.
- \* Lave os biberões e tetinas com água quente, detergente e utilize um escovilhão, de forma a eliminar todos os resíduos. No final passe abundantemente por água limpa. Depois de secos, guarde-os em local limpo, não esquecendo de colocar a teta no biberão virada para dentro e fechá-lo com a respectiva tampa. Também podem ser lavados na máquina de lavar loiça.
- \* Utilize água fervida durante 5 minutos, (mais tempo concentra a água em sais) e deixe arrefecer até ficar morna (evita destruir nutrientes e a formação de grumos).
- \* Coloque a água dentro do biberão e verifique a quantidade de água pela graduação do mesmo, ao nível dos seus olhos.
- \* Encha a colher de medida que vem dentro da lata de leite sem pressionar o pó. Retirar o excesso com a espátula, de modo a que fique rasa.
- \* Respeite as proporções de água e de leite em pó referidas na embalagem, (30ml de água/ 1 colher de pó).
- \* Junte de seguida o pó à água e feche o biberão com a tampa. Para dissolver fazer movimentos rotativos sem agitar o leite, até obter uma

## A vida com a chegada do bebé

A chegada de um bebé altera por completo a vida dos pais e de toda a família. Caso este seja o primeiro filho, é natural que a mãe sinta dificuldades na adaptação ao novo papel.

De início, os cuidados ao recém nascido (RN) preenchem totalmente o tempo, a energia e a atenção da mãe. Para que possa ligar-se mais facilmente ao seu bebé sem ficar esgotada, é muito importante ter o apoio, o reforço e a ajuda das pessoas que lhe são próximas.

Uma mãe exausta torna-se facilmente irritável e pouco disponível para responder às necessidades do bebé (e às suas).

### Relação com o bebé

A sua ligação ao seu filho começou provavelmente muito antes do seu nascimento. Mas, agora que o tem nos braços, essa relação vai fortalecer-se e transformar-se talvez no envolvimento mais importante da sua vida e da dele.

O seu filho está, na maioria dos casos, pronto a ligar-se a si desde os primeiros momentos da vida. Mas os seus sentimentos para com ele são talvez ainda um pouco confusos:

- \* Pode sentir uma forte ligação desde os primeiros minutos ou horas após o parto;
- \* Pode notar que essa relação se vai desenvolvendo ao longo dos primeiros dias ou semanas, à medida que cuida do bebé e que o conhece mais profundamente;
- \* Pode só ter consciência desse amor de repente, por exemplo, ao ser surpreendida pelo primeiro sorriso do seu filho;
- \* Se o seu bebé foi prematuro ou esteve internado nos primeiros dias ou semanas de vida, é natural que o seu envolvimento com ele evolua de forma mais lenta e difícil.



## A segurança do bebê

A chegada de um bebê a uma casa implica sempre uma atenção redobrada aos possíveis riscos existentes.

Assim, é fundamental criar rotinas para prevenir os acidentes, pois está provado que mais de 70% deles são perfeitamente evitáveis.

### Quedas

Sempre que colocar o seu filho na cadeirinha ou espreguiçadeira, deve automaticamente apertar os cintos e ajustá-los sem deixar folga. Deve também colocá-lo no chão, evitando os locais altos.

Sempre que o deitar em alguma superfície elevada, é **proibido** deixá-lo sozinho, nem que seja "apenas por 1 segundo", pois pode ser o suficiente para o bebê cair.



Antes de mudar a fralda ou dar banho, tenha tudo o que precisa à mão para evitar ter que se deslocar durante o processo. Se mesmo assim necessitar de ir buscar alguma coisa, leve o seu filho ao colo ou coloque-o deitado no chão.

Apenas adultos podem pegar em bebês, portanto não deixe que outras crianças peguem no seu filhote, mesmo que pareçam muito "ajuízadas".

### Asfixia

Os bebês devem dormir de costas, salvo contra-indicação médica. Quando o deitar, deve elevar ligeiramente a cabeceira da cama (até 30°) e encostar os pés dele ao fundo da cama, para evitar que escorregue.

Utilize cobertores leves e coloque-os até à altura das axilas, sem cobrir a cabeça e prendendo-os bem de lado. Dentro da cama não deve colocar nenhum objecto, tal como almofadas, brinquedos, fraldas, etc.

