



**MIRIAM MIGUEL
ANDRADE DA
CUNHA TRINDADE**

**VIVÊNCIAS NA TRANSIÇÃO PARA A
PARENTALIDADE: O CONTRIBUTO DO
ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**

TRANSITION TO PARENTALITY: THE FAMILY NURSE'S
CONTRIBUTION



**MIRIAM MIGUEL
ANDRADE DA
CUNHA TRINDADE**

**VIVÊNCIAS NA TRANSIÇÃO PARA A
PARENTALIDADE: O CONTRIBUTO DO
ENFERMEIRO DE FAMÍLIA**

TRANSITION TO PARENTALITY: THE FAMILY NURSE'S
CONTRIBUTION

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, realizada sob a orientação científica da Doutora Marília Rua, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Augusta Mata, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha filha Victória, ao meu marido Hélder e à minha família.

O júri

Presidente

Professora Doutora Elsa Melo
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente

Professora Doutora Ana Galvão
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Orientadora

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

Agradecimentos

Dedico os meus especiais agradecimentos:

Às minhas colegas do mestrado, em especial à Ana Martins, Cláudia Morujão, Luciana Correia, Michele Pinto e Sandra Marques, pelo companheirismo neste percurso

Aos professores, nomeadamente à Professora Marília Rua e à Professora Augusta Mata, pela disponibilidade e apoio na orientação deste trabalho

À minha supervisora de estágio, Enfermeira Carmo Martins pela disponibilidade, dedicação e pelo apoio demonstrado

A todos os utentes que possibilitaram o desenvolvimento das minhas competências, no decurso do estágio, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

A todas as puérperas que se mostraram disponíveis para partilhar as suas vivências e que contribuíram para a execução deste estudo

À minha família alargada e amigos pelo apoio e pela compreensão do meu cansaço nesta jornada

À minha família nuclear pelo apoio e pela compreensão da ausência sentida em momentos importantes

Palavras-chave Enfermeiro de Família; Puérpera; Família; Transição para a Parentalidade

Resumo O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) presta cuidados à família nos mais variados contextos e em diversas fases do ciclo de vida. Este apresenta conhecimentos e competências que facilitam o trabalho colaborativo com a família, de forma a facilitar a reorganização da sua estrutura, na definição de novos papéis e no desenvolvimento de novas competências, durante as transições normativas, situacionais ou nos processos saúde-doença, no seu ciclo vital familiar.

A elaboração deste relatório permitiu refletir sobre as competências específicas inerentes ao EEESF e descrever o trajeto realizado para a aquisição das mesmas ao longo do estágio. Integrado no mesmo foi desenvolvido um estudo empírico sobre os contributos do Enfermeiro de Família (EF) na transição para a parentalidade vivenciada pela mulher, focado na prestação de cuidados de enfermagem à família em transição, que teve como objetivos: conhecer as vivências da puérpera quanto à transição para a parentalidade e identificar a relevância atribuída ao contributo proporcionado pelo EF, neste processo transacional, durante as Consultas de Vigilância da Gravidez (CVG).

O estudo foi realizado na USF Águeda + Saúde, entre o mês de novembro de 2017 e fevereiro de 2018 e enquadra-se numa abordagem fenomenológica, segundo a metodologia qualitativa, cuja amostra intencional foi constituída por 14 puérperas que cumpriam os critérios de inclusão. A recolha dos dados realizou-se através de entrevistas semiestruturadas, como forma de obter narrativas das vivências da mulher durante a gravidez e puerpério. Dos dados obtidos foi feita análise de conteúdo tendo como suporte o software webQDA®.

Os resultados obtidos descreveram a transição para a parentalidade como a passagem para o papel de “tornar-se mãe”, acompanhada por diversas emoções, dúvidas e preocupações, cujas fontes de apoio à mulher foram o companheiro e o EF. Assim, o contributo do EF foi descrito como fonte de apoio emocional e educacional, integrante da rede de apoio à grávida/casal e à família e agente facilitador no processo de transição para a parentalidade, no decurso das CVG e na visita domiciliária pós-parto. A relação terapêutica estabelecida foi de excelência, tendo sido promovido o envolvimento paterno na maioria das vezes. A família foi considerada como um sistema, tendo sido promovida a (re)organização familiar face às adaptações subjacentes no ciclo vital familiar. Todos os cuidados prestados na vigilância, na promoção e na manutenção da saúde e do bem-estar da mulher e sua família são, na sua pluralidade, concordantes com as suas expectativas e necessidades. Estes resultados são congruentes com o que é preconizado pelo Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco e pela Ordem dos Enfermeiros.

Keywords

Family Nurse; Puerpera; Family; Transition to Parenting

Abstract

The Family Health Nursing Specialist Nurse provides care to the family in the most varied contexts and at various stages of the life cycle. It presents knowledge and skills that facilitate the collaborative work with the family, in order to facilitate the reorganization of its structure, the definition of new roles and the development of new competencies, during normative, situational transitions or in the health-disease processes, in their family life cycle.

The elaboration of this report allowed to reflect on the specific competences inherent to the family health nursing specialist nurse and to describe the path taken to acquire them during the internship. An empirical study was carried out on the contributions of the family nurse in the transition to parenting experienced by the woman, focused on the provision of nursing care to the family in transition, with the following objectives: to know the puerpera experiences about the transition to parenting and to identify the relevance attributed to the family nurse contribution in this transactional process, during the pregnancy monitoring appointments.

The study was carried out at USF Águeda + Saúde, between November 2017 and February 2018, and is part of a phenomenological approach, according to the qualitative methodology, whose intentional sample consisted of 14 puerperas who meet the inclusion criteria. The data collection was done through semi-structured interviews, as a way of obtaining narratives of women's experiences during pregnancy and puerperium. From the obtained data a content analysis was performed, having the software webQDA® as support.

The results obtained describe the transition to parenting as the transition to the role of "becoming a mother", accompanied by several emotions, doubts and concerns, whose sources of support to the woman were the companion and the family nurse. Thus, the contribution of family nurse was describe as having been a source of emotional and educational support, integral part of the support network for the pregnant/couple and the family and as a facilitating agent in the process of transition to parenthood, during the pregnancy monitoring appointments and in the puerperal home visit . The established therapeutic relationship was of excellence in its majority, having been promoted the paternal involvement in the majority of the times and considered the family with system, attending to the stage of the developmental cycle which it was, promoting the (re)organization of the family. All care provided in the monitoring, promotion and maintenance of the women and their families health and well-being are, in their plurality, consistent with their expectations and needs. These results are congruent with what is advocated by the National Program for Low-Risk Pregnancy Surveillance and by the Nurses' Order.

Abreviaturas e/ou siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional da Saúde

CVG – Consulta(s) de Vigilância da Gravidez

DGS – Direção-Geral da Saúde

EF – Enfermeira/o(s) de Família

EEESF – Enfermeiro(s) Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MESF – Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNVGBR – Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

RN – Recém-Nascido(s)

SNS – Serviço Nacional de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 19 |
| CAPITULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS..... | 21 |
| 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL..... | 23 |
| 2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 27 |
| CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO | 31 |
| 3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO | 33 |
| 4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 35 |
| 4.1 Família e Transições: Da Gravidez à Parentalidade..... | 35 |
| 4.2 O Contributo do Enfermeiro de Família na Consulta de Vigilância da Gravidez perante o Processo de Transição para a Parentalidade | 38 |
| 5. METODOLOGIA..... | 41 |
| 5.1 Tipo de Estudo | 41 |
| 5.2 Sujeitos Participantes | 41 |
| 5.2.1 Caraterização Sociodemográfica e Clínica das Participantes | 42 |
| 5.3 Problemática e Objetivos | 42 |
| 5.4 Instrumento de Recolha de Dados..... | 43 |
| 5.5 Considerações Éticas e Procedimento de Recolha de Dados | 43 |
| 5.6 Análise dos Dados..... | 44 |
| 6. VIVÊNCIAS NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE..... | 49 |
| 6.1 Gravidez | 49 |
| 6.1.1 Planeamento da Gravidez..... | 49 |
| 6.1.2 Emoções na Gravidez | 50 |
| 6.1.3 Adaptação à Gravidez..... | 51 |
| 6.1.4 Envolvimento do Pai na Gravidez | 52 |
| 6.1.5 Impactos na Gravidez..... | 52 |
| 6.2 Maternidade..... | 54 |
| 6.2.1 Sentimentos na Maternidade | 54 |
| 6.2.2 Competências Parentais | 55 |
| 6.2.3 Conjugalidade e Coparentalidade | 55 |

| | | |
|-------|--|----|
| 6.3 | Consulta de Vigilância da Gravidez | 56 |
| 6.3.1 | Promoção da Educação para a Saúde | 56 |
| 6.3.2 | Visão Sistêmica da Família | 57 |
| 6.3.3 | Visita Domiciliária no Pós-Parto | 58 |
| 6.3.4 | Relação Terapêutica | 58 |
| 7. | DAS VIVÊNCIAS AO CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA | 61 |
| 8. | CONCLUSÃO | 67 |
| 8.1 | Conclusões | 67 |
| 8.2 | Limitações do estudo | 68 |
| 8.3 | Implicações para a prática profissional / Proposta de alteração de práticas profissionais..... | 68 |
| | SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO | 71 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 73 |
| | ANEXOS..... | 83 |
| | ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro | |
| | APÊNDICES | |
| | APÊNDICE I – Apresentação de Ação de Formação sobre "Avaliação Familiar" | |
| | APÊNDICE II – Caracterização Sociodemográfica e Clínica das Participantes | |
| | APÊNDICE III – Guião da Entrevista | |
| | APÊNDICE IV – Apresentação do Estudo / Declaração de Consentimento Informado | |

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Representação Gráfica do Concelho de Águeda | 23 |
| Figura 2 – Pirâmide de Caracterização da População inscrita na USF Águeda + Saúde..... | 24 |
| Figura 3 – Dimensão do Estudo..... | 44 |
| Figura 4 – Categorias..... | 45 |
| Figura 5 – Subcategorias da Categoria Gravidez | 45 |
| Figura 6 – Subcategorias da Categoria Maternidade | 46 |
| Figura 7 – Subcategorias da Categoria Consulta de Vigilância da Gravidez | 46 |
| Figura 8 – Códigos Livres | 47 |

INTRODUÇÃO

O Enfermeiro de Família (EF) tem hoje um papel relevante no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital. Considerando a família como unidade de cuidados, o EF deve conceber a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas e situacionais próprias dos processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011, 2015b).

A gravidez envolve direta e indiretamente todos os membros da família uma vez que, a concepção é o início, não só de um Ser mas, também, de um novo formato familiar introduzindo novos papéis em cada um dos membros. A parentalidade tem sido descrita como a tarefa mais desafiante da vida adulta, pois tornar-se mãe/pai requer uma transição para novos papéis e responsabilidades que começa com o desejo de ter um filho, desenvolve-se durante a gravidez e prossegue após o nascimento (Bispo, 2015; Relvas, 1996; Rodrigues, 2016; Zacarias, 2011).

Nesta etapa marcante na vida da mulher/casal, toda a família terá que ser o foco de atenção, pois este processo exige uma reorganização familiar, atendendo que com a chegada do novo elemento a estrutura e a dinâmica familiar vai mudar.

Sendo a gravidez uma transição normativa do ciclo vital, embora possam ocorrer situações de forma situacional, na sua vigilância o EF assume um papel relevante quer na monitorização da saúde e bem-estar materno-fetal e familiar, aquando da preparação, quer na transição para a parentalidade. Desta forma, “as terapêuticas de enfermagem no contexto da gravidez deverão basear-se num processo dinâmico, facilitador de escuta e negociação com a grávida/casal, em que se desenvolve uma relação de confiança e respeito mútuo” (Aires, Ferreira, Santos & Sousa, 2016, p. 50).

Na procura contínua da melhoria dos cuidados prestados à grávida/casal e família, torna-se fundamental a capacitação da mulher/casal neste período, de forma a promover uma adequada transição para a parentalidade, o que implica a execução de um correto plano de ação na promoção e educação para a saúde, durante as Consultas de Vigilância da Gravidez (CVG), de modo a auferir possíveis “ganhos em saúde”.

Neste pressuposto e no âmbito da realização do estágio, enquadrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (MESF), o presente estudo foi intitulado: “Vivências na Transição para a Parentalidade: O Contributo do Enfermeiro de Família” e teve como objetivos: conhecer a vivência da puérpera quanto à transição para a parentalidade durante a gravidez e na sua experiência de “tornar-se mãe”; compreender os sentimentos vivenciados pela mesma durante este processo transacional; conhecer as principais intervenções de enfermagem da CVG referenciadas pela puérpera e identificar a relevância atribuída pela mesma quanto ao contributo do EF, durante o processo de transição para a parentalidade.

Este estudo decorreu entre novembro de 2017 e fevereiro de 2018 e permitiu aprofundar conhecimentos sobre o conceito de família, transições para a parentalidade e, ainda, refletir sobre a assistência dos cuidados de enfermagem prestados pelo EF da USF Águeda + Saúde, na gravidez enquanto processo desenvolvimental e na transição para a parentalidade quanto às suas dúvidas, dificuldades e medos, quanto à promoção do envolvimento paterno e de conhecimentos em saúde (literacia) face às competências exigidas nesta transição, segundo as vivências das puérperas entrevistadas.

Atendendo a uma metodologia descritiva proceder-se-á a uma análise sobre o impacto de toda esta experiência no processo contínuo de aprendizagem pessoal e profissional, assim sendo, os objetivos deste Relatório de Estágio de Natureza Profissional são descrever, de forma crítico-reflexiva, as necessidades e as dificuldades sentidas no decurso do estágio, no esforço do desenvolvimento das competências específicas e exigidas enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), bem como, apresentar o estudo de investigação realizado.

O presente relatório de estágio encontra-se dividido em três partes. No primeiro capítulo, realiza-se a análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências, onde inicialmente será descrita a contextualização do estágio, procedendo-se à reflexão sobre as competências desenvolvidas durante o mesmo. No segundo capítulo apresenta-se o estudo empírico desenvolvido em campo de estágio, fazendo alusão à contextualização do estudo e ao enquadramento teórico, assente numa revisão da literatura, de forma a apresentar, justificar e sustentar a temática central do relatório sobre a transição para a parentalidade e o papel do EF na CVG. Neste capítulo descreve-se o percurso metodológico onde será apresentado o tipo de estudo, os sujeitos participantes atendendo ao critérios de inclusão, a problemática e os objetivos do estudo, o instrumento e os procedimentos de recolha de dados e suas considerações éticas, bem como, o procedimento na análise de dados. É, ainda, realizada a apresentação e a discussão dos resultados obtidos e a respetiva conclusão, onde constam as limitações do estudo e as implicações para a prática profissional. Na terceira e última parte do trabalho é realizada a síntese conclusiva do relatório e de todo o percurso realizado durante o estágio.

**CAPÍTULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional surge integrado na unidade curricular Estágio, do 1.º semestre do 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, no ano letivo 2017/2018, organizado pelo consórcio entre a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

O estágio desenvolveu-se em contexto da prática clínica na USF Águeda + Saúde e decorreu no período entre 18 de setembro de 2017 e 09 de fevereiro de 2018 contando com a colaboração e supervisão da Enfermeira Carmo Martins, Mestre em Enfermagem Comunitária e orientação pedagógica pela Professora Doutora Marília Rua.

A USF Águeda + Saúde iniciou atividade em setembro de 2013, funciona em modelo A, está integrada no ACeS do Baixo Vouga (ARS do Centro) e apresenta autonomia organizativa, funcional e técnica (Biscaia & Heleno, 2017).

A área geográfica de abrangência da USF inclui todo o concelho de Águeda que é constituído por 11 freguesias (figura 1), apresenta uma área de 335,3 Km², com aproximadamente 46.713 habitantes e pertence ao distrito de Aveiro.



Figura 1 – Representação Gráfica do Concelho de Águeda

(Fonte: SNS, 2018)

A equipa coordenada pela Doutora Lara Sutil é constituída por 6 médicos de família, 4 internos de medicina geral e familiar, 6 EF, 5 assistentes técnicas, com competências específicas definidas no Regulamento Interno da USF. Encontra-se sediada nas instalações do Centro de Saúde de Águeda e funciona de segunda a sexta-feira, no período das 08:00h às 20:00h, garantindo acessibilidade a consultas médicas, cuidados de enfermagem e assistência domiciliária.

A USF tinha inscritos 9.992 utentes em março de 2018 (Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2018), cuja caracterização da população, quanto à faixa etária e ao sexo se encontra na figura 2.

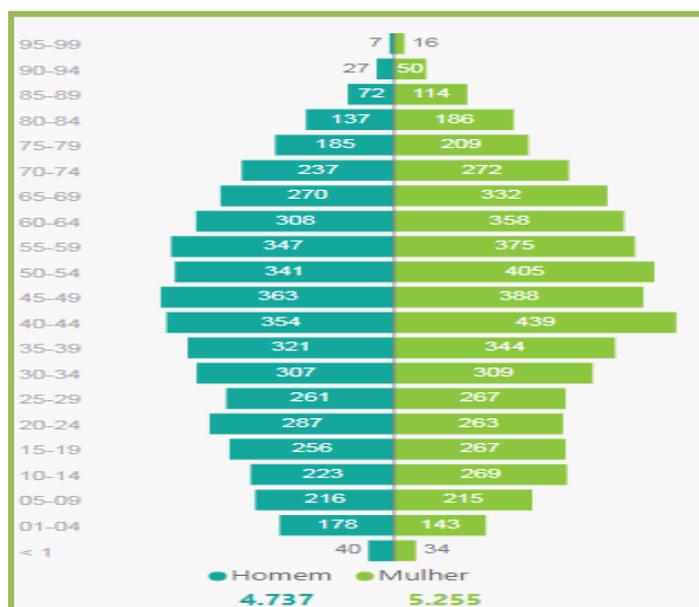


Figura 2 – Pirâmide de Caracterização da População inscrita na USF Águeda + Saúde

(Fonte: SNS, 2018)

Da análise desta configuração, observar-se que a pirâmide etária apresenta um formato tipo “barril”, associado ao predomínio de utentes em idade ativa. A base contraída e o alargamento do topo refletem uma população envelhecida, típica dos países desenvolvidos. Todos estes utentes são identificados e destacados para os grupos específicos de trabalho e para os programas de saúde preconizados pela DGS. Sendo mais específico em termos de grupos vulneráveis no ano de 2017, cerca de 18,5% da população eram crianças e adolescentes inscritas na consulta de saúde infantil e juvenil, 22,7% dos utentes eram mulheres em idade fértil (15-49 anos) e 21,2% da população eram idosos com mais de 65 anos.

Esta USF realiza um esforço para prestar cuidados de saúde de proximidade à população local, conforme definidos no Decreto-Lei 298/2007 de 22 de Agosto e, neste sentido, torna-se como missão de trabalho o acompanhamento e a prestação de cuidados à família, enquanto unidade fracionária e global dos seus membros, promovendo e otimizando os seus recursos na máxima capacitação face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, ao longo das diferentes fases do seu ciclo vital.

Atendendo aos princípios que regem esta USF e de acordo com o Guia Orientador do Estágio foram definidos os seguintes objetivos:

- Prestar cuidados às famílias, como uma unidade de cuidados;
- Prestar cuidados específicos à família, nas diferentes fases do ciclo de vida, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Identificar, o mais precocemente possível, os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- 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;
- Mobilizar os recursos da comunidade de forma a prestar cuidados à família e na tentativa de a capacitar, face às necessidades e especificidades do seu desenvolvimento;
- Realizar um estudo de investigação e elaborar o relatório de estágio.

O EEESF detém competências especializadas e regulamentadas para cuidar da família, bem como prestar cuidados específicos nas distintas fases do ciclo de vida familiar, atendendo à população a quem presta cuidados e ao meio em que se encontra inserida. Neste sentido, urge a necessidade de explanar as competências que lhe são deferidas, sendo estas:

- Reconhecer “a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica”;
- Conceber “a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital”, ou seja, avaliar as suas dimensões de estrutura, desenvolvimento e funcionamento e reconhecer os seus principais problemas;
- E desenvolver “o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo”, no sentido de realizar e avaliar a eficácia das intervenções e das mudanças pretendidas, atendendo aos distintos níveis de prevenção (OE, 2011, p. 8660).

Factualmente, os esforços desenvolvidos ao nível das políticas de saúde têm-se debruçado sobre o conceito de saúde e de doença e a sua prevenção através de cinco níveis de atuação: prevenção primordial (enaltecer hábitos de vida saudáveis, minimizando o risco de desenvolver doença), prevenção primária (evitar fatores de risco determinantes ou causais de doença), prevenção secundária (identificação e tratamento precoce da doença, promovendo

favoravelmente a recuperação), prevenção terciária (minimizar os efeitos e a progressão de complicações face à doença, na tentativa de reparar a incapacidade) e prevenção quaternária (evitar ou atenuar os efeitos abusivos das intervenções clínico-medicamentosas) (Almeida, 2005; Hespanhol, Couto & Martins, 2008).

Neste sentido, o EEESF deve prestar cuidados específicos ao longo das distintas fases do ciclo vital da família, atendendo aos diferentes níveis supracitados, privilegiando a interação entre si e a família num contexto abrangente ao meio envolvente, salientando a sua atenção na família como um todo na sua dignidade holística e no respeito íntimo pela sua condição, bem como, nos seus membros individualmente na tentativa de estabelecer um processo interpessoal, significativo e terapêutico no intuito de capacitar a família, tornando-os proactivos e potenciando a maximização do seu potencial no bem-estar e na saúde, quer individual quer coletivamente.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo tem como finalidade descrever e analisar o percurso efetuado ao longo do Estágio de Natureza Profissional de forma a refletir criticamente sobre a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas inerentes ao EEESF.

No decurso do estágio a estudante teve a oportunidade de prestar cuidados a diferentes famílias, com diferentes status sociais, estruturais, organizacionais e comportamentais e, neste sentido, as atividades planeadas e desenvolvidas tiveram como foco de atenção o cuidar do utente/família, como um sistema e unidade de cuidados, situado numa determinada etapa do ciclo vital e na procura constante de ir ao encontro das suas necessidades e prioridades.

Para melhor organizar este capítulo e refletir sobre todo o processo de formação e de desenvolvimento de competências serão descritas isoladamente cada uma, muito embora todas se encontrem interligadas significativamente.

Sobre a competência **“Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica”**, enquanto unidade sistémica, a família é o espaço privilegiado de suporte à vida e à saúde dos membros que a compõem, quer por laços sanguíneos ou de afinidade e da comunidade envolvente, tornando-se evidente para a estudante, o contributo do EEESF por potenciar relevantes benefícios para a saúde da população ou mesmo da comunidade, por prestar acompanhamento e cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados focados na família, ao longo do seu ciclo vital.

No decurso das consultas de enfermagem realizadas e pela interação estabelecida entre a estudante e a família/utente foi possível identificar comportamentos e atitudes que, concebendo-a como um sistema social ou unidade constituída por subsistemas (utentes), explicavam a reciprocidade dos mesmos em influenciar ou serem influenciados mutuamente entre si ou por outros sistemas. Desta forma, foi possível compreender e reconhecer a complexidade do sistema familiar na sua singularidade estrutural, que lhe é característica, tendo exigido uma adequação dos cuidados prestados a cada família/utente, de forma a satisfazer as suas necessidades do momento. Houve um esforço de tentar conhecer o seu contexto social (sistema ecossistémico) quanto aos seus recursos, a população e a comunidade envolvente à família (unidade social), tendo consciência que um problema ao atingir um dos seus membros se reflete nas relações como um todo, sendo este reconhecimento considerado fundamental para a prática dos cuidados do EEESF.

Na prestação de cuidados, nas diferentes fases de vida, ao nível da prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, salienta-se a gestão da doença no caso da consulta da diabetes mellitus e da hipertensão arterial em que foram abordados fatores relevantes da

gestão do regime terapêutico e da qualidade de vida do utente portador de doença, face às complicações que lhe estão subjacentes, quer na sua condição clínica quer na eventual dinâmica familiar, tendo sido realizada uma educação para a saúde (alimentação saudável, atividade física, medicação) adaptada e centrada na individualidade da família.

A verificação do ambiente envolvente à família é tão ou mais importante quanto os cuidados em si, pois este reflete os valores, as crenças, a cultura e os comportamentos expectáveis daquela família, a quem se presta cuidados.

Quanto à competência **“Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital”**, a estudante conseguiu, sem dificuldades, identificar a família como unidade sujeita a transformações decorrentes das transições previstas do ciclo vital e prestar cuidados específicos nos diferentes estádios. As transformações decorrentes do ciclo vital, tornam-se espectáveis porque dizem respeito às etapas desde o seu nascimento até à sua morte, e exigem à família uma (re)organização da sua estrutura e do seu funcionamento de forma a cumprirem as tarefas que lhe são atribuídas ou definidas.

