

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Saúde Familiar na Construção de Competências Parentais da
Família a Vivenciar Transição para a Parentalidade

The specialized intervention of family nurses with families
experiencing the transition to parenthood

Autor

Adriana Pereira Gouveia

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Familiar na Construção
de Competências Parentais da Família a
Vivenciar Transição para a Parentalidade

The specialized intervention of family nurses
with families experiencing the transition to
parenthood

Orientador(es)

António Alberto Cerqueira da Silva Dias

Autor

Adriana Pereira Gouveia

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

“Família é o nosso conjunto de laços mais querido. Não precisa ser do mesmo sangue, basta sentir o mesmo amor. É quem cuida quando se está doente. É quem sabe que somos mais do que defeitos e qualidades. É quem aceita nossas manias. É quem está ao nosso lado nos momentos difíceis. É ohana.”

“e ohana quer dizer família, e família quer dizer nunca abandonar ou esquecer.”

(João Doederlein)

AGRADECIMENTO

Agradeço a todos que me apoiaram ao longo deste percurso desafiante, exigente em complexidade e adaptabilidade, e que contribuíram para a concretização deste trabalho. Um agradecimento especial:

A todos os docentes da Escola Superior de Saúde Norte - Cruz Vermelha Portuguesa, pela constante disponibilidade, partilha de conhecimentos e orientações valiosas ao longo deste percurso académico.

À Professora Soraia Pereira, o meu sincero agradecimento pela orientação dedicada, pela compreensão, incentivo e confiança demonstradas ao longo do estágio, que foram fundamentais para o meu crescimento profissional e pessoal.

Ao Professor António, o meu sincero agradecimento pela orientação prestada na supervisão do relatório, pela disponibilidade, compreensão e incentivo, que contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento do meu percurso académico e profissional.

À Enfermeira tutora, pela sua incansável paciência, apoio, dedicação, orientação e disponibilidade incondicional.

À equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Familiar que me acolheu com simpatia e generosidade, pela colaboração, disponibilidade e contributo para o enriquecimento da minha experiência.

Às famílias que gentilmente aceitaram fazer parte deste trabalho, agradeço a empatia, a confiança e a abertura com que partilharam as suas vivências, tornando este trabalho verdadeiramente significativo.

À minha família e ao meu namorado, que sempre estiveram e estarão ao meu lado, deixo um profundo agradecimento pelo apoio incondicional, pelo incentivo contínuo e pela compreensão nos momentos mais difíceis. Obrigada por nunca deixarem de acreditar em mim.

Por fim, às minhas colegas de Mestrado, cuja presença foi essencial ao longo desta jornada desafiante. Com elas partilhei não só momentos de alegria, mas também períodos de grande stress. Graças ao companheirismo, à amizade e à motivação mútua, cada desafio foi ultrapassado com maior leveza e coragem.

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, constituindo a síntese de um percurso formativo e experiencial profundamente enriquecedor, desenvolvido em contexto de cuidados de saúde primários. Este trabalho procura evidenciar o contributo do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Familiar enquanto agente promotor de saúde, facilitador de processos de adaptação e impulsionador da capacitação das famílias ao longo das diferentes etapas do ciclo vital.

A intervenção desenvolvida centrou-se na família enquanto unidade de cuidados, tendo como foco a transição para a parentalidade, uma fase marcada por significativas transformações emocionais, relacionais e estruturais. O relatório articula uma sólida base teórica e metodológica, sustentada em referenciais como o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, a Teoria das Transições de Meleis, o Modelo do Cuidado Baseado nas Forças e a Teoria Geral dos Sistemas, que orientaram a análise, planeamento e implementação de cuidados especializados e humanizados.

Através da elaboração de dois estudos de caso ficcionados, desenvolvidos na plataforma pedagógica E4nursing, foi possível operacionalizar o raciocínio clínico, aprofundar conhecimentos e exercitar o processo de tomada de decisão em enfermagem especializada, num ambiente virtual sustentado por evidência científica e orientado pelas boas práticas. Paralelamente, procedeu-se a uma análise reflexiva do processo de aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

A elaboração deste trabalho permitiu desenvolver competências clínicas avançadas, fortalecer o pensamento crítico e consolidar uma prática baseada na evidência, centrada na pessoa e na família. O estágio constituiu, assim, uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal, promovendo uma intervenção autónoma, reflexiva e sustentada, em consonância com os princípios éticos e de qualidade que orientam a enfermagem especializada em saúde familiar.

Palavras chave: Enfermagem de Saúde Familiar; Parentalidade; Estudo de Caso; Ontologia de Enfermagem

ABSTRACT

This report was prepared as part of the Master's Degree in Community Nursing's Professional Internship, focusing on Family Health Nursing. It synthesizes a deeply enriching training and experiential journey conducted within primary health care. This study aims to highlight the role of the family health nurse as a health promoter, facilitator of adaptation, and agent in empowering families through various stages of the life cycle.

The developed intervention focused on the family as a care unit, emphasizing the transition to parenthood, a phase marked by significant emotional, relational, and structural changes. The report articulates a solid theoretical and methodological foundation, supported by references such as the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention, the Meleis Transition Theory, the Strength-Based Care Model, and the General Systems Theory, which guided the analysis, planning, and implementation of specialized and humanized care.

Through the development of two fictional case studies on the pedagogical platform E4nursing, it was possible to implement clinical reasoning, deepen knowledge, and practice decision-making in specialized nursing within a virtual environment supported by scientific evidence and guided by good practices. At the same time, a reflective analysis of the process of acquiring the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing, as recommended by the Order of Nurses, was conducted.

The development of this work facilitated the enhancement of advanced clinical skills, boosted critical thinking, and solidified an evidence-based, person- and family-centered approach. The internship served as a chance for both professional and personal growth, encouraging autonomous, reflective, and sustained interventions in accordance with the ethical and quality principles that underpin specialized nursing in family health.

Keywords: Family Health Nursing; Parenting; Case Study; Nursing Ontology

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

cm – Centímetro

CVF – Ciclo Vital Familiar

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CBF – Cuidado Baseado nas Forças

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEECESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

EFS – Entrevista Familiar Sistémica

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ICD – Instrumento de Colheita de Dados

ml – Mililitros

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

Kg – Quilograma

RN – Recém-nascido

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Visita Domiciliária

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
AGRADECIMENTO	5
RESUMO	7
ABSTRACT	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	11
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	15
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	23
3. FAMÍLIA A	25
3.1. Enquadramento teórico	25
3.2. Clientes	28
3.3. Domínios	28
3.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	29
3.4. Conceção de Cuidados	31
3.5. Especificação das intervenções	32
3.6. Síntese relativa ao caso	33
4. A1	41
4.1. Enquadramento teórico	41
4.2. Clientes	42
4.3. Domínios	42
4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	42
4.4. Conceção de Cuidados	43
4.5. Especificação das intervenções	44
4.6. Síntese relativa ao caso	45
5. A3	47
5.1. Enquadramento teórico	47
5.2. Clientes	49
5.3. Domínios	50
5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	50
5.4. Conceção de Cuidados	52
5.5. Especificação das intervenções	55
5.6. Síntese relativa ao caso	58
6. FAMÍLIA B	61
6.1. Enquadramento teórico	61
6.2. Clientes	63
6.3. Domínios	64
6.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	64
6.4. Conceção de Cuidados	66
6.5. Especificação das intervenções	67

6.6. Síntese relativa ao caso	68
7. B1	75
7.1. Enquadramento teórico	75
7.2. Clientes	76
7.3. Domínios	76
7.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	76
7.4. Conceção de Cuidados	78
7.5. Especificação das intervenções	80
7.6. Síntese relativa ao caso	83
8. B3	87
8.1. Enquadramento teórico	87
8.2. Clientes	89
8.3. Domínios	89
8.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	89
8.4. Conceção de Cuidados	91
8.5. Especificação das intervenções	92
8.6. Síntese relativa ao caso	96
9. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	99
10. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	117
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	127

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1: Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família A	34
Figura 2: Ecomapa da Família A	35
Figura 3: Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família B	70
Figura 4: Ecomapa da Família B	71

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A escolha deste mestrado surgiu, em primeiro lugar, pelo fascínio pela Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e, conseqüentemente, pela necessidade de aprofundar competências especializadas para uma intervenção eficaz e diferenciada junto das famílias. Considero os Cuidados de Saúde Primários (CSP) um contexto privilegiado para a prestação de cuidados, uma vez que neste contexto se estabelece uma relação mais direta, contínua e próxima com o cliente e com a sua família. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), destaca-se pela sua capacidade de adotar uma perspectiva holística, considerando a família como unidade de cuidados e cada um dos seus membros individualmente, o que o diferencia dos restantes profissionais de saúde.

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final integrada no 2º ano, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Norte – Cruz Vermelha Portuguesa, no ano letivo 2024/2025. Este Estágio decorreu no período compreendido entre 24 de fevereiro e 31 de julho.

Neste relatório serão descritas as atividades realizadas durante o estágio e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista descritas no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, tais como: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019) e das competências específicas do EEECESF descritas no Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho, designadamente: Cuidar a família, considerando a mesma enquanto unidade de cuidados bem como dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e; Liderar e a colaborar em processos de intervenção, no âmbito da ESF (OE, 2018).

A par da aquisição de competências comuns e específicas do EEECESF pretende-se que sejam atingidos os seguintes objetivos pessoais:

- Promover a construção de projetos profissionais de forma auto orientada, na perspectiva de aprimorar continuamente o desempenho profissional, por meio do aprofundamento de competências clínicas avançadas na área de ESF;
- Desenvolver espírito empreendedor e originalidade para o exercício de uma prática profissional avançada, alicerçada em evidências científicas, a fim de atender a todas as necessidades de saúde das famílias.

O conceito de família pode assumir diversas definições. Segundo a Classificação Internacional

para a Prática de Enfermagem (CIPE), a família é entendida como uma unidade social composta por pessoas unidas por laços de consanguinidade, afinidade, vínculos emocionais ou legais, constituindo um sistema cuja totalidade é maior do que a simples soma das suas partes (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2020).

Ao longo do Ciclo Vital Familiar (CVF), as famílias experienciam diferentes tipos de transições: normativas ou não normativas. As normativas estão associadas ao CVF, correspondendo a mudanças previsíveis relacionadas com o desenvolvimento individual dos membros e com a evolução da família como sistema. Já as transições não normativas decorrem de situações de stress, acontecimentos imprevisíveis ou acidentais (Meleis, 2010). Dessa forma, os cuidados de enfermagem centrados na família devem ser orientados por uma abordagem sistémica, sustentada num estilo colaborativo (Figueiredo, 2012).

Uma das transições vivenciadas pela família enquanto unidade é o nascimento do primeiro filho que se considera uma transição de desenvolvimento e representa um dos acontecimentos mais significativos no CVF, sendo aquele que mais a transforma (Meleis, 2010; Figueiredo, 2023). Este evento pode desencadear um período de crise tanto para o indivíduo como para a família enquanto unidade de cuidados, originando mudanças relevantes na sua dinâmica (Mendes et al., 2022). Nesse sentido, o EEECESF assume um papel central, por ser o profissional de saúde mais próximo das famílias, assegurando cuidados humanizados e adequados à complexidade das necessidades e problemas (Ferreira et al., 2021).

A família, perante os seus processos de transição, co-evolui no sentido da complexificação funcional, responsabilizando-se como recurso essencial na promoção da resiliência familiar. Este processo contribui para o fortalecimento da unidade familiar perante situações de crise (Figueiredo, 2012). Assim, a problemática da transição para a parentalidade constitui o foco deste relatório, que tem como finalidade evidenciar o desenvolvimento de competências especializadas em ESF para uma intervenção qualificada, promotora da adaptação, da resiliência e do bem-estar das famílias.

Ao longo deste relatório, considereirei como referenciais para a prestação de cuidados especializados o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), a Teoria das Transições de Meleis, o Modelo do Cuidado Baseado nas Forças (CBF) e a Teoria Geral dos Sistemas, por permitirem enquadrar a prática de enfermeira especialista em ESF junto da família em transição para a parentalidade.

O MDAIF fornece suporte e orientação para a tomada de decisão na prestação de cuidados às famílias, de forma fundamentada e estruturada (Ferreira et al., 2020; Figueiredo, 2012). Este modelo emergiu das teorias construtivistas e dos princípios da terapia familiar, baseando-se no pensamento sistémico enquanto referencial epistemológico e nas fontes teóricas do Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família. A matriz

operativa do mesmo foi criada com o intuito de sistematizar e nortear as práticas da enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2023). Abrange três dimensões essenciais para a avaliação e intervenção familiar: a dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012). Está alinhado com a metodologia do Processo de Enfermagem, orientando a prática do EEECESF para promover a capacitação das famílias, auxiliando-as a implementar mudanças no seu funcionamento (Ferreira et al., 2020; Figueiredo, 2012; Silva et al., 2022).

Na transição para a parentalidade, torna-se fundamental avaliar a dimensão estrutural da família, nomeadamente a existência de apoio por parte da família extensa ou de outros sistemas de suporte mais amplos, essenciais neste período de adaptação. Paralelamente, é igualmente relevante analisar se o edifício residencial reúne as condições básicas e está adequadamente adaptado para acolher o novo membro da família. Na dimensão de desenvolvimento, deve ser identificada a etapa do CVF em que a família se encontra, bem como as áreas de atenção prioritária associadas a essa fase. Esta dimensão contempla aspetos como a satisfação conjugal, o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o exercício do papel parental. No entanto, a tomada de decisão por parte do enfermeiro deve considerar a complexidade e singularidade de cada família, ajustando a sua intervenção à especificidade de cada situação. A avaliação é realizada através de questões direcionadas a cada uma das áreas referidas, aplicadas individualmente a cada membro do casal. Ao nível da dimensão funcional, são avaliados os focos de atenção: papel de prestador de cuidados e processo familiar. Tendo em conta que nenhuma das famílias apresenta um familiar dependente foi apenas avaliado o processo familiar. Este domínio abrange quatro subdimensões: comunicação familiar (emocional, verbal/não verbal e circular), coping familiar (capacidade de resolução conjunta de problemas), interação de papéis familiares (gestão dos diferentes papéis exercidos, como provedor, cuidador, gestor financeiro, entre outros) e relação dinâmica (níveis de poder, alianças e coesão). Importa destacar que todas estas áreas assumem particular relevância para as famílias cuja problemática foi selecionada como objeto deste relatório, uma vez que se encontram diretamente relacionadas com os desafios da transição para a parentalidade.

A Teoria das Transições de Meleis é fundamental para compreender as condições inerentes à transição para a parentalidade e para orientar intervenções de enfermagem eficazes. A mesma explica que as transições são desencadeadas por eventos significativos, no indivíduo ou no ambiente. A transição inicia-se quando as mudanças são antecipadas, como ao saber de uma gravidez, e requer a mobilização de recursos pessoais, aquisição de novos conhecimentos e transformação comportamental. A transição para a parentalidade é situacional, pois implica o ganho de um novo papel parental sem perder o conjugal. Após o nascimento do primeiro filho, torna-se também uma transição desenvolvimental e normativa, marcando uma nova fase do CVF. Para que seja bem-sucedida, a família deve aprender e adaptar comportamentos (Meleis, 2010).

Uma transição saudável ocorre quando a pessoa adquire uma nova identidade, desenvolve

competências e adota comportamentos típicos de quem já superou essa fase. O primeiro passo é o reconhecimento e aceitação da transição, processo conhecido como consciencialização, relacionado com a percepção e compreensão do evento. Os enfermeiros especialistas em ESF, acompanhando as famílias ao longo do ciclo de vida, ocupam uma posição privilegiada para apoiar esse processo, atuando como facilitadores na consciencialização e no desenvolvimento de novas competências (Meleis, 2010).

Complementarmente, o Modelo do CBF, coloca a pessoa no centro dos cuidados, considerando-a na sua totalidade. Foca-se nas forças da pessoa ou da família, ou seja, naquilo que fazem bem e nos recursos de que dispõem para enfrentar, de forma eficaz, os desafios e incertezas ao longo da vida. As forças, entendidas como qualidades internas e externas, não são o oposto de defeitos, mas sim expressões das competências e capacidades individuais. São elas que influenciam a forma como cada pessoa lida com situações complexas, como as transições ao longo do ciclo vital. Assim, o reconhecimento e valorização destas forças são fundamentais para a promoção da saúde e do bem-estar (Gottlieb, 2016).

O EEECESF deve ser capaz de reconhecer as forças das famílias que cuida, de modo a apoiá-las de forma eficaz nos momentos de crise ou dificuldade, como nas transições ao longo do CVF. O Modelo do CBF defende que, para uma prática verdadeiramente eficaz, é essencial que o enfermeiro estabeleça uma relação terapêutica com a família, realize uma recolha de dados abrangente e contextualize adequadamente os problemas identificados. Através deste processo, torna-se possível identificar e potenciar as forças individuais e coletivas da família, promovendo a sua capacitação e bem-estar (Gottlieb, 2016).

Durante o decurso do estágio, procedeu-se à recolha de dados sociodemográficos com o objetivo de contextualizar eventuais disfunções familiares e identificar as forças presentes em cada núcleo familiar. Para complementar essa análise e obter uma compreensão mais aprofundada e visual das dinâmicas familiares, foram elaborados o genograma e o ecomapa. Estes instrumentos revelaram-se fundamentais, permitindo uma visão mais clara e integrada das relações intra e extra-familiares, dos padrões intergeracionais e das redes de apoio, essenciais para orientar intervenções personalizadas e eficazes. Paralelamente, foi fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica com as famílias participantes, o que permitiu apoiar de forma mais eficaz o processo de transição para a parentalidade, promovendo uma adaptação mais segura e confiante (Gottlieb, 2016; Meleis, 2010).

Estarão também presentes os princípios da Teoria Geral dos Sistemas que considera a família um sistema aberto, caracterizado por uma constante interação entre os seus membros. Cada elemento influencia e é influenciado pelos restantes, sendo o todo mais do que a soma das partes. Com fronteiras, hierarquias e relações próprias, a dinâmica familiar exige uma abordagem global e integrada. Assim, as necessidades ou dificuldades de um membro repercutem-se em toda a família, tal como os processos de adaptação e transição individuais

impactam o sistema familiar como um todo. Reconhecer esta reciprocidade é essencial para uma intervenção eficaz, permitindo atuar de forma sistêmica sobre os problemas identificados (Bertalanffy; Dias; Vasconcellos, conforme citado por Figueiredo, 2023; Hanson, 2005).

Quando ocorre uma mudança no cotidiano familiar, como o nascimento do primeiro filho, há uma reorganização dos sistemas familiares, com os membros agrupados em subsistemas hierarquizados. O casal assume novos papéis e precisa desenvolver competências parentais, mantendo as funções do subsistema conjugal. Esta transição exige a aquisição de estratégias adaptativas para construir novos padrões de vida, identidades e funções familiares, garantindo um desempenho equilibrado do papel parental em simultâneo com os restantes papéis (Relvas, 2004; Figueiredo, 2023). Todas estas transformações podem impactar a satisfação conjugal e a funcionalidade familiar, tornando essencial que o EEECESF identifique essas mudanças e as aborde em parceria com a família.

São apresentados dois estudos de caso ficcionados, construídos a partir das experiências vivenciadas no estágio e elaborados com o apoio da plataforma pedagógica E4nursing, que integra a Ontologia de Enfermagem aprovada pela Ordem dos Enfermeiros. Esta ferramenta permite o desenvolvimento de um processo de enfermagem simulado, sustentado em evidência científica atualizada e alinhado com as melhores práticas profissionais.

O relatório encontra-se estruturado em introdução, caracterização do contexto clínico, conceção de cuidados, análise das competências adquiridas e conclusão, onde se apresentam as ideias e reflexões sobre o desenvolvimento do trabalho. Segue-se a lista de referências bibliográficas, organizada de acordo com as normas da APA (7ª edição). Incluem-se ainda anexos que funcionam como suporte a todo o processo desenvolvido ao longo deste percurso.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde ([OMS], 2019), os CSP permitem promover a saúde e o bem-estar, com foco nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades. Essa abordagem tem em conta os diversos determinantes da saúde e aborda de forma integrada os aspetos físicos, mentais e sociais do bem-estar. Oferecem cuidados completos às pessoas, atendendo às suas necessidades de saúde ao longo de todo o CVF, e não apenas a doenças específicas. Garantem que as pessoas recebam assistência integral, desde a promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Os CSP são o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e das comunidades com o sistema de saúde, proporcionando uma resposta próxima e contínua ao longo do processo assistencial.

No âmbito dos CSP em Portugal, destacam-se as USF, enquanto unidades centrais da prestação de cuidados diretos às famílias e seus membros. São constituídas por equipas multiprofissionais, integradas por médicos, enfermeiros e secretários clínicos, diferenciam-se pelo seu grau de autonomia, pelo sistema de retribuições, pelos incentivos aos profissionais da equipa, e pela forma de financiamento e respetivo estatuto jurídico (Presidência do Conselho de Ministros, 2017).

A USF onde foi realizado o estágio dá resposta a um conjunto geográfico de 5 freguesias. Atualmente, encontra-se integrada, numa Unidade Local de Saúde (ULS). É uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia técnica, organizativa e funcional, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais da mesma ULS.

A equipa de enfermagem trabalha com o modelo de enfermeiro de família por área geográfica e apresenta como áreas de influência diversas freguesias nas zonas referidas.

Após a análise da lista de famílias da enfermeira tutora, verificamos que esta presta cuidados especializados de enfermagem a um total de 2572 clientes, distribuídos por 761 famílias. Entre os focos de atenção mais prevalentes identificados na equipa destacam-se o “Papel parental” e o “Regime terapêutico”, sendo que o foco mais comum entre os clientes da enfermeira tutora é o “Autocuidado”.

Integram a equipa multidisciplinar da USF seis médicos de família, cinco enfermeiras de família, sendo uma delas Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, outra Especialista

em Enfermagem Comunitária na área de ESF e as restantes detentoras de Pós-graduação em ESF, e quatro assistentes técnicos.

Relativamente aos recursos materiais, estes são geridos por dois profissionais designados responsáveis por esta gestão. Tanto a parte administrativa como os gabinetes médicos/enfermagem estão informatizados e com ligação à internet. O sistema de informação utilizado pela equipa multidisciplinar é o SClínico. Além disso, todos os profissionais têm instalado o Microsoft Teams com o objetivo de reduzir o número de intervenções quer telefónicas quer presenciais, melhorando a qualidade de prestação de serviços ao cliente/família. Os registos clínicos são realizados essencialmente em formato eletrónico, na plataforma já descrita. Contudo, os processos clínicos em suporte em papel encontram-se no arquivo, organizados por processo familiar, e são consultados sempre que necessário. A ele são anexados todos os documentos que o profissional de saúde considere de interesse. O recurso aos diversos Boletins de Saúde também permite registar a informação clínica, promovendo a comunicação e partilha de informação entre os profissionais. Existem meios audiovisuais disponíveis, para apresentações durante reuniões e/ou apresentações para a comunidade.

3. FAMÍLIA A

A Família A é constituída pelo A2 de 33 anos, pela A1 de 41 anos e pela pequena A3. Vivem em união de facto desde julho de 2024 e encontram-se a vivenciar uma transição, do tipo desenvolvimental, a transição para a parentalidade. A A1 é licenciada em psicologia, neste momento é lojista. O A2 é responsável de armazém e completou o ensino secundário.

3.1. Enquadramento teórico

A parentalidade, habitualmente considerada como uma das transições mais importantes e marcantes na vida dos indivíduos, é promotora de grandes mudanças em todos os elementos da família e assinala, o início de uma nova fase do CVF, movendo-se da função conjugal para a parental (Relvas, 2004). Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2023) a parentalidade é definida como um processo intencional de “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; (...) interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias (...) quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”.

Nesta transição em particular, não se trata apenas da chegada de um novo membro à família ou da necessidade de adaptação por parte do pai e da mãe (Tralhão et al., 2020). Sob uma perspectiva que concebe a família como uma unidade de cuidados, reconhece-se que os novos contextos exigem alterações nos padrões familiares. Essas mudanças são previsíveis e dizem respeito tanto aos seus membros individualmente quanto ao desenvolvimento da família como sistema. Assim, a transição para a parentalidade pode ser classificada como uma transição normativa. Paralelamente à reestruturação da dinâmica familiar, ocorre também uma redefinição de limites, manifestando-se numa maior abertura às famílias de origem e à comunidade envolvente (Relvas, 2004; Hanson, 2005; Figueiredo, 2012).

Durante a transição, estabelece-se uma nova dinâmica no casal, marcada por desafios relacionados à gestão dos cuidados com o filho. A relação de coparentalidade distingue-se de qualquer outra dentro do vínculo conjugal, pois exige que atuem de forma colaborativa no exercício dos seus papéis parentais. Nessa interação, emerge uma identidade conjunta, construída a partir de valores, objetivos e práticas partilhadas. Os comportamentos e tarefas parentais precisam de ser coordenadas e coerentes entre os membros do casal (Young, et al., 2017). As estratégias adotadas são fundamentais e resultam de componentes cognitivos (como a aprendizagem e a tomada de decisão), relacionais (como o suporte) e operacionais

(como a partilha de tarefas, a conciliação de papéis e a reorganização das rotinas) (Hanson, 2005; Zornig, 2010; Martins et al., 2017).

Esse período impõe aos pais grandes desafios na conciliação entre os papéis parentais e a relação conjugal, devido à diminuição da proximidade, à escassez de comunicação e à redução na expressão de sentimentos de amor e afeto entre o casal (Carvalho et al., 2023).

Silva et al. (2021) salientam que fatores como a gravidez planeada, a comunicação conjugal, a compreensão mútua, a entajuda e o apoio da família alargada são elementos que, ao protegerem o subsistema conjugal, promovem e facilitam o processo de transição para a parentalidade. Estes aspetos devem ser trabalhados aquando da primeira etapa do ciclo vital da família: Formação do casal. Adicionalmente, os pais referem como facilitadores desta transição o acompanhamento por profissionais de saúde, especialmente quando este se baseia numa abordagem sistémica e holística da relação conjugal. Destacam-se ainda o reforço das redes de apoio, a continuidade dos cuidados com a participação ativa de ambos os progenitores na prestação de cuidados ao recém-nascido (RN), bem como o acesso a cuidados individualizados e a informações consideradas relevantes (Barimani & Vikström, 2015; Bispo, 2016; Sampaio et al., 2021). Estar inseridos num contexto familiar coeso e com uma percepção de união constitui, também, um fator amplamente referido como facilitador da transição (Nilsson et al., 2015).