## Índice

A vida com a chegada do bebê	5
Relação com o seu bebê	5
Relação com o parceiro	6
Relação com o filhos mais velho	6
O bem estar da puérpera após o parto	7
Estado físico	7
Estado emocional	9
Consulta pós-natal	10
O bebê nasceu! E agora?	11
Os primeiros dias de vida	11
Vigilância de saúde	17
Cuidados no 1º mês de vida	20
O período da amamentação	27
A alimentação com leite adaptado	35
Segurança do bebê	38



**APÊNDICE III – Protocolo de atuação na VD à família no pós-parto**

## Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar



essua



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA Escola Superior de Saúde

### Protocolo de atuação na VD à família no pós-parto

O nascimento de um filho é uma etapa importante no ciclo vital da família caracterizada por sucessivas transformações psicossociais, estados de desequilíbrio biofísico, consolidação da relação mãe/filho, pai/filho e de reorganização do relacionamento familiar e conjugal (Pereira, 2012).

De acordo com a OE (2013), a duração do internamento hospitalar pós-parto tem diminuído bastante no decurso dos últimos 50 anos, sem com isto acarretar o aumento na morbilidade materna, na sua generalidade a alta precoce da puérpera é segura. Para que isto ocorra, o hospital e os recursos da comunidade devem articular-se e oferecer um sistema de apoio que assegure os cuidados centrados na família, contribuindo para a saudável transição para a parentalidade.

Das instituições e dos profissionais de saúde espera-se intervenções, de forma a ultrapassar com sucesso estes desafios. A visita domiciliária (VD) impõe-se, nesta etapa do ciclo de vida, como uma intervenção importante no cuidar em Enfermagem. A sua realização, pelo enfermeiro de família (EF), promove a capacitação e autonomia individual e familiar na parentalidade saudável.

#### Programa de visita domiciliária no pós-parto

<b>Objetivos</b>	Garantir ações de vigilância e promoção da saúde à população-alvo; Assegurar ações de prevenção ou gestão da doença e acidentes na população-alvo.
<b>População</b>	Famílias a vivenciarem a parentalidade inscritas na USF Barrinha e cuja área de residência se encontre na área geográfica de atuação.
<b>Quem</b>	Enfermeiros (preferencialmente pelo Enfermeiro de Família) e alunos de enfermagem na USF Barrinha.
<b>Como</b>	Marcação através da solicitação da puérpera/família à USF e/ou por iniciativa do profissional.
<b>Onde</b>	Domicílio da família.
<b>Duração</b>	Variável.

#### Recursos Materiais



- Mala provida de material necessário à visita domiciliária;
- Balança para avaliação de peso do RN;
- Boletim para “teste do pezinho”;
- Folheto informativo sobre o teste de Guthrie;
- Manual do cuidado ao recém-nascido.

## **Procedimentos**

### Preparação da visita

- Combinar com a família a visita domiciliária;
- Informar sobre a finalidade da visita;
- Recolher informação sobre a família a visitar;
- Reunir o material necessário para a visita domiciliária.

### No domicílio

- Apresentação e identificação do profissional e/ou profissionais;
- Avaliação da mãe (história da gravidez, parto e pós-parto; avaliação física (sinais vitais, aspeto geral, pele e mucosas, aleitamento materno, estado nutricional, episiotomia e ou ferida cirúrgica, característica dos locos, eliminação intestinal, eliminação vesical) e avaliação psicológica (avaliação clínica e utilizando a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo);
- Avaliação da criança (adesão à vacinação, desenvolvimento infantil e mamar)
- Avaliar a dinâmica familiar e suporte social (composição da família, tipo de família, família extensa, sistemas mais amplos, classe social, processo familiar, comunicação familiar, coping familiar, interação de papéis familiares, vinculação, relação dinâmica e crenças);
- Avaliar o contexto edifício residencial, precaução de segurança, sistema de abastecimento e ambiente biológico);
- Avaliação de conhecimentos sobre o retorno à fertilidade no pós-parto (satisfação conjugal e planeamento familiar);
- Capacitar através da realização de ensinamentos específicos adequados às necessidades individuais (estilos de vida saudável, aleitamento materno, aleitamento artificial, fortalecimento do pavimento pélvico, queixas, planeamento familiar, transformações emocionais, apoio as pessoas significativas na adaptação ao seu novo papel e responsabilidades dentro da unidade familiar);
- Recapitular a visita com a família;
- Incentivar a recorrer à equipa de enfermagem, sempre que necessário;
- Agendar a consulta de revisão do puerpério, consulta de vigilância de saúde infantil, e caso seja necessário, futuras VD.

### No regresso à USF

#### Registo no SClínico da mãe

- Dar termo ao programa de saúde materna, incluindo todos os fenómenos da gravidez;
- Ativar o programa puerpério e tratamento de feridas (se cesariana ou laceração do períneo ou episiorrafia);
- Registar os dados na avaliação inicial (história obstétrica, parto, diagnóstico precoce e processo familiar);

- Formular os diagnósticos de acordo com a avaliação das necessidades.