Como é espectável, a estudante teve variadíssimas oportunidades de se relacionar com famílias nas diferentes fases do seu ciclo vital e desenvolver um trabalho colaborativo com as mesmas de forma a facilitar a transição e/ou adaptação às transformações causadas, atendendo a família como um todo, tanto quanto os seus membros individualmente, na identificação de fatores de stresse e das necessidades normativas de cada um, de forma a prestar cuidados aos diferentes níveis de prevenção em saúde e atendendo ao restabelecimento da homeostasia familiar. Assim, em todas as consultas realizadas de vigilância de saúde materna, de planeamento familiar, de vigilância de saúde infantil e juvenil, do adulto e do idoso com incidência na vigilância de hipertensão arterial e da diabetes mellitus, a estudante foi deparando-se com famílias em transformação, cujos cuidados se centraram na avaliação do estado de saúde/doença e na fase de desenvolvimento a que cada utente/família pertencia adequando as suas intervenções e a educação para a saúde subjacente.

Na unidade de competência **“Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo”**, a estudante necessitou de identificar os membros da família, de forma a avaliar o funcionamento da unidade familiar, quer individualmente, quer na sua globalidade. Sempre que contactou com as famílias nas consultas de enfermagem foi realizada a identificação do estádio do ciclo vital em que se encontravam de forma a identificar as potenciais necessidades e preocupações, favorecendo desta forma a prestação de cuidados mais globais e o mais personalizados possível.

O reconhecimento da família como principal promotor de saúde é importante por favorecer o desenvolvimento de um processo colaborativo na saúde familiar, por forma a colocar os seus membros proactivos nas tomadas de decisão, atendendo aos seus valores, crenças, aos seus

recursos de coping familiar, os pontos fortes e suas limitações. Neste pressuposto na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, foram desenvolvidas atividades de planejamento, execução, avaliação e registo, com utilização do sistema SClínico, tendo em vista a avaliação do crescimento e do desenvolvimento da criança, promovendo a saúde e os comportamentos adequados e saudáveis, reforçando o papel parental neste sentido e projetando a obtenção contínua de ganhos na saúde familiar.

Outro exemplo foi a sensibilização das famílias sobre o Plano Nacional de Vacinação e sua importância face à imunização de doenças infecciosas, tendo sido realizada uma vasta promoção à adesão da vacinação da gripe sazonal aos grupos de risco (diabéticos, idosos com mais de 65 anos e imunodeprimidos), tendo em conta que o estágio decorreu no período do ano em que tem maior afluência esta imunização.

Ainda no desenvolvimento desta unidade de competência destaca-se a utilização de diferentes estratégias e instrumentos na recolha de dados que permitiram a sistematização da avaliação dinâmica e ecológica da unidade familiar, nas suas três dimensões – estrutural, de desenvolvimento e funcional, recorrendo-se ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012).

A competência **“Realiza avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento”**, sendo intrínseca à anterior, a estudante demonstrou conhecer a complexidade do sistema familiar, identificar na sua maioria os seus recursos, quer internos ou externos, que facilitaram a avaliação das dimensões de estrutura, desenvolvimento e funcionamento da família, o seu potencial e a identificação dos determinantes de saúde com o intuito de promover a sua capacitação face às exigências e especificidades inerentes ao seu ciclo vital familiar e à homeostasia familiar.

Um exemplo desta atividade é a realização da visita domiciliária no pós-parto à puérpera e ao recém-nascido (RN), em que foram identificadas dificuldades na recente adaptação dos adultos à competência parental e face às necessidades de cuidados e à dependência do RN, tendo sido reforçados ensinamentos de capacitação aos cuidados de puericultura, bem como das adaptações na dinâmica e funcionamento familiar.

Como já foi referido, a estudante interagiu com famílias e aquando da colheita de dados para realizar a avaliação da dinâmica familiar recorreu a um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, como é exemplo o MDAIF, que lhe permitiu avaliar a família, visando a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos e o planeamento de intervenções ajustadas a cada família e face à dimensão que necessitava de cuidados e/ou soluções promotoras de mudança e saúde.

Atendendo ao plano de “Formação da Equipa Multiprofissional” e de acordo com as necessidades identificadas pela supervisora e pela própria USF e, com o propósito de promover a avaliação familiar pela equipa de saúde da USF, foi realizada uma sessão de

formação à equipa multidisciplinar, sobre a “Avaliação Familiar” fundamentada pelo MDAIF, na vertente estudo de caso de uma família (Apêndice I).

Quanta à unidade **“Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar”**, a estudante prestou cuidados à família atendendo a um plano de cuidados organizado, dinâmico o quanto possível, na constante reformulação de diagnósticos atendendo aos novos focos de atenção (problemas identificados) e na procura constante da recuperação ou manutenção da saúde e do bem-estar familiar. Está subjacente a este processo um pensamento crítico-reflexivo sobre a saúde e a complexidade da unidade familiar e da constante negociação do plano colaborativo de cuidados com a família, priorizando os seus objetivos em saúde.

A última unidade de competência é: **“Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar”**. Neste sentido, consecutivamente à competência anterior, a estudante teve noção que o EEESF deve ser parceiro na gestão, promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde/doença, quando identificadas situações, necessidades ou problemas (novos focos de atenção) que deveriam ser colmatadas, atendendo às mudanças que poderiam provocar e afetar o funcionamento familiar e desequilibrar, por si, a homeostasia familiar.

No seu trabalho procurou impulsionar o desenvolvimento de competências no utente/família, quanto à identificação dos problemas emergentes, às transformações impostas face às alterações no processo saúde/doença, dotando-os de informação, apoiando-os e promovendo o papel proactivo na adoção de comportamentos que facilitassem as mudanças pretendidas para manter o equilíbrio e o funcionamento familiar.

Salienta-se aqui a realização das consultas de vigilância de doenças crónicas (hipertensão arterial e a diabetes mellitus), em que foram promovidos estilos de vida saudáveis (hábitos alimentares saudáveis e atividade física) e incentivada a adesão ao adequado regime terapêutico. Contudo, nem sempre foi possível mobilizar com a família todos os recursos que dispunham para a maximização do seu potencial de saúde, por estes não comparecerem no momento da consulta e/ou visita domiciliária ou por mostrarem indisponibilidade no contacto com a equipe de enfermagem da USF. Ainda neste âmbito, nem sempre foi possível dar continuidade ou validar as respostas e as tomadas de decisões do utente/família quanto aos cuidados planeados e executados pela mesma, em alguns dos casos, associado à remarcação ou à falta nas consultas de vigilância e atendendo à limitação do período de estágio.

Numa reflexão final, em todo o estágio como linha orientadora estiveram sempre presente as competências científicas, técnicas e humanas exigidas ao EEESF na execução do seu trabalho, bem como a capacidade retrospectiva e prospetiva de refletir sobre o processo de saúde/doença do utente/família. Na globalidade, a estudante participou em todas as atividades da USF, privilegiando as intervenções em famílias em transição particularmente as famílias com mulheres grávidas, com vista à realização do trabalho empírico.

CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O EEESF assume um papel indispensável no desenvolvimento de atividades que potenciem ou maximizem as capacidades e os recursos dos indivíduos e famílias nos processos de transição, assim sendo, os cuidados prestados darão ênfase aos processos adaptativos à mudança, sendo a gravidez e a transição para a parentalidade consideradas como uma das mais desafiantes do ciclo vital familiar.

Nesta linha de pensamento, surge a preocupação de conhecer a vivência das puérperas quanto à sua experiência na transição para a parentalidade, procurando ainda conhecer na perspetiva das mesmas, qual o contributo do EF neste processo transaccional para a parentalidade, durante as CVG.

Desta reflexão, emergiu o presente estudo intitulado: **“Vivências na Transição para a Parentalidade: O Contributo do Enfermeiro de Família”**.

A escolha desta temática emerge do facto da estudante ser já Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e desta forma se interessar pelos aspetos relacionados com a gravidez e a transição para a parentalidade. Considera ainda fundamental que o EF conheça as vivências das utentes que experienciam esta transição normativa do ciclo de vida, de modo a perceber qual o seu contributo neste processo de transição que requer uma aquisição e adaptação às novas competências parentais e (re)organização familiar. A avaliação da satisfação das utentes com a CVG era também um objetivo da USF, pelo que no seu conjunto estes pressupostos concorreram para a realização do estudo.

Neste contexto, foi realizado este estudo que teve subjacente as seguintes questões de investigação:

- Quais as vivências das puérperas relativamente ao processo de transição para a parentalidade?
- Qual a perceção da puérpera relativamente ao contributo do enfermeiro de família no processo de transição para a parentalidade, durante as consultas de vigilância da gravidez?

4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A fundamentação teórica afirma-se necessária “em todas as etapas da conceptualização da investigação; ela deve preceder, acompanhar ou seguir o enunciado das questões de investigação” (Fortin, 2009, p. 87). Neste pressuposto foi realizada uma revisão da literatura enaltecendo as principais temáticas relacionadas com o processo da gravidez enquanto período de desenvolvimento e de transição para a parentalidade, sustentado pela Teoria das Transições de Meleis e evidenciar o contributo do EF na CVG, como agente facilitador e mediador deste processo de mudança no ciclo vital familiar.

4.1 Família e Transições: Da Gravidez à Parentalidade

As famílias ao longo dos tempos têm sofrido significativas mudanças, nomeadamente na sua definição, sendo atualmente caracterizada pelo conjunto de duas ou mais pessoas ou uma unidade social que dependem entre si na partilha e apoio emocional, físico e económico (Hanson, 2005; OE, 2015b).

Estas desenvolvem-se através de transições que devem ser encaradas como a passagem de uma fase da vida, condição ou status para outra ou como acontecimentos associados a stresse e mudança que determinam a reorganização dos papéis e das tarefas da família, sendo que todas as pessoas, independentemente das suas origens, vivem transições. Pressupõe-se que a pessoa/família deva saber enfrentar e adaptar-se aos eventos importantes da vida, assim como às mudanças no seu estado de saúde ao longo do seu ciclo vital, reorganizando-se ao nível individual, conjugal, familiar e até mesmo profissional (Figueiredo, 2012; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000; Relvas, 1996; Schumacher & Meleis, 1994).

O conceito de transição surgiu pela Teoria das Transições de Meleis, considerada uma ferramenta imprescindível aos cuidados de enfermagem por permitir compreender, interpretar e sistematizar o processo de transição na vida e na saúde, como processos adaptativos ao longo do ciclo vital (Meleis, 2010, 2012; Meleis et al., 2000; Neto, Marques, Fernandes & Nóbrega, 2016; Santos et al., 2015; Schumacher & Meleis, 1994).

O ciclo vital familiar, enquanto sucessão previsível de transformações na organização familiar, dá-nos conta dessas mudanças em cinco etapas do caminho que a família percorre desde que nasce até que morre sendo a primeira correspondente à formação do casal, a segunda à família com filhos pequenos, a terceira à família com filhos na escola, a quarta à família com filhos adolescentes e a quinta etapa à família com filhos adultos (Relvas, 1996).

A transição deve ser encarada como uma transformação que obriga a integração e a adaptação da pessoa/família a novas funções e a diferentes papéis na sociedade, que

interferem com o modo de viver e o seu quotidiano, surgindo a necessidade de dar resposta cumulativamente com todas as outras funções pré-existentes. Pelo que se depreende que no decurso de uma transição, para que se possa agregar a mudança na sua vida, a pessoa vê-se submetida a uma reorganização e auto-redefinição de si mesma, emergindo deste processo emoções controversas, obstáculos, momentos de instabilidade e dúvidas que exigem resposta de forma a alcançar o equilíbrio e o bem-estar tanto pessoal, como familiar ou social (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2011).

Esta teoria procura conhecer a natureza e as condições de transição, de forma a compreender os padrões de resposta à mesma. As condições facilitadoras ou inibidoras da transição são influenciadas quer por fatores pessoais quer por fatores sociais. Por sua vez, os padrões de resposta reportam-se aos indicadores de processo e resultado que permitem avaliar se a pessoa/família se move na direção da saúde ou na direção da vulnerabilidade e risco, avaliando se esta se sente envolvida, se interage, se está situada, se desenvolve confiança e estratégias de coping, de forma a lidar com as situações de stresse que este processo induz (Meleis, 2010, 2012; Meleis et al., 2000; Neto et al., 2016; Schumacher & Meleis, 1994; Silva, 2012).

A vulnerabilidade resulta do facto das pessoas terem dificuldades na forma de lidar com a mudança, em situações que nunca experienciaram antes, sentindo-se inseguras e incapazes, como o nascimento de uma criança, um processo de doença, entre outros, cuja vivência de stresse é justificada pela procura do reequilíbrio no seu funcionamento (Coutinho et al., 2014; Hanson, 2005; Meleis et al., 2000; Nogueira, 2016; Relvas, 1996; Rodrigues, 2016; Tavares, 2014).

Para que ocorra uma transição saudável deve existir uma orientação para um resultado, avaliado em termos de mestria (capacidade que a pessoa possui na habilidade e nos comportamentos necessários para gerir as novas situações, ambientes ou a nova identidade) e identidade fluida (após a transição a pessoa já tem incorporado na sua mente a sua nova condição) (Gama, 2014; Meleis, 2010, 2012; Meleis et al., 2000; Santos et al., 2015; Schumacher & Meleis, 1994).

A transição para a parentalidade ultrapassa o período da gravidez, sendo um projeto a longo prazo, para a vida toda (Mendes, 2009). É um processo que implica um conjunto de transformações individuais, conjugais, familiares e profissionais para os novos pais, daí ser considerada como uma das transições desenvolvimentais mais importantes e marcantes na vida da mulher/casal pelo impacto que causa ao nível emocional, mental e social, podendo ser considerado como um evento interpessoal e crítico que fomenta a vulnerabilidade da pessoa/família (Colman & Colman, 1994; DGS, 2015; Moura-Ramos & Canavarro, 2007; Relvas, 1996; Soares, 2008).

A gravidez é o período que medeia entre a concepção e o parto, com duração aproximada de quarenta semanas e desencadeia no organismo materno uma série complexa de alterações

emocionais, psicológicas e adaptações fisiológicas que, no seu conjunto, asseguram condições adequadas para o crescimento e desenvolvimento do feto (Coelho, Souza, Torres & Drezett, 2017; Coutinho et al., 2014; DGS, 2015; Esteves, Sonogo, Vivian, Lopes & Piccinini, 2013; Janeiro, 2013; Melo, 2015; OE, 2015a).

O nascimento de um filho, quando planeado e desejado é considerado um momento envolvido numa atmosfera de amor e de expectativas, único e de grande importância na vida da família e marcante quanto à transição do seu ciclo evolutivo, pela transformação da díade em grupo familiar, sendo desta forma marcada por uma série de transformações da dinâmica pessoal e familiar do casal (Coelho et al., 2017; Coutinho et al., 2014; Cruz & Mosmann, 2015; Ferreira & Afonso, 2015; Figueiredo, 2012; Janeiro, 2013; Leite, Rodrigues, Sousa, Melo & Fialho, 2014; Moura-Ramos & Canavarro, 2007; OE, 2015a; Relvas, 1996; Silva, 2014; Soares, 2008).

Neste sentido, a gravidez pode ser considerada como um período ou o ponto de partida da transição para a parentalidade, uma vez que esta permite adquirir e/ou aprimorar gradualmente as tarefas desenvolvimentais, tais como: a aceitação da gravidez; a aceitação da realidade do feto; reavaliar e reestruturar a relação transgeracional; reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge; aceitar o bebé como pessoa separada e reestruturar a própria identidade com a integração da identidade parental. Deste modo, depreende-se que se trata de um processo maturativo e de adaptação complexo permitindo ao casal ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas e paternas, encetar uma relação afetiva com a criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade, enquanto casal e futuros pais e, ao mesmo tempo, aprender a aceitá-lo como pessoa única e com vida própria (Bispo, 2015; Canavarro, 2006; Colman & Colman, 1994; DGS, 2015; Figueiredo, 2012; Mendes, 2009; Mendes, 2014; OE, 2016; Relvas, 1996; Rodrigues, 2016; Soares, 2008).

Contudo, é com o nascimento do filho que se vai iniciar o ajustamento do sistema conjugal; neste sentido, o papel parental diz respeito ao ajustamento de todos os membros da família aos novos papéis e responsabilidades, exigindo a adaptação de sentimentos, comportamentos, atitudes e preocupações dos futuros pais face às expectativas da família de origem, amigos e sociedade, pelo que se pode depreender que se trata de uma reestruturação psicoafetiva e social, cujos ajustamentos pessoais e interpessoais podem reforçar ou debilitar os laços pré-existentes (Bispo, 2015; Coelho et al., 2017; Colman & Colman, 1994; Cruz & Mosmann, 2015; Figueiredo, 2012; Gama, 2014; Leite et al., 2014; OE, 2015a, 2016; Relvas, 1996; Rodrigues, 2016; Silva & Carneiro, 2014; Soares, 2008).

A conjugalidade surge associada, constantemente, à coparentalidade atendendo a que a transição para a parentalidade exige uma sólida aliança parental, uma comunicação eficaz com vista a uma gestão conjunta da família, o suporte e a divisão de tarefas parentais e o mútuo acordo na educação/cuidados à criança, de forma a sustentar as transformações de papéis e funções. Desta forma, a satisfação conjugal pode ficar comprometida com o nascimento do

filho pela inerente mudança na vida do casal, pela diminuição da disponibilidade na relação afetiva entre si e pela obrigatoriedade de ajustamento na transição e adaptação à (co)parentalidade, pois a atenção a partir deste episódio fica focalizada no filho dependente de cuidados (Doss & Rhoades, 2017; Ferreira & Afonso, 2015; Fidelis, Falcke & Mosmann, 2017; Figueiredo, 2012; Frizzo, Silva, Piccinini & Lopes, 2011; Martins, Abreu & Figueiredo, 2014; Moura-Ramos & Canavarro, 2007; OE, 2015a; Prati & Koller, 2011; Rodrigues, 2016; Soares, 2008).

Considerando a transição para a parentalidade como um acontecimento normativo, previsível e irreversível na vida do casal, deve valorizar-se o facto de ser um evento potencialmente desestabilizador a diferentes níveis, quer pessoal, familiar, social, laboral, entre outros. O EF poderá avaliar e gerir com a família o impacto desta transição, ajudando-a na consciencialização dos papéis desempenhados dentro da sua estrutura, fomentando a reestruturação de uma nova dinâmica familiar. A família deve ser considerada um sistema e ou recurso de saúde para os seus membros, uma vez que faz parte deste sistema um conjunto de valores, crenças, práticas e conhecimentos que irão conduzir as ações destes familiares na promoção de saúde e do bem-estar familiar (Carpes, Ressel & Stumm, 2016; Esteves et al., 2013; Fráguas, Soares & Silva, 2008; Hanson, 2005; Meleis, 2010, 2012; Meleis et al., 2000; Moura-Ramos & Canavarro, 2007; OE, 2011, 2015b; Santos et al., 2015; Schumacher & Meleis, 1994; Silva & Carneiro, 2014; Soares, 2008; Wright & Leahey, 2011).

4.2 O Contributo do Enfermeiro de Família na Consulta de Vigilância da Gravidez perante o Processo de Transição para a Parentalidade

O nascimento de um filho é um acontecimento, na maioria das vezes saudável, contudo o EF tem um papel fundamental na avaliação e na manutenção do bem-estar familiar, por ter um acesso de proximidade privilegiado à mesma no sentido da promoção da saúde, pelo que a parentalidade deve ser valorizada tendo em conta que a família se encontra muito recetiva às suas intervenções (Darvill, Skirton & Farrand, 2010; Hanson, 2005; Meleis, 2010, 2012; Soares, 2008; Zacarias, 2011).

O conhecimento e compreensão destas vivências parentais são importantes para que o EF estabeleça uma relação terapêutica de parceria e apoio à mulher/casal/família nesta fase com o objetivo de auxiliar na interiorização da identidade fluída e na mestria. Neste sentido, surge a relevância do contributo e do papel do EF durante as CVG e na visita domiciliária no pós-parto, no âmbito das suas competências técnico-científicas e relacionais facilitadoras de mudanças para uma transição saudável e promotoras de saúde e da homeostasia individual e familiar, a partir de uma metodologia de trabalho organizada, dinâmica e sistematizada de pensamento crítico (Bispo, 2015; Campos, Ribeiro, Silva & Saporoli, 2011; Costa, 2013; DGS, 2015; Janeiro, 2013; OE, 2011; Pereira & Gradim, 2014; Rodrigues et al., 2011; Zacarias, 2011).

Na enfermagem de saúde familiar a excelência dos cuidados prestados determina a qualidade de vida da família, sendo da responsabilidade do EF prestar cuidados à família como uma unidade de cuidados, quer seja ao nível individual, familiar e social, nos diferentes níveis de prevenção (Campos et al., 2011; Fráguas et al., 2008; OE, 2011, 2015b; Wright & Leahey, 2011).

O EF possui competência para vigiar a gravidez de baixo risco, que surge descrita como “aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal (...) nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal” (DGS, 2015, p. 33), e tem como objetivo avaliar e assegurar a vigilância do bem-estar materno/fetal, detetar precocemente complicações e identificar fatores de risco que possam influenciar ou afetar a saúde da grávida e o bem-estar fetal (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014; Vieira, Bock, Zocche & Pessota, 2011). Na identificação de prováveis situações de risco dever-se-á realizar o devido encaminhamento para os cuidados de saúde diferenciados (Carpes et al., 2016; DGS, 2015; Janeiro, 2013; Martins, 2014; Nogueira, 2016; OE, 2015a). A gravidez considera-se vigiada quando são realizadas no mínimo seis CVG, com início no primeiro trimestre (Coutinho, 2016; Martins, 2014; Vieira et al., 2011).

Na CVG deve ser promovido o envolvimento de pessoas significativas (pai da criança ou companheiro e/ou outro familiar), sendo fundamental o estabelecimento de uma relação interpessoal de confiança e apoio entre o EF e a grávida/casal, de acordo com os princípios ético-legais assegurando a confidencialidade e a não emissão de críticas ou juízos de valor face à expressão de ideias, expectativas, fantasias, dúvidas, dificuldades e sentimentos decorrentes deste processo (Carpes et al., 2016; Colman & Colman, 1994; Deave, Johnson & Ingram, 2008; Dessen & Oliveira, 2013; DGS, 2015; Ferreira, 2014; Ferreira et al., 2016; Garcês, 2011; Janeiro, 2013; May & Fletcher 2013; Mendes, 2014; OE, 2011, 2015a; Pascual et al., 2016; Pereira, 2013; Poh, Koh, Seow & He, 2014; Rocha, 2014; Smyth, Spence & Murray, 2015; Soares, 2008).

Dado que a transição e adaptação à parentalidade é um processo que assume várias vertentes e aprendizagens, o EF deve acompanhar e educar a grávida/casal de forma a tornar este período num processo menos angustiante e mais adaptativo, indagando deste modo os significados atribuídos a esta vivência, as alterações emocionais e psicológicas, fazendo das CVG um momento ideal para proporcionar o desenvolvimento das competências e a adaptação ao papel parental, aumentando a qualidade do estado de saúde, fomentando o empoderamento e a satisfação e o bem-estar do casal/família relativamente à experiência da gravidez e ao nascimento do RN saudável (Aires et al., 2016; Bispo, 2015; Coutinho, Morais, Parreira & Duarte, 2014; DGS, 2015; Doss & Rhoades, 2017; Fernández, Vizcaya-Moreno & Pérez-Cañaveras, 2013; Graça, Figueiredo & Carreira, 2011; Janeiro, 2013; OE, 2015a; Pereira, 2013). Segundo a OE (2012, p. 1) “as dúvidas relativas ao papel parental também atormentam muitos pais – a ansiedade relativa ao cuidar do recém-nascido, o medo de não conseguir (...) podem tornar este momento único e mágico num período sombrio e mal vivido”.

Desta forma, a vigilância da gravidez e a preparação para a parentalidade têm como finalidade promover um cuidado preventivo (educação para a saúde), sob procedimentos técnicos, educacionais, relacionais e informativos de grande importância para a grávida/casal promovendo o desenvolvimento e/ou a manutenção das competências parentais, antecipatórios devendo ser realizada desde o início da gravidez até ao puerpério. Desta forma, o EF considera os membros do casal como agentes ativos e participantes nos seus cuidados de saúde e na prestação conjunta de cuidados à futura criança, remetendo-os para a importância de comportamentos e hábitos e atendendo às suas necessidades, preocupações e ao meio onde está inserido, no sentido de promover uma vivência saudável da gravidez e da parentalidade, com ganhos em saúde para toda a família (Campos et al., 2011; Carpes et al., 2016; Chaves, Duarte, Amaral, Coutinho & Nelas, 2016; Costa, 2013; Coutinho et al., 2014; Coutinho et al., 2014; DGS, 2015; Ferreira & Afonso, 2015; Janeiro, 2013; Martins, 2014; Meleis et al., 2000; Mendes, 2014; OE, 2011, 2015b, 2015a; Pascual et al., 2016; Pereira, 2013; Pereira & Gradim, 2014; Piteira, 2016; Pontinha, 2011; Santos, 2011; Silva, 2012; Silva, 2014; Sousa, 2013; Vieira et al., 2011; Wright & Leahey, 2011).