Sendo frequentemente os enfermeiros de família os primeiros prestadores de cuidados às famílias em processo de transição para a parentalidade, é imprescindível que detenham competências para identificar o tipo de transição familiar em curso e implementar estratégias adequadas nos momentos mais oportunos (Tralhão et al., 2020; Ribeiro et al., 2021). Esta atuação contribui para que os membros da família desenvolvam capacidades para enfrentar os seus próprios eventos de vida (Bernardino, 2012). Torna-se, portanto, essencial realizar uma avaliação abrangente e uma recolha de dados rigorosa, que possibilite um conhecimento aprofundado dos sistemas familiares. Tal conhecimento sustenta o desenvolvimento de intervenções eficazes, orientadas para o fortalecimento da família e a promoção da saúde dos seus elementos (Figueiredo, 2012).

Considerando que, durante esta transição, são exigidas adaptações familiares, redefinição de tarefas e a manutenção de uma comunicação conjugal eficaz, foi elaborado um guião de entrevista semiestruturado, adaptado às especificidades da família. Teve como objetivo a recolha de dados relevantes sobre a organização e funcionamento da casa, características do edifício residencial, avaliado e validado visualmente durante a visita domiciliária (VD) e comunicação conjugal (Figueiredo, 2012; Martins et al., 2017; Silva et al., 2021; Carvalho et al., 2023).

Seguindo a linha de pensamento decorrente da revisão da literatura realizada, optou-se por incluir, no enquadramento teórico, os domínios avaliados durante a consulta familiar que não

requereram intervenção especializada de enfermagem. Já os domínios que exigiram intervenção especializada foram desenvolvidos e descritos nos respetivos subcapítulos.

Relativamente à **Organização do funcionamento da casa**, ambos os elementos do casal participam ativamente nos processos de gestão doméstica. A1 refere: “Quando não conseguimos ir às compras, a minha mãe faz isso por nós e vem cá trazer. A roupinha da menina é ela quem trata. Desde o início disse que queria ajudar nas tarefas domésticas, por isso assumiu essa parte.”, A2 complementa: “Estamos satisfeitos com a forma como partilhamos e dividimos as tarefas domésticas.” (A1 observa-o atentamente enquanto ele fala, acenando afirmativamente com a cabeça). Após a primeira VD observou-se que o apartamento apresentava boas condições de salubridade. De acordo com a Escala de Notação Social da Família – Graffar Adaptada, a habitação encontra-se classificada no grau 3. O espaço dispõe de casa de banho, cozinha, sala, um quarto, eletrodomésticos essenciais, acesso a água, saneamento básico e eletricidade, assim como boa ventilação e luz natural. Tendo em conta os dados recolhidos pode-se afirmar o diagnóstico de enfermagem: **Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado.**

A avaliação da classe social através da aplicação da Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado) possibilita uma compreensão abrangente dos recursos disponíveis e dos fatores de stress que afetam o núcleo familiar, considerando aspectos económicos, educacionais e habitacionais. A estrutura organizacional das famílias, bem como a construção de crenças, valores e a utilização dos serviços de saúde e assistência social, são significativamente influenciadas pela classe social. Dessa forma, essa avaliação permite identificar potenciais condições de risco (Figueiredo, 2012). Com base na aplicação da escala e, não existindo referência nas narrativas familiares à dificuldade de gestão das despesas em saúde em face do rendimento disponível, a família foi classificada como pertencente à classe média alta sustentando o diagnóstico de enfermagem: **Rendimento Familiar Não Insuficiente.**

No que respeita à **Comunicação conjugal**, foram utilizadas questões abertas, sistémicas e circulares, bem como a técnica da hipotetização, como estratégias implementadas durante a entrevista familiar sistémica (EFS), nomeadamente através de perguntas como: "Têm reservado tempo para conversar?; O modo como conversam sofreu alteração com o nascimento da A3? Se sim, porque acham que alterou?; A frequência de conflitos sofreu alteração com o nascimento da A3? Se sim, porque acham que alterou?; Costumam conversar sobre aquilo que sentem? Se não, sempre foi assim?; Costumam conversar sobre a vossa relação como casal? E sobre as expectativas e receios de cada um enquanto casal? Se não, sempre foi assim?; O que pensam sobre o vosso padrão de comunicação?; São claro, diretos e sinceros quando comunicam um com o outro?" (Figueiredo, 2022). A2 expressa-se enquanto olha para A1 com um semblante carinhoso: “Comunicamos bem. Quando surge algum problema, tentamos sempre resolvê-lo através do diálogo. (...) Na minha opinião, a nossa forma de comunicar não mudou desde o nascimento da A3. Temos conversado bastante; quando sinto algum receio, falo com a A1 e

sinto que ela me compreende.”, A1 concorda e acrescenta: “Sim, também estou satisfeita com a forma como comunicamos. O A2 compreende-me muito bem. Quando tenho alguma crise de ansiedade, é ele quem mais me apoia e reconforta. É o meu porto de abrigo, o meu confidente. (...) Não sinto que a nossa comunicação tenha mudado desde o nascimento da A3, na verdade, agora até temos ainda mais assuntos para partilhar.” (A1 olha para A2 com um sorriso no rosto e os olhos a brilhar). Os dados recolhidos ao longo da EF sustentaram o diagnóstico de **Comunicação Eficaz**, não se tendo verificado necessidade de intervenção especializada de enfermagem.

A transição para a parentalidade implica uma transformação profunda na dinâmica familiar, demandando do casal uma constante adaptação dos seus papéis e da sua comunicação. Neste processo, o EEECESF desempenha um papel essencial ao realizar uma avaliação integrada e sistemática da família. Essa abordagem holística e centrada na família é fundamental para assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados num momento tão crucial do CVF.

3.2. Clientes

Cliente

Família

Família

03-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Família nuclear.

03-03-2025 10:00 - Família com filhos menores.

03-03-2025 10:00 - Ausência de animais domésticos.

03-03-2025 10:00 - Membro da família: A1.

03-03-2025 10:00 - Papel do cliente na família: Provedor financeiro, Organizador do funcionamento da casa, Cuidador.

03-03-2025 10:00 - Membro da família: A3.

3.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-03-2025 10:00	Satisfação Conjugal	

3.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A transição para a parentalidade é, de facto, um processo carregado de significados e novas experiências. Com a chegada do primeiro filho, o casal vivencia uma série de mudanças que podem tanto fortalecer quanto desafiar a relação conjugal (Doss & Rhoades, 2017; Mihelic, Morawska & Filus, 2018; Silva et. al, 2021). Há autores que afirmam ocorrer mudanças na díade, observando-se uma diminuição da satisfação conjugal, níveis elevados de tensão e uma redução no tempo dedicado a atividades de lazer em conjunto (Refaeli et al., 2023; Roth et al., 2022).

Estudos indicam que a diminuição da satisfação conjugal está relacionada à redução da qualidade do tempo compartilhado, da comunicação positiva e da atividade sexual. Essa insatisfação contribui para o aumento de conflitos, sofrimento psicológico individual, deterioração das relações entre pais/mães e filhos, além de impactar negativamente o bem-estar e o desenvolvimento das crianças (Doss & Rhoades, 2017; Mihelic, Morawska & Filus, 2018).

A satisfação conjugal refere-se aos processos de conjugalidade que sustentam a continuidade de uma relação percebida como satisfatória e de apoio mútuo, nas suas diversas dimensões interligadas. Estes processos evoluem ao longo do CVF, estando frequentemente associados à forma como ambos os parceiros se adaptam às transições individuais e gerem, em conjunto, as pressões internas e externas provenientes de outros subsistemas. Neste contexto, e de acordo com o MDAIF, as dimensões operativas que, em conjunto, avaliam a área de atenção central satisfação conjugal são: a relação dinâmica do casal, a comunicação conjugal, a interação sexual e a função sexual (Figueiredo, 2012).

Com base na recolha de dados realizada através de um guião de entrevista semiestruturado, adaptado às especificidades da família, foi avaliada a seguinte dimensão operativa: a relação dinâmica do casal. Relativamente a esta dimensão operativa, foram formuladas questões diagnósticas com o propósito de avaliar o grau de satisfação de ambos os elementos no que concerne à partilha das tarefas domésticas, ao tempo de convivência conjugal e à forma como cada elemento expressa os seus sentimentos.

Durante a EFS, foram utilizadas questões abertas, hipotéticas, reflexivas e circulares, aplicando-

se também os três princípios fundamentais da EFS: a hipotetização, a neutralidade e a circularidade.

Em relação à **Satisfação do casal com a divisão das tarefas domésticas**, foram abordadas as seguintes questões: "Como tem sido o vosso dia-a-dia? É como esperavam?; Que tarefas domésticas têm assumido?; Têm definidas as tarefas que cada um realiza?; A partilha de tarefas atual foi planeada por ambos? A distribuição foi clara?; Como se sentem em relação a isso? Vai de encontro às vossas expectativas? Estão satisfeitos? Se não, sempre foi assim? Gostariam que fosse diferente? O que significa para vós uma redistribuição de tarefas mais justa? Acham que é possível negociar as tarefas domésticas? Como poderiam redistribuir as tarefas de forma mais satisfatória?". A1 refere: "Estou satisfeita com a partilha de tarefas. Não temos uma divisão específica, tudo flui naturalmente. Nunca tivemos problemas nesse aspeto. Se eu não consigo fazer alguma coisa porque estou a cuidar da A3, o A2 faz, e o contrário também acontece. Algo que me inquieta e que é particularmente sensível para mim é o facto de, antes de ter a minha filha, eu era muito presente na vida das minhas sobrinhas. Ia todos os dias a casa do meu irmão e dava-lhes o banho, ia buscá-las várias vezes à escola, ia com elas à piscina... Agora, às vezes, até me sinto culpada por não conseguir estar tão presente como estava antes." (abaixa o rosto com expressão desanimada). A2 acrescenta: "Sim, é verdade. Desde que vivemos juntos nunca definimos tarefas de forma rígida, mas funciona bem assim. Nós entendemo-nos. Em relação ao que A1 diz sobre sentir-se culpada, já lhe disse que faz tudo o que pode. Ela continua a acompanhar as meninas na piscina e na escola, mas, naturalmente, não com a mesma frequência, pois agora também temos a nossa filha para cuidar." (A2 e A1 trocam um olhar cúmplice, como se validassem silenciosamente o que cada um acabou de dizer, mas A1 revela cara de desconforto com o que disse).

Para avaliar a **Satisfação do casal com o tempo que passam juntos**, foram realizadas as seguintes perguntas: "Como está o vosso relacionamento de casal neste momento no que diz respeito ao tempo para estarem só os dois? Quais é que são as atividades que têm feito juntos?; Houve mudanças desde que a A3 nasceu? Se sim, quais?; Esperavam essas mudanças? A que atribuem a essas mudanças? Como se sentem em relação a elas? Como as têm gerido?; Sentem-se satisfeitos com o tempo que passam juntos?; Gostariam de passar mais tempo juntos? Seria importante para vós? O que significa para vós passar tempo juntos?; Já tentaram passar mais tempo juntos? Acham que seria possível gerir o vosso tempo de forma a conseguirem realizar alguma atividade em conjunto como casal? Se sim, como? Conseguem dar um exemplo de uma atividade que gostariam de realizar em conjunto?". A2 comenta: "É normal que agora passemos menos tempo juntos como casal (...). A rotina de sono da A3 não é das melhores, mas acho que somos nós que precisamos mudar... Geralmente, para que A1 possa descansar, eu fico com a menina na sala, onde dormimos com a televisão ligada. Ficamos lá até tarde, e só a meio da noite, às vezes, a levamos para o nosso quarto. Mas acho que estamos errados ao pensar que ela dorme melhor na sala, enquanto A1 descansa. No fim, acabamos por

perder o hábito de nos deitarmos juntos, e isso me entristece.", A1 acrescenta: "É verdade, ainda mantemos alguns hábitos de antes, como ir jantar na casa da minha mãe, do meu irmão, mas não com a mesma frequência. Em relação ao tempo só para nós dois, isso quase desapareceu... agora tudo gira em torno da menina. Mas queria ver se conseguíamos recuperar esse tempo juntos. Sobre o sono da A3, realmente... também sinto muita falta de nos deitarmos ao mesmo tempo e isso nós podemos reajustar" (A1 olha para A2, com um olhar triste).

A **Satisfação do casal quanto à forma como cada um expressa os seus sentimentos** já foi avaliada durante a abordagem sobre a comunicação conjugal. Constatou-se que, nessa dimensão operativa, não havia necessidade de intervenção especializada de enfermagem.

A recolha destes dados foi fundamental para compreender a dinâmica do casal durante a transição para a parentalidade e identificar fatores que poderiam influenciar a sua satisfação conjugal. Foram analisadas as mudanças na rotina, na comunicação e na divisão de tarefas, de modo a avaliar o impacto no bem-estar emocional dos elementos. O EEECESF, utiliza essa informação para desenvolver intervenções personalizadas, promovendo estratégias que reforçam a relação conjugal e facilitam a adaptação à nova realidade familiar. Este apoio contribui para a estabilidade emocional dos pais e, consequentemente, para um ambiente mais saudável e equilibrado para o desenvolvimento da criança. Devendo atuar como facilitador de uma transição efetiva, apoiando, capacitando e empoderando a família para o exercício de novos papéis, potenciando as suas forças e recursos.

3.4. Conceção de Cuidados

Satisfação Conjugal

03-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - A1: "Desde que a A3 nasceu, já não passamos tanto tempo juntos como casal, o que é natural... Uma coisa que me faz falta é deitar-me ao mesmo tempo que o A2.", A2: "Concordo com a A1, e já tínhamos falado sobre isso, mas acho que somos nós que precisamos mudar... Para que a A1 possa descansar, fico com a menina na sala a dormir, deixo a televisão ligada e acabamos por ficar lá até tarde. Acho que estamos a gerir mal a situação, porque assumimos que ela dorme melhor na sala, permitindo que a A1 descanse, mas, no fundo, isso afasta-nos da nossa rotina como casal."

03-03-2025 10:00 - Promover a satisfação conjugal: relação dinâmica

03-03-2025 10:00 - Potencial para melhorar a satisfação conjugal do casal

03-03-2025 10:00 - Motivar para atividades em conjunto [Todos os contactos]

03-03-2025 10:00 - Realizar técnica de intervenção interacionais:

Reenquadramento [Neste contacto]

03-03-2025 10:00 - Realizar técnica de intervenção interacionais: Ritual

terapêutico [Neste contacto]

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução da satisfação conjugal do casal [Próximo contacto]

3.5. Especificação das intervenções

Motivar para atividades em conjunto

- Planear uma atividade semanal à escolha da família.

Realizar técnica de intervenção interacionais: Reenquadramento

- O reenquadramento procura modificar as regras do "jogo familiar" quando este se torna patológico, ou seja, quando as normas e crenças da família se tornam rígidas e deixam de acompanhar a sua evolução. Esse "jogo" regula o funcionamento do sistema familiar e, ao longo dos anos, consolida-se. No entanto, quando as regras não se ajustam às novas dinâmicas, podem contribuir para comportamentos sintomáticos. Ao alterar essas regras e crenças, o reenquadramento interrompe os ciclos de feedback positivo que mantêm o problema, introduzindo maior flexibilidade ao sistema familiar. Isso modifica a percepção cognitiva do sintoma e oferece uma nova perspectiva à família, promovendo mudanças adaptativas na sua dinâmica (Figueiredo, 2023).
- Esta técnica revelou-se a mais adequada para ajudar a família, permitindo que A1 compreendesse que é natural não ter tanto tempo para as sobrinhas desde o nascimento da filha. Ao reenquadrar a situação atual, foi possível demonstrar que não havia motivo para sentimentos de culpa. Paralelamente, A2 foi questionado sobre a sua opinião e validou essa percepção, reforçando a importância da adaptação à nova dinâmica familiar. Além disso, acrescenta que A1 não precisa de deixar de realizar as atividades que fazia antes com as sobrinhas, apenas deve reconhecer que a frequência pode ser diferente sem que isso signifique uma falha da sua parte.

Realizar técnica de intervenção interacionais: Ritual terapêutico

- A prescrição de rituais terapêuticos tem como objetivo estabelecer novos padrões familiares, abordando o conflito entre as regras que operam verbalmente e aquelas que se manifestam de forma analógica. O foco principal não é apenas promover o entendimento dessas dinâmicas, mas sim garantir mudanças reais no comportamento, contribuindo para uma reorganização mais harmoniosa do sistema familiar (Figueiredo, 2023).
- Esta técnica é frequentemente aplicada em famílias que enfrentam desafios na satisfação conjugal e na dinâmica familiar, devido ao estabelecimento de coligações entre membros e aos desequilíbrios nas relações. A influência e o poder do subsistema filial sobre o subsistema conjugal comprometem a coesão, a adaptabilidade e a funcionalidade familiar (Figueiredo, 2023). Por essa razão, esta abordagem revelou-se particularmente pertinente, promovendo o ritual de a família se deitar junta diariamente, fortalecendo os vínculos e a estabilidade emocional do núcleo familiar.
- Pode-se considerar, assim, que esta prescrição atua como uma abordagem terapêutica ao

promover a primazia do subsistema conjugal sobre o parental, fortalecendo a relação entre os elementos do casal. Além disso, estabelece um contrato de colaboração dentro do subsistema conjugal, facilitando a comunicação e a cooperação mútua na dinâmica familiar (Figueiredo, 2023).

3.6. Síntese relativa ao caso

A identificação do tipo de família permite descrever a estrutura familiar e os vínculos estabelecidos entre os indivíduos de modo a determinar as funções internas e externas familiares fundamentais para o seu processo de desenvolvimento. Esta família é do tipo nuclear, isto é, homem (A2) e mulher (A1) com um filho biológico (A3), casados ou não (Figueiredo, 2012).

O cliente A2, do sexo masculino, evidencia uma relação de proximidade com os colegas de trabalho, salientando: "O ambiente de trabalho é bom, damo-nos todos bem, gosto muito de trabalhar lá". No contexto familiar, assume o papel de provedor e principal gestor financeiro, sendo responsável pela organização do funcionamento da casa e cuidador da A3. Refere ter uma irmã com quem mantém uma relação próxima, enquanto a ligação com os outros dois irmãos é mais distante, o que descreve de forma serena: "Desde sempre tive mais proximidade com a minha irmã. Com os meus irmãos a relação é distante, mas está tudo bem com isso, já é assim há muitos anos". Este membro será omitido do caso, uma vez que não foram prestados cuidados de enfermagem individualmente, mas apenas no contexto familiar.

Estão presentes os subsistemas individual, conjugal e parental. O subsistema individual contempla cada membro da família de forma autónoma, enquanto o subsistema conjugal e parental envolve A1 e A2 nos papéis de casal (marido e mulher) e de pais, respetivamente. A família encontra-se na fase do CVF designada por "Família com filhos pequenos" (Relvas, 2004).

A utilização de instrumentos de colheita de dados (ICD), como genograma familiar e o ecomapa permite uma identificação mais precisa da realidade social e das problemáticas existentes. Essa abordagem possibilita a definição de condutas terapêuticas individualizadas, mais adequadas às necessidades específicas identificadas em cada dimensão do contexto familiar avaliado (Santos et. al, 2025). O genograma constitui uma ferramenta que permite compreender a composição e a dinâmica familiar, destacando eventos significativos ao longo do CVF, abrangendo, no mínimo, três gerações (Wright & Leahey, 2012). A recolha dos dados foi realizada no domicílio da família, no dia 3 de março de 2025, através de uma entrevista semiestruturada. Durante a mesma, foram colocadas questões com o objetivo de elaborar o genograma e a Psicofigura de Mitchell (Figura 1).

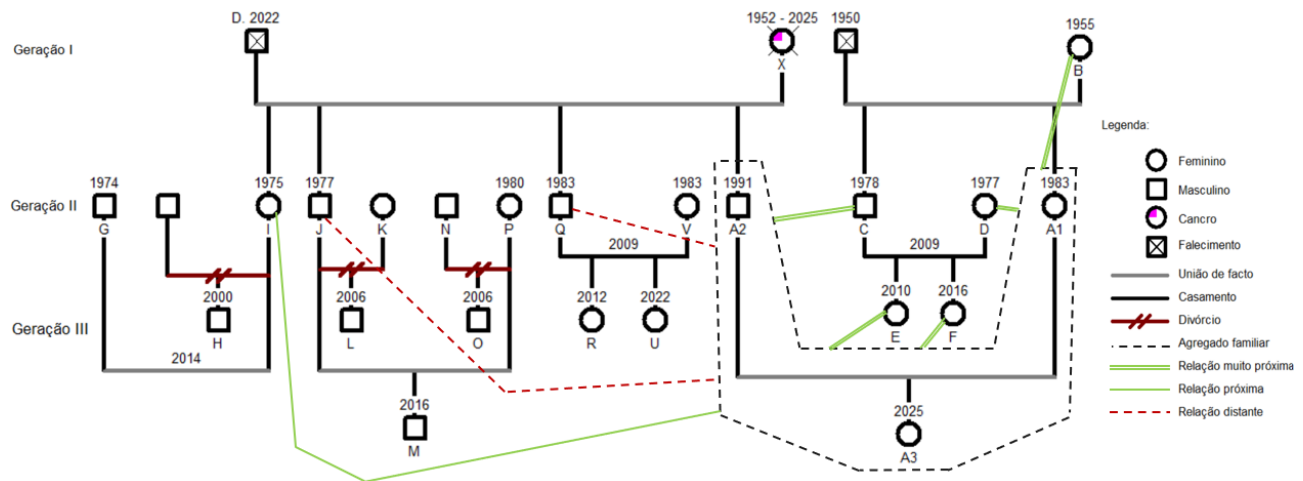


Figura 1: Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família A

Fonte: Elaboração própria

Através do genograma, observa-se que B, mãe de A1, tem 69 anos e é viúva. C, irmão de A1, é casado com D há 15 anos, têm, respetivamente, 46 e 47 anos. Deste casamento resultaram duas filhas: E, de 14 anos, e F, de 8 anos, ambas afilhadas de A1.

Os pais de A2, já falecidos, foram casados durante 47 anos e tiveram quatro filhos: I, J, Q e A2, listados por ordem decrescente de idade. Y faleceu em 2022, e X faleceu em janeiro de 2025, vítima de doença oncológica.

I é a filha mais velha, tem 49 anos e é divorciada. Do casamento anterior, tem um filho, H, com 24 anos. Atualmente, vive em união de facto com G, que tem 50 anos.

O J vive em união de facto com a P, têm respetivamente, 47 e 44 anos e têm um filho o M com 8 anos. É considerada uma família reconstruída porque tanto o J como a P são divorciados e desses casamentos tiveram 1 filho. J foi casado com K e tem um filho, o L com 18 anos. P foi casada com N e tem um filho, o O, também com 18 anos.

J vive em união de facto com P. Têm, respetivamente, 47 e 44 anos, e um filho em comum, M, de 8 anos. Segundo Figueiredo (2012), esta família é considerada uma família reconstruída, pois tanto J como P são divorciados e de relações anteriores tiveram um filho cada um. J foi casado com K e tem um filho, L, com 18 anos. P foi casada com N e tem um filho, O, também com 18 anos.

O outro irmão é Q. É casado com V, ambos têm 41 anos e têm duas filhas: R, de 12 anos, e U, de 2 anos. A2 é padrinho da U.

Relativamente à família extensa, A1 afirma: "Eu estou todos os dias com a minha mãe, que é a pessoa que mais me apoia. Mas, como já disse, o meu namorado é o meu maior confidente, falamos de tudo, ele compreende-me e é o meu principal apoio (...). Com o meu irmão, a minha cunhada e as meninas (esboça um sorriso), estamos quase todos os dias juntas. Com a irmã do

A2, mantemos contacto semanal. Quanto aos meus restantes cunhados, a relação é mais distante.". A2 explica: "Sim, a relação que temos com toda a família da parte da A1 é realmente muito próxima. Com os meus irmãos, no entanto, é mais distante (...). Já com a minha irmã, a relação também é muito próxima; estamos juntos todas as semanas. Considero que a principal função dessas relações é a companhia social."

Quanto aos sistemas mais amplos, conforme ilustrado no ecomapa (Figura 2), a família mantém uma relação muito próxima com a entidade patronal e com um casal amigo. A1, olhando para A2, afirma: "Nunca fomos muito de ter e sair com muitos amigos, somos mais família. Contudo, temos um casal amigo em quem sabemos que podemos contar caso precisemos, embora o contacto não seja semanal.", A2 acrescenta: "É verdade, somos muito família. Nunca fomos de conviver em casa de amigos, mesmo nas férias, sempre fomos apenas o casal. As pessoas com quem mais convivemos são mesmo as primas da A1." A família apresenta ainda uma relação muito próxima com a enfermeira de família e uma relação próxima com o pároco. A1 comenta: "Somos católicos não praticantes. A minha mãe, sim, é muito religiosa e já nos perguntou se vamos batizar a menina, o que é algo que queremos fazer." Salienta-se também a relação afetiva de A1 com as suas primas: "Tenho uma relação muito próxima com as minhas duas primas. Elas dão-me apoio emocional e são as pessoas, a seguir ao A2 com quem mais desabafo. São ótimas a dar conselhos. Estou com elas todas as semanas e falamos por chamada todos os dias." (expressa-se com brilho nos olhos ao falar das primas).

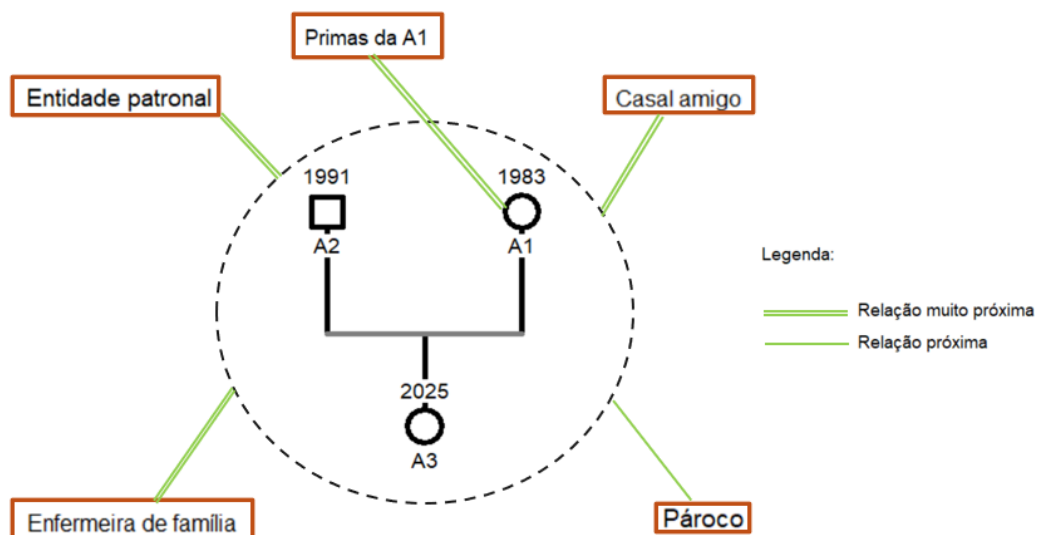


Figura 2: Ecomapa da Família A

Fonte: Elaboração própria

O EEECESF tem um papel fundamental na promoção da satisfação conjugal durante a transição para a parentalidade, fase marcada por mudanças profundas na dinâmica familiar. De acordo com a Teoria das Transições (Meleis, 2010), esta etapa exige apoio profissional qualificado para

facilitar a adaptação, promover o bem-estar e prevenir conflitos que possam comprometer a saúde familiar.