#### Registo no SClinico da criança

- Ativar o programa nacional de saúde infantil e juvenil e o programa de saúde familiar;
- Registar os dados na avaliação inicial do recém-nascido (acompanhamento, período neonatal, diagnóstico precoce, cordão umbilical e alimentação);
- Formular os diagnósticos de acordo com a avaliação das necessidades.

**APÊNDICE IV – Plano de sessão da formação sobre ESF**

## Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar



essua



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA Escola Superior de Saúde

### Plano de sessão da formação sobre ESF

**Local:** USF Barrinha

**Data:** 24 de Fevereiro de 2017

**Mestranda:** Bárbara Carina Resende Pinto

**Tema:** A enfermagem de saúde familiar, uma nova abordagem o cuidar

**Duração:** 30 minutos

Etapas	Conteúdos	Duração	Métodos	Recursos	Avaliação
<b>Introdução</b>	Apresentação do tema e sua contextualização;	5 Minutos	Expositivo Interativo	Computador Projektor	—
<b>Desenvolvimento</b>	Cuidar a família; Papel do EF; Avaliação e intervenção familiar	20 Minutos	Expositivo Interativo	Computador Projektor	—
<b>Conclusão</b>	EF confiantes, famílias felizes	5 Minutos	Expositivo Interativo	Computador Projektor	Interesse participativo

**APÊNDICE V – Guião da entrevista ao casal**



essua



ipb  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BRAGANÇA  
Escola Superior de Saúde

**Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspetiva do casal e do enfermeiro de família**

Guião de entrevista ao casal

Bárbara Carina Resende Pinto

**Orientadores:**

Professora Doutora Marília Rua

Professora Doutora Elsa Melo

**Março, 2016**

**Tema:** Os cuidados de enfermagem na visita domiciliar no pós-parto: perspectiva do casal e do enfermeiro de família.

**Objetivo:** Compreender a percepção do casal sobre os cuidados de enfermagem na visita domiciliar no pós-parto na USF Barrinha.

### **1ª Parte – Caracterização sociodemográfica**

**1 - Idade:** \_\_\_\_\_

**2 – Profissão:** \_\_\_\_\_

**3 – Habilitações acadêmicas:** \_\_\_\_\_

**4 – Agregado familiar (com quem vive):** \_\_\_\_\_

**5 – Local de residência** \_\_\_\_\_

## Avaliação socioeconómica utilizando a Escala de GRAFFAR adaptada por Figueiredo (2012)

Graus	Profissão	Instrução	Origem do rendimento Familiar	Tipo de Habitação	Local de Residência	Pontuação			Posição Social
						C/5 itens	c/ 4 itens	c/ 3 itens	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gr. Industriais e comerciantes</li> <li>○ Gestores de topo do sector público ou privado (&gt; 500 empregados)</li> <li>○ Professores Universitários (com Doutoramento)</li> <li>○ Brigadeiro/General/Marechal</li> <li>○ Profissões liberais de topo</li> <li>○ Altos dirigentes Políticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Licenciatura</li> <li>○ Mestrado</li> <li>○ Doutoramento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lucros de Empresas, de proprietários</li> <li>○ Heranças</li> <li>○ Rendimentos profissionais de elevado nível</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Casa ou andar luxuoso, espaços com máximo de conforto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zona Residencial Elegante</li> </ul>	5	4	3	I - CLASSE ALTA
						9	7		
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médios Industriais e Comerciantes</li> <li>○ Dirigentes de Médias empresas</li> <li>○ Agricultores/Proprietários</li> <li>○ Dirigentes Intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado</li> <li>○ Oficiais das Forças Armadas</li> <li>○ Profissões Liberais</li> <li>○ Professores do Ensino Básico</li> <li>○ Professores do Ensino Secundário</li> <li>○ Professores Universitários (sem Doutoramento)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bacharelato ou curso Superior com duração ≤ 3 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Altos vencimentos de honorários (≥10 vezes o salário mínimo nacional)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Casa ou andar bastante espaçoso e confortável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bom Local</li> </ul>	10	8	6	II - CLASSE MEDIA ALTA
						13	10		
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pequenos Industriais e comerciantes</li> <li>○ Quadros Médios; Chefes de Seção</li> <li>○ Empregados de Escritório (Grau↑)</li> <li>○ Médios Agricultores</li> <li>○ Sargentos e Equiparados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 12º Ano</li> <li>○ Nove ou mais anos de escolaridade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vencimentos Certos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zona Intermédia</li> </ul>	14	11	7	III - CLASSE MEDIA
						17	13	9	
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pequenos Agricultores/Rendeiros</li> <li>○ Empregados de Escritório (Grau↓)</li> <li>○ Operário Semiqualficados</li> <li>○ Funcionários Públicos e membros das Forças Armadas ou militarizados de nível↓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Escolaridade ≥ a 4 anos e &lt; 9 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Remuneração ≤ ao salário mínimo nacional</li> <li>○ Pensionistas ou reformados</li> <li>○ Vencimentos incertos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bairro Social/Operário</li> <li>○ Zona Antiga</li> </ul>	18	14	10	IV - CLASSE MEDIA BAIXA
						21	16	12	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Assalariados Agrícolas</li> <li>○ Trabalhadores Indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Não sabe ler nem escrever</li> <li>○ Escolaridade &lt;4 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Assistência (subsídios)</li> <li>○ RMG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impróprio (barraca, andar ou outro)</li> <li>○ Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bairro de lata ou equivalente</li> </ul>	22	17	13	V - CLASSE BAIXA
						25	20	15	