Torna-se, assim, imprescindível o contributo do EF na CVG, ao demonstrar disponibilidade para o diálogo, empatia e por ser criativo na educação personalizada da saúde da grávida/família, de forma a tornar a vigilância da gravidez e a transição para a parentalidade um momento de partilha de informação adequadas sobre gravidez, trabalho de parto, parto, puerpério e puericultura, no intuito de promover uma adaptação realista às alterações subjacentes, diminuindo o medo pelo desconhecido, permitir a exposição das suas preocupações e emoções, suprimindo as emoções negativas enaltecendo as positivas, de modo a promover o empoderamento e a capacitação do máximo do potencial da saúde familiar afirmando as forças e reforçando um estado de maior confiança, permitindo, assim, a oportunidade de fomentar a literacia em saúde, que por sua vez potenciará a tomada de decisão livre e esclarecida do casal e sua família (Bispo, 2015; DGS, 2015; Graça et al., 2011; Henriques, Santos, Caceiro & Ramalho, 2015; Janeiro, 2013; Leite et al., 2014; Martins, 2014; Neves, 2012; Oliveira et al., 2014; OE, 2015a; Pedro, Amaral & Escoval, 2016; Pereira, 2013; Piteira, 2016; Rodrigues & Costa, 2013; Rodrigues, 2016; Rodrigues et al., 2011; Silva, 2012; Silva & Carneiro, 2014; Silva, 2014; Sockol, Epperson & Barber, 2014; Tavares, 2014; Zacarias, 2011).

Em suma, é relevante que o EF compreenda que as vivências são únicas e intransmissíveis para cada grávida/casal/família no seu processo de adaptação ao período da gravidez e na transição para a parentalidade, que causa mudanças significativas nos papéis e condutas dentro do casal/família, devendo-se estar atento a eventuais desequilíbrios na “janela de oportunidades”, constituindo-se, assim, uma problemática de grande interesse para indagar.

5. METODOLOGIA

Na realização de um estudo de investigação deve-se relevar a importância da escolha da metodologia a aplicar, uma vez que esta possui uma função orientadora e define um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica (Amado, 2017; Fortin, 2009).

Neste sentido, neste capítulo será apresentado todo o processo metodológico escolhido para dar resposta às questões de investigação, descrevendo-se o tipo de estudo, os sujeitos participantes, a problemática, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos éticos e o tipo de análise de dados utilizado.

5.1 Tipo de Estudo

O presente estudo enquadra-se na abordagem fenomenológica descritiva, integrada na metodologia de investigação qualitativa, tendo como objetivo “determinar o que significam determinadas experiências vividas pelas pessoas (...) a partir da descrição feita por elas mesmo” (Amado, 2017, p. 84).

A opção por esta metodologia possibilita à investigadora a descrição de vivências, a reflexão sobre as mesmas, extraindo a natureza dos fenómenos e o significado que as pessoas lhe atribuem permitindo ainda conhecer e descrever a intersubjetividade da experiência das participantes, quanto à transição para a parentalidade e ao contributo do EF neste processo durante as CVG (Fortin, 2009).

5.2 Sujeitos Participantes

Participaram na investigação 14 puérperas que frequentaram as CVG na USF Águeda + Saúde, entre os meses de novembro de 2017 e fevereiro de 2018. A sua identificação e a seleção foram realizadas de forma intencional, por conveniência e os critérios de inclusão foram: serem puérperas há menos de 15 dias inclusive; com idade superior a 18 anos; apresentarem capacidade para responder à entrevista e com o mínimo de 6 CVG realizadas pelo EF. Foram excluídas para a participação no estudo puérperas com uma gravidez considerada de risco ou com vigilância exterior à USF Águeda + Saúde.

5.2.1 Caraterização Sociodemográfica e Clínica das Participantes

Este grupo de puérperas apresenta idades compreendidas entre os 24 e os 38 anos, todas coabitam com os seus cônjuges/companheiros, encontrando-se 8 delas casadas e 6 em união de facto.

Quanto às habilitações literárias: 4 puérperas são detentoras do 9.^o ano e 4 com o 12.^o ano de escolaridade, 1 puérpera com curso técnico, 4 com o grau de licenciatura e 1 com grau de mestrado.

Relativamente à ocupação profissional: 4 puérperas estão desempregadas, 4 são operárias semi-qualificadas, 1 é administrativa e 3 trabalham no sector de dirigente intermédia/quadros técnicos do sector privado. De acordo com a escala de Graffar, a posição social das puérperas encontra-se distribuída entre a classe média e a classe média alta.

Quanto à caraterização clínica: 5 mulheres eram primíparas, 7 secundíparas e 2 múltiparas, cujos partos anteriores se distanciavam entre os 5 e os 17 anos.

No que se refere à vigilância da gravidez, todas as puérperas cumpriram o esquema recomendado pela DGS (2015), verificando-se a existência de um total de 6 a 7 CVG.

Em relação ao tipo de parto identifica-se 7 situações de parto eutócico, 2 partos distócicos por ventosa, 1 parto distócico por fórceps e 4 cesarianas, com o nascimento dos RN de termo e saudáveis.

A caraterização detalhada sociodemográfica e clínica das participantes que satisfizeram os critérios de inclusão, encontra-se sob a forma de um quadro de caraterização no Apêndice II.

5.3 Problemática e Objetivos

Face ao quadro conceptual enunciado e associada à problemática quanto às vivências da mulher na transição para a parentalidade e ao contributo do EF, emergiram as seguintes questões de investigação:

- Quais as vivências das puérperas relativamente ao processo de transição para a parentalidade?
- Qual a perceção da puérpera relativamente ao contributo do EF, no processo de transição para a parentalidade, durante as CVG?

Destas questões de investigação surgiram os seguintes objetivos:

- Conhecer a vivência da puérpera quanto à transição para a parentalidade durante a gravidez;
- Compreender a vivência da puérpera quanto à experiência de “tornar-se mãe”;
- Compreender os sentimentos vivenciados pela puérpera durante a transição para a parentalidade;
- Conhecer na perspectiva da puérpera quais as intervenções de enfermagem na CVG;
- Identificar a relevância atribuída pela puérpera ao contributo do EF, durante o processo de transição para a parentalidade.

5.4 Instrumento de Recolha de Dados

Para a consecução deste estudo no contexto do estágio e dada a natureza das questões que o orientam e aos objetivos delineados selecionou-se como método de recolha de dados a entrevista semiestruturada.

Esta opção teve em consideração o tipo de estudo e a possibilidade de recolha de informação (narrativas) sobre as vivências das puérperas, de forma a captar a intersubjetividade da sua experiência, no processo de transição para a parentalidade e quanto ao contributo do EF durante as CVG, fomentando a compreensão e descrição dos seus significados e de forma a responder às questões e aos objetivos delineados.

Para a sua execução foi elaborado um “Guião de Entrevista” (Apêndice I). Este é constituído por duas partes: a primeira parte referente à identificação sociodemográfica e clínica da participante, com recurso da Escala de Graffar e a segunda parte constituída por 35 questões-chave para dar resposta aos objetivos da investigação.

O guião preliminar foi submetido a um pré-teste, com uma puérpera não incluída no estudo, de forma a averiguar a sua compreensão e a coerência das questões.

5.5 Considerações Éticas e Procedimento de Recolha de Dados

Previamente ao início do estudo foi solicitado o Pedido de Autorização, por escrito, à coordenadora da USF Águeda + Saúde e ao diretor executivo do ACeS do Baixo Vouga, para a recolha de dados, bem como o Pedido de Apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS do Centro, que foi homologado com parecer favorável (Anexo I).

No processo de recolha de dados, os direitos fundamentais que assistem a Pessoa, determinados pelo código de ética foram preservados, salvaguardando o direito à autonomia,

intimidade, privacidade, confidencialidade, justiça, ao consentimento informado e anonimato de todos os dados obtidos, ressaltando o direito da recusa ou da livre revogação a qualquer momento da entrevista, abandonando a investigação, sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificarem o abandono.

Foi realizada a apresentação do estudo às participantes tendo sido assinado o documento “Apresentação do Estudo/Declaração de Consentimento Informado” (Apêndice II). Foi programado o agendamento da entrevista de acordo com a data e o horário mais oportuno de modo a que as participantes não se sentissem pressionadas ou que fosse inoportuno o momento da sua realização. Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente de privacidade num gabinete da USF, excetuando uma que foi realizada em contexto de visita domiciliária pós-parto.

Na primeira parte da entrevista, os dados referentes à caracterização sociodemográfica e clínica da participante, foram preenchidos pela estudante-investigadora e serviu como um período de "quebra-gelo", antes do início da gravação da segunda fase referente às narrativas das vivências das mulheres. O tempo de duração das entrevistas variou entre os 14 e os 33 minutos. As gravações áudio foram transcritas integralmente do formato digital, respeitando os tempos de pausa e expressões (exemplo: choro, riso, aceno de cabeça) e codificadas com as iniciais do nome da participante e a referência aos profissionais codificados, igualmente por siglas, para cumprir o princípio da confidencialidade e anonimato. Deste registo integral das narrativas surge o corpo dos dados a analisar.

5.6 Análise dos Dados

Após a recolha dos dados qualitativos, os mesmos foram analisados de acordo com a técnica de “análise de conteúdo”, tendo subjacente as perspetivas de Amado (2017) e Bardin (2013) e com o apoio do software webQDA®, que permitiu organizar os dados obtidos por dimensão, categorias e subcategorias, após a importação dos dados das entrevistas, em formato digital pdf (Amado, 2017; Freitas, Souza, Costa & Mendes, 2016; Souza & Souza, 2016).

A codificação dos dados obedeceu a regras específicas do próprio sistema informático e foi identificado o significado das vivências das puérperas que satisfaziam os objetivos delineados para o estudo, tendo emergido a dimensão **Vivências na Transição para a Parentalidade** (figura 3).

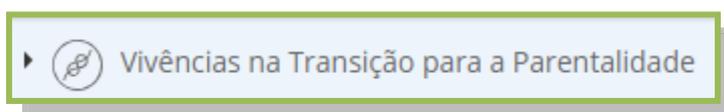


Figura 3 – Dimensão do Estudo

As vivências definem-se como um processo psicológico consciente no qual a pessoa manifesta

a posição das suas experiências tal como as vive ou as percebe, sobressaindo as emoções, as dificuldades, as transformações causadas e o contexto em que ocorreram (Mendes, 2009; Tavares, 2014). Neste estudo referem-se às experiências vivenciadas na passagem para o estado ou condição de ser mãe, tornando-se, assim, as vivências na transição para a parentalidade o principal foco de atenção.

Nesta dimensão e tendo subjacente uma primeira leitura dos dados foram definidas as categorias: **Gravidez**, **Maternidade** e **Consulta de Vigilância da Gravidez** (figura 4).

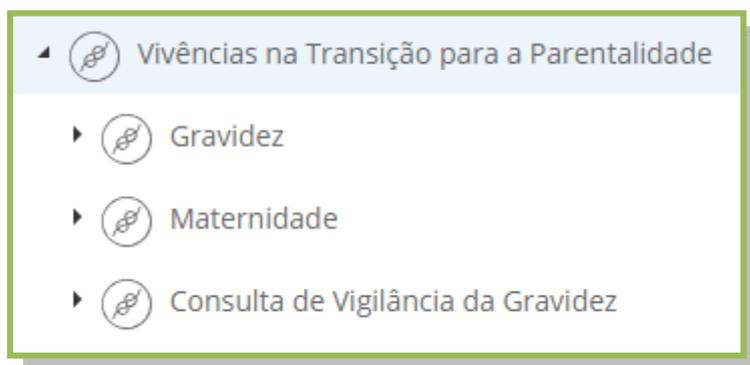


Figura 4 – Categorias

Relativamente à categoria **Gravidez** (figura 5) emergiram as subcategorias: *Planeamento da Gravidez*, *Emoções na Gravidez*, *Adaptação à Gravidez*, *Envolvimento do Pai na Gravidez* e os *Impactos da Gravidez* na vida da mulher.

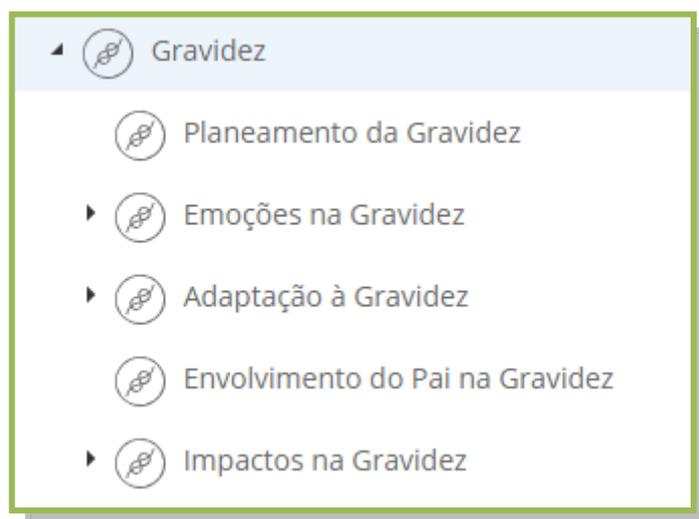


Figura 5 – Subcategorias da Categoria Gravidez

A vivência da gravidez releva o significado atribuído pela mulher quanto à experiência deste evento, enquanto processo desenvolvimental, nomeadamente quanto ao seu planeamento, às emoções vivenciadas, à sua adaptação face às alterações próprias do estado gravídico e suas dúvidas, ao envolvimento do pai nesta fase, assim como, os impactos da gravidez na sua vida,

quanto à dinâmica familiar, à interação social ou na atividade laboral, criando-se assim as cinco subcategorias distintas.

Na categoria **Maternidade** (figura 6) que integra as vivências da mulher quanto à integração do papel de “tornar-se mãe”, emergiram as subcategorias: *Sentimentos na Maternidade* no assumir a identidade maternal, *Competências Parentais* quanto à habilidade instrumental do cuidar do RN, à interpretação do seu comportamento e às dificuldades vividas e *Conjugalidade e Coparentalidade* subjacente à interação conjugal e à parceria no papel parental.

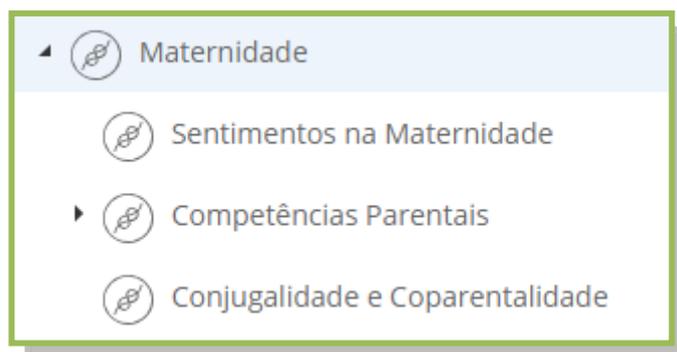


Figura 6 – Subcategorias da Categoria Maternidade

Na categoria **Consulta de Vigilância da Gravidez** (figura 7) emergiram as subcategorias: *Promoção da Educação para a Saúde*, *Visão Sistémica da Família*, *Visita Domiciliária no Pós-Parto* e a *Relação Terapêutica*.

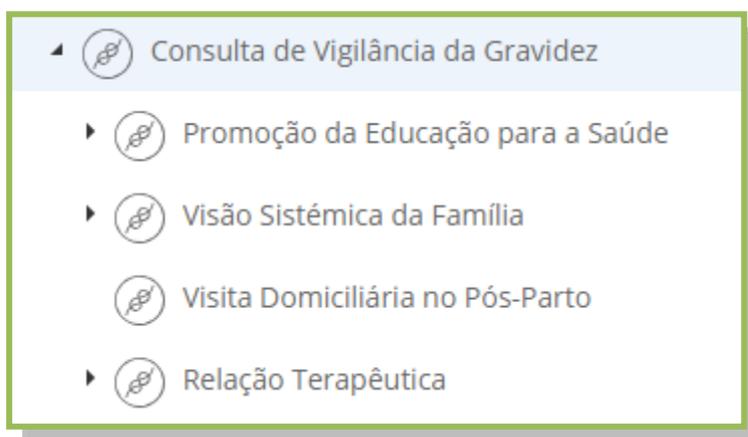


Figura 7 – Subcategorias da Categoria Consulta de Vigilância da Gravidez

A categoria **Consulta de Vigilância da Gravidez** está associada ao esquema das consultas de vigilância e da conduta profissional durante a gravidez e puerpério, salientando-se as intervenções de enfermagem que a mulher refere ter sido alvo. Estes cuidados pré-natais encontram-se congruentes com o conjunto de normas, regulamentações e recomendações técnicas, preconizadas pelo PNVGBR (DGS, 2015).

Relacionada com a prática e procedimentos de enfermagem desenvolvidos no âmbito da saúde, promotores de informações/conhecimento, surge a subcategoria *Promoção da*

Educação para a Saúde referente ao conjunto de aprendizagens, sobre cuidados na gravidez, no puerpério e ao RN, proporcionadas à mulher/casal no intuito de ajudar a pessoa/família a melhorar o seu estado de saúde, aumentando a literacia em saúde e o desenvolvimento de competências, fomentando a tomada de decisão consciente face os seus objetivos de saúde (DGS, 2015).

A subcategoria *Visão Sistémica da Família* integra o significado atribuído pelas mulheres em relação às intervenções do EF sobre as alterações na estrutura, desenvolvimento e funcionamento da família, promovendo a (re)estruturação funcional do grupo familiar e a participação paterna nesta transição para a parentalidade (DGS, 2015).

A subcategoria *Visita Domiciliária no Pós-Parto* diz respeito à promoção de cuidados ao RN e à puérpera no domicílio demonstrando, assim, os cuidados realizados pelo EF centrados na pessoa e no contexto familiar, segundo o significado extraído das suas vivências.

A categoria *Relação Terapêutica* refere-se à interação criada entre o EF e a mulher, tal como a vivência, sendo esta fundamental no intuito de estabelecer uma relação de confiança entre ambas de forma a “facilitar a expressão de ideias, expectativas, fantasias, sentimentos (positivos e negativos) e competências inerentes à gravidez, nascimento e parentalidade” (DGS, 2015, p. 34).

Para além da configuração em Código Árvore foi possível criar **Códigos Livres** (figura 8) derivados do próprio processo de codificação e neste estudo surgiram dois, sendo o primeiro referente à identificação das *Fontes de Apoio* informativo e/ou emocional e o segundo quanto à *Relevância do Contributo do Enfermeiro de Família*, estando associado ao significado atribuído das experiências vivenciadas pelas mulheres quanto à perceção da relevância do contributo do EF durante a CVG e no acompanhamento da transição para a parentalidade, atendendo que estes profissionais de saúde acompanham estes dois processos devendo promover um futuro mais saudável para a mulher/família/população desde o início do ciclo de vida (DGS, 2015).

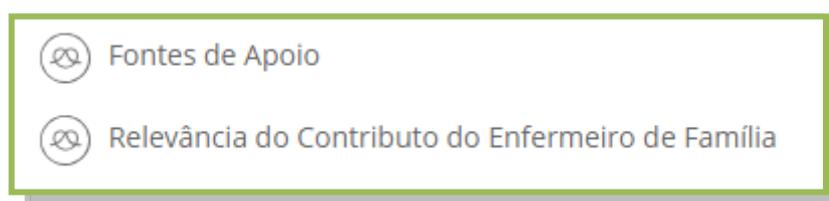


Figura 8 – Códigos Livres

Em todo este procedimento de análise dos dados foi contemplada a regra da exaustividade e a validação do sistema de categorização pela perita e orientadora científica desta investigação.

No próximo ponto os dados serão apresentados de acordo com a taxonomia da análise apresentada.

6. VIVÊNCIAS NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Na entrevista foi solicitado à mulher a narrativa da vivência da transição para a parentalidade, desde o início da gravidez até ao momento da entrevista, embora esta experiência não fosse a primeira para todas. Apesar desta desigualdade, torna-se oportuno conhecer o significado da experiência pessoal, compreender os sentimentos, as dificuldades e as alterações que foram emergindo deste processo assim como conhecer o significado atribuído à relação interpessoal estabelecida na CVG e o contributo do EF, neste processo de adaptação ao nível fisiológico, psicossocial e familiar.

6.1 Gravidez

A gravidez é um período de mudanças pessoais e sociais, que integram a vivência reprodutiva das mulheres, envoltas de inúmeros desafios, preocupações, emoções e expectativas, tornando-se oportuno interpretar o significado atribuído a esta experiência individual e ímpar, bem como os fatores condicionantes e facilitadores deste evento, tal como emerge das narrativas.

“É um fenómeno fantástico ter... algo dentro de nós, sentir os movimentos, os próprios soluços... sentir a a barriga a crescer, todas as mudanças, mesmo, no nosso corpo, as próprias... as próprias emoções... eu acho é... é algo indescritível” (AO)

6.1.1 Planeamento da Gravidez

Quanto ao **planeamento da gravidez**, referente à tomada de decisão do casal sobre o número de filhos e o seu espaçamento, tendo em conta as várias condicionantes fisiológicas, clínicas, económicas, culturais ou religiosas da família, a maioria das mulheres referiram que este evento foi planeado e desejado, tendo sido o realizar de um sonho do casal.

“É olhar para ela e pensar...nove meses e já aqui está, era isto que nós queríamos. É o complemento da nossa família, minha e do meu marido” (AO)

“Bem, já era uma coisa desejada (...) quando nós pensamos em engravidar (...) nós queremos ter um filho, portanto, é o momento, estamos bem, temos uma vida ah...economicamente que já nos permite ter isso, socialmente também... também temos uma vida estável, temos...temos todas as condições para...para ter um filho” (PF)

Contudo, a gravidez não foi premeditada em alguns casos, tendo sido um evento surpresa ou mesmo um choque e após a sua notícia o casal aceitou-a, ambicionando o nascimento do RN.

“Foi uma gravidez surpresa mas... foi muito bem-vinda” (EP)

“O mais giro foi quando fiquei grávida, não era muito desejada, não. Eu quis sempre ter só um filho e tinha e... pronto engravidei, não foi nem planeada nem desejada. (...) primeiro foi um choque (...) mas pronto, veio e é muito amado” (SO)

6.1.2 Emoções na Gravidez

O estado emocional da grávida pode variar ao longo dos trimestres, tendo emergido das narrativas um conjunto de **emoções positivas** relativas a estados afetivos de alegria, felicidade, amor, carinho e tranquilidade face à nova experiência de vida ou em comparação com a anterior gravidez.

“Acho que foi algo fantástico... uma alegria, sei lá... uma mistura de sentimentos, de felicidade” (AO)

“Foi tudo completamente diferente da primeira gravidez, foi mais pacífico, mais tranquilo, não estava com tantos receios, como estava com... na primeira gravidez e foi vivido com mais tranquilidade (...) felicidade” (MLS)

Do mesmo modo, surgiram **emoções negativas** relacionadas com o medo, ansiedade, preocupação e insegurança subjacentes ao receio que acontecesse algum problema de saúde durante a gravidez ou com o RN; associado à idade avançada materna ou ao tabagismo; ao medo do desconhecido face à proximidade do parto; à ansiedade relacionada com a repetição da experiência anterior menos positiva que afetaram a mulher de forma evidente, nomeadamente quanto ao parto, ao cansaço e às noites por dormir; à insegurança relacionada com a falta de apoio da família, que de alguma forma afetam o seu estado emocional e quanto à aceitação do RN pelo companheiro; à preocupação face às alterações na dinâmica familiar com o filho anterior ou face à situação económica e financeira por ver aumentar o agregado familiar e esta se encontrar numa situação de desemprego ou por ter sido uma gravidez não planeada.

“Se o pai ia gostar do bebé ou não! E se o bebé ia ser perfeito... esse era o meu maior... o meu maior medo, como já tenho mais de trinta e cinco anos, tinha algum receio que tivesse algum problema o bebé” (AL)

“Eu tinha medo de não ter paciência para ela (outra filha) e depois o... o medo mesmo era na fase... a económica e financeira... porque se já era difícil com uma... e não estando a trabalhar, só ele, então com dois e eu não trabalhando ia ser pior!” (SO)

Emergem também **emoções ambivalentes** associadas à vivência de um turbilhão de emoções simultaneamente positivas e negativas, justificadas pelas situações acima assimiladas.

“Ansiosa, medo, sim! Receosa... ela está a calminha e a qualquer momento pode explodir (parto) (...) Mas... feliz claro, com mais conhecimento e mais tolerância... do que da primeira vez” (OF)

“Foi uma alegria e uma preocupação (...) é aquele misto de emoções” (SC)

6.1.3 Adaptação à Gravidez

A **adaptação à gravidez** é referida nas narrativas como um período em que ocorrem inúmeras alterações que exigem um ajustamento às mudanças graduais associadas às alterações físicas, pelo aumento de peso e do tamanho do abdómen e subsequente cansaço, pela presença de desconfortos e várias queixas algícas.

“Eu tinha muitas (...) dores nas costas, das pernas, das dormências das mãos, ah... da azia, as tonturas (...) estava muito cansada, já não conseguia fazer quase nada... pois, também tinha uma barriga muito grande, engordei muito” (TD)

Ocorrem alterações no autocuidado relativas aos cuidados com a pele, pelo risco de aparecimento de estrias e cuidados de higiene pessoal, pela incidência de infecções urinárias e vaginais.

“Mudou, se calhar a... o cuidar mais de mim, porque era um bocadinho desleixada. ah... principalmente com o... tratar de meter o cremezinho, isso mudou um pouco, esse tipo de hábitos” (PF)

As alterações do padrão e hábitos alimentares associam-se à não imunidade da toxoplasmose, ao aparecimento da diabetes mellitus gestacional, à gestão do aumento de peso e pela incidência de enjoos, náuseas e azia.

“O tipo de alimentação principalmente porque eu tinha muita azia e... então andava sempre mal disposta” (TD)

Quanto às alterações emocionais à descrição de situações de oscilação do humor/emoções perante eventos da vida sem justificação aparente.