Baseando-se no MDAIF, o EEECESF avalia as dimensões da satisfação conjugal, como a partilha de tarefas, o tempo de convivência e a expressão emocional. Inserido na lógica da Teoria Geral dos Sistemas (Bertalanffy, 1968), o enfermeiro compreende a família como um sistema interdependente. Assim, alterações num subsistema, como a chegada de um filho, afetam toda a estrutura familiar, exigindo uma intervenção que promova o equilíbrio entre os papéis conjugais e parentais.

Para avaliar a família, o EEECESF deve realizar a EF sistémica, uma ferramenta essencial no âmbito da ESF. Essa entrevista tem como objetivo principal colher dados relevantes sobre a dinâmica familiar, além de oferecer suporte emocional e educacional durante o processo de adaptação às mudanças decorrentes de situações stressantes que afetam os membros. Por meio dessa abordagem, o enfermeiro pode abordar os problemas de saúde da família considerando os diferentes níveis de intervenção (Figueiredo, 2023).

Para a sua realização, foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada, o qual teve como base os três princípios da EFS: a hipotetização, a circularidade e a neutralidade. Esses princípios estão inter-relacionados e favorecem mudanças no contexto familiar ou na aceitação da necessidade de mudança. Os objetivos da entrevista centram-se na potencialização das forças da família, promovendo a sua autonomia e o seu desenvolvimento (Figueiredo, 2023).

A hipotetização consiste na formulação de suposições utilizadas como base para o raciocínio clínico, sem que haja, necessariamente, uma confirmação prévia da sua veracidade. A circularidade refere-se à capacidade de conduzir a entrevista com base na retroação da família, ou seja, nas respostas fornecidas às perguntas feitas pelo profissional de saúde sobre relações, diferenças e mudanças no sistema familiar. Já a neutralidade é compreendida como um efeito pragmático que se manifesta no sistema coconstruído entre o enfermeiro e os membros da família. Nesse processo, o enfermeiro direciona as suas perguntas a todos os membros, proporcionando um espaço equitativo para que cada um expresse a sua opinião em relação à informação que o profissional intencionalmente quer explorar (Figueiredo, 2023).

O EEECESF cria um espaço seguro de escuta e reflexão e, ao longo da entrevista avaliou as dimensões estrutural e de desenvolvimento no que se refere ao foco: **Satisfação Conjugal**. Evidenciaram-se necessidades de intervenção especializada de enfermagem, considerando-se o critério diagnóstico relação dinâmica com juízo disfuncional, identificando-se o diagnóstico de enfermagem: **Potencial para melhorar a satisfação conjugal do casal**.

Após a recolha de dados, foi co-construído com a família um plano de cuidados centrado nas suas necessidades, com o objetivo de promover o bem-estar familiar, entendido como a capacidade da família de oferecer um ambiente de apoio, caracterizado por relações

significativas e pela consideração dos objetivos de cada um dos seus membros (Moorhead et al., 2016).

Após a implementação das intervenções de enfermagem descritas na conceção de cuidados e especificadas no subcapítulo seguinte, verificou-se, ao fim de três semanas, no dia 24 de março de 2025, uma evolução positiva, consistente e sustentada na satisfação conjugal do casal, refletindo-se numa melhoria significativa da comunicação, da partilha de responsabilidades parentais e do tempo dedicado à relação conjugal.

Durante o acompanhamento, o casal demonstrou progressiva reorganização das dinâmicas familiares, passando de uma perceção de afastamento emocional para uma vivência mais equilibrada, colaborativa e centrada no reforço dos laços afetivos. O casal reconheceu que, após o nascimento da filha, a rotina se tinha tornado excessivamente centrada nos cuidados à criança, relegando para segundo plano o tempo e o espaço enquanto casal. Este reconhecimento constituiu o ponto de partida para a redefinição de prioridades e a construção de estratégias de equilíbrio entre os subsistemas conjugal e parental.

A intervenção “Motivar para atividades em conjunto” foi operacionalizada através do planeamento de uma atividade semanal à escolha da família, que envolvesse momentos de lazer partilhado. Esta medida revelou-se eficaz, favorecendo a coesão, o diálogo e a valorização do tempo em casal, aspetos fundamentais para a preservação da intimidade e da cumplicidade conjugal. A1 referiu: “Seremos motivados a realizar uma atividade em conjunto, uma vez por semana, foi muito positivo. Ao assumirmos esse compromisso, acabámos realmente por concretizá-lo, fomos ao cinema, fomos jantar fora... foi maravilhoso, já sentia muitas saudades desses momentos a dois.” A2 acrescentou: “Concordo plenamente com a A1. Com esta atividade, sentimos uma grande reaproximação e voltámos a focar-nos em nós, enquanto casal.”.

A aplicação das técnicas de intervenção interacional, o reenquadramento e o ritual terapêutico, foi determinante para a promoção da satisfação conjugal. Através da técnica do reenquadramento, foi possível que a A1 compreendesse que a diminuição do tempo dedicado às sobrinhas desde o nascimento da filha era uma consequência natural do processo de adaptação parental, e não uma falha pessoal. A A2 validou esta perceção, reforçando a importância da aceitação e da reorganização familiar de forma saudável e equilibrada. Este reenquadramento proporcionou uma mudança cognitiva e emocional, permitindo ao casal olhar para a sua realidade com maior compreensão, flexibilidade e empatia. A1 referiu: “Após a nossa conversa na última consulta, fiquei a pensar que, realmente, não me devia sentir culpada por já não conseguir dedicar o mesmo tempo às minhas sobrinhas desde que a A3 nasceu. O A2 voltou a reforçar essa ideia e, agora, já não me sinto assim, até porque continuamos a ir buscá-las sempre que conseguimos.”.

Por sua vez, o ritual terapêutico, definido como o momento de deitar-se juntos todas as noites,

foi prescrito com o intuito de restaurar a primazia do subsistema conjugal sobre o parental, fortalecendo os vínculos e promovendo uma rotina de partilha e intimidade. Esta prática regular consolidou o compromisso mútuo, estimulando a comunicação afetiva e a cooperação diária, resultando numa maior coesão, estabilidade emocional e funcionalidade do sistema familiar. A2 referiu: “Agora deitamo-nos juntos quase todas as noites, e sem dúvida foi a melhor mudança que precisávamos. A A3 até começou a dormir melhor, porque lhe instituímos uma rotina de sono mais adequada. Estou muito satisfeito com esta nova fase.” A1 acrescentou: “Parece incrível, mas é verdade, desde que voltámos a deitar-nos juntos, a nossa filha dorme melhor e durante mais tempo. Também ajuda o facto de já ficar mais saciada após as mamadas. Foi um conjunto de pequenas mudanças que fez toda a diferença e nos trouxe muita tranquilidade. Queremos agradecer todo o apoio e as orientações da enfermeira. Sem dúvida que, graças a isso, estamos a vivenciar a parentalidade de uma forma muito mais serena e confiante.”.

O acrónimo APGAR refere-se aos termos em inglês *Adaptability, Partnership, Growth, Affection e Resolve*. Cada uma destas dimensões avalia a perceção dos membros da família quanto ao seu funcionamento: a adaptação diz respeito à partilha de recursos e ao apoio mútuo; a participação, à forma como as decisões são tomadas e à qualidade da comunicação; o crescimento, à flexibilidade para a mudança de papéis e ao desenvolvimento individual; o afeto, à expressão emocional e à intimidade; e a resolução, à capacidade de gerir de forma partilhada o tempo, o espaço e os recursos familiares (Figueiredo, 2023).

Sendo o APGAR Familiar uma medida da perceção subjetiva da funcionalidade familiar, importa reconhecer que as transformações inerentes ao CVF lhe conferem uma dinâmica própria, marcada por flutuações naturais que tornam cada sistema familiar único (Figueiredo, 2023).

Neste contexto, a Escala de APGAR Familiar foi aplicada logo após o nascimento de A3. A resposta de ambos os membros do casal foi unânime, classificando a família com moderada disfunção (4 pontos). Destacou-se, em particular, a questão “Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família”, à qual ambos responderam “quase nunca” (0 pontos). Após a implementação das intervenções de enfermagem, nomeadamente as técnicas de reenquadramento e ritual terapêutico, bem como a promoção de atividades em conjunto, verificou-se uma melhoria significativa na perceção do funcionamento familiar. Na reavaliação realizada a 24 de março de 2025, ambos os elementos do casal atribuíram 10 pontos (resposta unânime), correspondendo a uma família altamente funcional.

Este resultado evidencia uma evolução expressiva na coesão, adaptabilidade e satisfação conjugal, confirmando o impacto positivo das intervenções de enfermagem na promoção da saúde relacional e no fortalecimento da dinâmica familiar. Durante a reavaliação, o casal relatou sentir-se mais unido, tranquilo e satisfeito com as mudanças implementadas, reconhecendo a importância de manter o equilíbrio entre o papel de pais e o de companheiros. As suas partilhas evidenciaram não apenas uma melhoria na gestão do tempo e da comunicação, mas também o

fortalecimento da parceria e do apoio mútuo. No final da sessão, foi elogiado o esforço, o envolvimento e o compromisso do casal, destacando-se a sua capacidade de adaptação, resiliência e dedicação ao processo de mudança.

Os resultados esperados definidos, nomeadamente o aumento da participação em atividades em conjunto e o estabelecimento de uma rotina familiar estruturada, evoluindo de “raramente demonstrado” para “frequentemente demonstrado” ao fim de três semanas (Moorhead et al., 2016) foi alcançado com sucesso.

Face à evolução observada, considera-se o diagnóstico de enfermagem **Potencial para melhorar a satisfação conjugal do casal** como resolvido, uma vez que os critérios estabelecidos para os resultados esperados foram plenamente atingidos.

Deste modo, verificou-se um fortalecimento da relação conjugal, acompanhado de ganhos expressivos na comunicação, empatia, coesão e estabilidade emocional do casal. Em suma, o EEECESF, alicerçado em evidência científica, assume um papel facilitador na adaptação da família às exigências da transição para a parentalidade, promovendo a saúde conjugal e contribuindo para um ambiente familiar emocionalmente equilibrado, coeso e resiliente.

4. A1

Cliente do sexo feminino. Apresenta antecedentes pessoais de depressão e ansiedade. No seio do núcleo familiar, considera-se provedora financeira, organizadora do funcionamento da casa e cuidadora da A3.

4.1. Enquadramento teórico

Após o nascimento de um filho torna-se bastante importante perceber se o casal pretende ter ou não mais filhos. O processo de tomada de decisão do casal sobre o número de filhos e o espaçamento entre eles envolve o conhecimento e o acesso do mesmo a métodos de planeamento familiar que sejam seguros, eficazes e aceitáveis, bem como a disponibilidade de consultas de vigilância pré-concepcional (Figueiredo, 2012).

A utilização de métodos contraceptivos deve ser abordada durante a vigilância da gravidez e reforçada posteriormente na consulta de puerpério. A escolha do método é influenciada por diversos fatores que devem ser cuidadosamente considerados, nomeadamente: as alterações fisiológicas próprias do puerpério, o retorno da fertilidade, a prática ou não de amamentação exclusiva, bem como as expectativas do casal relativamente ao reinício da vida sexual e ao planeamento de uma futura gravidez (DGS, 2015b).

Considerando o suporte teórico do MDAIF, o planeamento familiar, integrado na dimensão de desenvolvimento, abrange as seguintes dimensões operativas: uso de contraceptivos, conhecimento sobre vigilância pré-concepcional, conhecimento sobre reprodução e fertilidade (Figueiredo, 2012).

De acordo com os dados recolhidos durante a entrevista, o casal manifestou a intenção de não ter mais filhos. A1 afirmou: “Nós não queremos ter mais filhos e também não quero tomar a pílula. Quando tomava, esquecia-me com frequência... Preciso de algo que não me exija preocupação, mas não sei o quê, não conheço outros métodos.”, A2 complementou: “Sim, concordo com a A1. Nós não queremos mais filhos.”.

O enfermeiro especialista em ESF, conhecendo os critérios de adequação do método contraceptivo utilizado e considerando tratar-se da sua continuidade, deve estabelecer como prioridade a avaliação do conhecimento do casal sobre a diversidade de métodos disponíveis. Deve, ainda, disponibilizar informação clara e completa sobre o modo de utilização, vantagens e

desvantagens, possíveis efeitos colaterais, interações e sugerir um adequado às características do casal e de cada um dos seus membros (Figueiredo, 2012).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 42 anos | Feminino

4.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-03-2025 10:00	Pele e mucosas	
03-03-2025 10:00	Pós-parto	

4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Desde o período pré-natal, que a gestante e o enfermeiro especialista em ESF devem discutir os planos reprodutivos da mulher, incluindo o desejo de novas gestações e o momento mais adequado para elas (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2018).

O puerpério é o período de recuperação física e psicológica da mãe, que se inicia imediatamente após o nascimento do RN e se prolonga por aproximadamente seis semanas (DGS, 2015b).

Designa-se como consulta de puerpério a(s) consulta(s) realizadas durante este período, com o objetivo de acompanhar a adaptação e o bem-estar da mãe e do RN (DGS, 2015b). Nesse contexto, é fundamental que esta consulta inclua uma avaliação cuidadosa do pavimento pélvico, promovendo a sua recuperação através de exercícios de Kegel e, quando indicado, a reeducação perineal e esfinteriana. Devem ser feitas perguntas que abranjam todas as funções pélvicas, como a existência de perdas urinárias ao esforço, urgência em urinar ou evacuar, incontinência de gases, dispareunia, alteração da sensibilidade ou do tônus muscular e sensação de peso na região pélvica. É igualmente indispensável questionar sobre as características das perdas hemáticas, nomeadamente a quantidade, o cheiro e a duração. Com

o mesmo propósito, devem ser avaliadas a perineorrafia ou, nos casos aplicáveis, a cicatriz da cesariana. De igual modo, deve contemplar o aconselhamento em planeamento familiar, promovendo o início da contracepção de forma informada, segura e adequada às necessidades e características da mulher e do casal, assegurando a continuidade dos cuidados em saúde sexual e reprodutiva (DGS, 2015b).

A intervenção do EEECESF nos domínios **Pele e mucosas** e **Pós-parto** é essencial para garantir a recuperação segura da mulher e do RN, assegurando uma continuidade de cuidados no contexto individual e familiar. Pela sua proximidade à família, o EEECESF desempenha um papel central na vigilância do puerpério, promovendo cuidados personalizados que contribuem para a saúde materno infantil e para o bem-estar da família.

4.4. Conceção de Cuidados

Pele e mucosas

03-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

03-03-2025 10:00 - Ferida cirúrgica

03-03-2025 10:00 - Localização da ferida cirúrgica

03-03-2025 10:00 - Abdómen Inferior

03-03-2025 10:00 - Comprimento da lesão tegumentar: 12.00 cm.

03-03-2025 10:00 - Ausência de exsudado.

03-03-2025 10:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

03-03-2025 10:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

03-03-2025 10:00 - Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.

03-03-2025 10:00 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

03-03-2025 10:00 - *Avaliar evolução da ferida cirúrgica (Abdómen Inferior)*

[Próximo contacto]

31-03-2025 10:00 - Localização da ferida cirúrgica

31-03-2025 10:00 - Abdómen Inferior

31-03-2025 10:00 - Ausência de exsudado.

31-03-2025 10:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

31-03-2025 10:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

31-03-2025 10:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

31-03-2025 10:00 - Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.

03-03-2025 10:00 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

03-03-2025 10:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [Neste contacto]

03-03-2025 10:00 - Aplicar penso de ferida [Neste contacto]

Pós-parto

03-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Hora da dequitação: 14:00:00.

03-03-2025 10:00 - Puerpério

03-03-2025 10:00 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

03-03-2025 10:00 - Determinar evolução da recuperação pós-parto

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto [Próximo contacto]

31-03-2025 10:00 - Quantidade de lóquios: nula.

03-03-2025 10:00 - Promover autogestão da recuperação pós-parto

03-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre autocuidado pós-parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre complicações pós-parto: facilitador.

03-03-2025 10:00 - Capacidade para executar exercícios de recuperação no pós-parto: facilitadora.

03-03-2025 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto [RESOLVIDO] 31-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autocuidado pós-parto [Próximo contacto] [FIM] 31-03-2025 10:00

31-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre autocuidado pós-parto: facilitador [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Ensinar sobre uso de contraceptivos [Todos os contactos] [FIM] 31-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Ensinar sobre exercício pós-parto [Todos os contactos] [FIM] 31-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução da autogestão da recuperação pós-parto [Próximo contacto]

31-03-2025 10:00 - Adota comportamentos de autogestão da recuperação pós-parto.

31-03-2025 10:00 - Refere satisfação com a autogestão da recuperação pós-parto.

4.5. Especificação das intervenções

Ensinar sobre uso de contraceptivos

- Relativamente a esta intervenção, foi fornecida informação completa, imparcial e sustentada em evidência científica acerca de todos os métodos contraceptivos disponíveis, assegurando-se igualmente o acompanhamento, independentemente do método selecionado (DGS, 2008).

Ensinar sobre exercício pós-parto

- Foram realizados ensinamentos sobre os exercícios de Kegel (DGS, 2015b), considerados os mais adequados face à situação atual da cliente.

4.6. Síntese relativa ao caso

A VD durante o período do puerpério constitui um instrumento fundamental de intervenção. Esta consulta tem como objetivo avaliar o bem-estar físico, emocional e social da mulher, do RN e da família, bem como identificar, corrigir e/ou tratar eventuais dificuldades ou desvios da normalidade que possam surgir durante este período (DGS, 2015b).

Relativamente ao domínio **Pele e mucosas** foi realizado tratamento à ferida cirúrgica, a mesma encontrava-se com boa evolução cicatricial. No que respeita ao pós-parto, verificou-se que o casal não pretende ter mais filhos e que existem necessidades específicas de enfermagem relacionadas com o autocuidado de A1. Foi identificado o diagnóstico de enfermagem **Potencial para melhorar o conhecimento sobre autocuidado no pós-parto**.

Após a recolha de dados, foi co-construído com a A1 um plano de cuidados centrado nas suas necessidades, com o objetivo de promover o conhecimento sobre a prevenção da concepção e a saúde materna no período pós-parto (Moorhead et al., 2016).

Foram também definidos os resultados esperados da intervenção especializada em enfermagem, tais como: aumentar o conhecimento sobre as opções contraceptivas, passando de "conhecimento limitado" para "conhecimento substancial", bem como aprofundar o conhecimento sobre o método contraceptivo escolhido, também evoluindo de "conhecimento limitado" para "conhecimento substancial" ao fim de quatro semanas (Moorhead et al., 2016).

Ao fim de quatro semanas após a implementação das intervenções de enfermagem anteriormente descritas, verificou-se uma evolução positiva no conhecimento da puérpera relativamente ao autocuidado no período pós-parto.

Durante a consulta de seguimento, ao ser questionada sobre o método contraceptivo a adotar, a cliente manifestou convicção na sua escolha, justificando-a com base nas informações fornecidas durante a consulta anterior e complementadas pela sua própria pesquisa. Esta resposta evidencia que compreendeu as diferentes opções contraceptivas disponíveis, incluindo os respetivos mecanismos de ação, vantagens, desvantagens e potenciais efeitos secundários, demonstrando, assim, capacidade para uma tomada de decisão informada e consciente quanto ao método mais adequado às suas necessidades.

Paralelamente, a puérpera revelou domínio das orientações relativas à prática dos exercícios de

Kegel, reconhecendo a sua importância na recuperação perineal e na promoção do bem-estar materno, o que reforça a integração efetiva dos ensinamentos realizados na sua rotina de autocuidado.

Face à evolução observada, considera-se que o diagnóstico de enfermagem **Potencial para melhorar o conhecimento sobre autocuidado no pós-parto** foi resolvido, uma vez que os critérios definidos para os resultados esperados foram plenamente alcançados. Assim, registou-se uma progressão de “conhecimento limitado” para “conhecimento substancial” relativamente às opções contraceptivas e ao método selecionado, conforme os indicadores propostos por Moorhead et al. (2016).

No final do acompanhamento, foi reconhecido e elogiado o empenho e a dedicação da puérpera, destacando-se o compromisso demonstrado na aprendizagem e aplicação dos conhecimentos adquiridos, bem como a sua postura proativa na gestão do autocuidado durante o puerpério.

Deste modo, pode afirmar-se que foram obtidos ganhos em saúde familiar decorrentes da intervenção do enfermeiro especialista em ESF, evidenciando a efetividade das intervenções de educação para a saúde implementadas.

5. A3

Recém-nascida do sexo feminino. Nasceu com peso de 3,1kg, perímetro cefálico de 34cm, comprimento de 46cm, e Índice de Apgar 9 no 1º minuto e 10 no 5º minuto. Nasceu no decorrer de uma gravidez muito planeada.

5.1. Enquadramento teórico

Para compreender este momento crucial, que é a parentalidade, pode-se recorrer à Teoria Geral dos Sistemas, a qual propõe que a família constitui um sistema composto por indivíduos interdependentes. A imagem do casal, nesse contexto, é formada tanto pelas características individuais de cada membro quanto pelas dinâmicas resultantes da interação entre ambos (Holmes, 2013). Dentro desse sistema, existem subsistemas interrelacionados, como a relação conjugal e a relação entre pais e filhos. Estas influenciam-se mutuamente em múltiplos níveis: individual, sistémico e intergeracional (Erdem & Safi, 2018; Pedro et al., 2012).

De acordo com a DGS (2013), no âmbito da vigilância em saúde infantil e juvenil, são desenvolvidas intervenções que visam alcançar múltiplos objetivos, contribuindo para ganhos sustentados em saúde nesta população, tais como:

- Avaliar o crescimento e o desenvolvimento, procedendo ao registo sistemático dos dados obtidos;
- Incentivar, sempre que possível, comportamentos promotores de saúde, nomeadamente relacionados com alimentação saudável, atividade física regular, lazer em ambientes saudáveis, gestão do stress, prevenção de consumos nocivos e adoção de medidas de segurança;
- Promover a imunização de acordo com o Plano Nacional de Vacinação, a saúde oral, o aleitamento materno e a prevenção de perturbações emocionais e comportamentais, acidentes, intoxicações, maus-tratos e exposição solar inadequada;
- Detectar precocemente e encaminhar situações com potencial impacto na vida ou qualidade de vida da criança e do adolescente, como malformações congénitas, alterações do desenvolvimento, perturbações sensoriais, neurológicas, comportamentais, emocionais e problemas dentários;
- Prevenir, reconhecer e saber atuar perante as doenças mais comuns em cada fase da infância e adolescência, valorizando o papel dos pais e cuidadores, e sensibilizando-os para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos serviços de saúde;
- Sinalizar e garantir apoio contínuo às crianças com doença crónica ou deficiência e às

- suas famílias, promovendo uma articulação eficaz entre os diversos intervenientes na prestação de cuidados;
- Assegurar o aconselhamento genético sempre que indicado, tanto para os progenitores como para os adolescentes, recorrendo à referenciação para serviços especializados, quando necessário;
 - Identificar, apoiar e orientar crianças e famílias vítimas de violência, incluindo negligência, maus-tratos físicos ou psicológicos, abuso sexual, bullying e práticas tradicionais lesivas, como a mutilação genital feminina;
 - Promover o desenvolvimento pessoal, social e a autodeterminação das crianças e jovens, incentivando a responsabilidade progressiva nas decisões de saúde, prevenindo situações de risco e promovendo a equidade de género;
 - Apoiar e incentivar o exercício responsável das funções parentais, promovendo o bem-estar da família.

A avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar deve ser uma prioridade para o EEECESF em cada contacto com a criança, o jovem ou a família. Durante o primeiro ano de vida, é fundamental dedicar especial atenção ao estado emocional da mãe, pais ou do principal cuidador, devido ao risco de depressão pós-parto, assegurando o encaminhamento precoce dos casos identificados que possam interferir no desenvolvimento saudável da criança (DGS, 2013).

A transição para a parentalidade constitui um período crítico de ajustamento, tanto para a mulher como para o homem. A construção do autoconceito de mãe e de pai desempenha um papel fundamental no bem-estar familiar e no desenvolvimento saudável do RN (Trombetta et al., 2021).

A afetividade é uma das necessidades humanas fundamentais. Estudos indicam que o vínculo entre mãe/pai e filho durante o período pré-natal é um fator relevante na previsão de comportamentos afetivos no pós-parto, além de atuar como elemento protetor da responsividade às necessidades do RN (Salehi & Kohan, 2017; Abasi et al., 2021).

A ligação entre mãe/pai e filho é um aspeto central no processo de transição para a maternidade e a paternidade, assumindo particular relevância para o desenvolvimento do vínculo afetivo (Cardoso et al., 2024). O investimento afetivo da mãe e do pai em relação ao filho sustenta a qualidade dos cuidados parentais e das interações estabelecidas, as quais são fundamentais para o desenvolvimento e o bem-estar do feto e do RN (Branjerdporn et al., 2017; Trombetta et al., 2021).