## **2ª Parte – Caracterização dos cuidados de enfermagem no pós-parto**

1. Quais os cuidados de enfermagem prestados na visita domiciliar no pós-parto que mais valorizou?
2. Qual a sua opinião sobre a visita domiciliar de enfermagem no pós-parto?
3. Foi ao encontro das suas expectativas?
4. Poderia ter sido diferente? Em que sentido?
5. O que pensa sobre ter uma enfermeira de família?
6. Qual o seu papel e o da sua família nos cuidados que lhe foram prestados pela enfermeira de família? Por favor exemplifique.
7. Acha que a enfermeira de família ajuda na adaptação à parentalidade?



**APÊNDICE VI – Guião da entrevista ao enfermeiro de família**



**Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspetiva do casal e do enfermeiro de família**

Guião de entrevista ao enfermeiro de família

Bárbara Carina Resende Pinto

**Orientadores:**

Professora Doutora Marília Rua

Professora Doutora Elsa Melo

**Março, 2016**

**Tema:** Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspetiva do casal e do enfermeiro de família.

**Objetivo:** Compreender a perceção do enfermeiro de família sobre os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto na USF Barrinha.

### 1ª Parte – Caracterização sociodemográfica e profissional

**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Habilitações académicas:** \_\_\_\_\_

**Categoria profissional:** \_\_\_\_\_

**Tempo total de exercício profissional:** \_\_\_\_\_

**Tempo de exercício profissional em CSP:** \_\_\_\_\_

### 2ª Parte – Caracterização cuidados de enfermagem no pós-parto

1. Que atividades e estratégias utiliza no cuidado à família na VD no pós-parto?
2. O que pensa desta intervenção de enfermagem?
3. Refletindo sobre a sua prática que dificuldades /obstáculos identifica?
4. O que pensa sobre a metodologia de trabalho por enfermeiro de família?
5. Convida a família a participar nos cuidados? Por favor exemplifique.
6. Pensa que desenvolve a sua prática numa perspetiva sistémica? Pode dar exemplos?
7. Em que medida a organização da sua instituição de saúde pode favorecer/difícultar a abordagem segundo esta perspetiva?
8. Acha que a enfermeira de família ajuda na adaptação à parentalidade?



**APÊNDICE VII – Declaração de consentimento informado**



## **Declaração do consentimento informado**

(Casal)

O meu nome é Bárbara Carina Resende Pinto, sou aluna de Mestrado de Enfermagem Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA).

Estou a realizar um estudo cujo título é: Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspetiva do casal e do enfermeiro de família. Considero que a sua família é importante para me contar a vossa experiência.

Para tal, é necessária a vossa colaboração e participação numa entrevista. As respostas serão gravadas em formato áudio e posteriormente transcritas para papel para que possa validar a informação recolhida. Se estiver de acordo em participar no estudo, salvaguardando a confidencialidade e anonimato da informação, a entrevista será realizada. Não precisa de responder a nenhuma pergunta que não queira. Para si não existem riscos em participar no estudo e a equipa de Saúde não terá acesso ao conteúdo da entrevista. Toda a informação que der será mantida em segredo.



Eu, \_\_\_\_\_, BI \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após ter recebido as informações da Investigadora Bárbara Carina Resende Pinto, sobre a temática “Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspectiva do casal e do enfermeiro de família”, cujo objetivo é conhecer e compreender a percepção do casal sobre os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto na USF Barrinha, aceito realizar a entrevista e que a mesma seja registada em formato áudio.