“Há alturas em que uma pessoa está mais frágil, que a gente... sente-se... parece que... é mais... é mesmo mais frágil, precisa de mais atenção ou, ou... mesmo o humor vai variando” (MF)

Estas mudanças provocam alguns desequilíbrios no modo e na qualidade de vida da mulher/casal e independentemente da paridade das mulheres foram identificadas uma série de **preocupações e dúvidas** associadas ao processo de adaptação e desenvolvimento da gravidez quanto à idade avançada, à sexualidade, à toma da medicação e à perigosidade das atividades físicas e laborais e ao tabagismo mantido durante a gravidez, no sentido de estar a afetar o crescimento e bem-estar fetal e quanto ao tipo e processo de trabalho de parto.

“Será que ela está bem? Será que ela não está! Ah... será que aquilo que... que eu fiz pode prejudicá-la em alguma coisa, acho que estas dúvidas (...) se realmente estou a fazer,

sendo primeira gravidez, se estou a fazê-lo da forma correta, que não a possa estar a prejudicar” (AO)

“A barriga está a crescer muito, não está a crescer (...) a medicação também foi uma das coisas que me meteu confusão, ah... a medicação dos diabetes, para ver se prejudicava a menina ou não (...) a questão do parto que era uma das situações que também me preocupava bastante (...) eu sei, que a dada altura o “V” ah... tinha... tínhamos receio de... de fazer, pronto, de ter mais como casal, a parte mais íntima” (PF)

6.1.4 Envolvimento do Pai na Gravidez

As mulheres citam o **envolvimento do pai na gravidez** na realização das ecografias obstétricas, na montagem do quarto, na compra de roupas para o RN, nas idas ao serviço de urgência por motivos vários, sendo considerado importante a sua presença neste evento.

“Ele sempre me... me acompanhou e ah... e mesmo em todo o processo esteve sempre presente, a apoiar-me, ah... preocupado com determinadas sensações que pudesse ir vivendo ou alguma alteração, ah... o período inicial não foi fácil porque enjoei bastante, ah... e mesmo quando vomitava ele estava lá, estava lá ao meu lado, ah... a suportar a cabeça e acho que... que isso é, também, importante, estar ali ah... mesmo a montagem do próprio quarto da bebé, a compra da roupinha, ah... todas estas coisas que...que fazemos como casal, acho que é importante e ele esteve sempre presente... nelas” (AO)

6.1.5 Impactos na Gravidez

A vivência da gravidez é díspar entre as mulheres/famílias e reflete o ambiente familiar, cultural e as tendências sociais do ambiente macrossistémico. Desta forma, não foi percecionado de imediato o **impacto da gravidez**, contudo, no seu decurso foram emergindo alterações ao nível da **dinâmica familiar**, observando uma crescente disponibilidade por parte da família alargada em ajudar nas tarefas domésticas e em relação à família nuclear confrontaram-se com a necessária reorganização familiar quanto à “preparação” do(s) filho(s) para a chegada do irmão (RN).

“A nível familiar é claro que houve uma série de... a família é grande e (...) então toda a gente quer ajudar, ah... e basicamente a nível da parte da gravidez acho que todos contribuíram sempre que fosse necessário alguma coisa” (AO)

“Foi só prepararmos o nosso filho mais velho para a chegada do... do irmão mais novo. Foi só essa... essa parte que foi um bocadinho mais, mais difícil, porque ele estava à espera, também, já pedia há muito tempo, mas... notámos que ele tinha um bocadinho de ciúmes. E foi prepará-lo e ir preparando-o durante a gravidez para a chegada do irmão” (MLS)

Quanto à **dinâmica conjugal**, as mulheres disseram não ter vivenciado mudanças, contudo, indicam uma diminuição da sexualidade no fim da gravidez.

“A relação com o meu marido mudou mais para o final, em termos mais a nível sexual, ah... mas de resto não mudou assim muita coisa!” (PF)

As mulheres ora mantiveram a **interação social**, com atividade usuais com amigos e família, sem prejuízo pelo facto de estarem grávidas.

“Continuámos a ter os nossos jantares, ah...continuámos a ir tomar os nossos cafés, continuámos a fazer as coisas normalmente (...) que fazíamos antes de estar grávida (...) conviver com as pessoas, continuámos a fazer as mesmas coisas” (AO)

Ora foram diminuindo por se sentirem mais cansada ou por uma necessidade inexplicável de se isolar do exterior, deixando de sair e passear com amigos.

“Mudou um bocadinho, mudou (...) há muitas coisas que eu fazia mas que entretanto deixei de fazer... ah... por exemplo, passear mais, estar mais tempo com as amigas... ah... tive, recolhi-me um bocadinho... precisava de estar um bocadinho, bem digamos, sozinha” (EP)

Quanto à **atividade laboral** os dados são díspares porque algumas mulheres trabalharam até ao fim da gravidez sem qualquer tipo de impedimento e outras foram diminuindo a atividade laboral por questões de desconforto, ficando com incapacidade temporária para trabalhar antes da data provável de parto.

“Ah... profissionalmente não mudou nada” (RJ)

“Bem, ah... esta foi um bocadito diferente, porque da outra trabalhei até ao fim e esta não... esta tive...fiquei de baixa logo a partir dos cinco meses” (MA)

Encontrámos mulheres que estavam a trabalhar mas que não lhe foi renovado o contrato de trabalho ou situações de desemprego prolongado, que embora tenham procurado trabalho nenhuma empresa as admitiu pelo facto de estarem grávidas.

“Primeiro foi difícil... eu fiquei grávida e poucas empresas iam-me dar um trabalho... estando grávida! (...) Já estava desempregada e... foi um bocado constrangedor essa parte porque não... nem qualquer empresa admite mulheres grávidas!” (AL)

Ao nível da satisfação profissional algumas mulheres referiram que com a gravidez a sua disposição afetiva foi diminuindo, sentiam-se mais stressadas e sem concentração e/ou motivação para trabalhar ao ritmo anterior.

“Tive mais, ah... mais stressada desta vez, na vida profissional...(...) e o meu estado de espírito na profissão esteve um bocadinho em baixo, não estive muito ah... com cabeça” (OF)

“Profissional... mudou, aliás o estado de espírito também mudou (...) portanto, a nível profissional, sim mudou, mudou bastante, principalmente o número de horas... de trabalho” (PF)

6.2 Maternidade

A **maternidade** gera alterações individuais e familiares que incita o ajustamento dos diversos papéis acumulativos. A mulher deve incorporar a identidade materna e assumir a realidade de “tornar-se mãe” ajustando-se às “novas” tarefas maternas. A **experiência da maternidade** foi relatada no estudo como uma mudança na sua vida, consciente de que ia abdicar de algumas coisas; como um evento marcante e muito bom; um desafio e o início de uma nova etapa da vida do casal/família, sendo a melhor coisa que alguma vez tinha desejado ou o realizar de um sonho planeado pelo casal.

“Foi bom, é uma fase... uma nova fase da nossa vida (...) Claro que tem que... pensar que vou ter que abdicar de muitas coisas, ah... mas tudo vai compensar!” (RJ)

“Para mim foi um grande presente...foi uma grande mudança (...) não estava preparada...mas agora... é bom, agora eu posso dizer (...) ser mãe para mim agora é deixar toda uma vida para trás... e... seguir em frente, com a cabeça erguida e de muita responsabilidade para cuidar de uma pessoa (...) Agora a atenção é 100% para ela!” (EP)

6.2.1 Sentimentos na Maternidade

Face à transição para a maternidade foram vivenciados uma série de sentimentos, tal como na experiência da gravidez, tendo emergido sobretudo **sentimentos positivos** de alegria, felicidade e amor por o nascimento do RN ter vindo enriquecer a sua vida pessoal/familiar.

“Uma felicidade imensa, sobretudo, quando ela nasce, ver aquele Ser a sair... de dentro, de dentro de nós” (...) “É uma felicidade, é uma alegria ter ali um Ser (...) É a junção do nosso amor, pronto, é um amor que está ali, que é nosso!” (AO)

“Tal é a alegria, sei lá! Acho, acho que ainda tenho mais amor para dar aos dois do que o que tinha só com um, por exemplo. Acho que é, é uma coisa, que não, não tem explicação! (...) Estou feliz, sinto-me bem, acho que... que sou boa mãe, que consigo... corresponder tanto a um como ao outro, sinto-me bem comigo mesma... estou feliz com os dois!” (TD)

Porém, surgiram **sentimentos ambivalentes** de felicidade associada à ansiedade, preocupação e insegurança/impotência relacionados com o desempenho eficaz do papel maternal, por serem a primeira vez mães ou na gestão cumulativa do papel.

“Do papel de mãe, porque não sabia muito bem o que é que (...) é receio... misturado com (...) paixão (...) ah... acho que um carinho enorme, não é (...) mas por outro lado... sei lá, medo de não conseguir desempenhar bem o papel, ah... acho que é um bocadinho isso” (PF)

6.2.2 Competências Parentais

Relativamente às **competências parentais** subjacentes a este processo, as mulheres referiram algumas dúvidas e insegurança na habilidade instrumental e na interpretação do comportamento do RN relacionado ao fato de serem mães inexperientes, pela presença de cansaço associado à diminuição das horas de descanso, pela adaptação constante às novas rotinas e horário face às exigências e ao grau de dependência do RN e na gestão cumulativa do papel maternal.

“O bebé tem nove dias, ah... ainda estou com algumas dúvidas... como é que... se estou a amamentar bem, se não estou à amamentar bem... queria também fazer algumas perguntas a nível do cordão umbilical (...) a nível de peso ele abateu um bocadinho, por isso eu também estou um bocado preocupada (...) de como é que... se temos que vestir muita roupa, se temos que vestir pouca roupa porque os bebés” (AL)

“Acho que as preocupações normais (...) se conseguirei conciliar os dois filhos, se conseguirei dar atenção ao mais velho vindo o mais novo” (MLS)

6.2.3 Conjugalidade e Coparentalidade

A **conjugalidade** foi mantida sem alterações e surge nos discursos subjacente à manutenção de uma boa comunicação entre o casal e à interação sexual, muito embora tenha diminuído no fim da gravidez e atualmente impedida até à consulta do puerpério. A **coparentalidade** é descrita como a parceira na interação no papel parental, que veio fortalecer os laços afetivos do casal. Neste sentido, todas as mulheres ostentam satisfação conjugal independentemente da paridade.

“Agora tenho tudo ali... ele vem trazer-me, vem..., quer saber, à noite se ela chora vai e levanta e vai dar-me para... para dar de mamar ou muda a fralda ou ajuda nos banhos” (MA)

“Nós estamos, não é que estávamos separados, estamos mais... mais confiando um no outro, mais unidos (...) a relação agora entre nós dois parece que está mais sólida (...) até porque nós gostamos muito um do outro” (EP)

Nesta transição para a parentalidade, a mulher teve necessidade de obter apoio informativo e emocional tendo sido identificado um grupo substancial de **fontes de apoio**, a aproximação à família de origem e o envolvimento de várias pessoas significativas (mãe, filha, patrão e colegas do trabalho) que de certa forma influenciaram positivamente a vivência deste processo, contudo, foi o apoio incondicional do parceiro e o imprescindível apoio do EF os mais significativos.

Senti do meu marido “apoio dele e... do resto da família (...) notei também da parte da própria empresa apoio (...) relativamente à parte laboral porque acho que, também, foi

importante o apoio que eles deram... também estiveram presentes e preocupados sempre (...) houve sempre este apoio por parte da enfermeira” (AO)

6.3 Consulta de Vigilância da Gravidez

A **CVG** surge como um espaço de partilha de informações, aconselhamento e apoio psicossocial, centrada nos cuidados holísticos à grávida/casal/família, avaliado o bem-estar materno-fetal através da história clínica e realizada a preparação da mulher/casal para o parto e parentalidade. Em relação ao esquema das CVG, as mulheres referiram uma boa distribuição dos temas abordados, o tempo foi adequado face às suas necessidades, na exposição de dúvidas/preocupações, considerando-as importantes, imprescindíveis e uma mais-valia para o casal se tornar omnisciente das transformações a que está sujeito e que o EF teve um bom desempenho no apoio educativo e emocional, muitas vezes acima das suas expectativas.

“Acho que foi tudo necessário, cada passo, cada... cada consulta no mês certo, não é (...) Tudo no seu devido tempo, não havia... não havia tempo de corrida (...) Foi benéfica e tive ajuda em (...) certas coisas, sim... sem sombra de dúvida (...) acho que foi tudo muito bem... distribuído na ordem dos meses de gravidez e, e lá está (...) ela (EF) falava aqui qualquer coisa hoje, passado se calhar uma semana ou duas possivelmente... algo que se apanhou aqui acontecesse ou fosse útil em casa” (MA)

“Foram consultas esclarecedoras e informativas (...) foram benéficas porque, por vezes, acho há sempre receios e se as questões não forem colocadas, as pessoas vão... vão ficar na... na ignorância, não é. E depois por muito que... que se falem da... dos tópicos, ah... colocando e tirando as dúvidas acho que é uma mais-valia para... para o próprio casal ter as certezas e continuar com... com a vida normal como fazia anteriormente antes... antes da gravidez e depois... da... de ter o bebé, mesmo depois do parto” (AO)

6.3.1 Promoção da Educação para a Saúde

A **promoção da educação para a saúde** surge como o conjunto de aconselhamentos promotores de conhecimento e literacia em saúde, desenvolvidos no âmbito da saúde individual/familiar, de forma a promover cuidados antecipatórios, o desenvolvimento de competências e proporcionar à mulher/casal a tomada de decisão livre e esclarecida.

Na CVG as mulheres referem ter adquirido um conjunto de conhecimentos úteis que as ajudou neste processo de transição para a parentalidade, cujos ensinos de enfermagem mais significativos foram sobre: as alterações anatómicas, fisiológicas e os desconfortos inerentes à gravidez e ao puerpério; cuidados alimentares adequados e o aumento ponderal de peso; atividade física e repouso; surgimento de varizes; a sexualidade durante a gravidez e no puerpério; os sinais de alerta; risco de abortamento; promoção de hábitos de higiene e cuidado corporal; infeções urinárias e vaginais; profilaxia da isoimunização RhD e vacinação; riscos do

consumo de medicamentos e tabaco; preparação para o parto (preparação perineal, início do trabalho de parto, respiração, rotura de membranas, tipos de parto e analgesia) e segurança rodoviária. Quanto aos cuidados parentais foram explicados os cuidados: higiene/banho do RN/coto umbilical; lavagem da roupa do RN; aleitamento materno (posições e pega); eliminações do RN; tipo de choro e cólicas; posições de dormir; cuidados de segurança (risco de queda, asfixia, morte súbita) e transporte seguro.

“A nível de rotinas e a nível de... de exercício físico (...) já que fazia, de forma moderada (...) cuidados que deveria ter comigo própria, a minha alimentação (...) dá sempre algumas dicas e depois nós também temos que aprender a lidar com o dia-a-dia... falámos da questão da amamentação, da questão da... da higiene do bebé, da questão da... higiene da mãe (...) tudo do pós-parto (...) o que é que podemos fazer... corretamente, mesmo a nível da vida sexual, do próprio casal” (AO)

“Foi a alimentação, a nível da pele da barriga, do peito que tinha que hidratar bastante, a nível de... de infeções (...) a enfermeira também me falou como é que havíamos deitar o bebé, isso também é importante” (AL)

6.3.2 Visão Sistémica da Família

Os EF prestaram cuidados de enfermagem de acordo com uma **visão sistémica e holística da família**, tal como emerge das narrativas, observando-se a preocupação de conhecer e/ou antever as modificações na dinâmica conjugal/familiar, de forma a promover a (re)organização familiar.

“Sim, diz que não é, não é fácil nestes primeiros, principalmente este primeiro mês... não é propriamente fácil, porque temos que... a maior parte da atenção é para ela, não é, mas temos que arranjar sempre um espacinho... para dar atenção tanto ao marido, como ao... ao outro filho, neste caso que só tem 5 anos e que também precisa de...de atenção, sente necessidade disso” (TD)

A EF *“foi falando do que é que pode vir a mudar ... que agora não somos nós... agora é ela, é ela que manda e... nesse sentido, foi transmitido... o que é que vai mudar. É claro que acho, que ninguém está preparado para o que vai... e só com o dia a dia a lidar com a bebé é que vamos, vamos vendo por muito que nos possam transmitir” (AO)*

Contudo, nem sempre foi promovida a participação paterna e/ou de pessoas significativas para a mulher no decurso das CVG.

“Nunca falamos sobre isso porque, como não era muito compatível vir cá ao centro de saúde, ah... acabámos por... por vir eu só” (AO)

6.3.3 Visita Domiciliária no Pós-Parto

Quanto à **visita domiciliária no pós-parto**, os relatos referem ter sido uma mais-valia a realização desta visita, permitindo: a prestação de cuidados à mulher que se encontrava numa condição debilitante relacionado com o processo de recuperação do parto; a avaliação e registo do peso do RN; a realização do teste de diagnóstico precoce; o despiste de problemas com a amamentação, reforçando ensinamentos, alertando para o risco de complicações e explicadas dúvidas e preocupações com a saúde e bem-estar materno-infantil.

“Desta vez houve uma coisa que é a visita ao domicílio, que eu acho que isso ajuda muito (...) e depois é assim, a visita logo a seguir praticamente quando nós viemos da maternidade ajuda porque há sempre uma dúvida ou questãozinha a colocar, uma insegurança e... o enfermeiro como sabe e tem conhecimentos e algumas experiências que nós por vezes não temos, ajuda-nos muito com isso... evita-mos... evita-nos a que... a nossa deslocação ao centro de saúde, pesa já, alguma dúvida com o bebé nós esclarecemos logo (...) ajuda sempre, acho que é uma mais-valia o... a visita ao domicílio (...) nós estamos ainda muito debilitadas, ainda estamos com os pontos, com tudo, ter que nos estarmos a deslocar e assim... acho que... sim, isso é uma mais-valia!” (MF)

6.3.4 Relação Terapêutica

Nas CVG é indispensável o estabelecimento de uma **relação terapêutica** interpessoal entre a mulher/família e o EF, facilitando a expressão de sentimentos, medos, dúvidas e preocupações face às competências inerentes à gravidez, ao nascimento e à parentalidade, com enfoque na educação para a saúde e na identificação de complicações e riscos (DGS, 2015). No estudo, as mulheres citam que o EF teve a preocupação de conhecer as suas necessidades, dúvidas e preocupações e relativamente aos comportamentos/attitudes – os atributos do EF mais valorizados foram: o acolhimento; a disponibilidade; a prestabilidade; a amabilidade; o entusiasmo; a boa disposição; a simpatia; a empatia; a facilidade de interação e de comunicação; a atenção; a escuta ativa e a preocupação.

“Por acaso ela é muito animada (...) a simpatia e a... a facilidade de se dar... de ser fácil de falar com a pessoa... aquela empatia que se sente! Facilidade de comunicação” (SC)

“Sempre foi impecável! Sempre muito atenciosa, sempre muito preocupada (...) Foi a preocupação e a atenção que ela tinha, principalmente comigo durante a gravidez (...) quando eu precisava ela estava sempre ali disponível... é uma pessoa especial!” (TD)

“Foi esclarecedora, sempre antecipadora, sempre disponível, sempre interessada (...) a...relação de proximidade e de à vontade, de suporte” (PF)

Além dos aspetos supracitados, as mulheres referiram que a relação interpessoal de confiança e proximidade estabelecida com o EF foi de excelência e constituiu uma fonte de segurança,

enalteceram o profissionalismo e o papel desempenhado na promoção de cuidados de saúde antecipatórios e personalizados, isentos de juízos de valor e preconceito, cujo **contributo do EF** foi indispensável como recurso facilitador e moderador, que influenciou positivamente as suas vivências nesta transição para a parentalidade e a saúde familiar. Agradecem os cuidados recebidos e recomendam a futuras grávidas/famílias.

“Sim, porque, ora lá está, ia sempre ficar dúvida ou o porquê das coisas... principalmente para uma pessoa que é mãe a primeira viagem e certas coisas a mudarem no seu corpo e não saber o porquê, ah... vai sempre haver uma dúvida e então (...) se houver sempre alguém para ajudar, a enfermeira... não há porque ter dúvidas” (EP)

“Não é só na gravidez, também é entre o casal, acho que uma enfermeira...tem mais... tem mais bases (...) para ficar ali como mediadora, se o casal, não é... se dessa gravidez... vier um problema, surgir um problema entre o casal... em tudo, eu acho que tem bases profissionais e pessoais (...) e mesmo de... de filhos e isso, para quem já os tem com a segunda gravidez... ela é essencial... está ali no meio... é mediadora., vai...nunca julga, vai é ajudar, aconselhar... (...) se há... complicações (...) Hoje em dia... o enfermeiro... é essencial... para a vida (...) está ali connosco nas calmas, a explicar tudo, a tirar-nos as nossas dúvidas e a aconselhar-nos, por isso, para mim um enfermeiro na... saúde familiar ou materna é tão ou mais importante que o médico de família” (SO)

7. DAS VIVÊNCIAS AO CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Neste capítulo apresenta-se a discussão dos resultados como forma de dar resposta às questões de investigação e aos objetivos do estudo, reservando-se uma análise dos aspetos mais relevantes, quer pelo significado atribuído às vivências quer pela sua confrontação com resultados encontrados em diferentes estudos.

Nos cuidados de saúde primários, o primeiro contacto com a grávida é pautado pela confirmação da gravidez, tal como descreve Pereira (2013). Este evento é considerado como o ponto de partida para a transição da mulher/casal se preparar para a parentalidade. Neste estudo, a maioria das gravidezes foram planeadas e desejadas pelo casal, independentemente da paridade, o que é congruente com os resultados dos estudos de Cruz e Mosmann (2015), Garcês (2011), Pereira (2013) e Silva (2014), embora não congruente com o estudo de Coelho et al. (2017), porque só uma minoria das mulheres referiu que a gravidez não foi premeditada. Nestes casos, após a sua notícia o casal acabou por a aceitar, ambicionando o nascimento do RN, o que corrobora com os dados encontrados no estudo de Ferreira e Afonso (2015).

A notícia da gravidez e a sua vivência é um processo complexo e individual que desperta diversas emoções conscientes e subconscientes na mulher, pelo significado atribuído à gravidez, ao parto e à maternidade. Neste estudo as emoções vivenciadas foram predominantemente positivas de alegria, felicidade, amor, carinho, tal como enunciam Melo (2015), Moura-Ramos e Canavarro (2007), Pereira (2013), Rodrigues (2016) e Soares (2008), muito embora também tenham surgido emoções negativas (medo, ansiedade, preocupação e insegurança) e emoções ambivalentes tal como referem Pereira (2013) e Silva e Carneiro (2014) verificando-se estas últimas com maior ênfase no estudo de Leite et al. (2014). E independentemente da paridade, as mulheres que expressaram as emoções negativas e/ou ambivalentes referiram que estas emoções se encontraram relacionadas com a falta de apoio da família, a experiência da gravidez anterior negativa, a situação económica desfavorável por desemprego, a insegurança pela inexperiência da gravidez e o seu não planeamento. Estas últimas justificações corroboram com os dados dos estudos de Coelho et al. (2017), Ferreira (2014), Leite et al. (2014) e Soares (2008). Estas emoções foram vivenciadas no início da gravidez e à medida que o tempo foi passando ocorreu uma resiliência/resignação, transformando-as em emoções positivas de alegria após aceitação da gravidez por si, pelo parceiro ou parte da sua família, com a própria evolução da gravidez no desenvolvimento da sua vigilância e com a realização das ecografias, o que é igualmente referido nos estudos de Coelho et al. (2017), Leite et al. (2014), Rodrigues (2016) e Soares (2008).

Os sentimentos face à experiência da “tornar-se mãe” são maioritariamente positivos, contudo, também são descritos sentimentos ambivalentes relacionados com felicidade versus insegurança/ansiedade/impotência face às competências parentais na habilidade instrumental na prestação de cuidados ao RN e na interpretação do seu comportamento, bem como, na

conciliação do papel parental cumulativamente com a presença de outros filhos, no sentido de terem que dar atenção a ambos de forma similar, tal como descrito por Esteves et al. (2013), Fernández et al. (2013) e Silva (2014), contrariando o estudo de Neves (2012) em que os pais revelaram que houve mobilização de saberes e aquisição de habilidades, sem dificuldades e/ou dúvidas.

Segundo as mulheres, a gravidez causou algum impacto na interação social, tendo esta diminuindo por motivos de desconfortos, por se sentir mais cansada ou por uma necessidade inexplicável de se isolar do exterior, dado identificado no estudo de Rodrigues (2016). Quanto à situação laboral emergiram dados díspares, porque encontraram-se mulheres que trabalharam até ao final da gravidez sem qualquer tipo de impedimento ou que foram diminuindo a atividade laboral por questões de saúde, ficando algumas delas com incapacidade temporária para trabalhar antes da data provável de parto, tal como mencionado no estudo de Coutinho et al. (2014). Das mulheres que se encontravam a trabalhar mas que não lhe foi renovado o contrato de trabalho ou as situações de desemprego prolongado, as puérperas referem que embora tenham procurado trabalho nenhuma empresa as admitiu associado ao facto de estarem grávidas e sobre este aspeto não foram encontrados estudos.