Dessa forma, à luz da literatura atual, torna-se essencial avaliar o domínio dos **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**, uma vez que esses comportamentos estão diretamente relacionados à construção do vínculo afetivo e ao cuidado sensível, determinantes para a saúde física e emocional da criança (Cardoso et al., 2024). Para tal, foram formuladas as seguintes questões diagnósticas, com o objetivo de identificar e compreender os padrões de

interação e vinculação estabelecidos entre os progenitores e o RN: "Como têm promovido a ligação mãe/filha e pai/filha?; Como se descrevem como pai/mãe?; Como veem o outro como pai/mãe? Está a corresponder às vossas expetativas? Se não, como gostariam que fosse?; Como organizam os cuidados à A3? Que tarefas têm assumido em relação ao cuidar dela? Costumam cuidar em conjunto ou dividem as tarefas parentais? A partilha de tarefas foi planeada em conjunto? Consideram que as tarefas de cada um estão bem definidas? Como se sentem em relação a isso? Vai de encontro às vossas expetativas? Estão satisfeitos com a partilha de tarefas?; Que modelos seguem enquanto pais? Costumam falar sobre isso? É um modelo definido em conjunto? Estão de acordo com o modelo definido?" (Figueiredo, 2022). A1 diz: "Para mim, o A2 sempre foi cuidadoso e dedicado. Eu já sabia que ele seria um ótimo pai, pelo carinho e atenção que tem com as minhas afilhadas (Olha para A2 com um sorriso carinhoso), nos cuidados com a A3, tem sido maravilhoso. Partilhamos tudo, quando um está a dar banho, o outro coloca o creme, por exemplo. Tem sido uma experiência muito boa.", A2 acrescenta: (Mantém um olhar sorridente para A1 enquanto fala) "Para mim, a A1 é tudo isso que disse... e mais! Acrescento que é preocupada, no melhor sentido da palavra. E, sinceramente, não me surpreende em nada a mãe incrível que ela é. Lembro-me de uma vez, depois de uma ecografia, estávamos no carro a conversar e eu disse-lhe que ela ia ser uma ótima mãe, justamente pelo cuidado que tem com as afilhadas. Ela cuida delas como se fossem filhas. Em relação à nossa filha, tem sido tudo partilhado, como deve ser." (Sorri).

Os dados recolhidos durante a entrevista indicaram que, neste momento, não se justifica uma intervenção especializada de enfermagem no domínio dos **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**. Seguindo a mesma linha de pensamento adotada ao longo do relatório, optou-se por incluir a descrição deste domínio no enquadramento teórico.

5.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 20 dias | Feminino

Mãe/Pai

03-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Figura parental principal: mãe.
03-03-2025 10:00 - Papel parental partilhado.
03-03-2025 10:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

5.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-03-2025 10:00	Recém-nascido	

5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

No período de transição para a parentalidade, emerge uma nova dinâmica no casal, marcada pela necessidade de gerir os cuidados com o filho. A relação de coparentalidade distingue-se de outras dimensões da relação conjugal, pois exige que os parceiros atuem em conjunto no desempenho dos seus papéis parentais. Nesse processo, constrói-se uma identidade conjunta, sustentada por valores, objetivos e formas partilhadas de exercer a parentalidade. Os comportamentos e tarefas parentais devem ser coordenados e coerentes entre os membros do casal, a fim de promover uma atuação harmoniosa e eficaz (Young et al., 2017). O casal, agora pais, precisa definir os papéis parentais e adaptar-se à responsabilidade contínua de exercer a parentalidade. Esta envolve um conjunto de ações e interações realizadas pelos pais, que visam tanto o desenvolvimento integral da criança quanto a construção da identidade parental. Essas ações englobam cuidados físicos e afetivos, que, em conjunto, constituem os comportamentos parentais (Figueiredo, 2012).

A competência parental no contexto da higiene envolve não apenas o conhecimento das práticas adequadas, mas também a capacidade de reconhecer as necessidades do RN e a sensibilidade para lhes responder de forma adequada. É igualmente importante considerar o ajustamento às necessidades específicas de cada RN, uma vez que cada um é único e pode apresentar exigências individuais no que diz respeito aos cuidados com a pele e à higiene (Cardoso et al., 2024).

O coto umbilical protege a zona do umbigo até à cicatrização completa da pele (Zupan, Garner & Omari, 2004). Após o corte do cordão umbilical, inicia-se o processo de mumificação, durante o qual o coto pode ser colonizado por bactérias, aumentando o risco de infeção, nomeadamente de onfalite, até à sua queda. Por isso, é essencial que os pais recebam informação para saberem realizar a higiene adequada do coto e identificar sinais de infeção (Cardoso et al., 2024).

A pele do RN é um órgão dinâmico em maturação, mais fina e com uma maior área de superfície

corporal, o que a torna mais vulnerável à absorção de substâncias nocivas. Essa imaturidade pode resultar em lesões, sensibilização a alérgenos e perda da função de barreira epidérmica, estando associada ao desenvolvimento de dermatite atópica e inflamação cutânea (Kelleher et al., 2021; Wilborn et al., 2023). Assim, é essencial fornecer à mãe e ao pai a informação necessária para que saibam escolher produtos de higiene adequados às características da pele do RN (Cardoso et al., 2024).

Nos RN amamentados, é difícil quantificar com precisão a quantidade de leite ingerida. Já nos RN alimentados com fórmula infantil por biberão, estima-se uma ingestão de cerca de 15ml por mamada nos primeiros dois dias de vida, aumentando posteriormente para 30 a 60ml por mamada (Rêgo, 2022). Relativamente à amamentação, A1 referiu desde o início da gravidez que não iria amamentar, por recomendação do seu psiquiatra. Explicou: "Eu não vou amamentar porque a medicação que tomo interfere com o leite, mas está tudo bem com isso, damos leite artificial."

O sono é uma fase essencial para o desenvolvimento do RN, pois é durante este período que ocorre um pico na libertação da hormona do crescimento. Além disso, o sono desempenha um papel crucial na maturação do sistema nervoso central, no fortalecimento da função imunitária, no crescimento físico, bem como nos processos de aprendizagem e memória (Ednick et al., 2009).

A competência parental para cuidar adequadamente do RN envolve a capacidade de oferecer um ambiente seguro, saudável e estimulante, promovendo e mantendo a sua saúde, bem como identificando precocemente eventuais problemas. A promoção e vigilância da saúde do RN representam desafios significativos para a mãe e para o pai, sobretudo quando o objetivo é assegurar o pleno potencial de desenvolvimento da criança (Smith, Portela & Marston, 2017).

Para a avaliação do domínio RN, foram colocadas questões diagnósticas relativas à área de atenção Papel Parental do MDAIF, com foco nas categorias avaliativas do Conhecimento do papel parental. Foram igualmente utilizadas questões abertas, sistémicas e circulares, com o propósito de explorar as perceções individuais e partilhadas, promover a reflexão e estimular a comunicação entre os membros da família, nomeadamente através de perguntas como: "Como tem sido a alimentação? Sentem que a A3 fica saciada?; Costuma ter refluxo? Se ocorrer uma situação de engasgamento como resolvem?; Em relação ao banho e cuidados de higiene, como tem sido a rotina? Sentem dificuldades? Se sim, quais?; Como tem sido a rotina de sono da A3? Onde é que ela dorme? Sabem como deve ser deitada? Sentem dificuldades? Se sim, quais?; Sabem interpretar o choro da Alice? Como costumam responder ao choro dela?; Em relação aos cuidados com Alice como se têm sentido? Sentem-se confiantes? Têm dificuldades, se sim, quais são?". A2 responde: "A nossa filha tem sido alimentada com leite artificial. Nós damos 30 ml, mas ela está sempre a chorar... Achamos que fica com fome depois da mamada, mas não sabemos se podemos aumentar a quantidade. (...) Às vezes ela engasga-se, mas nunca foi

preciso fazer nada, ainda assim, gostávamos de saber o que devemos fazer nessas situações, porque não sabemos." (Olha para a companheira com ar assustado.) "Em relação ao sono, como já explicámos, ela dorme na sala. Só a meio da noite é que a levo para o quarto, e às vezes até acabo por adormecer com ela e fica a noite toda no sofá. (...) Quando ela chora, já conseguimos perceber o que quer: se a fralda não estiver suja, é porque tem fome. (...) A maior dificuldade tem sido limpar o cordão umbilical. Temos muito receio de a magoar, e aquilo também nos causa alguma confusão. (...) Agora, quando formos à consulta do primeiro mês, a nossa filha já vai levar alguma vacina?", A1 diz: "Para já, temo-nos sentido bem. A maior dificuldade até agora tem sido a limpeza do cordão umbilical, temos muito medo de a magoar. (...) O leite é algo que queríamos mesmo falar. Ela mama os 30ml e, em vez de adormecer depois de mamar, começa a chorar imenso. Achamos que fica com fome, mas não lhe damos mais porque temos receio que lhe faça mal. Às vezes, nem aguenta duas horas sem querer mamar novamente. (...) A rotina do sono também não está a correr bem; vamos ter de conversar sobre isso e fazer mudanças. (...) Sim, quando chegar a altura das vacinas vai ser muito difícil... Não sei se vou conseguir assistir, e nem sei exatamente quando é que leva a primeira vacina."

Após a colheita de dados realizada durante a EFS, identificou-se a necessidade de cuidados especializados de ESF, com ênfase no domínio do **Conhecimento do papel parental**.

5.4. Conceção de Cuidados

Recém-nascido

03-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Recém-nascido

03-03-2025 10:00 - Determinar evolução do coto do cordão umbilical

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical

[Próximo contacto]

17-03-2025 10:00 - Estado do coto umbilical: sem coto do cordão umbilical (queda do coto).

03-03-2025 10:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais

03-03-2025 10:00 - Tratar do coto do cordão umbilical [Neste contacto]

03-03-2025 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

03-03-2025 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-03-2025 10:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento

próprio para intervir.

03-03-2025 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao dar banho: não dificultador.

03-03-2025 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao tratamento do coto umbilical: risco de provocar dor.

03-03-2025 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido [RESOLVIDO] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido [Próximo contacto] [FIM] 17-03-2025 10:00

17-03-2025 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre cuidados à pele [Todos os contactos] [FIM] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre tratamento do coto do cordão umbilical [Todos os contactos] [FIM] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido [RESOLVIDO] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido [Próximo contacto] [FIM] 17-03-2025 10:00

17-03-2025 10:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido: facilitadora [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Instruir mãe/pai a tratar do coto do cordão umbilical [Todos os contactos] [FIM] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Instruir mãe/pai a trocar fralda [Todos os contactos] [FIM] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar significado atribuído ao tratamento do coto do cordão umbilical [RESOLVIDO] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído pela mãe/pai ao tratamento do coto do cordão umbilical [Próximo contacto] [FIM] 17-03-2025 10:00

17-03-2025 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao tratamento do coto umbilical: não dificultador [MANTEVE].

03-03-2025 10:00 - Assistir mãe/pai a analisar o significado dificultador [Todos os contactos] [FIM] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Próximo contacto]

17-03-2025 10:00 - Boa condição de higiene e asseio da criança.

17-03-2025 10:00 - Vestuário da criança adequado face às condições ambientais e antropométrica.

03-03-2025 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

03-03-2025 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o

momento próprio para intervir.

03-03-2025 10:00 - Capacidade da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora.

03-03-2025 10:00 - Autoeficácia da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-03-2025 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento

sobre ingestão nutricional do recém-nascido [RESOLVIDO] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional do recém-nascido [Próximo contacto] [FIM] 17-03-2025 10:00

17-03-2025 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre ingestão nutricional [Todos os contactos] [FIM] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar autoeficácia para alimentar o recém-nascido [RESOLVIDO] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução da autoeficácia da mãe/pai para alimentar o recém-nascido [Próximo contacto] [FIM] 17-03-2025 10:00

17-03-2025 10:00 - Autoeficácia da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Elogiar o desempenho da mãe/pai [Todos os contactos] [FIM] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Próximo contacto]

17-03-2025 10:00 - Boa condição do estado nutricional e de hidratação da criança.

03-03-2025 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

03-03-2025 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-03-2025 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento

sobre sono do recém-nascido [RESOLVIDO] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido [Próximo contacto] [FIM] 17-03-2025 10:00

17-03-2025 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre sono [Todos os contactos] [FIM] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre promoção de hábitos para dormir [Todos os contactos] [FIM] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Próximo contacto]

03-03-2025 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e

promoção da saúde

03-03-2025 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-03-2025 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

03-03-2025 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido [RESOLVIDO]

17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido [Próximo contacto] [FIM]

17-03-2025 10:00

17-03-2025 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

03-03-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde [Todos os contactos] [FIM] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre vacinação [Todos os contactos] [FIM] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre gestão de sinais e sintomas relacionados com compromissos de processos corporais [Todos os contactos] [FIM] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre sinais e sintomas de alerta relacionados com compromissos de processos corporais [Todos os contactos] [FIM] 17-03-2025 10:00

03-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Próximo contacto]

17-03-2025 10:00 - A mãe/pai adota comportamentos de vigilância e promoção da saúde da criança de acordo com a recomendação.

5.5. Especificação das intervenções

Assistir mãe/pai a analisar o significado dificultador

- O significado atribuído às experiências de cuidado emerge da interpretação que cada indivíduo faz da realidade que o circunda, mediada pelas vivências e processos de aprendizagem. No contexto do cuidado com o coto umbilical, para alguns pais, este representa um desafio significativo, frequentemente associado a perceções negativas quanto ao seu aspecto, descrito por alguns como “parece uma tripa”, e ao receio de provocar dor ao RN, expresso em declarações como “se lhe mexer, vai doer-lhe”. Adicionalmente, a conceção do RN como frágil e vulnerável potencia a atribuição de significados que podem dificultar a execução adequada dos cuidados, reforçando a necessidade de orientação e apoio para a promoção da confiança parental (Cardoso et al.,

2024).

- Durante a visita domiciliária, a mãe A1 relatou sentir-se insegura ao cuidar do coto umbilical, afirmando: “O aspeto do coto umbilical é estranho e, quando for a limpar, de certeza que vai magoar, eu não consigo fazer; tenho deixado isso para o A2”. O pai A2 concordou com a dificuldade, acrescentando: “É assim, eu sou sincero, a mim também me incomoda; acho que a vou magoar. Tenho feito a limpeza, mas não a estou a fazer da forma correta”. Face a estas perceções, foi explicado aos pais o conceito de significado, e foram colocadas questões reflexivas com o objetivo de promover a análise das suas crenças e experiências: “O que vos leva a pensar que, ao limpar o coto umbilical, estão a magoar a A3?”; “Conhecem alguém que tenha tido uma boa experiência ao tratar o coto?”; “De que forma poderiam usar essa experiência no modo como pensam atualmente?”; e “O que poderia ajudá-los a encarar o cuidado do coto de forma mais positiva e segura?” (Cardoso et al., 2024). Em resposta, A2 referiu: “Eu tenho receio de estar a manipular o coto e causar desconforto; acho que, se a enfermeira nos ajudasse e demonstrasse, sentir-nos-íamos mais confiantes”. A1 acrescentou: “O meu irmão e a minha cunhada disseram que o coto das meninas caiu muito rápido e que correu tudo bem; conseguiam realizar a higiene sem problemas. A mim, confesso que me causa confusão, mas concordo com o A2, se a enfermeira nos ajudar, vamos sentir-nos mais confiantes para fazer sozinhos”.
- Com base neste relato, procedeu-se à execução do tratamento do coto umbilical, de forma orientada, com o objetivo de promover a autonomia e a confiança dos pais na realização deste cuidado.

Ensinar mãe/pai sobre cuidados à pele

- As atividades desenvolvidas para a execução da intervenção incluíram a explicação acerca das características da pele do RN e dos critérios que orientam a escolha dos produtos de higiene (Cardoso et al., 2024), bem como o aconselhamento quanto ao uso de creme específico para o tratamento da candidíase.

Ensinar mãe/pai sobre tratamento do coto do cordão umbilical

- Para concretizar esta intervenção, foi explicado ao casal o método adequado para a limpeza do cordão umbilical, recomendando-se o uso de compressa embebida em álcool a 70% ou em clorexidina (Cardoso et al., 2024), com o objetivo de assegurar a assepsia e prevenir infeções locais.

Instruir mãe/pai a tratar do coto do cordão umbilical

- Com o intuito de transmitir maior segurança aos pais, foi demonstrado o procedimento correto para a desinfeção do coto umbilical (Cardoso et al., 2024), o que lhes proporcionou maior confiança para executarem o procedimento autonomamente posteriormente.

Instruir mãe/pai a trocar fralda

- No decorrer da visita domiciliária, observou-se que a RN apresentava candidíase na região genital. Diante dessa constatação, considerou-se oportuno demonstrar o método adequado para a secagem da área afetada e para a limpeza da região coberta pela fralda (Cardoso et al., 2024).

Ensinar mãe/pai sobre ingestão nutricional

- Entre as preocupações apresentadas pelos pais destacou-se a alimentação, uma vez que relataram que a RN permanecia inquieta e chorosa após as mamadas, interpretando esse comportamento como sinal de fome. Assim, procedeu-se à realização de ensinamentos sobre aleitamento artificial (Figueiredo, 2012), abordando a frequência e a quantidade de leite adequadas a cada refeição (Cardoso et al., 2024).

Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde

- Para concretizar esta intervenção, foram realizados ensinamentos relativos à termorregulação do RN, aos sinais indicativos de frio e de calor, ao esquema de consultas de vigilância infantil, à causa da coloração icterícia da pele e às características das eliminações intestinal e urinária (Cardoso et al., 2024).

Ensinar mãe/pai sobre vacinação

- A imunização do RN representa uma estratégia essencial de prevenção primária e um elemento estruturante da saúde pública. Para além de conferir proteção individual contra diversas patologias, a vacinação contribui significativamente para a redução da morbidade coletiva e para o fortalecimento da imunidade comunitária. Assim, destaca-se a importância de sensibilizar os pais quanto à relevância da vacinação na promoção da saúde do RN, fornecendo orientações sobre os benefícios e o esquema vacinal recomendado (Cardoso et al., 2024).

Ensinar mãe/pai sobre gestão de sinais e sintomas relacionados com compromissos de processos corporais

- No âmbito desta intervenção, foram realizadas atividades que envolveram a explicação sobre a atuação adequada perante o eritema da área da fralda, as condutas a adotar em caso de febre e as orientações relativas à atuação face à obstipação (Cardoso et al., 2024).

Ensinar mãe/pai sobre sinais e sintomas de alerta relacionados com compromissos de processos corporais

- Face ao défice de conhecimento identificado ao longo da entrevista relativamente aos sinais e sintomas de alerta relacionados com compromissos de processos corporais, foram realizadas atividades que incluíram o ensino sobre a perda de peso fisiológica, a explicação dos sinais de alerta associados à perda de peso, à temperatura corporal, à diarreia e às alterações nas fezes (Cardoso et al., 2024).

Elogiar o desempenho da mãe/pai

- Durante a entrevista familiar, procurou-se reforçar de forma constante o encorajamento aos pais, evitando qualquer comparação e destacando positivamente os cuidados já realizados à RN. Essa abordagem permitiu reconhecer e valorizar suas competências, fortalecendo a segurança na prática de cuidado e promovendo a confiança parental (Cardoso et al., 2024).

Ensinar mãe/pai sobre sono

- No que se refere ao padrão de sono, constatou-se durante a entrevista familiar que este

aspecto gerava preocupação nos pais. Assim, procedeu-se à explicação do padrão de sono característico do RN e dos benefícios que o mesmo proporciona para o seu crescimento e desenvolvimento (Cardoso et al., 2024).

Ensinar mãe/pai sobre promoção de hábitos para dormir

- Ainda relativamente ao padrão de sono, abordaram-se estratégias para a implementação de rotinas de dormir e explicaram-se os benefícios decorrentes da sua adoção para a promoção de um sono saudável (Cardoso et al., 2024).

5.6. Síntese relativa ao caso

Embora o plano de cuidados esteja descrito em função da criança, ele foi co-construído com base na família enquanto unidade sistémica, dado que visa responder às necessidades de cuidados desta. Assim, todas as intervenções realizadas foram direcionadas à família como unidade de cuidados.

Ao longo da EFS, observou-se que, na dimensão do desenvolvimento, havia necessidades da família sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem. Essas necessidades estavam relacionadas ao conhecimento sobre o papel parental, especialmente no que diz respeito aos cuidados de higiene e conforto, ao cuidado do coto umbilical, à ingestão nutricional, ao sono e repouso, bem como à vigilância e promoção da saúde. Desse modo, elaboraram-se diagnósticos de enfermagem à família, apresentados no subcapítulo Conceção de Cuidados. As intervenções foram planeadas colaborativamente com a mesma, com base nos diagnósticos identificados, conforme descrito no subcapítulo Especificações das Intervenções. Também foram definidos os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, ou seja, os resultados esperados.

Após a implementação das intervenções de enfermagem descritas na conceção de cuidados e especificadas no subcapítulo seguinte, verificou-se, ao fim de duas semanas, uma evolução positiva e consistente no conhecimento e na capacidade dos pais relativamente aos cuidados de higiene, conforto, alimentação, sono e vigilância da B3.

Os resultados esperados referiam-se ao nível de conhecimento da família sobre os sinais do lactente para cessar a fome, cuidados com o cordão umbilical, padrão sono-vigília, troca de fraldas e técnicas de alimentação, prevendo-se uma evolução de “conhecimento limitado” para “conhecimento substancial” ao final de duas semanas (Moorhead et al., 2016).

Durante as VD, observou-se uma progressiva aquisição de competências parentais, traduzida na realização autónoma, confiante e segura dos cuidados à B3. Relativamente ao coto umbilical, os pais demonstraram compreender o procedimento correto de limpeza, reconhecendo a sua importância na prevenção de infeções e na promoção da cicatrização. O significado inicialmente

dificultador atribuído a este cuidado foi analisado e reformulado, permitindo-lhes encarar o procedimento de forma mais positiva e tranquila. B2 partilhou: “Após a primeira visita domiciliária, o significado que atribuímos mudou. Depois da enfermeira exemplificar a limpeza e percebermos que a B3 não chorou, ou seja, que não lhe causava dor, tudo ficou mais fácil.” B1 acrescentou: “É verdade, isso foi muito importante para desbloquear algo que nos causava medo. Entretanto, o coto caiu rapidamente, mas sinto que, se algum dia tiver de repetir esse cuidado, já o farei com confiança e sem receio.”.

No que respeita à alimentação, os pais revelaram melhor compreensão acerca da frequência e quantidade adequadas das mamadas, demonstrando capacidade para identificar os sinais de fome e saciedade do RN e ajustar as práticas de acordo com as suas necessidades. No domínio da higiene e troca de fraldas, evidenciaram competência técnica e discernimento, sendo capazes de reconhecer precocemente sinais de irritação cutânea e adotar medidas preventivas adequadas.

Relativamente ao sono e repouso, os pais passaram a compreender o padrão fisiológico de sono do RN e a implementar rotinas promotoras de um sono saudável, o que contribuiu para o bem-estar e a harmonia familiar. B1 afirmou: “A partir do momento em que ajustámos o leite e as quantidades, tudo ficou mais tranquilo. As suas orientações foram muito sábias, a B3 ficou mais saciada, passou a dormir melhor e, com isso, ganhámos tranquilidade enquanto casal e enquanto pais. Agora, tudo flui de forma mais leve e gratificante.” B2 reforçou: “Concordo a 100% com a B1. Estamos mais harmoniosos como família, como casal e como pais. Tem sido uma aprendizagem maravilhosa.”.

No âmbito da vigilância e promoção da saúde, os pais demonstraram conhecimento facilitador sobre o esquema vacinal, a termorregulação e os sinais de alerta que requerem vigilância clínica, revelando uma postura mais proativa e responsável na proteção da saúde da filha.

Face à evolução observada, considera-se que os diagnósticos de enfermagem **Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre higiene do RN, Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre ingestão nutricional do RN, Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono do RN e Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do RN** foram resolvidos, uma vez que os critérios definidos para os resultados esperados foram plenamente alcançados.

Assim, verificou-se uma progressão de “conhecimento limitado” para “conhecimento substancial” em todas as dimensões avaliadas, com ganhos expressivos na autoeficácia, confiança e empoderamento parental, de acordo com os indicadores propostos por Moorhead et al. (2016).

Foi igualmente realçado o mérito dos pais pela adesão às orientações propostas e pela forma colaborativa e resiliente com que enfrentaram os desafios inerentes à parentalidade, refletindo

um verdadeiro compromisso com a saúde e o bem-estar familiar.

Pode, portanto, afirmar-se que as intervenções da enfermeira especialista em ESF promoveram o empoderamento da família, reforçaram a sua resiliência, autonomia e capacidade de tomada de decisão informada, potenciando um ambiente familiar mais harmonioso, confiante e seguro. Este processo evidenciou o papel fundamental da enfermeira especialista na promoção da literacia em saúde, na capacitação parental e na obtenção de ganhos efetivos em saúde familiar, contribuindo para o fortalecimento da relação parental e para o desenvolvimento saudável do RN.

6. FAMÍLIA B

A Família B é composta por B1, de 25 anos, e B2, de 20 anos, que vivem em união de facto desde 2024. Estão à espera do primeiro filho, uma menina. À data da entrevista familiar, a cliente B1 encontrava-se com 36 semanas de gestação. Atualmente, o casal encontra-se a vivenciar uma transição do tipo desenvolvimental, nomeadamente a transição para a parentalidade. B1 é licenciada em Marketing e exerce funções como gestora de marketing numa empresa. B2 completou o ensino secundário e trabalha como assistente informático.

6.1. Enquadramento teórico

A chegada de um RN representa um período de profundas transformações que vão além da dimensão biológica da mulher, abrangendo também mudanças significativas nas dinâmicas conjugais e familiares. Este processo marca e reconfigura as relações e rotinas familiares, exigindo adaptações em diferentes níveis (Demarchi et al., 2017; Pedrotti & Frizzo, 2019; Silva et al., 2021). Dessa forma, esta transição exige uma reorganização conjugal e familiar, que inclui conciliar o subsistema conjugal e parental, redistribuir as tarefas e reformular as relações afetivas (Cava-Tadik et al., 2020).

Segundo Relvas (2004), as tarefas fundamentais das famílias com filhos pequenos incluem: a criação de um espaço para os filhos, a assunção dos papéis parentais, a reorganização da estrutura familiar, a definição clara dos papéis parentais e filiais, a redefinição dos limites em relação ao exterior, bem como uma maior abertura às famílias de origem e à comunidade envolvente. Estas exigências articulam-se com a unidade de competência definida no Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, “Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas”. Entre os critérios de avaliação desta competência, destacam-se: abordar a família com disponibilidade e criatividade para responder às suas necessidades, e conceber com ela um plano de ação orientado para a promoção, manutenção e reforço da sua saúde. Neste sentido, o EEECESF assume um papel fundamental na prestação de cuidados antecipatórios a famílias em transição para a parentalidade, promovendo uma adaptação saudável a esta nova fase do CVF.

Com base na evidência científica anteriormente apresentada, foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada, adaptado às especificidades da família e fundamentado nos princípios da EF descritos no primeiro caso. O principal objetivo foi a recolha de dados relativos

à organização e funcionamento da habitação, incluindo o edifício residencial, cuja avaliação foi realizada de forma visual durante a VD, bem como à dinâmica de comunicação do casal.