Estou ciente de que ao participar no estudo, em linhas gerais, eu e a minha família teremos assegurado:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à Investigação.
2. As respostas no decorrer da entrevista serão utilizadas em estudos científicos.
3. A liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo para o meu tratamento.
4. A segurança de que serão preservadas a minha identidade e privacidade.
5. O compromisso de me valer a legislação em caso de dano.
6. A garantia de que não haverá riscos, desconforto ou gastos de qualquer natureza.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Participante do estudo**

**Responsável pelo estudo**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar



### **Declaração do consentimento informado**

(Enfermeiro de família)

O meu nome é Bárbara Carina Resende Pinto, sou aluna de Mestrado de Enfermagem Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA).

Estou a realizar um estudo cujo título é: “Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspetiva do casal e do enfermeiro de família”. Considero que, como enfermeiro de família, é importante a partilha da sua experiência nesta área.

Para tal, é necessária a vossa colaboração e participação numa entrevista. As respostas serão gravadas em formato áudio e posteriormente transcritas para papel para que possa validar a informação recolhida. Se estiver de acordo em participar no estudo, salvaguardando a confidencialidade e anonimato da informação, a entrevista será realizada. Não precisa de responder a nenhuma pergunta que não queira. Não existem riscos em participar no estudo e a equipa de multidisciplinar não terá acesso ao conteúdo da entrevista. Toda a informação que der será mantida em segredo.

Eu, \_\_\_\_\_, BI \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após ter recebido as informações da Investigadora Bárbara Carina Resende Pinto, sobre a temática “Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspectiva do casal e do enfermeiro de família”, cujo objetivo é conhecer e compreender a percepção do casal sobre os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto na USF Barrinha, aceito realizar a entrevista e que a mesma seja registada em formato áudio.

Estou ciente de que ao participar no estudo, em linhas gerais, eu tenho assegurado:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à Investigação.
2. As respostas no decorrer da entrevista serão utilizadas em estudos científicos.
3. A liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo para o meu tratamento.
4. A segurança de que serão preservadas a minha identidade e privacidade.
5. O compromisso de me valer a legislação em caso de dano.
6. A garantia de que não haverá riscos, desconforto ou gastos de qualquer natureza.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Participante do estudo**

**Responsável pelo estudo**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**APÊNDICE VIII – Pedido de autorização ao ACeS Baixo Vouga**

**Exmo. Senhor** Dr. Manuel Duarte de  
Rezende Pereira Sebe

Diretor Executivo do ACeS Baixo Vouga

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para a realização do estudo “Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspetiva do casal e do enfermeiro de família” na USF Barrinha.

Eu, Bárbara Carina Resende Pinto a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, sob a orientação da Professora Doutora Marília Rua e Elsa Melo, pretendo desenvolver um estudo de investigação com o tema “Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspetiva do casal e do enfermeiro de família”, no âmbito do Mestrado Enfermagem Saúde Familiar. Neste sentido, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a devida autorização para a aplicação deste estudo na USF Barrinha.

Asseguro desde já que, todos os participantes participarão no estudo voluntariamente após assinatura do termo de consentimento informado e que será garantido o anonimato de todos os participantes e a confidencialidade dos dados.

Mostro desde já disponibilidade para o envio dos resultados alcançados com este trabalho de investigação.

Acompanham este requerimento:

- Projeto de investigação;
- Parecer da USF Barrinha;
- Pedido de apreciação à Comissão de Ética da Administração Regional da Saúde do Centro;

Encontro-me inteiramente disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam ter persistido referentes ao projeto de investigação e à sua recolha de dados.

Agradeço desde já a atenção que possa dispensar a este assunto.

Com os mais cordiais cumprimentos, peço deferimento,

26 de Junho de 2016

**Bárbara Carina Resende Pinto**

**APÊNDICE IX – Pedido de parecer à Comissão de Ética do ACeS Baixo Vouga**

**Exmo. Sr.º Presidente do Conselho de Ética Agrupamentos de Centro de Saúde  
de Baixo Vouga**

**Assunto:** Pedido parecer para a colheita de dados com vista à realização de uma investigação conducente ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar.

O meu nome é Bárbara Carina Resende Pinto, sou aluna de Mestrado de Enfermagem Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA). Encontro-me a fazer um estudo cuja temática é “Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: perspetiva do casal e do enfermeiro de família”. Trata-se de um estudo de investigação de relevância para a melhoria dos cuidados de enfermagem e para a promoção da parentalidade. Em anexo, juntamos um exemplar do instrumento de recolha de dados e o projeto de investigação.

Peço deferimento

Aveiro, 29 de Março de 2016

**Bárbara Carina Resende Pinto**