No estudo, as mulheres relatam a gravidez como um período crítico de adaptação a uma série de mudanças relacionadas com as dinâmicas diárias e com os desconfortos próprios do processo gravídico que passaram pelas alterações emocionais acima referidas, alterações físicas, alterações do padrão e hábitos alimentares e alterações no autocuidado, igualmente descritos nos estudos de Coutinho et al. (2014), Mendes (2009), Pereira (2013) e Santos (2011). Esta adaptação causou, em alguns casos, instabilidade na qualidade de vida das mulheres e como espectável ocorreram uma série de dúvidas associadas à realização das atividades de vida diárias, à toma da medicação, à sexualidade durante a gravidez, pela inexperiência da gravidez e pela aproximação do trabalho de parto. As dúvidas quanto ao tabagismo e à idade avançada também foram relatadas pelo receio de malformações no desenvolvimento fetal, tal como referem Coelho et al. (2017).

Face ao exposto, na vivência da gravidez e na transição para a parentalidade, emergem assim sentimentos e emoções negativas/ambivalentes associadas a medos, receios, dúvidas e preocupações, de acordo com o contexto interpessoal e familiar em que esta se desenvolveu e no presente estudo, as mulheres referem que tiveram a oportunidade para expor os seus sentimentos, as expectativas, as dúvidas e as dificuldades, tanto individuais como familiares ao EF durante as CVG, tornando-se evidente a sua intervenção por se encontrar numa posição privilegiada de proximidade à mulher/família, no apoio e acompanhamento durante este processo, por possibilitar o debate de dúvidas e aconselhamento, permitir a expressão significativa das suas emoções reduzindo ou desmistificando os sentimentos negativos e/ou ambivalentes e dúvidas relativamente às transformações, tornando o desconhecido em conhecido, contribuindo desta forma para a promoção de uma vivência emocionalmente mais positiva ao longo deste processo, quer para a própria mulher quer para o casal/família. Estes

dados também se encontram descritos nos estudos de Fernández et al. (2013), Bispo (2015), Campos et al. (2011), Carpes et al. (2016), Costa (2013), Coutinho et al. (2014), Coutinho et al. (2014), Doss e Rhoades (2017), Leite et al. (2014), Martins et al. (2014), Moura-Ramos e Canavarro (2007), Pereira (2013), Rodrigues (2016), Silva (2012), Silva e Carneiro (2014) e Sousa (2013), recomendados pela OE (2011, 2015b) e divergem com os dados obtidos nos estudos de Coelho et al. (2017), Darvill et al. (2010) e Mendes (2009), em que as mulheres referiram que não tiveram esta disponibilidade/apoio para a exposição das suas dúvidas.

Foi descrito que o EF promoveu uma escuta ativa com isenção de juízos de valor, devendo este estar atento perante a identificação precoce de fatores de risco, eventuais desequilíbrios ou distúrbios do bem-estar emocional e psicológico da mulher/família, de sinais e sintomas de distúrbios depressivos e ansiedade desde a gravidez até ao puerpério, conforme também sugerem os estudos de Arrais et al. (2014), Campos et al. (2011), Coelho et al. (2017), Ferreira (2014), Henriques et al. (2015), Nogueira (2016), Sockol et al. (2014) e Tavares (2014).

Durante as CVG as mulheres receberam informações e conhecimentos teórico-práticos, complementados com informação escrita de suporte ao que foi transmitido oralmente, sobre cuidados com a gravidez, parto e puerpério e sobre as competências parentais na habilidade instrumental para tomar conta do RN e comportamentos previsíveis do RN. Desta forma, a CVG serviu para esclarecerem personalizadas todas as suas dúvidas, quer pela sua exposição quer pelos cuidados antecipatórios do EF, tendo sido classificadas como consultas esclarecedoras, informativas, benéficas e até mesmo uma mais-valia para o casal/família e os ensinamentos realizados classificados como adequados face às suas necessidades e, de uma forma geral, facilitaram a adaptação à gravidez, ao puerpério e aos cuidados de puericultura, promoveram o empoderamento, a capacitação e a decisão livre e esclarecida das mulheres/casal face ao que julgavam mais benéfico para si/família, no intuito de impulsionar respostas positivas e transições saudáveis auferindo “ganhos em saúde” a longo prazo no ciclo vital familiar. Estes ensinamentos encontram-se presentes nos estudos de Aires et al. (2016), Carpes et al. (2016), Ferreira e Afonso (2015), Janeiro (2013), Martins (2014), Pereira (2013), Rodrigues (2016), Silva e Carneiro (2014), Soares(2008), Sousa (2013) e Vieira et al. (2011) que assumem que as famílias mais esclarecidas e apoiadas adotam comportamentos e estilos de vida saudáveis e, abrangem quase na totalidade, as considerações preconizadas pelo PNVGBR (DGS, 2015) e pela OE (2015a). No estudo de Pascual et al. (2016) o atendimento de enfermagem não promoveu a decisão livre e esclarecida das mulheres face às suas necessidades e expectativas, tornando-se fechado, único e comum a tantos outros, o que diverge com os dados encontrados neste estudo.

A visita domiciliária no pós-parto representou a excelência da continuidade dos cuidados, tendo sido avaliada no estudo como uma mais-valia e uma consulta centrada na pessoa/família face à condição debilitante da puérpera pela precocidade do parto, permitindo o esclarecimento de dúvidas pontuais sobre si e sobre os cuidados com o RN, confirmados resultados nos trabalhos desenvolvidos por Costa (2013), Pereira (2013), Pereira e Gradim (2014), Piteira (2016),

Soares (2008) e Zacarias (2011), o que difere dos estudos de Mendes (2009), Pascual et al. (2016), Rocha (2014) e Rodrigues et al. (2011) que referem que as mulheres sentiram falta de apoio por parte dos profissionais de saúde no domicílio ou embora tenham tido esta visita não conseguiram expor as suas dúvidas, preocupações ou medos.

Atualmente tem-se vindo a debater a relevância do envolvimento do pai durante a gravidez e no parto, pelo papel parental como interveniente e parceiro nas decisões da gravidez e da parentalidade, pela sua vivência conjunta, sendo considerado fundamental o pai dar apoio e estar presente e das narrativas obtidas, pode-se reconhecer que todas as mulheres contaram com a presença e o envolvimento paterno durante a gravidez, na preparação para a chegada do RN e na realização das ecografias, o que foi igualmente evidenciado nos estudos de Esteves et al. (2013) e Mendes (2009). Outro aspeto positivo foi o seu envolvimento na prestação de cuidado ao RN (coparentalidade), tal como referido nos estudos de Cruz e Mosmann (2015), Gama (2014), Martins et al. (2014) e Mendes (2014) que veio reforçar a prévia relação conjugal facilitando a sua manutenção e a satisfação conjugal, o que foi igualmente referido nos estudos de Fidelis et al. (2017), Gama (2014) e Soares (2008). Estes dados são divergentes aos encontrados no estudo de Frizzo et al. (2011) visto os casais referirem dificuldades na comunicação de sentimentos e ideias o que prejudicou a satisfação conjugal. Embora a maioria dos pais tenham apoiado as mulheres neste processo, o seu menor envolvimento encontra-se subjacente à presença nas CVG, relacionado com a pouca disponibilidade pelo constrangimento da atividade laboral, o que vem reforçar os estudos de Carpes et al. (2016), Garcês (2011) e Smyth et al. (2015).

Com este estudo torna-se evidente que o envolvimento do pai ou de outra pessoa significativa, no decurso da gravidez, é fundamental e importante por constituir uma fonte de apoio neste processo de modificações na dinâmica familiar, por promoverem a redução das emoções negativas e/ou ambivalentes, porque esta presença pode potenciar um estado de maior segurança, tranquilidade e satisfação à mulher considerando-se, assim, um fator facilitador à transição, maximizando o potencial em saúde para toda a família, conforme também referem os estudo de Carpes et al. (2016), Coelho et al. (2017), Ferreira (2014), Ferreira et al. (2016), Ferreira e Afonso (2015), Fidelis et al. (2017), Fráguas et al. (2008), Gama (2014), Leite et al. (2014), Melo (2015), Mendes (2014), Poh et al. (2014), Rodrigues (2016), Silva (2014) e Soares (2008). E, segundo as mulheres, nem sempre foi realizada esta promoção pelo EF, tal como evidenciado nos artigos de Deave et al. (2008), Dessen e Oliveira (2013), May e Fletcher (2013) e Pascual et al. (2016), contrariando o que está preconizado pelo PNVGBR (DGS, 2015), sendo este ponto o aspeto negativo a apontar pela estudante face aos cuidados prestados à mulher/família.

Assim, sendo, neste estudo as repercussões no relacionamento conjugal demonstraram-se positivas, verificando-se um ajustamento na transição da conjugalidade à parentalidade e a criação de um ambiente conducente ao desenvolvimento e bem-estar familiar e uma transição

bem-sucedida, o que é corroborado com os estudos de Bispo (2015), Cruz e Mosmann (2015), Ferreira e Afonso (2015), Gama (2014), Martins et al. (2014) e Prati e Koller (2011).

Neste estudo, as mulheres referem que o EF se demonstrou preocupado com o funcionamento e o bem-estar da família, na maioria das vezes, explorando nas suas vivências o impacto da gravidez na dinâmica familiar no sentido de antecipar as suas necessidades e estimular a promoção da (re)estruturação e ajustamento de papéis e funções, reforçando as suas potencialidades e o suporte nos recursos quer internos ou externos à família. Desta forma, pelas narrativas denota-se que o EF prestou cuidados centrados na família, como uma unidade de cuidados e em transformação, demonstrando compreender que o processo de transição pode influenciar e causar mudanças significativas em papéis e condutas dentro do casal e da própria família e, neste sentido, deve estar atento a eventuais desequilíbrios, procedendo a uma avaliação familiar regular, conforme sugere Figueiredo (2012). Esta visão sistémica da família é corroborada por Bispo (2015), Carpes et al. (2016), Doss e Rhoades (2017), Fráguas et al. (2008), Janeiro (2013), Rodrigues e Costa (2013), Rodrigues (2016) e Silva (2014) que referem que o EF assume um papel de conselheiro, facilitador e dinamizador da dinâmica familiar nesta transição para a parentalidade e discordante com os dados encontrados no estudo de Graça et al. (2011) que referem que não se verificaram efeitos significativos decorrentes da intervenção de enfermagem na transição para a maternidade.

Neste momento do ciclo vital importa referir que as mulheres apresentaram um suporte emocional e educacional adequado e ajustado às suas necessidades, identificando as principais fontes de apoio como tendo sido o parceiro, pelo seu envolvimento neste processo e o EF pela sua presença assídua e prestável neste caminho, através dos cuidados, dos ensinamentos e do aconselhamento realizado neste processo de transição para a maternidade, relevando desta forma o seu contributo na vivência desta transição, tal como referem Martins (2013) e Pereira (2013). Estes dados contrapõem o estudo de Henriques et al. (2015) onde afirmam que as mulheres classificaram os cuidados prestados pelos enfermeiros como suficientes, salientando que estes deveriam enfatizar o apoio e compreensão face à adaptação a uma nova realidade/situação de vida que estas estavam a vivenciar.

Relativamente às CVG, as mulheres afirmaram que estas se constituíram como um espaço educacional aos diferentes níveis de prevenção/promoção, considerando o tempo despendido de muito bom ou o essencial para o esclarecimento de dúvidas, porque nunca sentiram que tivessem um tempo limite, igualmente referido nos estudos de Chaves et al. (2016) e Pereira (2013). Durante as mesmas evidencia-se o estabelecimento de uma relação interpessoal de confiança e proximidade entre si e o EF, sendo que os comportamentos/atributos do EF mais valorizados foram: a disponibilidade; a prestabilidade; a amabilidade; a boa disposição; a simpatia; a empatia; a facilidade de interação e de comunicação; a atenção e a preocupação. A conduta dos profissionais foi importante para que a experiência da gravidez e da maternidade fosse vivenciada, pela maioria, com sentimentos positivos tendo superado as expectativas que tinham acerca dos cuidados de saúde e da interação terapêutica, o que é congruente com os

estudos de Carpes et al. (2016), Chaves et al. (2016), Coelho et al. (2017), Janeiro (2013), Neves (2012), Oliveira et al. (2014), Pereira (2013), Rocha (2014), Rodrigues (2016), Silva (2014), Soares (2008) e Vieira et al. (2011) diferindo no entanto dos dados encontrados no estudo de Dinis (2013) em que os utentes referem experiências insatisfatórias no que concerne às competências comunicacionais e relacionais dos enfermeiros aquando do seu atendimento.

Face ao exposto, assume-se que o contributo do EF foi positivo por constituir uma fonte de apoio e auxílio emocional e educativo perante as exigências do processo da transição para a parentalidade, foi assertivo nos cuidados prestados e nos ensinamentos realizados, isento de críticas e juízos de valor, transpondo em algumas ocasiões as suas próprias experiências, face às vivências que a mulher descrevia, tornando esta relação interpessoal o mais familiar e próxima possível e associada a um processo contínuo de educação para a saúde, contribuiu decisivamente para a facilitação da (re)organização pessoal através do desenvolvimento de estratégias de coping, com vista a ultrapassar adequadamente o processo de transição. Estes atributos são muito identitários ao papel intrínseco do EF quando este se constitui como um recurso externo à família, encontrando-se numa posição ideal, privilegiada e única para promover uma saudável transição para a parentalidade. Dados concordantes com os encontrados nos trabalhos de Campos et al. (2011), Carpes et al. (2016), Gama (2014), Pereira (2013), Rodrigues e Costa (2013), Silva (2014) e Vieira et al. (2011).

Em suma, os “ganhos em saúde” sensíveis à intervenção do EF neste processo transformativo, foram aqueles que evidenciaram a mudança na estrutura biopsicossocial dos membros da família, fazendo sobressair o funcionamento eficiente ao nível afetivo, cognitivo e comportamental da mulher face à experiência da maternidade e consequentemente a vivência desta de uma forma positiva e saudável, o que é igualmente referido por Bispo (2015) e Wright e Leahey (2011).

8. CONCLUSÃO

Na conclusão deste estudo torna-se fulcral fazer uma reflexão sobre o mesmo, surgindo o presente capítulo como forma de apresentar as conclusões que emergiram da sua realização, da análise e discussão dos dados obtidos, bem como as principais limitações e implicações para a prática profissional.

A investigação científica desempenha um relevante papel no intuito de fomentar a prática sustentada dos cuidados centrados na família. O presente estudo, de natureza qualitativa, permitiu conhecer a realidade do ponto de vista de quem vivencia uma transição desenvolvimental própria do ciclo vital, na perspectiva da mulher que foi acompanhada pelo EF ao longo da gravidez e no respetivo processo de transição para a parentalidade, considerando que esta terá sido a melhor forma de investigação na obtenção tão rica de informação a esse respeito.

8.1 Conclusões

O estudo de investigação foi desenvolvido atendendo às questões de investigação e aos objetivos delineados, cujos dados expostos contribuíram para conhecer e compreender as vivências das mulheres ao longo do processo de gravidez e quanto à experiência de “tornar-se mãe”, enfatizando a sua pertinência no processo de transição para a parentalidade, realçando-se a ideia de que cada gravidez/maternidade é única em perceções e significados próprios a cada mulher/família e ao momento em que é vivenciada.

O percurso da gravidez foi acompanhado com oscilações de sentimentos, prevalecendo as emoções positivas e as dúvidas, dificuldades/preocupações foram esclarecidas aquando da vigilância realizada pelo EF. A CVG surge como um espaço de partilha de informações relevantes, possibilitando a escolha livre e esclarecida da mulher/casal em termos da promoção da saúde, na prevenção de complicações e na sua capacitação face às competências parentais.

Em relação à perspectiva da mulher sobre as suas vivências e aos cuidados recebidos pelo EF, estas relatam que foram prestados cuidados pré-natais antecipatórios e holísticos e adquiriram informações pertinentes em relação à gravidez, parto, puerpério e cuidados puerperais, favorecendo a segurança e tranquilidade neste processo de transição para a parentalidade.

Quanto aos atributos do EF face à experiência vivenciada pela mulher constata-se que o atendimento e o relacionamento interpessoal estabelecido entre ambos foi crucial durante todo este processo, pela disponibilidade e empatia demonstrada permitindo a expressão dos seus sentimentos e a exposição de dúvidas, identificando-a como uma fonte de suporte emocional e

educacional. O ponto negativo reconhecido no acompanhamento foi identificado como a falta de promoção do envolvimento do pai ou de outra pessoa significativa à mulher nas CVG e neste processo desenvolvimental, por apresentar vantagens ao nível da tomada de decisão e do benefício da presença deste suporte/recurso à grávida, sendo a sua relevância aferida em vários estudos.

Os dados obtidos sugerem que, em termos gerais, as competências do EF estão a ser desempenhadas em sintonia com o preconizado pelo PNVGBR (DGS, 2015) e pela OE (2011, 2015b) que relevam a importância do papel educativo e do acompanhamento realizado pelo EF, como agente facilitador no processo transicional e integrante da rede de apoio à mulher/casal/família na (re)constituição de novos papéis durante a CVG, neste processo de transição.

8.2 Limitações do estudo

Tendo em conta o trabalho apresentado evidencia-se como limitação a dificuldade da gestão do tempo no que se refere à disponibilidade da realização das atividades de estágio com a realização deste estudo empírico conciliando com a atividade profissional.

A participação neste tipo de estudo veio exigir às mulheres uma reflexão retrospectiva sobre as vivências durante a gravidez, que por estarem afastadas alguns meses do momento da narrativa, impediam, por vezes, respostas espontâneas e mais “ricas de conteúdo”, ficando assim um pouco aquém do espectável da estudante.

O fato das participantes serem apenas mulheres não permitiu saber se os seus companheiros teriam as mesmas vivências no processo de transição para a parentalidade e na relação interpessoal estabelecida, pelo que a título de sugestão, seria pertinente alargar o estudo ao casal grávido, pois de acordo com o PNVGBR (DGS,2015), a vigilância da gravidez deve ser realizada ao casal pela premente promoção na preparação e na adaptação conjunta para a parentalidade e, desta forma, dar continuidade a este estudo apresentando uma maior abrangência.

8.3 Implicações para a prática profissional / Proposta de alteração de práticas profissionais

Este estudo permitiu refletir sobre as práticas de enfermagem, sob o ponto de vista das vivências da mulher a relação interpessoal estabelecida, de forma a contribuir para a melhoria da assistência e qualidade dos cuidados prestados pelo EF no âmbito da área de saúde materna aquando da CVG. No que concerne à promoção do envolvimento paterno ou de uma pessoa significativa justifica-se, assim, ações dirigidas para o envolvimento dos mesmos no processo de gravidez e puerpério, através da sensibilização para a sua inclusão em todas as

etapas do processo, atendendo a que a gravidez, mais do que um conjunto de transformações da mulher, constitui um processo de transição e readaptação desenvolvimental familiar. Assim sendo, os EF devem promover e envolver os pais na CVG considerando-os parceiros iguais no planeamento, na vigilância e na prestação de cuidados, devendo ser objeto de análise, reflexão e reestruturação, com vista ao empoderamento da mulher/casal durante gravidez, de forma a promoverem uma transição saudável e adaptativa para o papel parental e conjugal.

Julga-se que o presente estudo evidencia o trabalho da equipa de enfermagem da USF Águeda + Saúde, contudo, constitui uma prova de proposta de alteração de práticas profissionais neste âmbito e, deste modo, serão apresentados os resultados obtidos.

Todos os estudos sobre as vivências, as expectativas e a satisfação dos utentes deverão refletir a prática dos cuidados de enfermagem e servir essencialmente para a implementação de mudanças na prática clínica dos enfermeiros enaltecendo a atualização científica contínua para promover a excelência dos cuidados, pelo que podem ser encarados como um espelho que reflete a qualidade em saúde. A existência de estudos que descrevam as vivências das famílias em transição para a parentalidade contribui para a sensibilização dos cuidados prestados pelo EF aquando da sua vigilância, de forma a auferir “ganhos em saúde” no seu seio familiar, ao longo do seu ciclo vital, pois a ausência de vigilância de gravidez refletir-se-ia, com certeza, negativamente na saúde e qualidade de vida das famílias e das populações. A produção de conhecimento nesta área é sempre insuficiente, visto a experiência da gravidez e da transição para a parentalidade ser impessoal e intransmissível.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Com a finalização do presente trabalho científico e do relatório de estágio, procedendo a uma avaliação de todo o seu percurso, a estudante considera que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências foi realizado de forma sistemático, assente numa prática baseada em evidências científicas e orientado para a promoção da saúde e bem-estar da família, entendendo assim que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, mas muito mais haveria para explorar e documentar.

A elaboração deste documento constituiu uma oportunidade privilegiada da análise crítico-reflexiva do percurso, por promover a revalidação dos comportamentos e atitudes desenvolvidos como forma de indagar os significados e a experiência vivenciada, perante uma conduta profissional subjacente ao EEESF.

A realização do estágio de natureza profissional possibilitou a compreensão da família e a prestação de cuidados holísticos à mesma, fomentando a avaliação da sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, atendendo às diversas dimensões: social, laboral, cultural, espiritual, emocional e fisiológica. Desta forma, julga terem sido aprofundados e mobilizados os conhecimentos adquiridos no âmbito académico, evidenciando a prática de cuidados centrados na família, como unidade de cuidados, tendo constituído uma forma de demonstrar a aquisição de competências no âmbito da enfermagem de família, uma vez que ao desenvolver práticas colaborativas de avaliação e intervenção na família possibilitou um entendimento sistémico do utente/família, que necessitou da assistência de enfermagem quer ao nível da prevenção e promoção da saúde e bem-estar familiar, quer no tratamento de problemas de saúde individual e/ou familiar.

Neste momento, a estudante ao realizar uma reflexão sobre o seu próprio percurso pessoal, académico e profissional, apesar de algumas dificuldades sentidas se prenderam sobretudo com o facto da sua experiência profissional se limitar ao contexto hospitalar, considera-se satisfeita com os resultados obtidos, julga que os objetivos propostos foram alcançados na plenitude, na medida em que foram transpostos para a prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula, reforçados os pré-existentes e adquiridos novos conhecimentos e habilidades ao nível da prática clínica no âmbito da saúde familiar.

Ao longo deste processo formativo e da realização do estudo de investigação, a estudante encontrou alguns obstáculos, a salientar a conciliação da carga horária do estágio com a atividade laboral em regime de turnos rotativos e ao nível da dinâmica familiar, exigindo um esforço acrescido, contudo, foi possível a sua realização, constituindo-se como uma experiência desafiante no contributo e no desenvolvimento das suas competências, tornando esta aprendizagem uma mais-valia no seu percurso pessoal, profissional e académico.

Outra das experiências mais marcantes deste estágio foi a aquisição de competências ao nível da Investigação em Enfermagem, tão importantes para o desenvolvimento da profissão, como ciência baseada na evidência científica. Atendendo que este estudo partiu de um interesse pessoal, uma curiosidade mas, também, de uma preocupação em saber se os cuidados de enfermagem vão ao encontro das necessidades e expectativas da mulher/casal/família, no intuito de perceber o que se pode e deve melhorar para que ocorra uma parentalidade saudável e positiva.

Este estágio de experiência profissional foi, sem dúvida alguma, o meio privilegiado para a conceção, aquisição e desenvolvimento das competências previstas para o EEESF e, no que concerne ao estudo de investigação, considera-se pertinente, pelos motivos supracitados, a apresentação do mesmo à equipa da USF Águeda + Saúde, quanto aos dados obtidos e à sua discussão, de forma a que, esta tenha conhecimento das vivências da população a quem presta cuidados, na área da transição para a parentalidade, no intuito da melhoria contínua da assistência mais consciente e sustentada de cuidados neste âmbito.