Com base na revisão da literatura, definiu-se que os domínios avaliados na consulta familiar que não requereram intervenção especializada de enfermagem seriam integrados no enquadramento teórico, enquanto aqueles que necessitaram de intervenção foram desenvolvidos de forma aprofundada nos subcapítulos correspondentes.

Relativamente à **Organização e funcionamento da casa**, ambos os membros do casal participam ativamente nas tarefas domésticas. B1 refere: "Vamos às compras juntos. Ultimamente, o B2 tem feito as limpezas da casa sozinho e eu tenho ficado responsável pela cozinha. Gosto muito de cozinhar, e assim também não faço tanto esforço.", B2 complementa: "É verdade, tenho feito as limpezas em casa porque não quero que a B1 se esforce muito, até porque ela agora também tem mais dificuldades. Quando a B3 nascer, não haverá problema com a organização e funcionamento da casa, já conversámos sobre isso. Eu até prefiro que ela cozinhe, que ela cozinha muito bem, adoro os cozinhados dela" (Enquanto fala, B2 lança a B1 um olhar cheio de afeto), B1 acrescenta: "Sim, temos falado sobre isso e eu tenho tentado mudar um bocadinho. Sou muito arrumada, não consigo ver nada fora do sítio, mas quando a B3 nascer, vou dar prioridade a outras coisas. Não vou poder exigir nem ao B2 nem a mim que a casa esteja sempre arrumada. Por isso, já tenho deixado algumas coisas fora do lugar para me começar a habituar (risos)". Quanto ao **Edifício residencial**, após a VD verificou-se que este apresenta condições adequadas de salubridade. De acordo com a Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptada), situa-se no grau 3. Isto significa que a habitação dispõe de casa de banho, cozinha, sala, um quarto, eletrodomésticos essenciais, abastecimento de água, saneamento básico, eletricidade, boa ventilação e iluminação natural. Com base nos dados recolhidos durante a entrevista familiar, é possível estabelecer o seguinte diagnóstico de enfermagem: **Edifício Residencial Seguro e Não Negligenciado**. Dessa forma, constatou-se que não foi necessária a intervenção especializada de enfermagem nesta área de atenção, pertencente à dimensão estrutural do MDAIF.

Numa abordagem multidimensional da saúde familiar, a Escala de Graffar é utilizada para avaliar as condições socioeconómicas da família, com o objetivo de identificar a sua classe social. Este instrumento permite prever situações de risco e potenciais alterações no comportamento de saúde e no desenvolvimento psicossocial. A sua avaliação abrange cinco dimensões: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto da habitação e condições da zona residencial (Figueiredo, 2023).

Considerando que a transição para a parentalidade implica mudanças na dinâmica familiar, incluindo repercussões a nível financeiro, é fundamental que o EEECESF tenha sensibilidade para aplicar e interpretar esta escala. Tendo em conta os resultados obtidos através da aplicação da escala e a inexistência de evidências, nas narrativas familiares, de dificuldades na

gestão das despesas em saúde face ao rendimento disponível, concluiu-se que a família pertence à classe média alta, sustentando o diagnóstico de enfermagem **Rendimento Familiar Não Insuficiente.**

No que toca à **Comunicação**, foram realizadas diversas questões com o intuito de compreender as dinâmicas relacionais e emocionais das díades: conjugal, mãe-filho e pai-filho. Foram utilizadas questões abertas, circulares e hipotéticas, de modo a favorecer a expressão de sentimentos, crenças e expectativas, e a estimular a reflexão conjunta sobre os desafios e estratégias de adaptação vivenciados, nomeadamente: "Costumam conversar sobre aquilo que sentem? Se não, sempre foi assim?; Costumam conversar sobre a vossa relação como casal? E sobre as expectativas e receios de cada um enquanto casal? Se não, sempre foi assim?; O que pensam sobre o vosso padrão de comunicação?; São claro, diretos e sinceros quando comunicam um com o outro?; Considera o seu cônjuge como confidente?; Que importância atribui à capacidade de serem confidentes?" (Figueiredo, 2022). B2 explane: "Nós comunicamos muito bem, a B1 é a minha melhor amiga, é com ela que eu desabafo e é com ela que falo quando há algum problema" e B1 diz: "Nós antes de sermos namorados criámos uma relação de amizade muito forte e isso mantém-se até hoje, sempre que temos problemas resolvemos entre nós, relativamente à comunicação não temos problemas". A análise dos dados obtidos na EFS permite estabelecer o seguinte diagnóstico de enfermagem: **Comunicação Eficaz.**

A transição para a parentalidade representa uma profunda transformação na dinâmica familiar, exigindo do casal uma contínua adaptação dos seus papéis e da sua comunicação. Nesse contexto, o EEECESF desempenha um papel fundamental ao realizar uma avaliação integrada e sistemática da família. Esta abordagem holística e centrada na família é essencial para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados num momento tão decisivo do CVF.

6.2. Clientes

Cliente

Família

Família

- 24-03-2025 10:00
 - 24-03-2025 10:00 - Família nuclear.
 - 24-03-2025 10:00 - Família sem filhos.
 - 24-03-2025 10:00 - Ausência de animais domésticos.
 - 24-03-2025 10:00 - Membro da família: B1.
 - 24-03-2025 10:00 - Papel do cliente na família: Provedor financeiro, Gestor financeiro, Organizador do funcionamento da casa, Gestor de atividades familiares.

6.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-03-2025 10:00	Preparação da família para a chegada do recém-nascido	

6.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A adaptação à parentalidade tem início ainda antes do nascimento do RN. A preparação antecipada para a tomada de decisões e ações relacionadas ao exercício da parentalidade, mesmo que simuladas, contribui positivamente para o fortalecimento da confiança tanto materna quanto paterna (Cardoso et al., 2024).

A confiança parental diz respeito à percepção que mães e pais têm sobre sua própria capacidade de desempenhar, de forma eficaz, os comportamentos relacionados à parentalidade (Vance & Brandon, 2017). Esse sentimento de confiança é um fator-chave na previsão de diversos desfechos em saúde, incluindo a depressão e o estresse parentais, além de impactos na saúde infantil (Pontoppidan et al., 2019). Assim, quanto mais confiantes e preparados estiverem os pais para tomar decisões e iniciar as tarefas relacionadas à parentalidade, mais tranquilo tende a ser o período inicial após o nascimento do RN, gerando efeitos positivos na saúde e no bem-estar de todos os envolvidos (Cardoso et al., 2024).

Desde a reorganização das rotinas diárias até à gestão das emoções e à adaptação da dinâmica familiar, é fundamental que as intervenções ofereçam percepções claras sobre as mudanças que ocorrem, e sobre o que permanece, com a chegada do RN (Silva et al., 2021; Cardoso et al., 2024). Tais intervenções são essenciais para ajudar os pais a antecipar desafios e a desenvolver, de forma proativa, estratégias eficazes para lidar com o regresso a casa no pós-parto. Antecipar o que pode acontecer, bem como compreender as possíveis razões por detrás

dessas situações, contribui para a criação de expectativas realistas e fortalece a capacidade da mãe e/ou do pai de encontrar soluções ajustadas às suas necessidades (Cardoso et al., 2024).

Este período, especialmente exigente para a mãe, envolve intensas transformações físicas, emocionais e sociais. Por isso, é essencial que a redistribuição de rotinas e tarefas seja percebida como justa e satisfatória por ambos os membros do casal. Nesse contexto, fornecer informação adequada sobre estratégias que possam facilitar essa fase crítica revela-se fundamental não só para prevenir e gerir possíveis conflitos conjugais, mas também para promover uma recuperação pós-parto mais tranquila e equilibrada. Reforçar o conhecimento dos pais contribui para que se sintam mais preparados e confiantes (Cardoso et al., 2024).

Outro ponto de destaque é o papel essencial da licença parental, que proporciona benefícios significativos para ambos os progenitores, com efeitos positivos na saúde física e emocional dos pais e na promoção do desenvolvimento infantil. Ao permitir uma presença mais constante e envolvida nos primeiros momentos de vida do RN, esta medida fortalece os vínculos afetivos, favorece a criação de um ambiente familiar estável e acolhedor, e contribui para uma adaptação mais tranquila à nova dinâmica familiar. Além disso, a licença parental facilita a conciliação entre a vida profissional e pessoal, promovendo o bem-estar, a equidade no cuidado e a qualidade de vida no seio familiar (Cardoso et al., 2024).

O conhecimento sobre as transformações que acompanham a chegada do RN é essencial para que a mãe, o pai e os demais membros da família possam se adaptar e enfrentar as mudanças com mais confiança (Cardoso et al., 2024). Por esse motivo, foi avaliado o domínio **Preparação da família para a chegada de um recém-nascido**. Para esse fim, foi elaborado um guião de entrevista semiestruturado, devidamente adaptado às especificidades da família. A EFS foi conduzida com base nos três princípios fundamentais: a hipotetização, a circularidade e a neutralidade (Figueiredo, 2023).

As questões orientadoras do processo de diagnóstico foram desenvolvidas com o objetivo de explorar as percepções, expectativas e estratégias da família face à chegada do RN. Procurou-se compreender os desafios antecipados, as mudanças esperadas e o modo como os pais se preparam para a nova dinâmica familiar. Nesse sentido, foram colocadas questões como: “A chegada do recém-nascido traz mudanças à vida de toda a família. Que desafios preveem no regresso a casa com a bebé nos braços? O que considera que poderá mudar em si? E na relação conjugal?”. Também se abordou o impacto da integração dos cuidados ao bebé nas rotinas familiares, com perguntas como: “Dar conta das rotinas habituais e dos cuidados que o recém-nascido exige desafia todos os elementos da família a ajustamentos diários, desde o primeiro dia após o regresso a casa. Tem ideia de qual será o impacto dessa integração no vosso estilo de vida habitual e nas rotinas familiares?”. Foi igualmente valorizada a reflexão sobre a preparação prévia das mudanças práticas, através da questão: “As alterações nas rotinas domésticas podem ser planeadas antecipadamente para facilitar as primeiras semanas. Na

vossa perspectiva, o que poderia ser preparado com antecedência? Por exemplo, em relação às refeições, à limpeza da casa, entre outros aspetos.”. Reconhecendo a importância da rede de apoio familiar no período pós-parto, questionou-se ainda: “Para muitos pais e mães, os avós ou outros membros da família são uma mais-valia nesse período. Como imaginam que será no vosso caso? E como estão a planear apresentar a B3 à família alargada?”. Por fim, abordou-se a questão da conciliação entre vida profissional e familiar, nomeadamente no que diz respeito à utilização da licença parental: “A mãe e o pai trabalhadores têm direito à licença de parentalidade, o que lhes permite conviver e cuidar do recém-nascido nos primeiros meses de vida. Já refletiram sobre esse assunto? Têm ideia de qual será a solução mais adequada para a vossa situação?”.

Durante a EFS, o casal demonstrou ainda não ter refletido profundamente sobre as mudanças que a chegada de B3 poderá implicar, sobretudo no que se refere à organização da vida familiar, à partilha de responsabilidades e ao conhecimento sobre os direitos e o uso da licença parental. Apesar disso, mostraram-se abertos à reflexão, reconhecendo que o período será desafiante. Essa disponibilidade surgiu acompanhada de expressões de preocupação e sinais de apoio mútuo, como o contacto ocular frequente. Por vezes, adotaram uma postura mais evasiva, expressa em frases como “logo se verá”, revelando alguma dificuldade em antecipar cenários e possíveis ajustes. Os gestos de hesitação e olhares desviados sugerem insegurança face ao desconhecido.

A EFS revelou que o casal apresenta lacunas de conhecimento sobre estratégias para integrar o RN, gerir rotinas no pós-parto e adaptar-se às mudanças com a sua chegada. Mostraram também desconhecimento sobre os direitos associados à licença parental, o que reforça a importância da intervenção do EEECESF no apoio à preparação para esta nova etapa. Apesar disso, demonstraram abertura à reflexão e um forte apoio mútuo, fatores que devem ser valorizados e potenciados.

O EEECESF tem um papel essencial ao ajudar a família a construir um plano de cuidados ajustado às suas necessidades, promovendo a confiança parental, o planeamento antecipado e a partilha de responsabilidades. A sua intervenção educativa permite antecipar desafios e fortalecer competências para uma adaptação mais tranquila. Desta forma, atua como facilitador da transição, apoiando e capacitando a família para enfrentar esta nova etapa com mais segurança e equilíbrio, promovendo o bem-estar da família.

6.4. Conceção de Cuidados

Preparação da família para a chegada do recém-nascido

24-03-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - Promover o processo familiar: chegada de um recém-nascido

24-03-2025 10:00 - Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras de adaptação face à chegada do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-03-2025 10:00 - Significado atribuído pela família à chegada do recém-nascido: não dificultador.

24-03-2025 10:00 - Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras de adaptação face à chegada do recém-nascido

[RESOLVIDO] 28-04-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras de adaptação face à chegada do recém-nascido [Próximo contacto]

[FIM] 28-04-2025 10:00

28-04-2025 10:00 - Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras de adaptação face à chegada do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

24-03-2025 10:00 - Ensinar família sobre mudanças face a chegada do recém-nascido [Todos os contactos] [FIM] 28-04-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - Ensinar família sobre estratégias facilitadoras da integração do recém-nascido na família [Todos os contactos] [FIM] 28-04-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - Ensinar família sobre licença parental [Neste contacto] [FIM]

28-04-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do processo familiar: chegada de um recém-nascido [Próximo contacto]

28-04-2025 10:00 - A família está satisfeita com o processo de chegada de um recém-nascido.

6.5. Especificação das intervenções

Ensinar família sobre mudanças face a chegada do recém-nascido

- O conhecimento acerca das transformações que ocorrem com a chegada de um bebé é fundamental para que os pais e os restantes membros da família possam adaptar-se e enfrentar as mudanças com maior segurança e confiança. A transição para a parentalidade deixa marcas significativas, influenciando e modificando as interações e os papéis dentro do sistema familiar (Demarchi et al., 2017; Pedrotti & Frizzo, 2019; Silva et al., 2021). Dessa forma, a adaptação à parentalidade requer uma reorganização familiar, que inclui a redistribuição das tarefas domésticas e a reformulação dos vínculos afetivos (Cava-Tadik et al., 2020).
- Ao longo da entrevista familiar, identificou-se a necessidade de uma intervenção

especializada de enfermagem no âmbito das mudanças associadas à chegada do RN. Nesse sentido, foram abordados e esclarecidos os principais desafios inerentes à maternidade e à paternidade, bem como as implicações que a parentalidade exerce sobre a conjugalidade (Cardoso et al., 2024). Discutiu-se, ainda, a importância da criação de um espaço adequado para a filha, a assunção consciente dos papéis parentais e a reorganização familiar, com ênfase na definição clara dos papéis parentais e filiais (Relvas, 2004).

Ensinar família sobre estratégias facilitadoras da integração do recém-nascido na família

- Para a concretização desta intervenção, foram apresentadas medidas facilitadoras da integração do RN na família alargada (Cardoso et al., 2024), salientando-se a importância de promover uma maior abertura às famílias de origem e à comunidade, bem como a necessidade de uma redefinição dos limites face ao exterior (Relvas, 2004).

Ensinar família sobre licença parental

- A licença parental proporciona uma variedade de benefícios para ambos os progenitores, promovendo ganhos na saúde física e emocional da mãe e do pai, bem como no desenvolvimento saudável da criança. Além disso, contribui para o equilíbrio entre a vida profissional e familiar, favorecendo uma adaptação mais harmoniosa ao exercício da parentalidade (Cardoso et al., 2024).
- Neste sentido, e com base nos dados recolhidos, foi prestada informação aos pais acerca dos benefícios da licença parental do pai, bem como sobre a licença de amamentação (Cardoso et al., 2024).

6.6. Síntese relativa ao caso

A identificação do tipo de família permite descrever sua estrutura e os vínculos entre os membros, contribuindo para a compreensão das funções internas e externas que sustentam seu desenvolvimento. Trata-se, neste caso, de uma família nuclear, constituída por dois membros a B1 e o B2 (Figueiredo, 2012).

O cliente B2, do sexo masculino, desempenha um papel central no núcleo familiar, assumindo a função de provedor financeiro, responsabilizando-se também pela estruturação do funcionamento da casa e pela coordenação das atividades familiares. No contexto laboral, descreve uma relação de grande proximidade com a entidade patronal, afirmando: "Falto as vezes que for preciso para vir com a B1 às consultas e eles nunca se opuseram a nada. Considero que temos uma relação muito próxima. É o oposto da relação que a B1 tem com a entidade patronal dela" (olhando para a companheira com expressão de desagrado). Perante esta afirmação, a B1 acrescenta: "Sem sombra de dúvida" (revirando os olhos). Este membro será omitido do caso, uma vez que não foram prestados cuidados de enfermagem individualmente, mas apenas no contexto familiar.

Relativamente à família alargada, refere: "É verdade! Concordo com tudo o que a B1 disse. Damo-nos todos mesmo muito bem, mas, pela proximidade, considero que temos uma relação muito próxima com os pais dela, e uma relação próxima com a restante família". Este membro será omitido do caso, uma vez que os cuidados de enfermagem especializados foram direcionados à família como unidade de cuidados, não sendo necessário prestar intervenções individuais a este elemento.

Estão presentes os subsistemas individual e conjugal. O subsistema individual contempla cada membro da família de forma autónoma, enquanto o subsistema conjugal em que ambos desempenham o papel de marido e mulher. A família encontra-se na fase do CVF designada por "Formação de casal" (Relvas, 2004).

O genograma é um ICD gráfico de recolha de dados que representa a estrutura e a dinâmica do sistema familiar. Proporciona uma visão rápida da composição familiar e evidencia padrões transgeracionais, como relações, problemas psicossociais ou de saúde com possível origem familiar. Além de identificar forças, recursos e problemas atuais da família, permite antecipar dificuldades potenciais ao visualizar repetições intergeracionais. Essa abordagem facilita a formulação de hipóteses sobre a influência do contexto familiar nos problemas identificados. Oferece, simultaneamente, uma visão horizontal, centrada na família alvo, e uma visão vertical, que abrange as famílias de origem e os padrões intergeracionais. Por fim, permite atualizar e compreender a estrutura familiar no momento da avaliação, de forma processual (Figueiredo, 2023).

A construção do genograma deve iniciar-se na primeira EFS e ser completada nas subsequentes. Deve incluir três gerações, bem como forças familiares, eventos de stress e acontecimentos críticos. Trata-se, portanto, de um instrumento com uma forte perspectiva sistémica e com elevado potencial para a compreensão das dinâmicas familiares (Figueiredo, 2023).

A representação dos vínculos entre os membros da família varia desde relações fortes até ligações fusionais e conflituosas. Esses vínculos permitem identificar triângulos familiares e avaliar se favorecem a coesão e a transformação familiar ou indicam coligações disfuncionais. No genograma podem ser representadas relações intra e intersistémicas. Esta representação, denominada Psicofigura de Mitchell, pode ser integrada no genograma ou apresentada separadamente (Figueiredo, 2023).

A recolha de dados foi realizada no domicílio da família, no dia 24 de março de 2025, por meio de uma EF com base num guião de entrevista semiestruturada. Durante a mesma, foram abordadas questões destinadas à elaboração do genograma e da Psicofigura de Mitchell (Figura 3), bem como à avaliação de três domínios: a organização do funcionamento da casa, as condições do edifício residencial e a preparação da família para a chegada do RN.

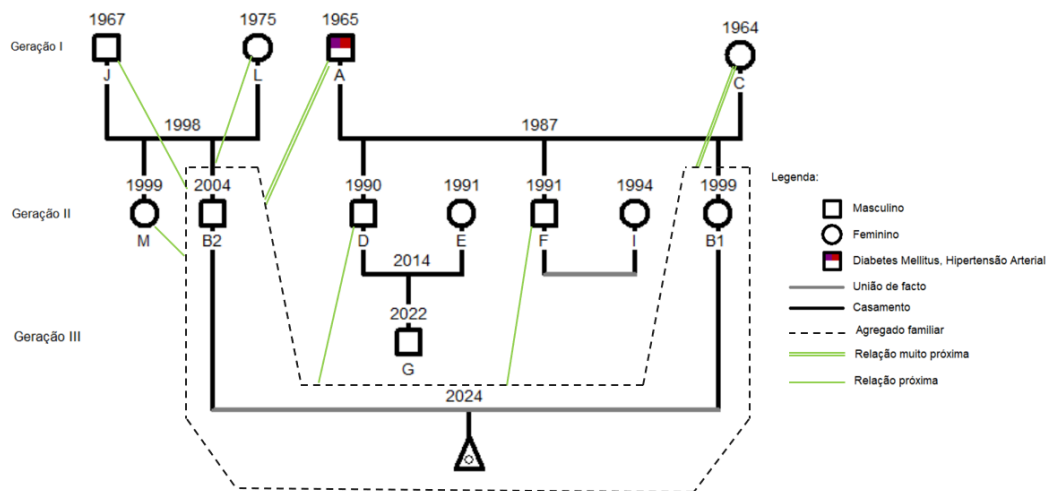


Figura 3: Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família B

Fonte: Elaboração própria

A análise do genograma revela que os pais de B1, identificados como A e C, têm 60 e 61 anos, respetivamente, e estão casados há 37 anos. O pai, A, apresenta antecedentes médicos de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. O casal tem três filhos: B1, D e F.

D, com 35 anos, é casado há 10 anos com E, de 34 anos, e têm um filho, G, com 3 anos. F, de 33 anos, vive em união de facto com I, que tem 30 anos.

J e L são os pais de B2 e M. Estão casados há 26 anos e têm, respetivamente, 58 e 50 anos. M, irmã mais velha de B2, tem 26 anos.

Relativamente à família extensa, B1 refere: "Pela proximidade, uma vez que os meus pais vivem perto de nós, temos uma relação mais próxima com eles. Também temos uma boa relação com os meus sogros, mas como vivem em Santo Tirso, a distância física faz com que o contacto não seja tão frequente. Tentamos visitá-los todos os fins de semana. (...) Quando a B3 nascer, serão os meus pais a dar mais apoio, precisamente por estarem mais perto. (...) Em relação aos meus irmãos, às suas famílias e à irmã do B2, considero que temos uma relação próxima.", B2 acrescenta: "É verdade! Concordo com tudo o que a B1 disse. Damo-nos todos muito bem, mas, pela proximidade, temos uma relação mais próxima com os pais dela. Com o restante da família, mantemos também uma relação próxima.".

O ecomapa, também conhecido como mapa ecológico, explora as relações e conexões no contexto externo da família, retratando as suas ligações sociais e familiares. Permite visualizar o equilíbrio entre as necessidades e os recursos familiares, através da identificação de pessoas e instituições de referência. Integra ainda as relações com serviços da comunidade, grupos sociais, contexto laboral, vínculos pessoais significativos e outras conexões relevantes para aquela família em particular (Figueiredo, 2023).

A sua utilização permite aprofundar a compreensão das experiências dos membros da família e

das suas redes sociais, funcionando como uma ferramenta útil para organizar e visualizar as interações entre a família e o seu contexto envolvente (Figueiredo, 2023).

Tanto o genograma quanto o ecomapa são amplamente reconhecidos como ICD valiosos na avaliação familiar, contribuindo significativamente para a compreensão dos processos e dinâmicas familiares (Hanson, 2005), além de favorecerem o desenvolvimento de uma relação terapêutica colaborativa (Figueiredo, 2023).

Quanto aos sistemas mais amplos, conforme representado no ecomapa (Figura 4), B1 partilha: "Tenho andado stressada com o trabalho. Os meus padrões não são propriamente acessíveis e a relação é conflituosa. Sou a única pessoa na empresa que desempenha a minha função, então tudo recai sobre mim. Não facilitam quando preciso de faltar para vir às consultas, mas sinceramente, já nem me preocupo. Enquanto estiver grávida, não posso mudar de emprego. Numa entrevista, basta dizer que estou grávida para ser automaticamente excluída, infelizmente. Mas, assim que a B3 nascer, vou procurar outra oportunidade. Na minha área, felizmente, não faltam ofertas." (Fala com expressão desanimada). Temos um casal com quem podemos sempre contar e, por isso, decidimos convidá-los para serem os padrinhos da nossa bebé (Olha para B2 e sorri). Também gostava de dizer que o apoio da enfermeira tem sido essencial para vivermos esta transição da melhor forma." (Sorri), B2 acrescenta: "Tenho uma excelente relação com a minha entidade patronal. São muito compreensivos, especialmente agora que, por vezes, preciso de sair para acompanhar a B1 às consultas (B1 acena com a cabeça em concordância). Os padrinhos da nossa filha são amigos muito próximos, com quem temos uma relação quase familiar (Sorri). E concordo com a B1, o acompanhamento regular e a disponibilidade da enfermeira têm sido fundamentais para vivermos esta etapa com tranquilidade (Ambos trocam um sorriso).

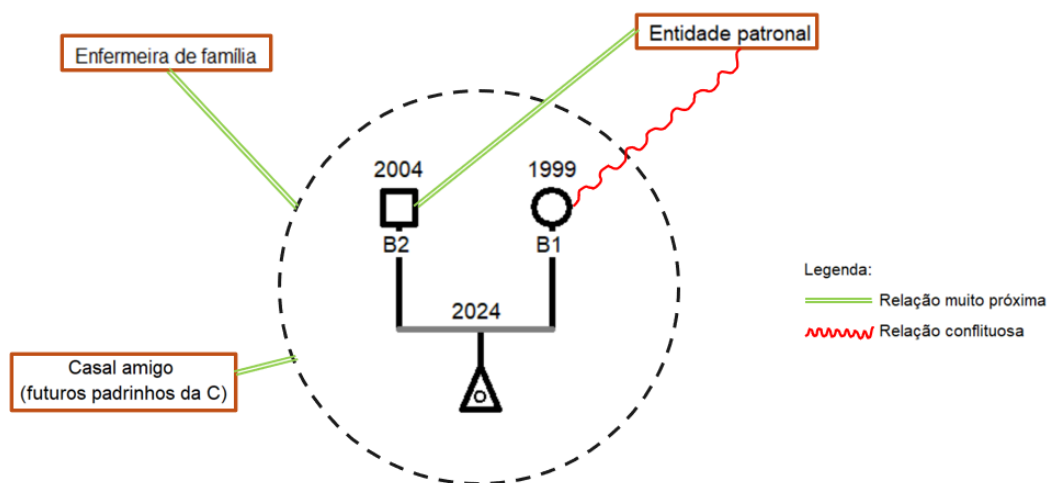


Figura 4: Ecomapa da Família B

Fonte: Elaboração própria

Uma revisão realizada por Andrade et al. (2014) demonstra que a transição para a

parentalidade é vivenciada de forma distinta por homens e mulheres, com implicações na conjugalidade e, conseqüentemente, na saúde familiar. Foram identificados como fatores protetores do stress materno: o bem-estar pessoal e a satisfação conjugal no período pré-natal, bem como o apoio funcional, financeiro e conjugal. Assim, a eficácia dos cuidados prestados depende da identificação precoce das dificuldades vivenciadas pelos pais desde o período pré-natal, permitindo a elaboração de um plano de cuidados orientado para as necessidades específicas da família, com o objetivo de promover uma melhor saúde mental familiar. O artigo compara as preocupações de pais com e sem filhos gêmeos, concluindo que, embora semelhantes, centram-se principalmente em questões financeiras, sobrecarga de trabalho e responsabilidades parentais.