Em suma, a realização deste estágio foi certamente um desafio e uma experiência enriquecedora para a estudante e ofereceu um leque de experiências muito importantes, permitindo uma visão integrada do cuidado holístico ao utente/família e o reconhecimento da importância do contexto familiar, social e de suporte na avaliação e intervenção em saúde familiar, possibilitando o desenvolvimento das competências impostas ao EEESF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, C. M. C. da S., Ferreira, I. M. F., Santos, A. T. V. M. F. & Sousa, M. R. M. G. C. de. (2016). Empowerment na gravidez: estudo de adaptação da Empowerment Scale for Pregnant Women para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(10), 49–57. <https://doi.org/10.12707/RIV16033>
- Almeida, L. M. de. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91–96. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900015>
- Amado, J. (2017). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. (Imprensa da Universidade de Coimbra, Ed.) (3.^a Edição). Coimbra.
- Arrais, A. da R., Mourão, M. A. & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saude e Sociedade São Paulo*, 23(1), 251–264. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>
- Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. (Edições 70, Ed.). Lisboa.
- Biscaia, A. R. & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(3), 701–711. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Bispo, E. M. F. (2015). *Enfermeiro de Saúde Familiar e a Comunicação: Transição para a Parentalidade*. Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém. Retrieved from [repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1483/1/Relatório Elsa Bispo %5B404803%5D.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1483/1/Relatório%20Elsa%20Bispo%20%5B404803%5D.pdf)
- Campos, R. M. C., Ribeiro, C. A., Silva, C. V. & Saporoli, E. C. L. (2011). Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(3), 566–574. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300003>
- Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e maternidade - representações e tarefas de desenvolvimento. In Q. Editora (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2.^a, pp. 17–49). Coimbra.
- Carpes, F. F., Ressel, L. B. & Stumm, K. E. (2016). Assistência pré-natal sob a ótica de gestantes e familiares. *Saúde (Santa Maria)*, 42(2), 41–48. <https://doi.org/10.5902/2236583420334>
- Chaves, C., Duarte, J., Amaral, O., Coutinho, E. & Nelas, P. (2016). Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários com os cuidados de enfermagem – amostra da região centro de Portugal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD Revista de Psicología*, 2, 339–346. Retrieved from

- Coelho, D. D. R., Souza, J. L. A. de, Torres, M. M. de S. M. & Drezett, J. (2017). Gravidez e Maternidade Tardia: Sentimentos e Vivências de mulheres em uma unidade de pré-natal de alto risco em Barreiras, Bahia. *Revista Das Ciências Da Saúde Do Oeste Baiano*, 2(1), 01-19. Retrieved from fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/145
- Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez - A Experiência Psicológica*. (E. Colibri, Ed.). Lisboa.
- Costa, A. L. R. (2013). *Satisfação dos Pais sobre a promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família*. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu. Retrieved from repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1979
- Coutinho, E. de C. (2016). Vigilância de gravidez em mulheres imigrantes e portuguesas e as razões que justificam a necessidade de mediação intercultural. In *Entre Iguais e Diferentes: a Mediação Intercultural - Atas das I jornadas da rede de ensino superior para a mediação intercultural* (Alto Comis, pp. 158–174). Lisboa.
- Coutinho, E. de C., Silva, C. B. da, Chaves, C. M. B., Nelas, P. A. B., Parreira, V. B. C., Amaral, M. O. & Duarte, J. C. (2014). Mudanças no Estilo de Vida Provocadas pela Gravidez e Parto. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 382–387.
- Coutinho, E., Morais, C., Parreira, V. & Duarte, J. (2014). Contributos da Preparação para o parto na perceção de cuidados culturais. *Millenium*, 47, 21–32. Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2616/1/3.pdf>
- Cruz, Q. S. & Mosmann, C. P. (2015). Da conjugalidade à parentalidade: vivências em contexto de gestação planejada. *Revista Aletheia*, (47–48), 22–34. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942015000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Darvill, R., Skirton, H. & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357–66. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.006>
- Deave, T., Johnson, D. & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(8), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-30>
- Dessen, M. A. & Oliveira, M. R. (2013). Envolvimento Paterno Durante o Nascimento dos Filhos: Pai “Real” e “Ideal” na Perspectiva Materna. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 184–192. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000100020>
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. (Direção-Geral da Saúde, Ed.). Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>

- Dinis, S. R. B. (2013). *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem*. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu. Retrieved from repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2869
- Doss, B. D. & Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: Impact on couples' romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 25–28. <https://doi.org/10.1016/J.COPSYC.2016.04.003>
- Esteves, C. M., Sonogo, J. C., Vivian, A. G., Lopes, R. de C. S. & Piccinini, C. A. (2013). A Gestação do Segundo Filho: Sentimentos e Expectativas da Mãe. *Psico*, 44(4), 542–551. Retrieved from <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/12284>
- Fernández, S. B., Vizcaya-Moreno, M. F. & Pérez-Cañaveras, R. M. (2013). Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona. *Atencion Primaria*, 45(8), 409–417. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.004>
- Ferreira, A. C. F. (2014). *O Envolvimento do Pai durante a Gravidez: Um estudo exploratório*. Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78605/2/34374.pdf>
- Ferreira, I. S., Fernandes, A. F. C., Lô, K. K. R., Melo, T. P. de, Gomes, A. M. F. & Andrade, I. S. (2016). Percepções de gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré-natal. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17(3), 318–323. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300003>
- Ferreira, M. R. P. G. & Afonso, E. (2015). Conjugalidade e Parentalidade: O Enfermeiro Obstetra na Promoção de Encontros a Três. In *I Congresso Internacional de Saúde Materna* (Escola Sup, pp. 39–49). Lisboa. Retrieved from <http://docplayer.com.br/23911420-Ficha-tecnica-titulo-title-i-congresso-internacional-de-saude-materna-i-international-congress-of-maternal-health.html>
- Fidelis, D. Q., Falcke, D. & Mosmann, C. P. (2017). Conjugalidade e coparentalidade tardia. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 189–199. <https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1490>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidacta, Ed.). Loures.
- Fráguas, G., Soares, S. M. & Silva, P. A. B. (2008). A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demanda e recursos. *Escola Anna Nery*, 12(2), 271–277. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000200011>
- Freitas, F., Souza, F. N., Costa, A. P. & Mendes, S. (2016). O Manual de utilizador de um software de análise qualitativa: As percepções dos utilizadores do webQDA. *RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, (19), 107–117.

<https://doi.org/10.17013/risti.19.107-117>

- Frizzo, G. B., Silva, I. M. da, Piccinini, C. A. & Lopes, R. de C. S. (2011). Comunicação Conjugal durante a transição para a parentalidade no contexto de depressão pós-parto. *Psicologia*, 25(2), 39–60. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492011000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Gama, E. B. B. (2014). *A Transição para a Parentalidade: Vivências de pais, três meses após o nascimento do primeiro filho*. Consórcio Instituto Politécnico de Bragança, Instituto Politécnico de Viana do Castelo e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Retrieved from bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/13546
- Garcês, M. M. F. (2011). *Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/1783>
- Graça, L. C. C., Figueiredo, M. do C. B. & Carreira, M. T. C. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*, III(4), 27–35. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832011000200003&script=sci_arttext&tlng=en
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família Teoria, Prática e Investigação*. (Lusodidacta, Ed.) (Segunda Ed). Lisboa: Lusociência.
- Henriques, C. M. G., Santos, M. L. F. C., Caceiro, E. M. da S. F. & Ramalho, S. I. H. S. M. de A. (2015). Determinantes na Transição para a Parentalidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (2), 63–68. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Hespanhol, A. P., Couto, L. & Martins, C. (2008). A medicina preventiva. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24(1), 49–64. Retrieved from <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10462/10198>
- Janeiro, P. D. P. (2013). *Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9401/1/Tese_final.pdf
- Leite, M. G., Rodrigues, D. P., Sousa, A. A. S., Melo, L. P. T. & Fialho, A. V. de M. (2014). Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia Em Estudo*, 19(1), 115–124. <https://doi.org/10.1590/1413-7372217650011>
- Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: Uma teoria explicativa de enfermagem*. Universidade de Lisboa.
- Martins, C. A., Abreu, W. J. C. P. & Figueiredo, M. do C. A. B. (2014). Tornar-se pai e mãe: um

- papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 121–131. <https://doi.org/10.12707/RIII1394>
- Martins, M. de F. da S. V. (2014). O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 1008–1012. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670621>
- May, C. & Fletcher, R. (2013). Preparing fathers for the transition to parenthood: Recommendations for the content of antenatal education. *Midwifery*, 29(5), 474–478. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.03.005>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (L. Springer Publishing Company, Ed.), Springer Publishing Company. New York. https://doi.org/10.1300/J018v25n03_05
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (L. W. & Wilkins, Ed.), *Journal of Neuroscience Nursing* (5th Editio, Vol. 18). Pennsylvania. <https://doi.org/10.1097/01376517-198606000-00012>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. A. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo, B. G. (2015). *A experiência subjectiva da gravidez: O papel da confiança interpessoal no par amoroso, da generatividade e da rejeição parental percebida*. Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Retrieved from estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/31805
- Mendes, I. M. M. D. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. (M. da P.-E. Lda, Ed.) (1.ª Edição). Coimbra.
- Mendes, M. J. (2014). *Participação dos Pais nos Cursos de Preparação para a Parentalidade: Contributo para o desempenho da paternidade*. Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém. Retrieved from [repositorio.ipsantarém.pt/bitstream/10400.15/1209/1/Participação dos pais nos Cursos de Preparação para a Parentalidade_ Maria João Mendes.pdf](http://repositorio.ipsantarém.pt/bitstream/10400.15/1209/1/Participação%20dos%20pais%20nos%20Cursos%20de%20Preparação%20para%20a%20Parentalidade_Maria%20João%20Mendes.pdf)
- Moura-Ramos, M. & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3(XXV), 399–413. Retrieved from www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n3/v25n3a07.pdf
- Neto, J. M. R., Marques, D. K. A., Fernandes, M. das G. M. & Nóbrega, M. M. L. (2016). Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 69(1), 174–181. Retrieved from www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100174&lng=pt&tlng=pt

- Neves, I. da C. M. M. (2012). *Preparação para Parto - Expectativas/Vivências de um grupo de mulheres*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9381
- Nogueira, C. C. S. (2016). *A mulher com risco de depressão pós-parto: Intervenção do enfermeiro de família*. Universidade de Aveiro - Escola Superior de Saúde de Aveiro. Retrieved from ria.ua.pt/handle/10773/17309
- Oliveira, R. M., Pereira, M. M., Feitosa, P. G., Lima, A. da S., Brito, Y. C. F., Leitão, I. M. T. de A. & Almeida, P. C. (2014). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: que dimensões se sobressaem? *Enfermagem Em Foco*, 5(3/4), 70–74. Retrieved from <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/562>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 126/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário Da República*, 35(2), 8660–8661. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_126_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudFamiliar.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Recomendações para a preparação para o nascimento. Retrieved from www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao_2-2012.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*. Retrieved from www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 367/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário Da República*, 2(124), 17384–17391. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/67626811>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Suíça. Retrieved from https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Pascual, C. P., Pinedo, I. A., Grandes, G., Cifuentes, M. E., Inda, I. G. & Gordon, J. P. (2016). Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Atencion Primaria*, 48(10), 657–664. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.004>
- Pedro, A. R., Amaral, O. & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pereira, A. R. de A. S. (2013). *Vivência da Gravidez e Importância Atribuída pelas Mães à Consulta de Enfermagem: Um Estudo de Caso numa Unidade de Saúde Familiar*.

- Universidade do Porto - Faculdade de Medicina. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72231/2/28826.pdf>
- Pereira, M. C. & Gradim, C. V. C. (2014). Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(265), 35–42. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v13i1.19572>
- Piteira, A. F. P. (2016). *A Enfermagem Comunitária na Transição para a Parentalidade - Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério*. Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. Retrieved from http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/18604/1/RELATORIO_FINAL_-_Andreia_Piteira.pdf
- Poh, H. L., Koh, S. S. L., Seow, H. C. L. & He, H.-G. (2014). First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: a descriptive qualitative study. *Midwifery*, 30(6), 779–87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.002>
- Pontinha, C. M. R. (2011). *Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde*. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/1672>
- Prati, L. E. & Koller, S. H. (2011). Relacionamento conjugal e transição para a coparentalidade: perspectiva da psicologia positiva. *Psicologia Clínica*, 23(1), 103–118. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652011000100007>
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica* (2ª Edição). Porto: Edições Afrontamento.
- Rocha, A. M. A. (2014). *Expectativas da Mulher Portuguesa e da Imigrante Relativas aos Profissionais e Sistema Nacional de Saúde, Durante a Gravidez, Parto e Pós-Parto*. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu. Retrieved from repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2561
- Rodrigues, M. de F. M. & Costa, M. de L. V. (2013). Enfermeiro de Família: que representação? *Revista de Ciências Da Saúde Da ESSCVP*, 5, 42–52. Retrieved from <http://oaji.net/articles/2014/746-1397055280.pdf>
- Rodrigues, S. M. C. (2016). *Determinantes e Vivências na Transição para a Parentalidade, em idade reprodutiva tardia, em mães pela primeira vez*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/100586/2/117286.pdf>
- Rodrigues, T. M. M., Vale, L. M. O. do, Leitão, R. A. R., Silva, R. M. O. da, Rocha, S. S. & Pedrosa, J. I. dos S. (2011). A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, 4(2), 21–26. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Santos, E. J. F. dos, Marcelino, L. M. M. dos S., Abrantes, L. C. B., Marques, C. F. F.,

- Correia, R. M. L., Coutinho, E. de C. & Azevedo, I. C. S. C. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 49, 153–171.
- Santos, I. M. G. B. (2011). *Empoderamento da Grávida*. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu. Retrieved from [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1492/1/SANTOS Ilda Maria Gil Barroca, Empoderamento da grávida durante a avigilância da gravidez.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1492/1/SANTOS%20Ilda%20Maria%20Gil%20Barroca,%20Empoderamento%20da%20grávida%20durante%20a%20avigilância%20da%20gravidez.pdf)
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. Ibrahim. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Silva, C. de S. (2012). *Transição para a Parentalidade: Necessidade de Cuidados de Enfermagem no Pós-parto Eutócico*. Escola Superior de Enfermagem do Portp. Retrieved from [comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9297/1/Versão Final.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9297/1/Versão%20Final.pdf)
- Silva, C. S. & Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 17–26. <https://doi.org/10.12707/RIII13143>
- Silva, D. N. (2014). *Empowerment da grávida: fatores de capacitação para a maternidade*. Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior da Saúde de Viseu. Retrieved from [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2556/1/SILVA%2C Daniela Neves - DissertMestrado.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2556/1/SILVA%20Daniela%20Neves%20-%20DissertMestrado.pdf)
- Smyth, S., Spence, D. & Murray, K. (2015). Does antenatal education prepare fathers for their role as birth partners and for parenthood? *British Journal of Midwifery*, 23(5), 336–342. <https://doi.org/10.12968/bjom.2015.23.5.336>
- SNS - Serviço Nacional de Saúde. (2018). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Retrieved April 13, 2018, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010191/Pages/default.aspx>
- Soares, H. M. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese Mestrado Hlia.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese%20Mestrado%20Hlia.pdf)
- Sockol, L. E., Epperson, C. N. & Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 17(3), 199–212. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0424-9>
- Sousa, R. A. (2013). *Promoção de Competências na Parentalidade - A criança/família em transição*. Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde. Retrieved from repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17731

- Souza, D. N. & Souza, F. N. (2016). Aplicação de software na investigação qualitativa. *Revista Gaúcha Da Enfermagem*, 37(3), 1–2. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.67901>
- Tavares, M. F. M. (2014). *Transição para a parentalidade e a saúde mental no puerpério: significados para a mulher em risco de Depressão Pós-Parto*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=35026
- Vieira, S. M., Bock, L. F., Zocche, D. A. & Pessota, C. U. (2011). Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto e Contexto Enfermagem*, 20, 255–262. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000200006>
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias - Um guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (Editora Roca, Ed.) (5.^a Edição). São Paulo.
- Zacarias, V. I. M. (2011). *A Arte da Enfermagem Comunitária na Transição para a Parentalidade*. Universidade Católica Portuguesa de Lisboa - Instituto de Ciência da Saúde. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9413/1/RELATORIO.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

| | |
|------------------------------------|--|
| PARCEIR FINAL: Favorável | DESPACHO: <i>H. Almeida</i> <i>30/10/2017</i> <i>Dr. João Afonso</i> |
|------------------------------------|--|

| | |
|-----------------|---|
| ASSUNTO: | <p>Estudo 79/2017 de 25/07/2017</p> <p><i>Estudo para a parentalidade</i></p> <p>Investigador principal: Miriam Miguel Andrade da Cunha Trindade (Enfermeira no Serviço de Obstetria no Centro Hospital do Baixo Vouga) Mestrada em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.</p> <p>Orientador: Prof. Dra. Marília Ruz (Univ. Aveiro) e co-orientação da Prof. Dra. Augusta Mata (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança)</p> |
|-----------------|---|

Tem como objectivos: Compreender, na vivência do(a) puérpera/casala, o papel do enfermeiro de família no apoio ao processo de transição para a parentalidade, durante as consultas de vigilância da gravidez.

O estudo será realizado com um grupo de puérperas/casala. A selecção será feita no decurso das consultas de vigilância da gravidez. A colheita de dados será feita através de entrevistas semi-estruturadas que, após consentimento informado, serão gravadas em formato áudio, para posterior análise. Cada entrevista é composta por duas partes: a 1ª parte referente à identificação e caracterização do participante e a 2ª referente às questões-chave (nomeadamente a descrição da experiência do participante relativamente ao papel de enfermeiro de família durante as consultas da gravidez; a congruência das intervenções do enfermeiro de família com o proposto no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.

O local de colheita de dados será o mais oportuno para os participantes, podendo ser no contexto da visita domiciliária ou num gabinete da USF.

CENTROS ENVOLVIDOS: USF Agueda + Saúde

Coimbra, 25 de Outubro de 2017

O relator:

João António Afonso Reis

O Presidente:

João Afonso

João Afonso

APÊNDICES

APÊNDICE I – Apresentação de Ação de Formação sobre "Avaliação Familiar"

AVALIAÇÃO FAMILIAR - Um Estudo de Caso -

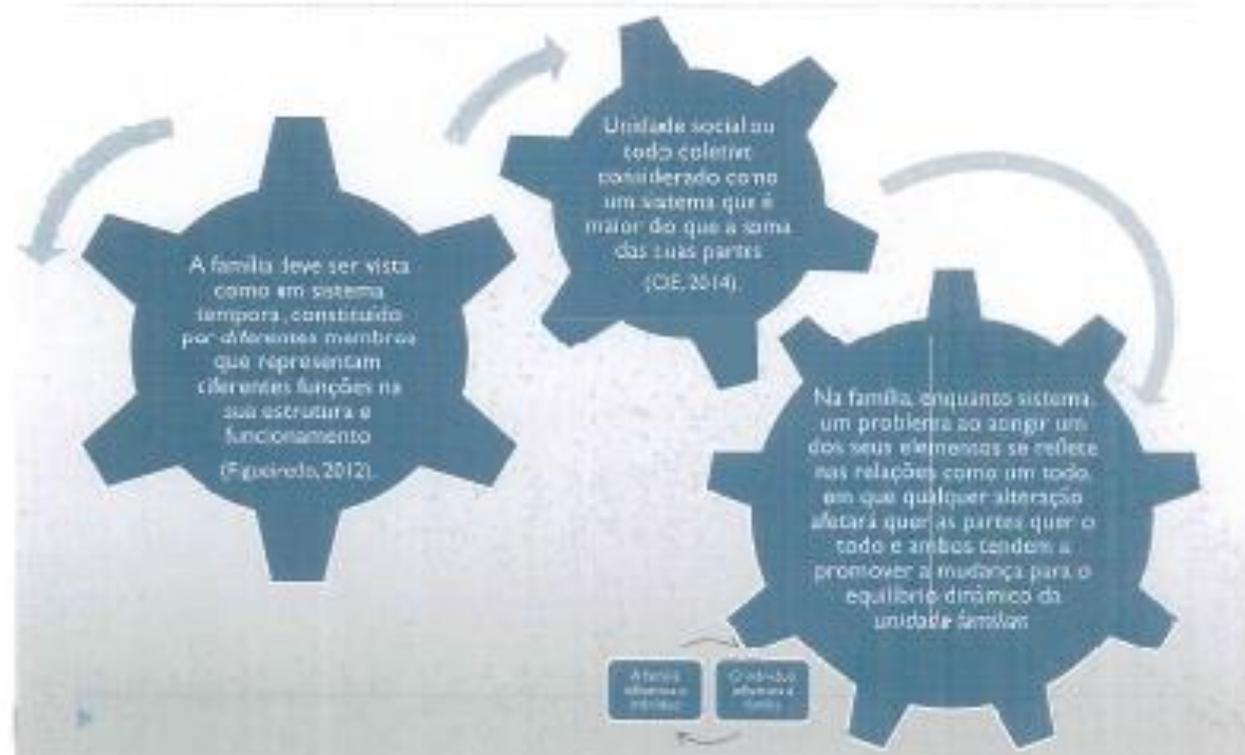
Miriam Trindade (n.º msc. 83480)
3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar
Janeiro, 2018

FAMÍLIA



| |
|---|
| <p>A Família tem vindo a sofrer significativas mudanças, ao longo do tempo, que conduzem a novas necessidades, forçando-a à (re)organização familiar.</p> |
| <p>"Refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico" (Hanson, 2005).</p> |
| <p>Grupo de seres vivos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados pela consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes pelo cliente (CIPE, 2014).</p> |
| <p>Não existindo família iguais, é preciso conhecer a sua história, os seus membros, os seus laços interpessoais e emocionais para que a abordagem terapêutica, junto da mesma, satisfaça na plenitude (quanto possível) todos os seus membros.</p> |
| |
| |

FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS



ENFERMEIRO DE FAMÍLIA (EF)



AVALIAÇÃO FAMILIAR

Permite ao EF compreender a família, promovendo o aumento da qualidade dos cuidados a prestar à mesma em todas as suas dimensões (estrutura, desenvolvimento e funcionamento), com ênfase no estilo colaborativo e capacitando a família na gestão do seu processo saúde-doença.

Requer a utilização de instrumentos de colheita de dados, sendo necessário escolher um modelo que sirva de guia para a gestão dos cuidados e que permita conhecer/avaliar a família na sua estrutura dinâmica, potenciando a intervenção do EF e facilitando a elaboração do processo de enfermagem à família.

A opção por um determinado modelo conceitual fundamenta as tomadas de decisão do EF, oferecendo uma estrutura organizada para o planeamento, intervenção e avaliação, consolidada nos pressupostos colaborativos e sistémicos que estão na base da intervenção familiar (Figueiredo, 2012).

AVALIAÇÃO FAMILIAR – Quando Fazer?

No início de uma relação terapêutica EF/Família, porque ajuda o EF a conhecer todos os membros da família no processo de cuidar da família.

Sempre que se identifique a necessidade de avaliação por alteração das "dinâmicas" da família.

Quando um dos membros procura rapidamente os cuidados de saúde, com um diagnóstico não específico.

Quando as crises são constantes e em causa orgânica, porque podem indicar casos de disfunção familiar / dificuldade de controlo da doença orgânica / problemas de comportamento / problemas conjugais.

Violação de admiração  causada por trauma ou crise familiar (evento na família, acidente grave, doença, etc.).

Doença relacionada com o estilo de vida e ao ambiente (doença hepática e alcoolismo, doença pulmonar e tabagismo, doença plástica e sexual).

Transição do ciclo de vida da família (a espera do primeiro filho, filhos na adolescência, neto velho, etc.).

Sempre que exista na família indicação para avaliação (impacto doença crónica de criança com cancro, fobias, outros).

Família com situações que podem alterar as relações entre os membros (abuso sexual, violência doméstica, outros).

AVALIAÇÃO FAMILIAR – Quando Fazer?

No início de uma relação terapêutica EF / Família, através desta o EF a conhecer todos os membros da família no processo de cuidar da família;

Sempre que se identifica a necessidade de avaliação por alteração das "dimensões" da família;

Quando um dos membros procura repetidamente os cuidados de saúde com sintomatologia não específica;

Quando os conflitos são constantes e sem causa orgânica porque podem indicar causas de disfunção familiar / dificuldade de controle da doença crónica / problemas de comportamento / problemas conjugais;

Violência de submissões discriminatórias por parte do grupo familiar (como as famílias, acidente grama, divórcio, etc.);

Doenças relacionadas com o estilo de vida e ao ambiente (doença hepática e alcoolismo, doença pulmonar e tabagismo, úlcera péptica e stress);

Transição do ciclo de vida da família (a espera do primeiro filho, filhos na adolescência, filho varão, etc.);

Sempre que exista na família motivação para avaliar o impacto doença crónica do criança com cancro fobias, outros;

Família com situações que podem alterar as relações entre os membros (abuso sexual, violência doméstica, outros).

Wright e Leakey (2002)

AVALIAÇÃO FAMILIAR MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

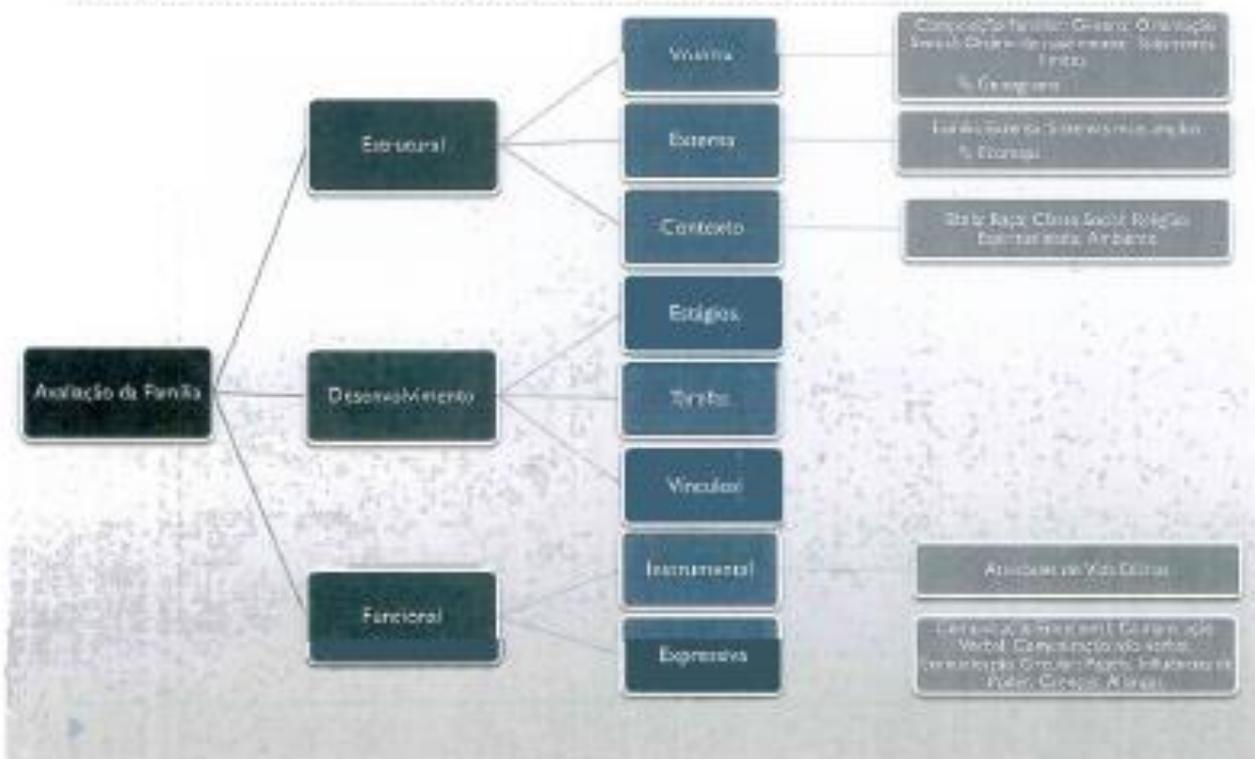
O Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) permite avaliar a organização familiar considerando o subsistema individual, o subsistema familiar e o suprassistema.
(Figueiredo e Martins, 2010)

Baseado numa perspectiva multidimensional da família, este modelo organiza-se na avaliação de três categorias/dimensões:

1. Estrutural,
2. Desenvolvimento,
3. Funcional.

Cada dimensão avalia diferentes categorias, que contém várias subcategorias, contudo nem em todas as famílias se faz a avaliação de todas as subcategorias.