Com o objetivo de enriquecer e complementar a avaliação familiar, foi aplicada a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein a ambos os elementos do casal, B1 e B2. Esta escala parte do pressuposto de que os próprios membros da família são capazes de reconhecer e expressar o seu grau de satisfação face ao cumprimento dos parâmetros fundamentais da função familiar, permitindo identificar se o sistema familiar é funcional ou disfuncional (Figueiredo, 2023).

O acrónimo APGAR refere-se aos termos em inglês: *Adaptability, Partnership, Growth, Affection e Resolve*. Cada dimensão avalia a percepção dos membros da família quanto ao funcionamento familiar: a adaptação diz respeito à partilha de recursos e ao apoio recebido; a participação, à forma como as decisões são partilhadas e à qualidade da comunicação; o crescimento, à flexibilidade para mudanças de papéis e ao desenvolvimento individual; o afeto, à partilha emocional e à intimidade; e a decisão, à gestão partilhada do tempo, espaço e recursos familiares (Figueiredo, 2023).

Sendo o APGAR Familiar uma medida da percepção dos membros quanto à funcionalidade da família, é importante reconhecer que as mudanças ao longo do ciclo vital familiar, inerentes ao seu desenvolvimento, conferem-lhe um tempo e espaço próprios, marcados por flutuações que tornam cada sistema familiar único (Figueiredo, 2023). Desse modo, foi aplicada a Escala de APGAR Familiar antes da transição para a parentalidade. A resposta de ambos os membros foi unânime, classificando a família como altamente funcional (10 pontos). Prevê-se a reaplicação da escala após o nascimento da B3, com o objetivo de avaliar possíveis alterações na percepção da funcionalidade familiar face às novas exigências e dinâmicas associadas à chegada do bebé.

O EEECESF desempenha um papel essencial na preparação da família para a chegada de um RN, apoiando este momento crítico de transição do CVF. De acordo com a Teoria das Transições (Meleis, 2010), esta fase exige acompanhamento profissional atento, centrado nas necessidades da família, com vista à promoção da adaptação saudável, prevenção de disfunções familiares e reforço da confiança parental.

Inserido na lógica da Teoria Geral dos Sistemas (Bertalanffy, 1968), o enfermeiro compreende

que a família funciona como um sistema interdependente, onde qualquer alteração, como a chegada de um novo membro, provoca um reajuste em toda a dinâmica. Tal como descrito por Relvas (2004), a reorganização familiar nesta fase envolve a criação de espaço para o bebé, a redefinição dos papéis parentais e conjugais, o ajustamento das rotinas e uma maior abertura à rede de apoio familiar e comunitária.

Para a recolha de dados, recorreu-se à EFS, orientada pelos princípios da hipotetização, circularidade e neutralidade. Esta abordagem permite explorar percepções, expectativas, receios e estratégias da família face às mudanças esperadas, fortalecendo a sua autonomia e capacidade de adaptação (Figueiredo, 2023).

A EFS revelou que, apesar de demonstrar uma comunicação eficaz e apoio mútuo, o casal apresentava lacunas no conhecimento sobre estratégias facilitadoras de adaptação, gestão de rotinas no pós-parto e uso da licença parental. Estes dados permitiram estabelecer o seguinte diagnóstico de enfermagem: **Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras de adaptação face à chegada do RN.** Com base nesta avaliação, foi co-construído com a família um plano de cuidados centrado nas suas necessidades específicas.

Antes da VD de 5 de maio de 2025, após o nascimento da B3, foi agendada uma consulta de enfermagem à família com o objetivo de avaliar os resultados obtidos na sequência da implementação do plano de cuidados delineado no período pré-natal. Durante este contacto, o casal apresentou-se calmo, confiante e com uma atitude positiva face à parentalidade, revelando expectativas realistas e ajustadas à nova fase familiar.

A família expressou elevada satisfação com as intervenções antecipatórias realizadas antes do nascimento da filha, reconhecendo que estas iriam contribuir de forma significativa para vivenciar o processo de transição para a parentalidade com maior tranquilidade, segurança e confiança. O casal evidenciou, assim, sentimentos de preparação e competência parental, traduzindo a eficácia das intervenções de enfermagem na promoção de uma adaptação familiar harmoniosa e consciente à chegada do RN.

Deste modo, foi possível constatar que o diagnóstico de enfermagem **Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras de adaptação face à chegada do RN** foi plenamente resolvido.

Pode, portanto, afirmar-se que as intervenções da enfermeira especialista em ESF tiveram um impacto transformador, promovendo a preparação adequada para a parentalidade, a reorganização funcional do sistema familiar e o fortalecimento das competências parentais e conjugais, contribuindo para um ambiente familiar mais harmonioso, seguro e emocionalmente equilibrado.

No dia 5 de maio de 2025, com 5 dias de vida da B3, realizou-se uma VD pós-natal. Conforme

descrito na síntese do caso B3, a família enfrentou dificuldades no processo de amamentação após o nascimento da filha, mas conseguiu implementar estratégias eficazes para superar esses desafios, mantendo a resiliência e a harmonia familiar. Demonstrando competência na priorização dos cuidados, nesta fase inicial optou-se por concentrar a intervenção no domínio dos **Comportamentos para amamentar**, devido ao seu caráter desafiante e essencial para o bem-estar da família.

Dessa forma, não foram avaliados outros domínios nesta consulta, exceto a aplicação da escala de APGAR familiar, permitindo um foco dirigido e assertivo às necessidades imediatas do casal e da RN. A resposta de ambos os membros foi unânime, classificando a família com moderada disfunção (4 pontos). Relativamente à pergunta “Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família”, ambos responderam quase nunca. Prevê-se a reaplicação da escala daqui a duas semanas, com o objetivo de avaliar possíveis alterações na percepção da funcionalidade familiar face às intervenções realizadas.

Planeou-se que, numa consulta subsequente, serão abordados os domínios da **Satisfação conjugal** e da **Organização do funcionamento da casa**, garantindo uma avaliação mais ampla do contexto familiar, em consonância com a evolução e adaptação do casal à parentalidade.

Em suma, o EEECESF, alicerçado em evidência científica, desempenha um papel essencial na adaptação da Família B à parentalidade, ao adotar uma abordagem centrada na família e sistémica. Utilizando ICD como o genograma, a psicofigura de Mitchell e o ecomapa, identifica recursos, vínculos e fatores de vulnerabilidade. A sua intervenção permite antecipar desafios, promover o empoderamento familiar e apoiar a reorganização funcional da família. O seu acompanhamento contínuo e o suporte emocional foi valorizado pela família, evidenciando o impacto positivo da sua atuação na promoção da saúde, bem-estar e adaptação à nova dinâmica familiar.

7. B1

Cliente do sexo feminino. No seio do núcleo familiar, considera-se provedora e principal gestora financeira, assumindo ainda a organização do funcionamento da casa e a coordenação das atividades familiares. No contexto laboral, relata uma relação conflituosa com a entidade patronal, afirmando: "Ando stressada no trabalho. Os meus patrões não são as melhores pessoas do mundo, temos uma relação conflituosa. Sou a única pessoa na empresa que faz o meu trabalho, então é tudo para mim. Não são acessíveis no que toca a ter de faltar para vir às consultas, mas eu não quero saber, eu venho e ponto final. Enquanto estiver grávida, não posso mudar de emprego, porque ir a uma entrevista de emprego e dizer que estou grávida é logo para ser excluída, infelizmente. Mas, mal a A3 nasça, vou mudar de emprego... na minha área não há falta de oferta!" (relatado em tom de voz acelerado). Relativamente à família alargada, refere: "Pela proximidade, uma vez que os meus pais vivem perto de nós, temos uma relação mais próxima com eles. Também temos uma boa relação com os meus sogros, mas como eles são de Santo Tirso, automaticamente, pela distância física, a relação acaba por não ser tão próxima. Tentamos ir todos os fins de semana vê-los (...) quando a A3 nascer, vão ser os meus pais a darem mais apoio."

7.1. Enquadramento teórico

A gravidez é um processo transformador para a mulher e para todos ao seu redor. Nesse contexto, o desafio de cada gestante é cuidar de si mesma e garantir as melhores condições de saúde para a gestação e o desenvolvimento saudável do feto (Cardoso et al., 2023). Envolve mudanças neuroendócrinas, biológicas e psicossociais significativas, com impacto na saúde da mulher e do feto. As transformações físicas, essenciais ao desenvolvimento fetal, são sinais de que o corpo está a funcionar corretamente. Essas mudanças podem ser vividas com orgulho ou desconforto, dependendo da percepção da mulher. O ideal é que sejam reconhecidas como manifestações saudáveis do processo gestacional (Cardoso et al., 2023).

A adaptação à gravidez pode ser entendida como as atitudes interacionais do casal que se expressam em comportamentos de ajustamento face à gravidez, construídos a partir das expectativas partilhadas e do modelo parental em definição. O conhecimento prévio sobre o processo de transição associado à gravidez, aliado a uma comunicação positiva entre os membros do casal, constitui um fator promotor da construção de uma identidade parental

ajustada, sendo também favorecida por uma relação conjugal satisfatória (Figueiredo, 2012).

A preparação para a parentalidade envolve uma profunda reestruturação de papéis, que tem início muito antes do nascimento do RN, frequentemente desde o início da gravidez ou mesmo aquando da conceção, momento em que emerge a reflexão sobre a possibilidade de se tornar mãe ou pai (Pålsson et al., 2018). Trata-se, sem dúvida, de uma das decisões mais transformadoras da vida, caracterizada pela sua irreversibilidade e pelo potencial de desencadear um período de crise nos membros individualmente e/ou na família como unidade sistémica (Mendes et al., 2022).

À luz do referencial teórico do MDAIF, a adaptação à gravidez, enquanto processo inserido na dimensão de desenvolvimento, envolve as dimensões operativas do conhecimento, da comunicação e dos comportamentos de adesão (Figueiredo, 2012).

7.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 25 anos | Feminino

7.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-03-2025 10:00	Adaptação à gravidez e preparação para o parto	

7.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Durante a gravidez, o autocuidado exerce um impacto significativo na saúde da mulher e do feto. Um dos objetivos centrais da promoção da adaptação à gravidez é ajudar a gestante a compreender quais é que são os comportamentos que favorecem o seu bem-estar e o desenvolvimento fetal, integrando-os de forma natural na sua rotina diária. As transformações físicas e psicológicas próprias da gestação frequentemente incentivam a mudanças nos hábitos de vida (Lindqvist et al., 2017). Quando bem orientado, o autocuidado durante esse período

pode contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil, melhorar a qualidade de vida da mulher e diminuir os custos com serviços de saúde (Cardoso et al., 2023).

Ouvir com empatia as preocupações da gestante e da família e validar os seus sentimentos favorece o diálogo sobre questões delicadas da gravidez e do estilo de vida. Avaliar seu conhecimento sobre autocuidado permite identificar hábitos a manter ou ajustar para promover mais saúde nesse período (Cardoso et al., 2023).

Durante a gravidez, adotar hábitos saudáveis é fundamental para o bem-estar da mãe e do RN. O sono adequado, com uma média recomendada de 8 horas diárias, aliado a uma boa higiene do sono e ao controlo de distúrbios, contribui para um estilo de vida equilibrado (Cardoso et al., 2023). A alimentação também desempenha um papel crucial, influenciando não apenas a saúde materno fetal, mas também a das futuras gerações. A ingestão adequada de macro e micronutrientes, especialmente nos primeiros 1000 dias após a concepção, é determinante na prevenção de doenças crónicas ao longo da vida (Danielewicz et al., 2017; Koletzko et al., 2018).

Outro aspeto importante é o ganho de peso, que, apesar de ser um processo natural e esperado durante a gestação, deve ocorrer dentro de parâmetros adequados. Tanto o excesso quanto a insuficiência podem estar associados a riscos para a mãe e/ou o RN (Cardoso et al., 2023). Além disso, a prática regular de atividade física, quando adaptada às condições da gestante, é segura e traz inúmeros benefícios físicos e mentais, além de melhorar os resultados obstétricos. Exercícios moderados, como caminhadas, resistência leve, alongamentos ou ioga, são recomendados, idealmente somando pelo menos 150 minutos semanais (Cardoso et al., 2023).

De modo a avaliar as dimensões operativas de conhecimento e comportamentos de adesão na área de atenção adaptação à gravidez, inserida na dimensão de desenvolvimento do MDAIF, foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada, adaptado às particularidades da família. A EFS desenvolveu-se a partir dos três princípios: hipotetização, neutralidade e circularidade (Figueiredo, 2023). Para tal, foram realizadas as seguintes questões diagnósticas para avaliar o conhecimento: "Como a gravidez tem afetado o seu padrão de sono e descanso?; O que tem feito para lidar com essas mudanças? Se sim, quais resultados obteve?; Pode descrever como tem sido sua alimentação na última semana? Por exemplo, o que costuma comer, em que horários, quais tipos e quantidades de alimentos?; Sabe quais alimentos podem aumentar o ferro na sua dieta e quais ajudam na absorção desse mineral?; Você começou a praticar algum exercício desde que está grávida? Ou mudou o tipo ou a frequência dos exercícios que já fazia? Se sim, pode informar: Qual exercício?; Quantas vezes por semana e por quanto tempo?; Onde pratica? (condições como temperatura, ambiente); Quais precauções de segurança costuma seguir? (hidratação, calçado, vestuário, etc.); Os exercícios musculares articulares pélvicos na gravidez trazem benefícios, como aliviar dores pélvicas e lombares. Sabe quais são essas vantagens e como realizá-los?; Os exercícios de Kegel ajudam a fortalecer os

músculos que controlam a urina. Sabe como fazê-los e com que frequência diária?; Tem dores musculoesqueléticas?; Que posições corporais adota ao longo do dia?; Quando se sente mais cansada? Associada a que atividades?; Como costuma ser a posição das pernas ao longo do dia?" (Cardoso et al., 2023). Foi formulada uma única questão diagnóstica para avaliar os comportamentos de adesão: "Já têm o enxoval da mãe e do bebê preparado?". Não foram executadas outras perguntas, pois as demais categorias operativas, como a assiduidade do casal/gestante às consultas de saúde materna e a frequência no curso de preparação para o parto, estão garantidas.

Durante a EFS, a gestante desabafou: "Ultimamente tenho dormido mal, não encontro uma posição confortável na cama e sinto muito calor... há noites em que nem sei o que fazer. Tenho ganhado muito peso com a gravidez... Infelizmente não gosto de me ver ao espelho, estou com excesso de peso. Confesso que parte do aumento vem da má alimentação, no nosso dia a dia não comemos muito saudável. Também estou com as pernas e os pés muito inchados. O B2 faz-me massagem nos pés todos os dias, ajuda na dor, mas o inchaço não diminui, e isso dificulta caminhar." (Com um olhar cúmplice para B2, B1 brinca:) "Mas B2, quando o tempo melhorar, vamos caminhar? Nem penses em recusar!" (risos). Ainda comentou que sente dores nas costas, com pontadas frequentes, e que o único exercício que faz é caminhar pela casa (risos). B2 respondeu com carinho: "Temos mesmo que melhorar nossa alimentação e começar a caminhar à noite. Mas olha, eu gosto de ti com mais ou menos peso, isso não me afeta. Às vezes, a noite é difícil para ela, porque aliado ao calor, tem muitas dores na lombar e mexe-se bastante para tentar encontrar uma posição confortável. Eu faço massagens nos pés todos os dias por causa do inchaço, mas não é totalmente eficaz."

De acordo com os dados colhidos ao longo da EFS, identificaram-se necessidades de intervenção especializada em enfermagem, nomeadamente na promoção do autocuidado durante a gravidez, no conhecimento sobre a autogestão dos efeitos colaterais e na consciencialização da relação entre o padrão alimentar e o peso corporal. Nesse sentido, e em consonância com a literatura, revelou-se essencial avaliar o domínio da **Adaptação à gravidez e preparação para o parto**.

Em suma, para mim, a recolha destes dados foi essencial para compreender a dinâmica do casal durante a transição para a parentalidade. Avaliar o sono, a alimentação, a atividade física e os efeitos colaterais da gravidez permitiu perceber as necessidades específicas de intervenção, especialmente na promoção do autocuidado e na gestão dos efeitos da gravidez. Essa experiência evidenciou a importância de uma abordagem personalizada e sistémica, reforçando o papel do EEECESF como facilitador e apoio na capacitação da família para assumir os novos papéis, valorizando seus recursos e promovendo um ambiente saudável para o desenvolvimento do RN.

7.4. Conceção de Cuidados

Adaptação à gravidez e preparação para o parto

24-03-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - Promover ajustamento à gravidez

24-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre gravidez: facilitador.

24-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre desenvolvimento fetal: facilitador.

24-03-2025 10:00 - Significado atribuído à gravidez: não dificultador.

24-03-2025 10:00 - Promover autocuidado durante a gravidez

24-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre autocuidado durante a gravidez: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da gravidez: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre medidas de segurança durante a gravidez: facilitador.

24-03-2025 10:00 - Conhecimento sobre sinais de complicações durante a gravidez: facilitador.

24-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o padrão alimentar e o peso corporal durante a gravidez: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-03-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre exposição em ambiente de trabalho e gravidez: facilitadora.

24-03-2025 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado durante a gravidez [RESOLVIDO] 08-05-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autocuidado durante a gravidez [Próximo contacto] [FIM] 08-05-2025 10:00

08-05-2025 10:00 - Conhecimento sobre autocuidado durante a gravidez: facilitador [MELHOROU].

24-03-2025 10:00 - Ensinar sobre padrão de sono/repouso durante a gravidez [Todos os contactos] [FIM] 08-05-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - Ensinar sobre padrão alimentar durante a gravidez [Todos os contactos] [FIM] 08-05-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - Ensinar sobre aumento esperado de peso durante a gravidez [Todos os contactos] [FIM] 08-05-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - Ensinar sobre exercício durante a gravidez [Todos os contactos] [FIM] 08-05-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da gravidez [RESOLVIDO] 08-05-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da gravidez [Próximo contacto] [FIM] 08-05-2025 10:00

08-05-2025 10:00 - Conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da

gravidez: facilitador [MELHOROU].

24-03-2025 10:00 - *Ensinar sobre efeitos colaterais da gravidez [Neste contacto] [FIM]* 08-05-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - *Ensinar sobre autogestão dos sintomas [Neste contacto] [FIM]* 08-05-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o padrão alimentar e o peso corporal durante a gravidez [RESOLVIDO] 08-05-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o padrão alimentar e o peso corporal durante a gravidez [Próximo contacto] [FIM]* 08-05-2025 10:00

08-05-2025 10:00 - Consciencialização da relação entre o padrão alimentar e o peso corporal durante a gravidez: facilitadora [MELHOROU].

24-03-2025 10:00 - *Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Neste contacto] [FIM]* 08-05-2025 10:00

24-03-2025 10:00 - *Avaliar evolução do autocuidado durante a gravidez [Próximo contacto]*

08-05-2025 10:00 - Adota comportamentos de autogestão do autocuidado durante a gravidez.

08-05-2025 10:00 - Refere satisfação com a autogestão do autocuidado durante a gravidez.

7.5. Especificação das intervenções

Ensinar sobre padrão de sono/repouso durante a gravidez

- Para a concretização desta intervenção, foram abordadas as condições ambientais que favorecem a indução e manutenção do sono, bem como estratégias baseadas em evidência científica destinadas a otimizar a qualidade do sono e do repouso (Cardoso et al., 2023). Esta intervenção revelou-se pertinente face à presença de insónias noturnas referidas pela gestante, associadas aos sintomas previamente descritos, sendo igualmente implementadas medidas especializadas direcionadas à sua melhoria.

Ensinar sobre padrão alimentar durante a gravidez

- Durante a gravidez, as necessidades nutricionais da mulher aumentam para satisfazer as exigências do desenvolvimento fetal e da própria adaptação materna ao processo gestacional. Assim, a ingestão equilibrada e de alta qualidade nutricional, com adequada proporção de macro e micronutrientes, é essencial para a manutenção da saúde da mãe e para o crescimento e desenvolvimento saudável do feto (Cardoso et al., 2023).
- No decorrer da entrevista, verificou-se que a gestante realiza apenas quatro refeições diárias, pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar. Além disso, não consome hortícolas e leguminosas em todas as refeições principais, nem fruta diariamente, apresentando outros défices alimentares. Nesse sentido, foram explicados os princípios de uma

alimentação saudável, incluindo a distribuição adequada das refeições ao longo do dia, bem como a quantidade e a qualidade dos alimentos (Cardoso et al., 2023).

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- A promoção do autoconhecimento e da compreensão dos próprios pensamentos, sentimentos e valores constitui um desafio essencial para a gestante, favorecendo a reflexão sobre as mudanças vividas durante a gravidez. Esta experiência deve promover uma nova percepção da relação entre o padrão alimentar e o aumento ponderal, capacitando a gestante para identificar e reformular hábitos alimentares que favorecem a acumulação de gordura, bem como para utilizar a evolução do peso como instrumento de autorregulação e ajuste do seu padrão alimentar (Cardoso et al., 2023).
- Neste sentido, procedeu-se, em conjunto com a gestante, à análise do peso atual, o qual a mesma referiu causar-lhe desconforto e percepcionar como excessivo. Foram igualmente identificados e discutidos os comportamentos alimentares que poderão estar na origem do aumento ponderal, reconhecendo-se alguns deles como potencialmente prejudiciais. Destacaram-se, ainda, aqueles que, por serem modificáveis, apresentam maior potencial para influenciar positivamente a evolução do peso durante a gestação (Cardoso et al., 2023).
- Com base na análise efetuada, foi delineada uma intervenção orientada para a promoção da consciencialização acerca dos comportamentos alimentares. A gestante foi incentivada a substituir práticas alimentares menos saudáveis por alternativas nutricionalmente equilibradas, através de um processo de negociação e definição conjunta de metas realistas, estabelecendo-se um período de implementação de duas semanas (Cardoso et al., 2023). Durante esse intervalo, foi sugerido que registasse diariamente os alimentos ingeridos e respetivos horários, bem como a evolução do peso, de modo a favorecer a autoavaliação e a monitorização do impacto das alterações introduzidas (Cardoso et al., 2023). Paralelamente, foi negociada, em casal, a retoma da prática de caminhadas três vezes por semana, como estratégia complementar de promoção do bem-estar físico e emocional.

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o padrão alimentar e o peso corporal durante a gravidez

- Foi acordada a realização de uma consulta de seguimento na USF, ao término das duas semanas de implementação das alterações, com o objetivo de proceder à avaliação conjunta dos resultados alcançados.

Ensinar sobre aumento esperado de peso durante a gravidez

- O aumento de peso durante a gravidez é um processo biologicamente complexo, que reflete a evolução gestacional e o crescimento do feto. Assim, o ganho ponderal adequado constitui um indicador de saúde, enquanto o aumento excessivo ou insuficiente pode estar associado a complicações maternas e/ou fetais (Cardoso et al., 2023).
- Neste caso, a gestante apresentava excesso de peso associado à falta de atividade física e a uma alimentação inadequada. Deste modo, considerou-se necessária a explicação das possíveis consequências de um aumento ponderal excessivo, bem como a apresentação de estratégias facilitadoras da autogestão do peso, promovendo comportamentos

saudáveis e conscientes durante a gestação (Cardoso et al., 2023).

Ensinar sobre autogestão dos sintomas

- Ao longo da entrevista, a gestante referiu dor lombar, sensibilidade mamária, fadiga e edema dos membros inferiores, sintomas que não estava a conseguir gerir de forma autónoma. Assim, foram explicadas estratégias facilitadoras de autogestão, nomeadamente: para a dor lombar, a adoção de uma postura correta ao levantar-se, caminhar ou curvar-se, bem como a utilização de uma cinta que assegure uma postura corporal adequada e confortável, proporcionando apoio ao abdómen. Para a redução do edema, a elevação dos pés e das pernas sempre que possível, dormir com as pernas ligeiramente elevadas em relação ao corpo e evitar longos períodos na posição de pé foram apresentadas como recomendações prioritárias (Cardoso et al., 2023).
- Relativamente ao desconforto mamário, recomendou-se o uso de um sutiã de algodão com bom suporte e tamanho adequado durante o dia, e um sutiã mais macio para dormir. No que respeita à gestão da fadiga, salientou-se a importância da prática regular de exercício físico, do descanso e da alimentação adequados, da suplementação de ferro e da redução dos níveis de stress, bem como da gestão equilibrada das atividades diárias, incentivando a aceitação de ajuda por parte de colegas e familiares (Cardoso et al., 2023).

Ensinar sobre efeitos colaterais da gravidez

- Os efeitos colaterais e a sintomatologia associados à gravidez produzem impacto global na mulher, influenciando o seu bem-estar físico e emocional. Para lidar com essas alterações, é fundamental fornecer e reforçar informações sobre o que está a acontecer, as suas causas e a duração esperada desses sintomas, de forma clara e emocionalmente tranquilizadora (Cardoso et al., 2023).
- Esse processo educativo permite que a grávida integre o conhecimento necessário para compreender as causas dos efeitos colaterais e a sua relação com a evolução da gravidez, bem como para encarar esses efeitos como manifestações naturais do processo gestacional e, consequentemente, como sinais de saúde. Deste modo, com base nos dados recolhidos, considerou-se oportuno explicar as causas do aumento da temperatura corporal e da sudorese, da dor lombar, do edema e do escurecimento das aréolas (Cardoso et al., 2023).

Ensinar sobre exercício durante a gravidez

- A prática regular de atividade física exerce efeitos benéficos sobre o corpo e a mente da mulher grávida, refletindo-se positivamente nos resultados maternos e fetais. O exercício físico de intensidade leve a moderada contribui para a prevenção de determinadas complicações da gravidez e auxilia na gestão dos efeitos colaterais, não estando associado a desfechos adversos. Assim, a atividade física é amplamente reconhecida como uma prática segura durante a gestação, sendo recomendada como medida preventiva e terapêutica para reduzir complicações e promover a saúde materno-fetal (Cardoso et al., 2023).
- A gestante referiu que, com o surgimento dos sintomas da gravidez, aliado à falta de tempo e de motivação, deixou de realizar as caminhadas que anteriormente fazia com o namorado. Deste modo, considerou-se pertinente refletir sobre os benefícios da prática de

exercício físico durante a gestação, bem como sobre os tipos de exercício mais adequados (Cardoso et al., 2023).