AVALIAÇÃO FAMILIAR – MCAF

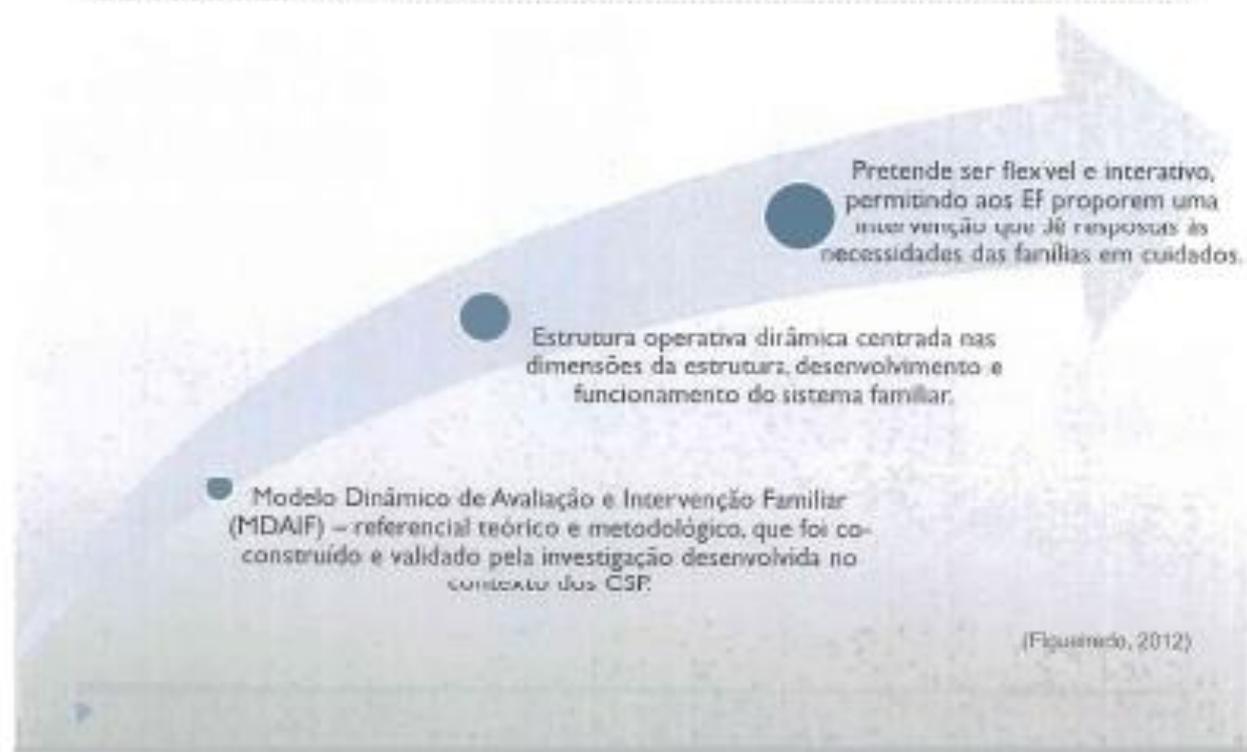


AVALIAÇÃO FAMILIAR – MCAF

- No contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a adoção deste modelo é indicada como benéfica à promoção da interação com as famílias e ao melhor planeamento dos cuidados (Figueredo e Martins, 2010).
- A avaliação familiar baseia-se na experiência pessoal e profissional do EF e nas crenças e relacionamentos dos indivíduos envolvidos.
- "Ela não deve ser considerada como verdade sobre a família, mas ao contrário como uma perspetiva em um ponto específico no tempo" (Wright e Leahy, 2002).
- O Modelo de Calgary de Intervenção Familiar visa intervir nos domínios de funcionamento familiar ao nível:
 - Cognitivo – ajuda a família a mudar a sua perceção e capacidade de resolução dos problemas de saúde;
 - Afetivo – ajuda a reduzir ou aumentar as emoções que estejam a bloquear a capacidade da família para a resolução dos problemas de saúde;
 - Comportamental – ajuda os membros da família a interagir e a comportar-se de modo diferente em relação uns aos outros.

AVALIAÇÃO FAMILIAR

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

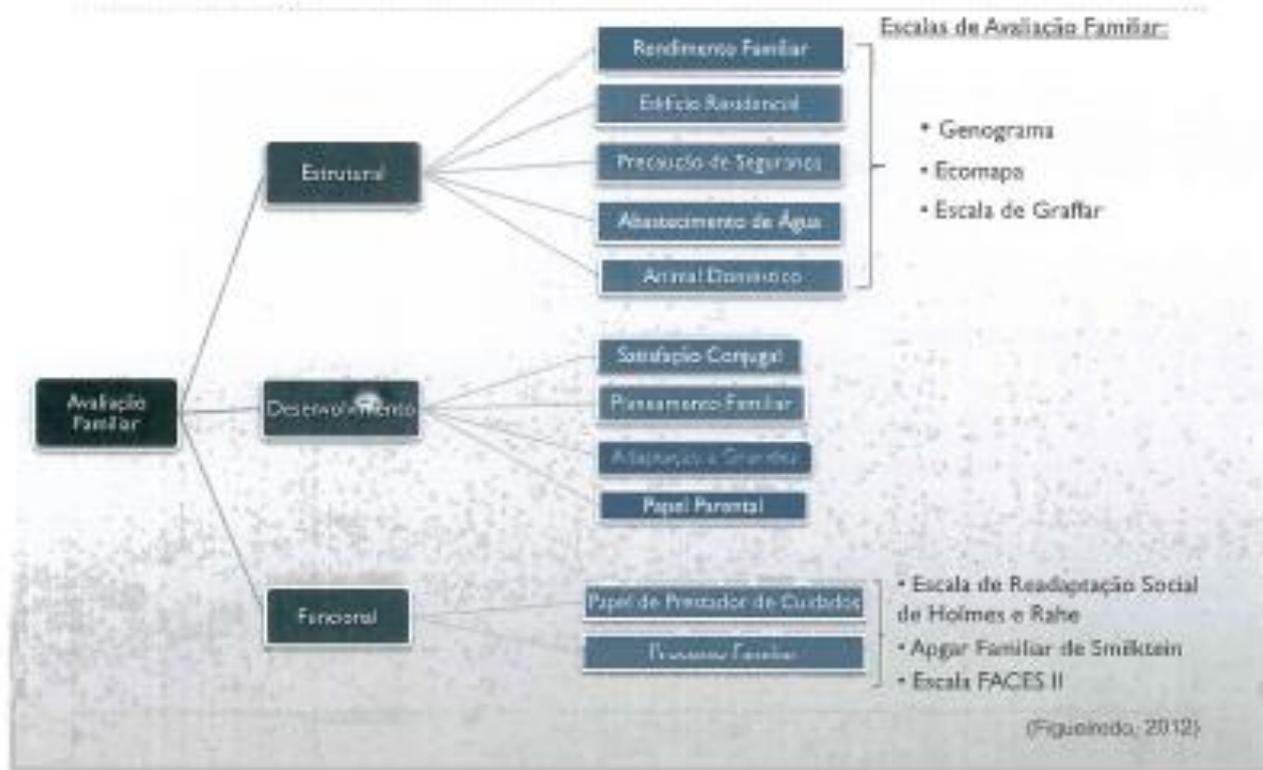


AVALIAÇÃO FAMILIAR – MDAIF

- ▶ O MDAIF particulariza três dimensões de avaliação da família:
 - ▶ **Avaliação Estrutural** – incide na estrutura da família e o contexto ambiental;
 - ▶ **Avaliação de Desenvolvimento** – entendimento dos fenómenos relacionados ao desenvolvimento da família numa abordagem processual e contextual;
 - ▶ **Avaliação Funcional** – refere-se aos padrões de interação familiar, que possibilitam o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema numa perspetiva co-evolutiva que admite a sua continuidade.

(Figueiredo, 2009)

AVALIAÇÃO FAMILIAR – MDAIF



APLICAÇÃO DA MATRIZ OPERATIVA DO MDAIF ESTUDO DE CASO

▶ FAMÍLIA: Maria + Manuel + Rui

- ▶ Manuel, solteiro, nascido em 11.1977, com o 12.º ano de escolaridade. Trabalhador por conta de outrem (comercial), com horário flexível. Fumador, com antecedentes patológicos de neoplasia dos testículos com cirurgia e tratamento de quimioterapia em 2007.
- ▶ Maria, divorciada, nascida em 06.1977, tem o 12.º ano de escolaridade. Lojista, a trabalhar por turnos num centro comercial. Fumadora e tem antecedentes de ansiedade (medicada de forma intermitente).
- ▶ Em 2008 iniciam uma união de fato e decidem contrair um empréstimo imobiliário, comprando um apartamento na zona urbana do centro da cidade de Águeda.

ESTUDO DE CASO

- ▶ Em 2009, decidindo constituir família e após várias tentativas de engravidar, recorrem a consultas de tratamento de infertilidade na Maternidade Daniel de Matos em Coimbra, tendo nascido Rui em 01.2015.
- ▶ Após o nascimento de Rui, por Manuel se encontrar inscrito na USF Águeda + Saúde, a família recorre a esta unidade de saúde e decide juntar o agregado familiar para futura vigilância.
- ▶ Rui foi intervencionado a hérnia inguinal à esquerda no Hospital Pediátrico de Coimbra aos 6 meses de idade.
- ▶ Nas consultas de vigilância em saúde infantil, até aos 18 meses de idade, Rui apresentava um desenvolvimento infantil dentro dos padrões normais de crescimento (P50).

ESTUDO DE CASO

- ▶ Dados da consulta dos 18 meses: Alimentação diversificada. Não frequenta infantário. Ainda não anda. Diz poucas palavras. "Está em casa com os avós que são super protetores. Falta-lhe estímulo" (sic). Decidido em conjunto com a equipe de saúde o seguinte plano: iniciar infantário em setembro e iniciar desmame da fralda e chupeta.
- ▶ Após a entrada no infantário, 20 meses de idade, Rui apresenta melhoria ao nível do desenvolvimento motor, mas aquando da avaliação intercalar realizada pela educadora, ao nível cognitivo ele ainda apresenta algum atraso ao nível da fala e diminuição da concentração, tendo sido sugerida a realização de um rastreio auditivo.
- ▶ Maria começou a notar que Rui, a maior parte das vezes, não olhava quando era chamado pelo nome. Por outro lado, gostava especialmente de brincar com carros e bolas, mas brincava de forma repetitiva, não atribuindo significado aos objetos, "acira os objetos e volta a spanhá-los, repetindo este comportamento vezes sem conta" (sic). Rui não fala ou esporadicamente apenas diz algo parecido com "mamã" (sic).

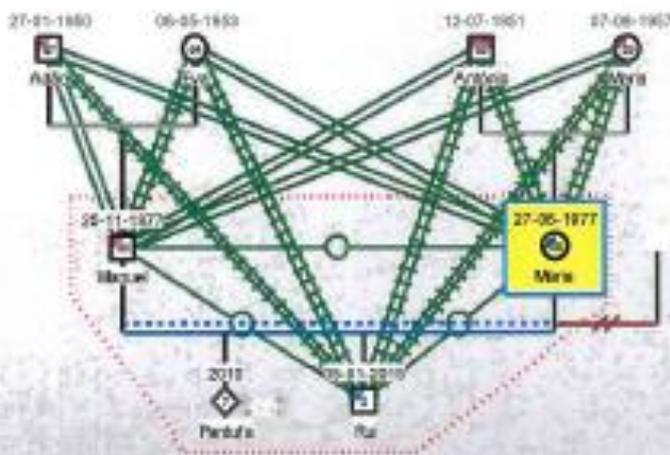
ESTUDO DE CASO

- ▶ Maria por iniciativa própria, em concordância com Manuel, decide levar Rui a uma clínica privada em Aveiro, para observação e avaliação psicológica.
- ▶ Posteriormente decide em colaboração com o infantiário realizar apoio psicológico e referenciar para o acompanhamento em regime de Intervenção Precoce.
- ▶ Maria trouxe relatório de avaliação psicológica da clínica privada referindo que Rui apresenta critérios para diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo.
- ▶ Neste âmbito, procura a USF a pedir apoio para avaliação e acompanhamento em consultas de pediatria de desenvolvimento no sistema de saúde público, por ser dispendioso ao nível privado.
- ▶ É neste momento que a USF se depara com esta situação e percebe que Maria se encontra "sozinha" a lutar pela saúde e bem estar do seu filho, visto Manuel não querer participar neste processo referindo que o seu filho apenas apresenta um desenvolvimento intelectual e cognitivo "talvez um pouco menos desenvolvido que os outros meninos da sua idade e que é apenas uma situação passageira" (sic).

MDAIF – Dimensão Estrutural

▶ COMPOSIÇÃO FAMILIAR

▶ Genograma



LEGENDA

- Pessoa identificada
- Homem
- Mulher
- ◇ Análise de Estimação
- ⊖ Hipertensão Arterial
- ⊞ Autismo
- ⊞ Diabetes
- ⊞ Hipertensão Arterial / Diabetes Mellitus tipo II
- ⊞ Depressão
- União de Fato
- Relação de Amizade / Próxima
- ▨ Relação Muito Íntima
- Relação de Amor
- Casamento
- Divórcio

MDAIF – Dimensão Estrutural

▶ TIPO DE FAMÍLIA

- ▶ Família Nuclear ■

▶ FAMÍLIA EXTENSA

- ▶ Tipo de Contato
 - ▶ Pessoal ■
 - ▶ Telefónico ■
- ▶ Intensidade de Contato
 - ▶ Diário ■ Especificar: família do Manuel (sogra e sogro)
 - ▶ Semanal ■ Especificar: família progenitora (mãe e pai)
- ▶ Função da Relações
 - ▶ Companhia Social ■
 - ▶ Apoio Emocional ■
 - ▶ Guia cognitivo e conselhos ■

MDAIF – Dimensão Estrutural

▶ SISTEMAS MAIS AMPLOS

▶ Ecomapa



MDAIF – Dimensão Estrutural

CLASSE SOCIAL

- Escala de Graffar Adaptada: Família no grau 3 = classe média

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

- Barras Arquitetónicas: Não
- Aquecimento: Sim
- Tipo de aquecimento:
 - Aquecedor Elétrico
 - Outro Responder de Calor a pellets
- Abastecimento de gás: Sim
 - Tipo de abastecimento de gás:
 - Gás canalizado
- Higiene da Habitação: Sim

SISTEMA DE ABASTECIMENTO

- Abastecimento de água:
 - Rede pública
- Serviço de tratamento de resíduos:
 - Rede pública

AMBIENTE BIOLÓGICO

- Animal Doméstico:
 - Sim
 - Qual: gato
- Variação: Sim
- Desperdiço: Sim
- Observação: Animal variado que habita dentro da habitação e pertence a maior parte do tempo ao exterior e não é criado

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

| N.º FAMÍLIA | PROFISSÃO | EDUCAÇÃO | ORDEM DO RECREIO FAMILIAR | TIPO DE HABITAÇÃO | LOCAL DE RESIDÊNCIA | FORMAÇÃO | | | POSIÇÃO SOCIAL |
|-------------|---|--|--|---|--|---|---|---|---|
| | | | | | | alt. nível | alt. base | alt. base | |
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> Profissões e ocupações: <ul style="list-style-type: none"> Profissão de nível médio superior ou técnico (1.ª ou 2.ª categoria) Profissão Universitária (com licenciatura) Engenheiro(a) ou Arquiteta Profissão de nível de 1.ª ou 2.ª categoria superior | <ul style="list-style-type: none"> Ensino secundário Ensino superior | <ul style="list-style-type: none"> 1.º ou 2.º ordenamento familiar | <ul style="list-style-type: none"> Casa de nível superior, isolada e/ou no núcleo de habitação | <ul style="list-style-type: none"> Cidade ou vila | <ul style="list-style-type: none"> alt. nível: 5 alt. base: 4 | <ul style="list-style-type: none"> alt. base: 5 | <ul style="list-style-type: none"> alt. base: 3 | <ul style="list-style-type: none"> CLASSE ALTA |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> Profissões e ocupações: <ul style="list-style-type: none"> Profissão Universitária (com licenciatura) Engenheiro(a) ou Arquiteta Profissão de nível de 1.ª ou 2.ª categoria superior Profissão de nível de 1.ª ou 2.ª categoria superior Profissão Universitária (com licenciatura) | <ul style="list-style-type: none"> Ensino secundário Ensino superior | <ul style="list-style-type: none"> 3.º ou 4.º ordenamento familiar | <ul style="list-style-type: none"> Casa de nível superior, isolada e/ou no núcleo de habitação | <ul style="list-style-type: none"> Cidade ou vila | <ul style="list-style-type: none"> alt. nível: 12 alt. base: 4 | <ul style="list-style-type: none"> alt. base: 5 | <ul style="list-style-type: none"> alt. base: 6 | <ul style="list-style-type: none"> CLASSE MÉDIA ALTA |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> Profissões e ocupações: <ul style="list-style-type: none"> Profissão Universitária (com licenciatura) Engenheiro(a) ou Arquiteta Profissão de nível de 1.ª ou 2.ª categoria superior Profissão de nível de 1.ª ou 2.ª categoria superior Profissão Universitária (com licenciatura) | <ul style="list-style-type: none"> Ensino secundário Ensino superior | <ul style="list-style-type: none"> 5.º ou 6.º ordenamento familiar | <ul style="list-style-type: none"> Casa de nível médio superior, isolada e/ou no núcleo de habitação | <ul style="list-style-type: none"> Cidade ou vila | <ul style="list-style-type: none"> alt. nível: 12 alt. base: 11 | <ul style="list-style-type: none"> alt. base: 11 | <ul style="list-style-type: none"> alt. base: 8 | <ul style="list-style-type: none"> CLASSE MÉDIA ALTA |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> Profissões e ocupações: <ul style="list-style-type: none"> Profissão Universitária (com licenciatura) Engenheiro(a) ou Arquiteta Profissão de nível de 1.ª ou 2.ª categoria superior Profissão de nível de 1.ª ou 2.ª categoria superior Profissão Universitária (com licenciatura) | <ul style="list-style-type: none"> Ensino secundário Ensino superior | <ul style="list-style-type: none"> 7.º ou 8.º ordenamento familiar | <ul style="list-style-type: none"> Casa de nível médio superior, isolada e/ou no núcleo de habitação | <ul style="list-style-type: none"> Cidade ou vila | <ul style="list-style-type: none"> alt. nível: 12 alt. base: 4 | <ul style="list-style-type: none"> alt. base: 4 | <ul style="list-style-type: none"> alt. base: 12 | <ul style="list-style-type: none"> CLASSE MÉDIA ALTA |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> Profissões e ocupações: <ul style="list-style-type: none"> Profissão Universitária (com licenciatura) Engenheiro(a) ou Arquiteta Profissão de nível de 1.ª ou 2.ª categoria superior Profissão de nível de 1.ª ou 2.ª categoria superior Profissão Universitária (com licenciatura) | <ul style="list-style-type: none"> Ensino secundário Ensino superior | <ul style="list-style-type: none"> 9.º ou 10.º ordenamento familiar | <ul style="list-style-type: none"> Casa de nível médio superior, isolada e/ou no núcleo de habitação | <ul style="list-style-type: none"> Cidade ou vila | <ul style="list-style-type: none"> alt. nível: 12 alt. base: 11 | <ul style="list-style-type: none"> alt. base: 11 | <ul style="list-style-type: none"> alt. base: 12 | <ul style="list-style-type: none"> CLASSE MÉDIA ALTA |

Fonte: Graffar, "Um Método de Avaliação Social e Estrutural da População", Lisboa, 1974, pp. 11-12. Adaptado de: MDAIF, pp. 100-101. Revisado em 1982 e atualizado em 2007 pelo Dr. Dr. J. Gonçalves.

MDAIF – Dimensão Desenvolvimento

1. Etapa do Ciclo Vital Familiar

- 1. Família com filhos pequenos ■

2. SATISFAÇÃO CONJUGAL

2.1. Relação Dinâmica

- 1. Satisfação do casal sobre divisão / partilha das tarefas domésticas Sim ■
- 2. Satisfação do casal com o tempo que estão juntos Não ■
 - 2.1. Se **Não** especificar: A Maria refere que se deve ao fato de trabalhar por turnos.
- 3. Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos Não ■

Se **Não** especificar: Maria refere que Manuel é uma pessoa que demonstra pouco os seus sentimentos e emoções e, neste momento, com o diagnóstico da doença do filho ainda acentua mais a não expressão de sentimentos afetivos.

2.2. Comunicação

- 1. O casal conversa sobre as expectativas e recatos de cada um Sim ■
- 2. O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião Sim ■
- 3. Satisfação com o padrão de comunicação do casal Sim ■

2.3. Interação Sexual

- 1. Satisfação do casal com o padrão de sexualidade Não ■
 - 1.1. Se **Não** especificar: Maria refere que a presença do filho a dormir no quarto do casal prejudica o pouco tempo disponível para se trabalhar por turnos e por se encontrar "cansada e com pouca cabeça para isto" (p.4)
- 2. Conhecimento do casal sobre sexualidade Sim ■

2.4. Função Sexual

- 1. Defeções Sexuais Não ■
- 2. Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das defeções sexuais Sim ■

MDAIF – Dimensão Desenvolvimento

1. PLANEAMENTO FAMILIAR

1.1. Fertilidade

- 1. O casal pretende ter filhos/ mais filhos Não ■
- 2. Alterações de fertilidade do casal Sim ■
 - 2.1. Se **Sim** especificar: Manuel com anastomose de reopere central e história de infertilidade.
- 3. Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial Sim ■
- 4. Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade Sim ■

1.2. Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional

- 1. Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional Sim ■
- 2. Conhecimento do casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez Sim ■

1.3. Uso de contraceptivos Não ■

Motivo

Outro Motivo ■

Especificar: Infertilidade masculina.