- Neste sentido, procedeu-se à implementação de uma técnica de intervenção interacional: Ritual Terapêutico. Foi proposto ao casal retomar as caminhadas, promovendo o bem-estar comum e, conseqüentemente, o bem-estar futuro da filha. Nesse sentido, o casal comprometeu-se a realizar caminhadas três vezes por semana e, em dias de mau tempo, a deslocar-se até ao centro comercial, um espaço coberto que permite caminhar e desfrutar de um momento a dois. Esta prática visa fortalecer os vínculos afetivos, promover a estabilidade emocional do núcleo familiar e favorecer o equilíbrio emocional individual, através do prazer proporcionado pela partilha de uma atividade conjunta.

7.6. Síntese relativa ao caso

Embora o plano de cuidados esteja descrito na gestante, a família foi considerada como unidade de cuidados. Por esse motivo, algumas intervenções especializadas de enfermagem foram direcionadas ao casal, e não exclusivamente à gestante enquanto indivíduo.

Durante a EFS, observou-se que, na dimensão do desenvolvimento do MDAIF, existiam necessidades específicas que exigiam cuidados especializados de enfermagem. As necessidades identificadas estavam relacionadas com o padrão de sono/repouso, padrão alimentar, ganho de peso, prática de exercício físico durante a gravidez, conhecimento sobre os efeitos colaterais da gravidez, bem como a autogestão desses efeitos e dos sintomas em geral. Com base nessa avaliação, foram elaborados diagnósticos de enfermagem, devidamente explanados no subcapítulo conceção de cuidados.

O planeamento das intervenções foi realizado de forma colaborativa, com base nos diagnósticos identificados, tendo como objetivo promover o conhecimento sobre a gravidez, definida como o grau de compreensão acerca da promoção de uma gravidez saudável e prevenção de complicações (Moorhead et al., 2016). Para tal, foram definidos os seguintes resultados esperados: aumento do conhecimento sobre práticas alimentares saudáveis, passando de "conhecimento limitado" para "conhecimento substancial", desenvolvimento de estratégias para o equilíbrio entre atividade e repouso, passando igualmente de "conhecimento limitado" para "conhecimento substancial", compreensão dos benefícios do exercício regular, evoluindo de "conhecimento moderado" para "conhecimento substancial" e aquisição de conhecimento sobre um padrão saudável de ganho de peso, passando de "nenhum conhecimento" para "conhecimento moderado" ao fim de duas semanas (Moorhead et al., 2016).

Após a implementação das intervenções de enfermagem descritas na conceção de cuidados e especificadas no subcapítulo seguinte, verificou-se, ao fim de duas semanas, no dia 7 de abril de 2025, uma evolução positiva, consistente e sustentada no conhecimento, atitude e capacidade

de autogestão da gestante relativamente aos cuidados de saúde durante a gravidez.

Durante o acompanhamento, observou-se uma melhoria significativa na literacia em saúde da família, traduzida na adoção de comportamentos de autocuidado mais informados, responsáveis e conscientes. No que respeita ao padrão alimentar, o casal compreendeu os princípios de uma alimentação equilibrada e diversificada, reconhecendo a importância da ingestão adequada de hortícolas, leguminosas e frutas, bem como da distribuição harmoniosa das refeições ao longo do dia.

A reflexão conjunta sobre o seu peso corporal permitiu-lhe reformular a percepção inicial de desconforto, passando a encarar o ganho ponderal como um processo fisiológico normal e passível de autorregulação, ajustável através de escolhas alimentares equilibradas e da prática regular de atividade física.

No domínio da atividade física, e após reflexão e negociação conjunta com o companheiro, o casal comprometeu-se a retomar as caminhadas regulares três vezes por semana, adaptando a prática às condições climáticas. Esta decisão revelou-se não apenas benéfica para a promoção do bem-estar físico e emocional da gestante, mas também fortaleceu os vínculos afetivos e a coesão do casal, contribuindo para o equilíbrio e estabilidade do sistema familiar. B1 referiu: “Mudámos a nossa alimentação quase a 100%, diria. De vez em quando ainda tenho vontade de comer doces e coisas salgadas, são os desejos (ri, enquanto olha para o B2), mas nas refeições principais tenho seguido as recomendações da enfermeira e faço os lanches ao longo do dia. É notória a diferença! Sinto-me muito mais contente ao ver-me ao espelho. Quanto às caminhadas, temos cumprido o combinado, estou tão orgulhosa de mim e de nós! Houve um dia, na semana passada, em que não tinha vontade nenhuma de ir e ainda por cima estava a chover, mas o B2 convenceu-me. Fomos até ao shopping e aproveitámos para comprar um conjuntinho para a menina, foi muito bom.” B2 acrescentou: “É gratificante ver a B1 sentir-se melhor com o seu corpo e perceber que, de alguma forma, pude contribuir para isso. Há dias não lhe apetecia, estava a chover, mas recordei-a do nosso compromisso e consegui convencê-la. Também no que respeita à alimentação, mudámos bastante, até eu sinto diferença.”.

Estas partilhas evidenciam não apenas a adoção de práticas saudáveis, mas também o envolvimento ativo e o apoio emocional do companheiro, aspetos fundamentais para a construção de um ambiente familiar facilitador do autocuidado e da adaptação positiva à gravidez. A dinâmica colaborativa do casal revelou-se determinante para a sustentabilidade das mudanças comportamentais e para o fortalecimento da sua relação conjugal e parental.

No que respeita à autogestão dos efeitos colaterais da gravidez, a gestante passou a aplicar de forma autónoma estratégias de alívio da dor lombar, redução do edema e gestão da fadiga, demonstrando maior confiança e capacidade de autorregulação. Evidenciou compreender as causas fisiológicas e o carácter transitório dos sintomas, o que contribuiu para uma vivência mais tranquila, positiva e confiante da gravidez. B1 referiu: “Tenho conseguido controlar muito

melhor os efeitos colaterais da gravidez, e claro que a perda de peso, através da mudança dos hábitos alimentares e da prática de exercício físico, também contribui para isso, para diminuir os desconfortos e melhorar o meu estado físico e mental.”.

Relativamente ao sono e repouso, a gestante referiu melhoria expressiva na qualidade do descanso noturno, após a implementação das recomendações sobre higiene do sono e adaptação do ambiente. Demonstrou consciência sobre a importância do equilíbrio entre descanso e atividade física para a saúde materno-fetal, evidenciando uma capacidade acrescida de autorregulação e planeamento diário.

No final do acompanhamento, foi reconhecido e elogiado o empenho demonstrado pelo casal, destacando-se a dedicação, o compromisso e a capacidade de adaptação evidenciadas ao longo de todo o processo.

Ao término das duas semanas, o casal evidenciou progressos visíveis em todas as dimensões avaliadas, revelando-se capazes de identificar sinais de alerta, gerir sintomas comuns da gravidez e adotar comportamentos promotores de saúde de forma autónoma, consciente e sustentada. Assim, considera-se que os diagnósticos de enfermagem **Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado durante a gravidez, Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da gravidez e Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o padrão alimentar e o peso corporal durante a gravidez** foram plenamente resolvidos, uma vez que os critérios definidos para os resultados esperados foram integralmente alcançados.

Deste modo, verificou-se uma progressão de “conhecimento limitado” para “conhecimento substancial” no que respeita às práticas alimentares saudáveis e ao desenvolvimento de estratégias para o equilíbrio entre atividade e repouso. Observou-se, ainda, uma evolução de “conhecimento moderado” para “conhecimento substancial” relativamente à compreensão dos benefícios do exercício físico regular, bem como uma progressão de “nenhum conhecimento” para “conhecimento moderado” no que concerne ao padrão saudável de ganho ponderal. Estas evoluções foram acompanhadas por ganhos expressivos na autoeficácia, autonomia, empoderamento e resiliência da gestante e do casal, em conformidade com os indicadores propostos por Moorhead et al. (2016).

Pode, portanto, afirmar-se que as intervenções da enfermeira especialista em ESF tiveram um impacto transformador, promovendo o empoderamento feminino, o fortalecimento da resiliência emocional e familiar, e o desenvolvimento de competências de autogestão fundamentais para uma vivência saudável da gravidez e para a preparação da parentalidade.

Este processo evidenciou o papel determinante da enfermeira especialista em ESF enquanto facilitadora da mudança, promotora da literacia em saúde e catalisadora de empoderamento familiar, contribuindo para a melhoria da comunicação conjugal, o reforço dos laços afetivos, a

tomada de decisão partilhada e a construção de um ambiente familiar harmonioso, confiante e seguro.

Assim, os ganhos em saúde individual e familiar decorrentes desta intervenção refletem uma transformação não apenas no comportamento da gestante, mas em todo o sistema familiar, promovendo resiliência, coesão e sustentabilidade das práticas de autocuidado, com impacto direto na saúde materna, conjugal e parental.

8. B3

Recém-nascida do sexo feminino. Nasceu com peso de 3,6kg, perímetro cefálico de 36cm, comprimento de 48cm, e Índice de Apgar 9 no 1º minuto e 10 no 5º minuto. Nasceu no decorrer de uma gravidez muito planeada.

8.1. Enquadramento teórico

Após todo o acompanhamento pré-natal e a co-construção do plano de cuidados antecipatórios para a chegada do RN, chegou o momento de prestar cuidados à família como sistema, na sequência do nascimento da B3. Esta fase representa um ponto de viragem, em que a teoria e a preparação se materializam na vivência real da parentalidade, exigindo adaptação, reorganização e integração de novos papéis.

À luz da Teoria Geral dos Sistemas, a família é entendida como uma unidade dinâmica composta por membros interdependentes, cujas interações moldam o equilíbrio global do sistema (Holmes, 2013). Neste contexto, os subsistemas, conjugal, parental e filial, encontram-se em constante inter-relação, influenciando-se mutuamente nos planos individual, sistémico e intergeracional (Erdem & Safi, 2018; Pedro et al., 2012).

A DGS (2013) reforça que a vigilância em saúde infantil e juvenil deve integrar uma abordagem sistémica, que valorize não apenas a saúde física da criança, mas também o bem-estar emocional dos pais e a qualidade das interações familiares. Nesse sentido, destaca-se o papel do EEECESF na avaliação da dinâmica familiar, do suporte sociofamiliar e do estado emocional dos cuidadores, prevenindo situações de vulnerabilidade, como a depressão pós-parto.

A transição para a parentalidade constitui um período de profundo ajustamento, marcado pela reconstrução dos papéis e pela emergência do autoconceito de mãe e de pai (Trombetta et al., 2021). O vínculo afetivo que se estabelece entre os pais e o RN assume um papel estruturante, funcionando como elemento protetor da saúde emocional e da qualidade do cuidado parental (Salehi & Kohan, 2017; Abasi et al., 2021).

A EFS realizou-se no dia 5 de maio de 2025, no quinto dia de vida de B3, após B1 ter contactado a USF para informar o nascimento da RN. Nessa ocasião, B1 referiu que se encontravam em casa dos seus pais, motivo pelo qual a entrevista foi realizada no domicílio destes. Nesse mesmo dia, procedeu-se também à realização do rastreio neonatal, vulgarmente conhecido

como “teste do pezinho”.

Tendo em conta a literatura mais recente, considera-se fundamental avaliar o domínio dos **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**, uma vez que estes estão diretamente relacionados com a construção do vínculo afetivo e com o cuidado sensível, ambos determinantes para o bem-estar físico e emocional da criança (Cardoso et al., 2024). Nesse sentido, foi elaborado um guião com questões diagnósticas, com o propósito de identificar e compreender os padrões de interação e vinculação estabelecidos entre os pais e o RN. No entanto, ao estabelecer este primeiro contacto com a família, percebi que não era o momento adequado para colocar muitas questões, mas sim para escutar atentamente o que o casal tinha para partilhar. Formulei apenas uma questão, de carácter exploratório: “Como têm decorrido os vossos dias desde o nascimento da B3?”. B1 referiu: “Estes dias não têm sido nada fáceis... Foi por isso que viemos para casa dos meus pais. Não estávamos a conseguir estar em nossa casa, tínhamos tudo desarrumado, preocupações com as refeições, tarefas domésticas... então optámos por vir para aqui. Os meus pais estão sempre em casa e conseguem dar-nos mais apoio, tanto nos cuidados com a menina como nas refeições.”, B2 acrescentou, com a voz nervosa: “É verdade. Sentimo-nos melhor aqui, porque, no primeiro dia em casa, a menina só chorava, parecia que não estava bem lá. Aqui, os meus sogros ajudam muito a adormecer a B3 e nos restantes cuidados. Desde que viemos para cá, estamos melhor individualmente, como casal e como pais.”.

Após a escuta ativa do casal, foi destacada e elogiada a capacidade demonstrada pelo casal na adoção de uma estratégia adequada para superar as dificuldades iniciais, evidenciando capacidade de resiliência e manutenção da harmonia familiar. Com o objetivo de avaliar a adaptação às novas rotinas após a mudança para o domicílio dos pais de B1, procedeu-se à seguinte questão dirigida aos progenitores: “Como têm decorrido, desde então, os cuidados à B3?”. B1 referiu: “O banho tem corrido bem, sentimo-nos confiantes. O coto umbilical está quase a cair e temos realizado a limpeza diariamente. Penso que o fazemos corretamente, até podemos fazer agora, que ainda não fizemos hoje, para poder observar. O que não tem corrido mesmo nada bem é a amamentação...” (olha para B2 com expressão desanimada), B2 acrescentou: “A alimentação tem sido feita maioritariamente com leite artificial. Não está a correr bem porque a B3 não pega na mama e magoa a B1.”.

Nos primeiros dias de vida do RN, os cuidados com o coto umbilical são muito importantes. É ele que protege o umbigo até que a pele cicatrize completamente (Zupan, Garner & Omari, 2004). Após o corte do cordão umbilical, o coto seca e pode ser colonizado por bactérias, o que aumenta o risco de infeções, como a onfalite, até que caia naturalmente. Por isso, é fundamental que mãe e pai recebam orientações sobre a higiene adequada e saibam identificar sinais de infeção (Cardoso et al., 2024). Durante a VD, procedeu-se à observação direta dos pais no desempenho dos cuidados ao coto umbilical, verificando-se que ambos evidenciam competências adequadas e domínio da técnica.

Os dados recolhidos durante a EFS evidenciaram que, neste momento, não se justifica uma intervenção especializada de enfermagem no domínio dos **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**, tendo em conta as necessidades identificadas. Mantendo a coerência metodológica do relatório, a descrição deste domínio foi incluída no enquadramento teórico, de forma a sustentar a análise e a compreensão global da dinâmica familiar observada.

Embora fosse possível avaliar outros parâmetros relacionados ao domínio do **Recém-nascido**, no contexto atual essa avaliação não se demonstrou adequada. Por conseguinte, a intervenção concentrou-se no domínio dos **Comportamentos para amamentar**, priorizando os cuidados essenciais e promovendo a consolidação das competências parentais.

8.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 14 dias | Feminino

Mãe/Pai

05-05-2025 10:00

- 05-05-2025 10:00 - Figura parental principal: mãe.
- 05-05-2025 10:00 - Número de outros filhos: 0.
- 05-05-2025 10:00 - Papel parental partilhado.
- 05-05-2025 10:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.
- 05-05-2025 10:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

8.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
05-05-2025 10:00	Comportamentos para amamentar	

8.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

O período de transição para a parentalidade representa uma fase de profundas transformações na dinâmica do casal, marcada pela necessidade de reorganizar rotinas, funções e responsabilidades em torno dos cuidados com o filho. A coparentalidade, enquanto dimensão específica da relação familiar, distingue-se da relação conjugal por exigir uma atuação conjunta, cooperativa e equilibrada entre os parceiros no exercício dos papéis parentais. É nesse processo que se constrói uma identidade co-parental, sustentada por valores, metas e práticas partilhadas, orientadas para o bem-estar da criança. A coordenação e a consistência entre os comportamentos e tarefas parentais são, portanto, elementos essenciais para assegurar uma atuação harmoniosa e eficaz na educação e no cuidado com o filho (Young et al., 2017).

Ao assumirem o papel de pais, os parceiros enfrentam o desafio de redefinir as suas identidades individuais e conjugais, ajustando-se à responsabilidade contínua de promover o crescimento e o desenvolvimento da criança. A parentalidade compreende um conjunto de ações e interações que visam simultaneamente o desenvolvimento integral do filho e a consolidação da identidade parental. Essas práticas englobam cuidados físicos, emocionais e afetivos, que, em conjunto, configuram o exercício pleno da função parental (Figueiredo, 2012).

Nos RN alimentados com aleitamento materno exclusivo, é difícil determinar com precisão a quantidade de leite ingerida (Rêgo, 2022). No caso em análise, a mãe partilha: “Sempre tive o sonho de amamentar. Desde cedo ouvi dizer, que devemos amamentar, porque, se não o fizermos, somos vistas como piores mães. Dizem que o aleitamento materno é o melhor que podemos dar ao nosso bebé.”. Contudo, a puérpera revela sentimentos de ambivalência e frustração perante as dificuldades vividas: “No hospital, o apoio à amamentação foi muito insuficiente. A B3 não pegava bem na mama, então decidiram iniciar o leite artificial ainda durante o internamento. Eu continuava a tentar, mas era muito doloroso, e ela parecia que não conseguia mamar, chorava compulsivamente. Isso deixava-me ainda mais nervosa e, acho eu, acabou por bloquear a minha produção de leite. Além disso, ter essa ideia pré-concebida de que sou uma pior mãe por não amamentar tem-me causado muita ansiedade e nervosismo.” Acrescenta, com o olhar assustado e a voz trémula: “É um misto de emoções... está tudo à flor da pele. Só gostava mesmo de conseguir amamentar.”. Depois de B1 se ter expressado, perguntou-se a B2 qual era a sua opinião sobre o que tinha acabado de ouvir. B2 respondeu: “Eu só quero que a B1 esteja bem. Apoio qualquer decisão dela! Se optar por não amamentar, eu apoio, se quiser tentar novamente, também estou cá para apoiar. Gostava muito que a enfermeira nos ajudasse a arranjar estratégias, para que a amamentação se torne uma experiência bonita neste processo e não um momento de stress ou de ansiedade.”.

Após a colheita de dados realizada durante a EFS, identificou-se a necessidade de cuidados

especializados de ESF, com ênfase no domínio dos **Comportamentos para amamentar**.

8.4. Conceção de Cuidados

Comportamentos para amamentar

05-05-2025 10:00

05-05-2025 10:00 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

05-05-2025 10:00 - Não adota posição confortável para facilitar o mamar.

05-05-2025 10:00 - Não termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

05-05-2025 10:00 - Não utiliza estratégias para estimular o mamar.

05-05-2025 10:00 - Sem manifestações de pega adequada.

05-05-2025 10:00 - Estado da mama

05-05-2025 10:00 - Bilateral: bloqueio dos ductos.

05-05-2025 10:00 - Amamentação

05-05-2025 10:00 - Determinar evolução da amamentação

05-05-2025 10:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar
[Próximo contacto]

05-05-2025 10:00 - Promover o amamentar/mamar

05-05-2025 10:00 - Executar técnica de pele com pele [Neste contacto]

05-05-2025 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: gestão da amamentação

05-05-2025 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre amamentação

05-05-2025 10:00 - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-05-2025 10:00 - Capacidade da mãe para amamentar

05-05-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-05-2025 10:00 - Autoeficácia da mãe para amamentar

05-05-2025 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-05-2025 10:00 - Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre o número de mamadas e a produção de leite: facilitadora.

05-05-2025 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à amamentação: necessidade de disponibilidade total.

05-05-2025 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre amamentação [RESOLVIDO] 14-05-2025 10:00

05-05-2025 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre amamentação [Próximo contacto] [FIM] 14-05-2025 10:00

14-05-2025 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre amamentação

14-05-2025 10:00 - facilitador [MELHOROU].

05-05-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre amamentação [Todos os contactos]

[FIM] 14-05-2025 10:00

05-05-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre pega adequada [Todos os contactos] [FIM] 14-05-2025 10:00

05-05-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre posições da criança durante o mamar [Todos os contactos] [FIM] 14-05-2025 10:00

05-05-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para estimular a amamentação [Todos os contactos] [FIM] 14-05-2025 10:00

05-05-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre dispositivos para facilitar a amamentação [Todos os contactos] [FIM] 14-05-2025 10:00

05-05-2025 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre cuidados à mama [Todos os contactos] [FIM] 14-05-2025 10:00

05-05-2025 10:00 - Potencial da mãe para melhorar capacidade para amamentar [RESOLVIDO] 14-05-2025 10:00

05-05-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade da mãe para amamentar [Próximo contacto] [FIM] 14-05-2025 10:00

14-05-2025 10:00 - Capacidade da mãe para amamentar

14-05-2025 10:00 - facilitadora [MELHOROU].

05-05-2025 10:00 - Treinar mãe a amamentar [Neste contacto] [FIM]

14-05-2025 10:00

05-05-2025 10:00 - Potencial da mãe para melhorar autoeficácia para amamentar [RESOLVIDO] 14-05-2025 10:00

05-05-2025 10:00 - Avaliar evolução da autoeficácia da mãe para amamentar [Próximo contacto] [FIM] 14-05-2025 10:00

14-05-2025 10:00 - Autoeficácia da mãe para amamentar

14-05-2025 10:00 - facilitadora [MELHOROU].

05-05-2025 10:00 - Elogiar o desempenho da mãe/pai [Neste contacto] [FIM]

14-05-2025 10:00

05-05-2025 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar significado atribuído à amamentação [RESOLVIDO] 14-05-2025 10:00

05-05-2025 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído pela mãe/pai à amamentação [Próximo contacto] [FIM] 14-05-2025 10:00

14-05-2025 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à amamentação: não dificultador [MELHOROU].

05-05-2025 10:00 - Assistir mãe/pai a analisar o significado dificultador [Neste contacto] [FIM] 14-05-2025 10:00

05-05-2025 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: gestão da amamentação [Próximo contacto]

14-05-2025 10:00 - A mãe/pai adota comportamentos de gestão da amamentação.

8.5. Especificação das intervenções

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para estimular a amamentação

- A libertação do leite materno dos alvéolos até ao mamilo é facilitada por estratégias que estimulam a ação da ocitocina, como criar um espaço confortável, calmo e com privacidade para amamentar, promover relaxamento e emoções positivas, por exemplo, contacto pele a pele ou interação visual com o RN. O esvaziamento da mama é determinante para a produção de leite, influenciando também a composição do leite, sendo que quanto mais vazia, maior a velocidade de produção e maior a concentração de gordura. Para otimizar a amamentação, é essencial assegurar a pega adequada, oferecer ambas as mamas antes da subida do leite e garantir drenagem eficaz após a subida, amamentar em regime livre, incluindo durante a noite, e recorrer à extração manual ou com bomba, quando necessário, especialmente nas primeiras três semanas pós-parto, garantindo estímulo frequente à produção (Cardoso et al., 2024).
- Nos intervalos entre as mamadas, recomenda-se realizar massagem mamária com aplicação de calor e adotar estratégias que favoreçam a autogestão da dor durante a amamentação, incluindo ajuste da posição, correção da pega e, quando necessário, utilização de mamilos artificiais (Cardoso et al., 2024).

Ensinar mãe/pai sobre posições da criança durante o mamar

- A posição da mãe e do RN durante a mamada constitui um fator determinante que pode facilitar ou dificultar o processo de amamentação. É essencial que a mãe adote uma posição confortável, favorecendo o relaxamento e a manutenção de uma postura adequada ao aleitamento. Paralelamente, o pai pode desempenhar um papel de apoio, ajudando a ajustar o posicionamento da mãe e do RN, promovendo um ambiente tranquilo e seguro. A identificação das diferentes posições possíveis para amamentar e a correta colocação do RN ao peito são aspetos fundamentais para garantir uma pega eficaz, prevenir o desconforto mamário e otimizar a transferência de leite, contribuindo assim para o sucesso da amamentação (Cardoso et al., 2024).

Ensinar mãe/pai sobre pega adequada

- O modo como o RN abocanha a mama é um elemento essencial para o sucesso da amamentação, lactação e ingestão nutricional. A pega adequada corresponde à forma como a boca do bebé se posiciona e se ajusta à mama, permitindo extrair o leite de modo eficaz e confortável, tanto para o lactente como para a mãe. Nesse sentido, torna-se fundamental fornecer informação e apoio aos pais, de forma a que a mãe seja capaz de assegurar uma pega correta e o pai possa facilitar e apoiar o posicionamento adequado, promovendo uma experiência de amamentação eficaz, segura e satisfatória para ambos (Cardoso et al., 2024).

Ensinar mãe/pai sobre amamentação

- Amamentar consiste em oferecer o leite materno diretamente da mama, um processo que

requer um conjunto de decisões, conhecimentos e ações para que decorra de forma eficaz e segura. Durante a entrevista familiar, verificou-se que os pais demonstravam conhecimento sobre os benefícios da amamentação e do leite materno para a saúde e o desenvolvimento do RN. Contudo, observou-se déficit de informação relativamente a outros aspetos importantes, nomeadamente os benefícios da amamentação subsequente ao contacto pele a pele, o impacto da alimentação materna nas características do leite e nas reações do RN, bem como a necessidade de evitar substâncias que possam interferir negativamente com a lactação e com a saúde do bebé. Assim, evidenciou-se a importância de reforçar a educação parental neste domínio, promovendo a aquisição de competências que favoreçam uma experiência de amamentação positiva e sustentável (Cardoso et al., 2024).

Ensinar mãe/pai sobre dispositivos para facilitar a amamentação

- Existem dispositivos que podem contribuir para o conforto materno e para o posicionamento adequado do RN durante a amamentação. Nesse sentido, torna-se essencial fornecer informação aos pais de modo a que integrem o conhecimento necessário para a utilização correta destes recursos. É importante que reconheçam os benefícios da almofada de amamentação, compreendam os critérios de utilização dos mamilos de silicone e saibam aplicar adequadamente estes dispositivos, de forma a promover o bem-estar materno, a eficácia da amamentação e a segurança do RN (Cardoso et al., 2024).