- 1. Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos Sim ■
- 2. Conhecimento do casal sobre utilização de emergência Sim ■
- 3. Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivo Sim ■

1.4. Conhecimento sobre Reprodução

- 1. Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher Sim ■
- 2. Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino Sim ■
- 3. Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino Sim ■
- 4. Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez Sim ■
- 5. Conhecimento do casal sobre acompanhamento adequado das grávidas Sim ■
- 6. Conhecimento do casal sobre desvantagens de grávidas não diagnosticadas ou não planeada Sim ■

MDAIF – Dimensão Desenvolvimento

PAPEL PARENTAL

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

Conhecimento do papel (de recém-nascido à infância escolar)

- | | |
|--|-------|
| Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança | Sim ■ |
| Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequados à criança | Sim ■ |
| Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/reposição adequado à criança | Sim ■ |
| Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança | Sim ■ |
| Conhecimentos dos pais sobre padrão e higiene oral adequado à criança | Sim ■ |
| Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes | Sim ■ |
| Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária | Sim ■ |
| Conhecimentos dos pais sobre padrão de exercício adequados à criança | Sim ■ |
| Conhecimentos dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança | Sim ■ |
| Conhecimentos dos pais sobre prevenção de acidentes | Sim ■ |
| Conhecimentos dos pais sobre vigilância de socialização | Sim ■ |
| Conhecimentos dos pais sobre socialização | Sim ■ |
| Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil | Sim ■ |
| Conhecimentos dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicológico e social | Sim ■ |
| Conhecimentos dos pais sobre a importância de regras estruturadas | Sim ■ |

MDAIF – Dimensão Desenvolvimento

Comportamentos de adesão

- | | |
|--|-------|
| Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança | Sim ■ |
| Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança | Sim ■ |
| Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança | Sim ■ |
| Os pais promovem uma higiene adequada à criança | Sim ■ |
| Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança | Sim ■ |
| Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequado à criança | Sim ■ |
| Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança | Sim ■ |
| Os pais promovem a socialização da criança | Sim ■ |
| Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança | Sim ■ |
| Os pais definem regras entre os subsistemas | Sim ■ |
| Os pais interagem positivamente com a criança | Sim ■ |

Consenso do Papel Sim ■

Conflito do Papel Não ■

Saturação do Papel Não ■

MDAIF – Dimensão Funcional

1. COPING FAMILIAR

1.1. Soluções de Problemas

- Quem na família expressa mais os sentimentos: Ambos (Marta e Manuel)
- Quem tem a iniciativa para os resolver: Ambos (Marta e Manuel)
- Existe discussão sobre os problemas na família Sim
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas Sim
- A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas Sim
- Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas Sim

1.2. PAPEIS FAMILIARES

1.2.1. Interação de Papéis Familiares

1.2.1.1. Papel de Provedor

- Quem desempenha: Ambos (Marta e Manuel)
- Consenso do Papel Sim
- Conflitos do Papel Não
- Satenação do Papel Não

1.2.1.2. Papel de Gestão Financeira

- Quem desempenha: Ambos (Marta e Manuel)
- Consenso do Papel Sim
- Conflitos do Papel Não
- Satenação do Papel Não

1.2.1.3. Papel de Cuidado Doméstico

- Quem desempenha: Ambos (Marta e Manuel)
- Consenso do Papel Sim
- Conflitos do Papel Não
- Satenação do Papel Não

MDAIF – Dimensão Funcional

1.3. Papel Recreativo

- Quem desempenha: Marta
- Consenso do Papel Sim
- Conflitos do Papel Não
- Satenação do Papel Não

1.4. Papel de Parente

- Quem desempenha: Ambos (Marta e Manuel)
- Consenso do Papel Sim
- Conflitos do Papel Não
- Satenação do Papel Não

2. RELAÇÃO DINÂMICA

2.1. Influência e Poder

- Membro com maior poder na família: Ambos (Marta e Manuel)
- Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros Sim

2.2. Alianças e Uniões

- Existem na família alianças entre alguns dos seus membros Sim
- Se Sim especificar: Marta e seu pai; Manuel e sua mãe.
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família mantém as suas uniões Sim

MDAIF – Dimensão Funcional

• Coesão e Adaptabilidade da Família

• FACES II

- Coesão Ligada (Score 63) ■
- Adaptabilidade Muito Flexível (Score 55) ■
- Tipo de Família Equilibrada (Score 6) ■

Score:

Coesão:

Desintegrada 0
Esquiva 1
Ligada (63) ■
Muito Ligada 4

Adaptabilidade:

Rígida 0
Controlada 1
Flexível 2
Muito Flexível 3
Difícil 4

Tipo de Família:

Muito Equilibrada 0
Equilibrada (6) ■
Muito Desajustada 1
Desajustada 2

• Funcionalidade da Família – percepção dos membros

• APGAR Familiar de Smilkstein

• Família altamente funcional (Score 8) ■

- Pela interpretação das escalas utilizadas, a família estudada enquadrar-se numa família ligada, quanto ao nível de coesão, e muito flexível, quanto à sua adaptabilidade, o que potencia a capacidade da família em se desenvolver face aos problemas que se vai deparando e ultrapassando. Desta forma, esta família torna-se (moderadamente) equilibrada e altamente funcional. Depreende-se, assim, que esta família terá a capacidade de ultrapassar as crises, desenvolvendo estratégias funcionais para a mudança na tentativa de manter a estabilidade familiar quanto ao seu funcionamento estrutural, desenvolvimental e funcional.

• Crenças Familiares:

Religiões: Católicas

Valores: União familiar

Crenças sobre a intervenção dos profissionais de saúde: Refere que os profissionais de saúde são indispensáveis no acompanhamento e apoio técnico e emocional nesta fase da sua vida familiar (diagnóstico da doença do seu filho).

APGAR Familiar de Smilkstein

| APGAR | Quase Sempre | Algumas Vezes | Quase Nunca |
|---|--------------|---------------|-------------|
| | (2 pontos) | (1 ponto) | (0 pontos) |
| 1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa. | X | | |
| 2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha estratégias a solução do problema. | X | | |
| 3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de executar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida. | X | | |
| 4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua aflição e ouje aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor. | X | | |
| 5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família. | | | X |
| TOTAL: | | 8 | |

Avaliação Final Score:

7 a 10 – Família altamente funcional

4 a 6 – Família com moderada disfunção

0 a 3 – Família com acentuada disfunção

DOS DIAGNÓSTICOS À INTERVENÇÃO FAMILIAR

| | | | |
|------------------------------|--|---------------------|--|
| DSM-5 | Satisfação Conjugal | | |
| ICD-10 | F50.9 | | |
| CRITÉRIO DIAGNÓSTICO | Estado de ânimo deprimido | | |
| Interações | <p>Dados de caracterização (item de avaliação por área de atuação – Ver Avaliação familiar)</p> | <p>RUÍ</p> | <p>Críticas diagnósticas</p> |
| Relação Dinâmica | <p>1. Satisfação do casal com o tempo que estão juntos</p> <p>2. Satisfação do casal com a forma como cada um responde às emoções</p> | <p>Deficiente</p> | <p>Relação Dinâmica Disfuncional se em dois itens de "Dados de caracterização" se classificar em "BASTA" – Maria identifica melhor suas "BASTA"</p> |
| Satisfação Sexual | <p>1. Satisfação do casal com o padrão de intimidade</p> | <p>Não Adequada</p> | <p>Interação Sexual Não Adequada se item 1 Não-Resposta de Maria "BASTA" neste item</p> |
| Objetivos | Intervenções Específicas | | |
| Satisfação conjugal do casal | <ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções - Promover rituais familiares - Motivar para atividades recreativas - Orientar para terapia familiar - Orientar para serviços (psicologia) | | |

REFLEXÃO

- ▶ Da avaliação sistémica da família, a partir da perspectiva de Maria, nas suas três dimensões estrutural, funcional e desenvolvimento, identificou-se uma disfunção ao nível da dimensão do desenvolvimento, no foco da satisfação conjugal, carecendo de intervenções de enfermagem.
- ▶ A satisfação sexual encontra-se não mantida por se verificar disfunção ao nível da relação dinâmica e uma interação sexual não adequada.
- ▶ Este facto deve-se-á ao cansaço de Maria por trabalhar por turnos, à dedicação quase total do seu tempo livre ao seu filho Rui e por este se encontrar a dormir no seu quarto, dificultando o "espaço conjugal" do casal, podendo existir (a longo prazo) a necessidade de orientar o casal para terapia familiar.

Por outro lado, por Manuel não ser uma pessoa que exprima facilmente os seus sentimentos, seria oportuno facilitar e promover a comunicação expressiva de sentimentos, planeando rituais familiares e motivando atividades em conjunto, de forma a melhorar a expressão das suas emoções.

REFLEXÃO

- ▶ A aplicabilidade deste modelo tem como objetivo a mudança dos juízos diagnósticos pré-estabelecidos não eficaz, não demonstrado ou disfuncional para eficaz demonstrado ou funcional, de forma a obter-se melhor saúde e subsequentemente "ganhos em saúde".
- ▶ Neste caso, o EF terá um papel muito relevante no apoio ao processo de transição situacional, relacionada com o diagnóstico de doença de Rui e deverá avaliar a família periodicamente, de forma a garantir a melhoria da satisfação conjugal, procurando promover a dinâmica familiar e, por considerar, ao nível individual que o Manuel se encontra a fazer a negação ao diagnóstico do seu filho, ao não aceitá-lo, referindo que é apenas uma fase, que "Rui é uma criança com um desenvolvimento diferente dos outros, mas pode ser uma fase passageira", segundo comenta Maria.
- ▶ De forma a verificar a adaptação de Manuel ao problema de saúde de Rui, face às limitações de cognição e alteração de comportamentos do seu filho a longo prazo, o enfermeiro de família terá que "sinalizar" e atender esta situação, facilitando o acesso a outros profissionais de saúde da sua unidade e/ou orientando para serviços de apoio à comunidade, tais como psicólogo e/ou terapeuta familiar, se necessário, no intuito de preservar a saúde familiar, como um todo.

APLICABILIDADE SCLINIC

The screenshot displays the SCLINIC software interface. At the top, there is a navigation bar with the text "História Clínica de: [Nome do Paciente] - [Data de Nascimento]". Below this, the patient's name and date of birth are visible. The main area is divided into several sections:

- Identificação do caso:** Includes fields for Name, Address, and Date of Birth.
- Resumo:** A summary section with a "Resumo Clínico" button.
- Área lateral esquerda:** A vertical menu with icons for various clinical areas such as "Anamnése", "Exame físico", "Exames laboratoriais", "Exames de imagem", "Terapia", "Educação", "Avaliação", "Intervenção", "Monitorização", "Prevenção", "Educação", "Avaliação", "Intervenção", "Monitorização", "Prevenção".
- Área central:** A table titled "Membros da Família" with columns for Name, Sex, Age, Relationship, and Date of Birth. The table contains three rows of data.
- Área inferior:** A section titled "Processos Familiares" with sub-sections for "Tipo de avaliação", "Avaliação", "ACM", and "MODO DE LANCAMENTO DE EXERCÍCIOS DE AVALIAÇÃO". Each sub-section contains a list of checkboxes and text boxes for data entry.

APLICABILIDADE SCLINIC

The screenshot displays the SCLINIC application interface for a patient record. The patient's name is redacted. The record is titled "Processo Familiar - Clonidine". A table lists various clinical findings under the heading "Processo Familiar - Clonidine".

| Problema | Sintomas | Principais Achados | Tipos de Exatidão | Local Exatidão |
|--|---|--------------------|-------------------|------------------|
| Síndrome hipertensiva com sintomas de crise de hipertensão (pressão arterial sistólica > 180 mmHg e/ou diastólica > 120 mmHg). | Desorientação Incontinência urinária | Prescrita | Assimétrica | Muito específica |
| Níveis elevados de creatinina e alterações de função renal (taxa de filtração glomerular reduzida). | Audição Cansaço | Muito específicos | Assimétrica | Muito específica |
| Presença de sintomas neurológicos (tonturas, náuseas, vômitos). | Dor de cabeça | Definitiva | Assimétrica | Uma única |
| Presença de sintomas cardíacos (taquicardia, síncope). | Respiração irregular regulação de | Definitiva | Assimétrica | Muito específica |
| História de hipertensão. | História de hipertensão regulação de | Definitiva | Assimétrica | Muito específica |

APLICABILIDADE SCLINIC

The screenshot displays the SCLINIC application interface for a patient record. The patient's name is redacted. The record is titled "Processo Familiar - Clonidine". A list of clinical findings is shown under the heading "Processo Familiar - Clonidine".

- Crise hipertensiva com sintomas de hipertensão de urgência.
- Síndrome hipertensiva com sintomas de crise de hipertensão (pressão arterial sistólica > 180 mmHg e/ou diastólica > 120 mmHg).
- Níveis elevados de creatinina e alterações de função renal (taxa de filtração glomerular reduzida).
- Presença de sintomas neurológicos (tonturas, náuseas, vômitos).
- Presença de sintomas cardíacos (taquicardia, síncope).
- História de hipertensão.

Below the list, there is a section titled "Processo Familiar - Tipo de Família" with the following findings:

- Solteiro - Não é divorciado.
- Parental - Não tem filhos.
- Widow - Não tem filhos.
- Divorced - Não tem filhos.
- Subst - Não tem filhos.

CONCLUSÃO

- ▶ É evidente o papel do EF por ser o profissional de saúde mais próximo e mais competente para avaliar e assistir a família.
- ▶ Como seu parceiro, o EF deve apostar na promoção de mudanças e comportamentos e no empowerment, da família.
- ▶ Deve envolver proativamente a família na procura de soluções para os seus problemas, crises e conflitos, no planeamento e na execução das intervenções do cuidar, mobilizando os seus recursos e potencialidades, de forma a (re)estabelecer a homeostasia familiar, em todo o seu ciclo vital.
- ▶ Fica a lucidez que o EF deverá sempre ser sensível ao que observa independentemente do resultado obtido após a avaliação e aplicação dos diferentes modelos de avaliação familiar. Poderão existir sempre potenciais problemas que os modelos não antevêm e que o profissional terá que ser omnisciente da sua existência, de forma a promover a homeostasia e saúde familiar, quer coletivamente quer individualmente.

BIBLIOGRAFIA

- ▶ Conselho Internacional de Enfermeiros. (2014). CPEB Versão 2011 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Retrieved from https://members.ordem.enfermeiros.pt/Downloads/Documents/CPEB_VFinal_BaixaResolucao_Proteg.pdf
- ▶ Figueiredo, M. H. (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 Do Escólio de Enfermagem Da Universidade de São Paulo*, 43(3), 415-421. Retrieved from <http://www.scielo.br/pd/revuep/v43n3/a17v43n3.pdf>
- ▶ Figueiredo, M., & Martins, M. (2010). Avaliação familiar: Do modelo de Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Revista Ciência, Cuidado E Saúde*, 9(3), 552-559. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidade.v9i3.12559>
- ▶ Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidado de Saúde à Família Teoria, Prática e Investigação* (Segunda Ed.). Loures: Lusociência.
- ▶ Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 126/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário Da República*, 25(2), 8660-8661. Retrieved from http://www.ordem.enfermeiros.pt/legislacao/Documentos/Legislacao/OER/Regulamento_126_2011_CompetenciasEspecificasSaudeFamiliar.pdf
- ▶ Ordem dos Enfermeiros. (2014). Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. *Diário Da República*, 146(1), 4069-4071.
- ▶ Sabat, C. (1999). O enfermeiro de Família. *Revista Sinais Vivos*, 25(1), 21-24.
- ▶ Wright, L.M., & Loebay, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (3.ª ed.). São Paulo: Roca.

APÊNDICE II – Caracterização Sociodemográfica e Clínica das Participantes

Caraterização Sociodemográfica e Clínica das Participantes

| Iniciais Nome | Idade | Estado Civil | Habilitação literária | Profissão | Posição Social (Graffar) | Paridade | Idade dos filhos | IG 1. ^a CVG | N.º CVG | IG Parto | Tipo de Parto | Adito ao EF |
|---------------|-------|----------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|----------|------------------|------------------------|---------|----------|---------------|-------------|
| NP | 38A | União de facto | 12.º A | Operária fabril | Média | III | 17A 6A 11d | 5s | 7 | 40s+2d | E | 8A |
| AO | 34A | Casada | Licenciatura | Chefe de projeto | Média Alta | I | 13d | 7s+2d | 7 | 39s+4d | E | 3A |
| OF | 33A | Casada | Licenciatura | Engenheira industrial | Média Alta | II | 6A 9d | 5s+4d | 6 | 40s+3d | E | 7/8A |
| MA | 35A | União de facto | Curso técnico | Cabeleireira | Média Alta | II | 7A 15d | 7s+2d | 7 | 39s+1d | CSA + V | 6A |
| RJ | 33A | Casada | 12.º A | Operária fabril | Média | I | 13d | 8s+6d | 7 | 39s | E | 2/3A |
| AL | 38A | União de facto | 9.º A | Desempregada | Média Baixa | III | 17A 13A 9d | 8s+6d | 6 | 40s+2d | V | 18A |
| SC | 29A | União de facto | Licenciatura | Operária de loja | Média Alta | I | 6d | 9s+1d | 6 | 38s | CSA | 1A |
| MMS | 29A | Casada | 9.º A | Desempregada | Média Baixa | II | 8A 15d | 6s+5d | 6 | 38s+5d | V | 4A |
| MF | 37A | Casada | 12.º A | Administrativa | Média | II | 7A 15d | 7s+6d | 6 | 41s | E | 8A |
| TD | 28A | Casada | 9.º A | Operária fabril | Média Baixa | II | 5A 11d | 6s+2d | 7 | 39s+5d | F | 5A |
| PF | 30A | Casada | Mestrado | Engenheira industrial | Média Alta | I | 15d | 6s | 7 | 40s+5d | E | 9M |
| EP | 24A | União de facto | 9.º A | Desempregada | Média Baixa | I | 15d | 7s+3d | 7 | 40s+4d | CSA | 10A |
| MLS | 35A | Casada | Licenciatura | Administrativa | Média Alta | II | 7A 15d | 5s+5d | 6 | 40s | E | 8A |
| SO | 33A | União de facto | 12.º A | Desempregada | Média Baixa | II | 6A 15d | 7s+3d | 6 | 38s+2d | CSA | 4/5A |

Legenda:

A – Ano(s)

CSA – Cesariana

d – dia(s)

EF – Enfermeiro de Família

E – Parto Eutócico

F – Parto Distócico por Fórceps

IG – Idade Gestacional

M – Meses

s – semanas

V – Parto Distócico por Ventosa

APÊNCIDE III – Guião da Entrevista



3.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Ano Letivo 2017/2018

Investigadora: Miriam Miguel Andrade da Cunha Trindade

Orientadora Científica: Professora Doutora Marília Rua

Coorientadora Científica: Professora Doutora Augusta Mata

Título do Trabalho: “Vivências na Transição para a Parentalidade: O Contributo do Enfermeiro de Família”.

Objetivo: Compreender a vivência da puérpera, quanto ao contributo do enfermeiro de família no apoio ao processo de transição para a parentalidade, durante as consultas de vigilância da gravidez.

“GUIÃO DE ENTREVISTA”

PARTE I – Identificação / Caracterização da Participante

| | | | |
|--------------------------|--|------------------|--|
| Iniciais Nome | | Paridade | |
| Idade | | Idade dos filhos | |
| Estado Civil | | IG 1ª CVG | |
| Habilitação literária | | N.º CVG | |
| Profissão | | IG Parto | |
| Posição Social (Graffar) | | Tipo de Parto | |

Local da Entrevista: _____

Data da Entrevista: ____/____/____

PARTE II – Guião das Informações / Questões-chave

| BLOCO TEMÁTICO | OBJECTIVOS | INFORMAÇÕES/QUESTÕES-CHAVE |
|--|--|--|
| <p>I</p> <p>Preparação da entrevista</p> | <ul style="list-style-type: none"> Legitimar a entrevista e motivar a participante. | <ul style="list-style-type: none"> O título deste estudo é “Vivências na Transição para a Parentalidade: O Contributo do Enfermeiro de Família”. Este estudo de investigação é conduzido por mim, Enfermeira Miriam Trindade e orientado pela Professora Doutora Marília Rua e coorientado pela Professora Doutora Augusta Mata e está integrado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Universidade de Aveiro, do Instituto Politécnico de Bragança e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Tem como objetivo: compreender a vivência da puérpera, quanto ao contributo do enfermeiro de família (EF) no apoio ao processo de transição para a parentalidade, durante as consultas de vigilância da gravidez (CVG). Pretendo realizar uma entrevista semiestruturada com gravação áudio. E o áudio da gravação será destruído após 1 ano do término da investigação. A entrevista será anónima e apenas identificada pelas iniciais do seu nome, para categorização dos dados. Todos os dados são confidenciais ficando apenas na minha posse e serão usados exclusivamente para esta investigação. A participação neste estudo é de carácter voluntário e poderá desistir a qualquer momento. O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS do Centro. Autoriza-me que grave em áudio esta entrevista? Permite-me que cite o seu discurso na íntegra ou parcialmente? |

| | | |
|--|--|--|
| <p style="text-align: center;">II</p> <p style="text-align: center;">Vivências da participante na vigilância da gravidez</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Compreender as vivências da participante relativamente ao contributo do enfermeiro de família, no apoio ao processo de transição para a parentalidade, durante as consultas de vigilância da gravidez. | <ul style="list-style-type: none"> • Há quanto tempo conhece o seu EF? • Esta gravidez foi planeada? • Desejada? <p>(Se resposta negativa) → Teve necessidade de recorrer ao EF na aceitação da gravidez?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que impacto teve a gravidez na sua família nuclear e alargada? • Durante a gravidez o que mudou na sua vida pessoal? • E na vida profissional? • Em termos sociais houve mudanças? • Durante a gravidez alguma vez surgiram medos ou angústias? Em que situações? • O EF facilitou a expressão de sentimentos, medos ou angústias face ao desenvolvimento da gravidez ou na transição para o papel de mãe? • Quais foram as dúvidas ou as dificuldades que encontrou durante a gravidez nesta transição para o papel de ser mãe? • Em que medida, o EF se demonstrou interessado/disponível para a/o informar/esclarecer sobre as suas dúvidas/preocupações? • Que aspetos relacionados com a gravidez, parto, pós-parto e cuidados ao RN considera que não foram devidamente abordados/aprofundados na CVG pelo seu EF? • De que forma os ensinamentos realizados pelo seu EF lhe foram ou são úteis no seu dia-a-dia? • O seu EF deu-lhe apoio nesta transição para a chegada do bebé? • E na (re)organização familiar teve apoio do EF? <p>(Se resposta negativa) → Quem foi a pessoa que lhe deu mais apoio?</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • De que forma o seu companheiro esteve presente durante a gravidez neste processo de transição para a parentalidade? • O EF incentivou o envolvimento do pai ou a participação de outro familiar na vigilância da gravidez? • De uma forma geral, o que foi para si estar grávida? • O que achava que iria mudar na sua vida? • Como descreve a vivência desta transição para ser mãe? O que era para si vir a ser mãe? • Que expectativas tinha? • Que sentimentos associa a esta vivência/momento da sua vida? • Neste momento, como descreve a relação estabelecida e o desempenho do seu EF durante as CVG? • Ele demonstrou-se disponível e constituiu uma fonte de apoio nesta transição? Foi de acordo com as suas expectativas? • Considera importante o acompanhamento realizada pelo seu EF nesta transição? • O que mais valorizou neste acompanhamento? • O tempo despendido nas CVG foi adequado para responder às suas necessidades/preocupações? • De uma forma geral, na sua opinião como caracteriza as CVG realizadas pelo EF? • Considera que as CVG realizadas pelo EF podem influenciar a vivência da puérpera/casal no processo da gravidez e na transição para a parentalidade? De que forma? |
| <p style="text-align: center;">III</p> <p style="text-align: center;">Conclusão da entrevista</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar temas que a participante considere | <ul style="list-style-type: none"> • Desejaria acrescentar algo que considere importante para o âmbito desta entrevista? • Percebeu o objetivo deste estudo? Quer-mo verbalizar? |

| | | |
|--|--|---|
| | importante e oportuno abordar no contexto da entrevista. | <ul style="list-style-type: none">• Sucintamente o que me diz sobre: Gravidez? Tornar-se mãe? / Transição para a parentalidade? / EF?• Agradeço a sua disponibilidade e colaboração pois são fundamentais para a execução deste trabalho de investigação.• Dado o encerramento da entrevista. |
|--|--|---|

APÊNDICE IV – Apresentação do Estudo / Declaração de Consentimento Informado



Apresentação do Estudo

Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NUM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

(de acordo com a Declaração de Helsínquia¹⁵ e a Convenção de Oviedo¹⁶)

Serve o presente documento como convite a participar num estudo sobre as **“Vivências na Transição para a Parentalidade: O Papel do Enfermeiro de Família”**.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação sobre a apresentação do estudo e se tiver alguma dúvida, não hesite em solicitar mais informações.

Enquadramento: Este estudo de investigação será conduzido pela Enfermeira Miriam Miguel Andrade da Cunha Trindade, no âmbito do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado em consórcio pela Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Instituto Politécnico de Bragança, sob orientação da Professora Doutora Marília dos Santos Rua e coorientação da Professora Doutora Augusta Mata.

Explicação do estudo: Trata-se de uma investigação fenomenológica e tem como objetivo compreender, na vivência da(o) puérpera/casal, o papel do enfermeiro de família, no apoio ao processo de transição para a parentalidade, durante as consultas de vigilância da gravidez, na USF Águeda + Saúde.

Método de colheita de dados: A colheita de dados será feita através de entrevista semiestruturada, que após o seu consentimento informado, será gravada em formato áudio. O seu discurso será citado na íntegra ou parcialmente no estudo. O áudio da gravação será destruído após um ano do término da investigação.

Local de colheita de dados: O local da colheita de dados será o mais oportuno para o participante, podendo ser o contexto de visita domiciliária ou num gabinete da própria USF.

Condições: A participação no estudo não traz nenhuma contrapartida para o participante. É de carácter voluntário sem prejuízos assistenciais, poderão desistir a qualquer momento e não há qualquer consequência para quem se recusar a participar. O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro.

Confidencialidade e anonimato: Fica garantido que todos os dados são confidenciais ficando apenas na posse da investigadora, que os utilizará exclusivamente para esta investigação. A entrevista será anónima e apenas identificada pela investigadora através das iniciais do nome.

Desde já **agradeço a sua colaboração e sinceridade**, ela é indispensável para podermos aprender e melhorar a prestação dos nossos cuidados a si e aos outros.

Se concorda com a proposta que lhe é feita, queira assinar este documento.

“Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora”.

| | |
|--|--|
| “Declaro que aceito participar no estudo de investigação, acima descrito”. | |
| Data ____ / ____ / 2017 | Rubrica: _____ |
| Contacto da responsável pelo estudo: | Miriam Trindade miriamtrindade@ua.pt ou 963783144 |

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E ASSINADO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E OUTRA PARA A PESSOA QUE PARTICIPA E CONSENTE.