Ensinar mãe/pai sobre cuidados à mama

- Durante o período de amamentação, é fundamental manter a integridade da pele mamária e prevenir o aparecimento de complicações. Nesse sentido, torna-se essencial fornecer informação à mãe de modo a que adquira o conhecimento necessário para assegurar uma higiene adequada das mamas, preservando a integridade cutânea, bem como para reconhecer a importância da utilização de um sutiã adequado, que proporcione suporte e conforto durante este período (Cardoso et al., 2024).

Assistir mãe/pai a analisar o significado dificultador

- O significado refere-se à importância ou sentido atribuído a algo, baseado em experiências, crenças e conhecimentos individuais, influenciando a forma de agir, sentir e perceber a realidade. Durante a gravidez, a maioria das mulheres constrói uma representação de si como mãe, incluindo o plano de alimentação do filho, que frequentemente reflete experiências passadas e valores sociais valorizados pela mulher (Cardoso et al., 2024).
- A decisão de amamentar, ou não, é pessoal e individual, variando de acordo com as experiências, valores e circunstâncias de cada mulher. Para algumas, amamentar é uma escolha natural e desejada. Para outras, é uma prática realizada por influência ou pressão social. E ainda aquelas para quem a amamentação não faz parte dos seus planos ou preferências (Cardoso et al., 2024).
- Neste caso, B1 apresentava, durante a gestação, uma ideia pré-concebida de que iria amamentar. Contudo, após o nascimento de B3, encontra-se numa ambivalência de sentimentos. Por um lado, deseja amamentar por receio de ser julgada por não o fazer, o

que a leva a sentir-se inferior enquanto mãe. Por outro, a ansiedade associada ao processo tem dificultado a concretização da amamentação, gerando frustração e insegurança.

- A reformulação do significado pode ser alcançada através da promoção da reflexão sobre as razões que sustentam o sentido atribuído às experiências, incentivando a análise de como a pessoa pensa e sente as suas próprias ações. Assim, torna-se essencial criar momentos de reflexão orientada sobre o significado atribuído à amamentação, de modo a possibilitar a ressignificação de percepções limitadoras e a construção de um entendimento mais positivo e ajustado dessa experiência (Cardoso et al., 2024).
- Com o objetivo de ajudar o casal, e em particular a puérpera, a refletir sobre o significado dificultador associado à amamentação, foram implementadas duas técnicas de intervenção interacional: o Reenquadramento e a Conotação Positiva. O Reenquadramento constitui uma técnica que visa modificar regras e crenças familiares quando estas se tornam rígidas e deixam de acompanhar a evolução do sistema, contribuindo assim para a manutenção de comportamentos ou percepções disfuncionais. Ao alterar o significado atribuído ao problema, o reenquadramento interrompe ciclos de feedback negativos, introduz maior flexibilidade no sistema familiar e oferece uma nova perspetiva cognitiva sobre a situação, promovendo mudanças mais adaptativas e ajustadas (Figueiredo, 2023). No caso em análise, esta técnica revelou-se particularmente adequada para auxiliar o casal e, em especial, B1 a reformular o significado dificultador associado à amamentação. Ao reenquadrar a situação atual, foi possível evidenciar a B1 que não havia motivo para sentimentos de culpa ou inferioridade relativamente à dificuldade em amamentar diretamente, mas sim o reconhecimento de uma mãe que procura alternativas para cuidar da filha de forma saudável, competente e afetuosa. B2 foi igualmente envolvido no processo, sendo convidado a partilhar a sua percepção e a validar o novo significado atribuído, reforçando, assim, a importância da cooperação e da harmonia conjugal nesta fase de adaptação.
- Complementarmente, a técnica de Conotação Positiva, foi aplicado com o objetivo de ressignificar a experiência da amamentação e focar a atenção nos aspetos favoráveis da situação atual (Figueiredo, 2023). Através desta abordagem, procurou-se valorizar o esforço e a dedicação de B1, enfatizando que a utilização da bomba de extração representa uma estratégia ativa e eficaz de cuidado, que demonstra compromisso, resiliência e amor materno. A aplicação desta técnica permitiu que B1 compreendesse que, apesar de não conseguir amamentar diretamente, podia encarar essa realidade de forma positiva, uma vez que ao extrair o leite continuava a alimentar a filha com leite materno, assegurando-lhe os mesmos benefícios nutricionais e afetivos. Mais uma vez, foi valorizada a participação de B2, procurando perceber a sua percepção acerca do que havia sido dito por B1 e promover a partilha de sentimentos e perspetivas dentro do casal.
- Deste modo, foi possível atribuir um novo significado à experiência, transformando a percepção inicial de incapacidade num ato de competência e adaptação, promovendo sentimentos de realização, segurança e autoconfiança, fundamentais para o bem-estar emocional e para o fortalecimento da vinculação mãe-filho. Em suma, a aplicação articulada destas duas técnicas revelou-se eficaz na redução da ansiedade e sentimentos de culpa de B1, promovendo uma percepção mais positiva e ajustada da amamentação.

Estas intervenções contribuíram para o fortalecimento da autoconfiança parental, para a harmonia familiar e para a consolidação de uma vinculação segura entre mãe, pai e filha.

Elogiar o desempenho da mãe/pai

- Durante a entrevista familiar, procurou-se reforçar continuamente o encorajamento ao casal, valorizando o empenho demonstrado nos cuidados prestados à RN e o apoio mútuo entre ambos. Evitou-se qualquer tipo de comparação, destacando de forma positiva as estratégias adotadas para ultrapassar as dificuldades iniciais na amamentação e a capacidade de adaptação à nova dinâmica familiar. Esta abordagem permitiu reconhecer e valorizar as competências parentais, promovendo a autoconfiança da puérpera, o envolvimento ativo de B2 e o fortalecimento da relação afetiva e cooperativa da família (Cardoso et al., 2024).

Treinar mãe a amamentar

- Durante o acompanhamento, foi realizada a demonstração prática da técnica de amamentação, com o objetivo de treinar a puérpera e promover a adoção de posturas adequadas e estratégias facilitadoras da pega eficaz. Inicialmente, foi demonstrada a posição correta da mãe, orientando-a a manter as costas confortavelmente apoiadas e os pés ligeiramente elevados, de modo a formar um ângulo reto nos joelhos, garantindo estabilidade e conforto, uma vez que a amamentação seria realizada sentada no sofá (Cardoso et al., 2024). De seguida, colocou-se B3 ao colo da mãe e foram demonstradas as diferentes posições possíveis para a amamentação, nomeadamente: posição de embalar, embalar cruzada, bola de rãguebi, decúbito lateral, posição vertical e posição ventral, reforçando a importância de escolher a que proporcionasse maior conforto e segurança para ambas (Cardoso et al., 2024).
- Posteriormente, foram explicadas estratégias facilitadoras de uma boa pega, uma vez que B1 demonstrava dificuldade em estimular a abertura da boca de B3 e referia dificuldade devido a reflexo de sucção débil. Foi também demonstrada a técnica de massagem mamária antes da amamentação, recorrendo à aplicação de calor. A massagem foi exemplificada com movimentos circulares do exterior em direção ao mamilo, utilizando dois a três dedos, seguindo-se o deslizamento da palma da mão desde a base até à ponta da mama. Posteriormente, orientou-se a colocação do polegar e indicador na borda da aréola, ordenhando suavemente o leite com movimento em direção ao tórax e depois aproximando os dedos, repetindo o processo à volta de toda a aréola para favorecer a exteriorização do leite (Cardoso et al., 2024). Por fim, foi reforçada a importância de alternar as mamas a cada mamada, de modo a assegurar a estimulação equilibrada da produção de leite e evitar o ingurgitamento mamário (Cardoso et al., 2024).

8.6. Síntese relativa ao caso

Embora o plano de cuidados esteja descrito no RN, ele foi co-construído com base na família

enquanto unidade sistémica, uma vez que visa responder às necessidades de cuidados da B3 de forma global. Assim, todas as intervenções realizadas foram direcionadas à família como unidade de cuidados, considerando a cooperação e a co-parentalidade como elementos essenciais para o desenvolvimento saudável da criança e para o fortalecimento da dinâmica familiar.

Durante a EFS, observou-se que, no domínio dos **Comportamentos para amamentar**, existiam necessidades sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem. B1 apresentou ambivalência emocional e ansiedade face às dificuldades de amamentação, sentindo-se frustrada e inferior por não conseguir amamentar diretamente, embora tivesse uma ideia pré-concebida de que queria amamentar. B2 revelou-se um apoio ativo e colaborativo, demonstrando disponibilidade para participar e validar estratégias que facilitassem a amamentação, promovendo uma experiência mais positiva para todos.

Assim, foram elaborados diagnósticos de enfermagem direcionados à família, apresentados no subcapítulo Conceção de Cuidados. As intervenções foram planeadas de forma colaborativa com os pais, com base nos diagnósticos identificados, conforme detalhado no subcapítulo Especificações das Intervenções. Paralelamente, estabeleceram-se os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, correspondendo aos objetivos esperados para a evolução das competências parentais e do cuidado ao RN.

Após a implementação das intervenções de enfermagem especializadas delineadas na conceção de cuidados e detalhadas no subcapítulo especificações das intervenções, observou-se, ao fim de uma semana e meia, uma evolução significativa e consistente por parte da família.

Embora não tenha sido possível avaliar a evolução do papel parental desenvolvimental na gestão da amamentação, uma vez que a puérpera optou por não amamentar diretamente, é possível afirmar que se obtiveram ganhos significativos em saúde familiar após a intervenção do EEECESF. Esses ganhos resultaram da resignificação positiva do significado atribuído à experiência de amamentar, que promoveu maior confiança, segurança e satisfação da mãe no processo. Adicionalmente, B1 optou por extrair o leite e manter a alimentação exclusiva de leite materno, assegurando os benefícios nutricionais e afetivos para a B3 e consolidando estratégias eficazes de cuidado parental.

Através das técnicas interacionais utilizadas: o reenquadramento e a conotação positiva o significado inicialmente dificultador atribuído à amamentação foi resignificado, transformando a perceção de incapacidade em competência, adaptação e resiliência materna, promovendo um ambiente familiar mais harmonioso e seguro. B1 afirmou: “Agora percebo que posso cuidar da B3 de forma eficaz, mesmo sem amamentar diretamente. Extrair o leite e alimentá-la fez-me sentir mais confiante e capaz. Sinto-me mais serena, menos ansiosa e com maior capacidade de desfrutar do tempo com a minha filha, sabendo que lhe estou a proporcionar todos os benefícios do leite materno.”, B2 complementou: “Apoio totalmente a B1 e sinto-me mais tranquilo ao ver

que conseguimos gerir juntos esta fase, de forma positiva. Agora ainda me consigo sentir mais útil, uma vez que posso participar mais diretamente ao dar o biberão à nossa filha. Esta experiência tornou-se mais leve para nós, conseguimos partilhar responsabilidades, comunicar melhor e sentir que estamos realmente a construir a nossa família de forma harmoniosa e cooperativa. Isto trouxe benefícios não só para a B3, que se encontra bem nutrida e saciada, mas também para nós enquanto casal, fortalecendo o vínculo afetivo e promovendo um ambiente familiar mais seguro, confiante e positivo.”.

A intervenção da enfermeira especialista em ESF revelou-se crucial e determinante para toda a família, funcionando como um verdadeiro fator catalisador na promoção da literacia em saúde e na aquisição de competências parentais. Através da orientação sistemática, do treino prático, do reforço positivo e da aplicação de estratégias de reflexão e ressignificação, foi possível capacitar os pais para tomar decisões informadas e seguras relativamente aos cuidados do RN.

O acompanhamento individualizado e centrado na família permitiu fortalecer a coparentalidade, promovendo uma atuação conjunta e equilibrada entre os pais, reforçando a comunicação, a colaboração e a partilha de responsabilidades. A presença e orientação da EEECESF contribuíram para reduzir ansiedade, sentimentos de culpa e frustração, sobretudo da puérpera, transformando perceções inicialmente dificultadoras em experiências positivas de cuidado e vínculo afetivo.

Como resultado, a família ganhou autonomia, confiança e segurança na prática de cuidados, consolidando um ambiente familiar harmonioso e resiliente. Simultaneamente, promoveu-se o bem-estar emocional dos pais e o desenvolvimento saudável da B3, refletindo a eficácia da intervenção da enfermeira especialista em ESF na criação de uma base sólida para uma parentalidade segura, confiante e afetivamente enriquecedora.

9. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo apresenta-se uma reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEECESF ao longo deste ensino clínico.

A competência pode ser compreendida como a integração de valores, saberes, capacidades e atitudes que possibilitam ao profissional desempenhar de forma eficaz as atividades inerentes ao seu papel, permitindo simultaneamente alcançar os objetivos propostos (Rosa, Carvalho, & Barja, 2022). A OE caracteriza o Enfermeiro Especialista como o profissional reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana, capacitado para prestar cuidados especializados dentro da respetiva área de especialidade (OE, 2019).

A atribuição deste título implica, para além da verificação das competências específicas previstas em cada Regulamento da respetiva especialidade, a demonstração de um conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados (OE, Regulamento n.º 140/2019). Assim, o corpo regulamentar procura não só certificar a prática profissional, como também clarificar perante os cidadãos o que esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

Neste sentido, destacam-se dois documentos orientadores: o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, que revogou o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro) e o Regulamento de Competências Específicas do EEECESF (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho). Com base nestes referenciais, os subcapítulos seguintes descrevem as competências comuns e específicas do EEECESF, bem como as atividades realizadas durante a componente clínica deste estágio de natureza profissional.

No que respeita às competências específicas, salientam-se sobretudo: Cuidar a família enquanto unidade de cuidados, considerando cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção, e Liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da ESF (OE, Regulamento n.º 428/2018). Deste modo, assentes nos regulamentos da OE, as atividades desenvolvidas no decorrer deste ensino clínico serão apresentadas como contributos para a consolidação das competências do EEECESF, tanto na prestação de cuidados especializados à família, como no exercício de liderança e de colaboração nos processos de intervenção em saúde comunitária.

Benner e colaboradores (2009) caracterizam o enfermeiro especialista como um profissional dotado de profundo conhecimento e vasta experiência clínica, capaz de exercer um julgamento rápido, intuitivo e fundamentado, permitindo-lhe identificar, de forma precisa, as necessidades

do indivíduo e da família e, assim, prestar cuidados verdadeiramente holísticos. A autora descreve a evolução do desempenho profissional através de um percurso progressivo que compreende os estádios de iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e, por fim, perito. Este último representa o culminar de um processo de desenvolvimento sustentado na integração entre o saber teórico e a prática experiencial.

O conhecimento clínico do enfermeiro especialista transcende a formação académica, sendo continuamente enriquecido pela experiência prática e pela reflexão crítica sobre o desempenho profissional. O saber adquirido no contexto da prática é, assim, reconhecido como elemento central na construção da competência e na consolidação da expertise. O alcance da perícia requer envolvimento ativo em situações clínicas complexas, pensamento crítico e capacidade reflexiva permanente (Benner, 2005; Benner et al., 2009)

Neste sentido, a integração entre o conhecimento empírico obtido na prática e o conhecimento formal, sustentado nas diretrizes e recomendações dos Programas Nacionais de Saúde, bem como na evidência científica atual, constitui a base para o desenvolvimento de uma prática especializada e fundamentada. Este processo é dinâmico e evolutivo, sendo continuamente moldado pelos referenciais normativos e éticos da profissão, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela OE, que orientam e sustentam a conceção de cuidados de excelência.

A transição do contexto hospitalar, onde habitualmente a família é vista como pano de fundo do indivíduo, para um contexto de cuidados primários centrado na família enquanto unidade de cuidados, representou um desafio particularmente enriquecedor. Esta mudança exigiu o aperfeiçoamento da capacidade de avaliação e intervenção holística, promovendo uma visão integrada das necessidades complexas e interdependentes das famílias e de cada um dos seus membros.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns correspondem ao conjunto de capacidades partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da respetiva área de especialidade. Estas competências evidenciam-se pela aptidão para conceber, gerir e supervisionar cuidados, bem como pelo contributo para o exercício profissional especializado através da assessoria, formação e investigação (OE, 2019).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, estas competências abrangem dimensões como a educação dos clientes e dos pares, a orientação e o aconselhamento, a liderança e a responsabilidade de promover, difundir e aplicar investigação relevante que sustente a evolução e melhoria contínua da prática de enfermagem (OE, 2019). Estruturam-se em quatro domínios fundamentais: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade;

Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Assim, as competências comuns devem ser constantemente demonstradas através da capacidade de integrar conhecimentos, atitudes e práticas, garantindo não só a qualidade e a segurança dos cuidados, mas também o avanço científico e pedagógico da profissão de enfermagem.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Ao longo do estágio, a prática profissional desenvolvida foi sustentada pelos princípios éticos, legais e deontológicos que orientam a profissão de enfermagem, em conformidade com o REPE e com o Código Deontológico da OE. Todas as intervenções tiveram como eixo central a salvaguarda da dignidade humana, dos direitos fundamentais e da autonomia das famílias, assegurando a sua segurança, privacidade, confidencialidade e o respeito pelos valores, crenças e especificidades culturais (OE, Regulamento n.º 140/2019).

A preparação rigorosa do ambiente das consultas foi um aspeto transversal, contemplando tanto a adequação dos recursos físicos como a garantia de privacidade e confidencialidade da informação partilhada. A prestação de cuidados foi realizada em estreita colaboração com as famílias, privilegiando a sua participação ativa, a adaptação às suas necessidades particulares e o respeito pelos seus sistemas de valores.

A segurança dos dados clínicos constituiu igualmente uma prioridade, com a utilização responsável dos sistemas de informação em saúde (SCLínico® e E-Vacinas), garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados. Paralelamente, na elaboração deste relatório, foi assegurado o anonimato dos elementos das famílias, por meio da ocultação de nomes e da utilização de códigos que inviabilizam a sua identificação.

Em todo o processo, a competência profissional foi orientada pelos princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, os quais se refletiram na tomada de decisões, na construção de uma prática colaborativa e no reforço da confiança mútua entre enfermeiro e família. Este compromisso ético permitiu não apenas a prestação de cuidados de qualidade, mas também a criação de um ambiente de respeito, segurança e confiança, indispensável ao exercício especializado em enfermagem comunitária.

Domínio melhoria contínua da qualidade

Durante o estágio, foi desenvolvida uma prática de enfermagem fundamentada na evidência científica e alinhada com as normas e orientações clínicas vigentes, assegurando a qualidade, a segurança e a eficiência dos cuidados prestados. Esta prática implicou a mobilização de conhecimentos teóricos e técnicos, acompanhada de uma avaliação sistemática e reflexão crítica contínua, o que permitiu identificar pontos fortes, necessidades de ajustamento e oportunidades de melhoria. Neste processo, a importância da avaliação dos cuidados à luz dos resultados foi evidente, assumindo-se a eventual revisão de práticas e a implementação de

programas de melhoria contínua como elementos fundamentais para garantir a eficácia e a equidade dos cuidados (Marques, 2018).

A criação de um ambiente seguro e terapêutico foi também central, permitindo prestar cuidados equitativos, no momento oportuno, de acordo com as necessidades e expectativas das famílias e dos seus membros, reforçando a igualdade no acesso à saúde.

No conjunto das atividades desenvolvidas neste domínio, destaco a atualização do anexo ao regulamento interno da USF (Anexo A). Realizei igualmente uma auditoria aos registos efetuados nas consultas de enfermagem a famílias com membros portadores de doenças crónicas, nomeadamente diabetes, em conformidade com os parâmetros estabelecidos pela equipa da USF, bem como aos consentimentos informados, com particular atenção ao referente à colocação do dispositivo intrauterino.

A formação contínua é um processo de aprendizagem ao longo da vida, considerado tanto um dever quanto uma responsabilidade profissional. Esse processo visa aprofundar o conhecimento adquirido durante a formação inicial e adquirir novas competências, permitindo a adaptação aos constantes avanços tecnológicos e científicos (Dewing & Dijk, 2016; Vázquez-Calatayud et al., 2021). O seu principal objetivo é promover uma melhoria contínua na qualidade da prestação de cuidados.

A reflexão sobre a prática originou ainda a conceção e dinamização de uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem, focalizada no fortalecimento das competências relacionadas com os cuidados antecipatórios prestados às famílias em processo de transição ao longo do CVF. Esta experiência permitiu não apenas aprofundar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre os cuidados antecipatórios às famílias em transição ao longo do ciclo vital, mas também evidenciar desafios na aplicação prática destes conceitos no contexto clínico. Reforçou-se, assim, a relevância da integração da investigação na prática assistencial, potenciando intervenções mais adequadas e ajustadas às necessidades das famílias. O reconhecimento da importância da formação contínua pela equipa constituiu-se como um elemento estratégico para a melhoria da qualidade dos cuidados na USF, evidenciando o contributo desta abordagem para a prática profissional e para a promoção da saúde familiar.

Domínio gestão dos cuidados

A avaliação e intervenção nas famílias foram devidamente registadas no sistema de informação SClínico®, no “Processo Familiar” do “Programa de Saúde da Família”. Durante o processo de documentação, identificou-se a necessidade de acrescentar a parametrização das intervenções associadas às atividades diagnósticas de ESF. Essa parametrização permitirá uma maior visibilidade dos cuidados prestados, bem como a obtenção de mais indicadores e respetivos ganhos em saúde, especialmente os sensíveis aos cuidados de ESF.

O desenvolvimento profissional promove um aumento do conhecimento, a reconstrução de

competências, a motivação e a satisfação no trabalho, contribuindo também para o prestígio dos enfermeiros e da instituição de saúde, ao demonstrar a capacidade de enfrentar, eficazmente, novos desafios profissionais (Dias, 2004; Queirós & Fernandes, 2021). Esse processo exige uma atitude proativa, essencial para a valorização profissional, aliada a uma postura reflexiva. Refletir sobre a prática é fundamental para identificar necessidades de formação contínua, indispensáveis ao desenvolvimento não apenas individual, mas também de toda a equipa (Ferreira, 2015).

Como referido no domínio anterior, foi dinamizada uma formação em serviço. A etapa inicial consistiu na identificação das necessidades formativas da equipa, constituindo-se como um elemento essencial para a elaboração de um plano formativo adequado, eficaz e eficiente. Este processo revelou-se determinante, uma vez que permite alinhar os conteúdos formativos com as reais exigências da prática clínica, potenciando simultaneamente o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e o progresso organizacional (Correia, 2020).

Neste contexto, procedeu-se à discussão com a equipa de enfermagem e, em consenso, definiu-se como temática prioritária as Transições familiares ao longo do CVF de Relvas. Após a seleção do tema, elaborou-se o plano formativo (Anexo B) e a respetiva folha de presenças (Anexo C), formalizando assim a estrutura da ação de formação.

No dia 4 de abril de 2025, foi implementado o plano estabelecido, com a realização de uma ação de formação, intitulada por: “Cuidados antecipatórios às famílias a vivenciar transições familiares ao longo do ciclo vital” (Anexo D). A sessão contou com a participação da totalidade da equipa de enfermagem, composta por cinco enfermeiros. Durante a execução da ação de formação, devem ser considerados diversos fatores essenciais para o seu sucesso, como a adequação dos conteúdos programáticos às necessidades dos formandos, a qualidade dos materiais didáticos, e a competência do formador, especialmente no que se refere às características fundamentais para o êxito da formação (Gomes et al., 2008).

Na semana anterior à realização da ação de formação, entre os dias 24 e 28 de março, foi disponibilizado em formato digital, através do Google Forms, um questionário de avaliação dirigido aos cinco enfermeiros da equipa (Anexo E). O objetivo deste instrumento foi identificar o nível de conhecimentos prévios relativamente aos conteúdos programáticos da formação. Verificou-se uma elevada taxa de participação, uma vez que apenas um enfermeiro não respondeu ao questionário, o que permitiu obter contributos relevantes da maioria da equipa.

Após a análise dos resultados podemos concluir que, relativamente às questões objetivas do questionário, verificou-se uma variabilidade no nível de conhecimento dos participantes. Na primeira questão, apenas um participante respondeu corretamente, enquanto na segunda e terceira questões três participantes acertaram. Na quarta questão, dois participantes obtiveram a resposta correta, e na quinta três participantes acertaram novamente. Estes resultados sugerem uma compreensão parcial dos conteúdos teóricos abordados, evidenciando áreas onde

a aprendizagem pode ser reforçada.

No que se refere à sexta questão, que procurava identificar os cuidados antecipatórios promovidos aos familiares na fase do ciclo vital correspondente a famílias com filhos adultos, as respostas demonstraram diversidade e reflexão crítica por parte dos participantes. Entre as respostas registadas, destacaram-se orientações como: promoção da saída dos filhos de casa e redefinição do reencontro do casal; cuidados preventivos relacionados com educação para a saúde, avaliação de hábitos, vacinação e consulta de planeamento familiar; foco na atenção ao casal e nas relações sociais, dedicando mais tempo de qualidade a si próprios e mantendo proximidade com os filhos; e antecipação da saída dos filhos, preparando estratégias para lidar com o ninho vazio e a adaptação a esta nova etapa familiar. Estas respostas evidenciam a capacidade dos enfermeiros de aplicar os conceitos de cuidados antecipatórios à prática, considerando múltiplas dimensões da dinâmica familiar.

Relativamente à sétima questão, que solicitava um comentário sobre a afirmação de que a promoção de cuidados antecipatórios às famílias é fundamental para uma adaptação saudável às transições do CVF, os participantes demonstraram concordância generalizada, destacando a importância da prevenção de crises familiares e da segurança proporcionada por estes cuidados ao longo da vida. Contudo, foi também mencionado um desafio pragmático: a limitação de recursos e o número elevado de famílias atendidas impede, muitas vezes, a implementação completa destes cuidados, sendo possível intervir apenas em momentos específicos, como no nascimento do primeiro filho, na adolescência dos filhos ou quando existe um familiar dependente ao encargo da família.

Em síntese, os resultados refletem uma percepção positiva sobre a relevância dos cuidados antecipatórios e uma capacidade de aplicação teórica, mas também evidenciam lacunas no conhecimento e limitações práticas. Portanto, será pertinente reavaliar os conhecimentos após a ação de formação, de modo a verificar a evolução da aprendizagem e a consolidação dos conteúdos.

A avaliação da formação representa a etapa final do processo formativo e tem como objetivo analisar se os objetivos estipulados foram alcançados. É considerada uma das etapas mais importantes da formação, pois permite identificar os pontos fortes e fracos, bem como avaliar o impacto na melhoria das competências dos formandos (Correia, 2020). Para verificar a existência de uma aprendizagem efetiva e a sua posterior aplicação no contexto de trabalho, é fundamental que o processo avaliativo seja iniciado antes da realização da formação e não apenas ao seu término (Baraças, 2017).

O modelo mais utilizado, atualmente, para a abordagem da avaliação da formação é o Modelo Multinível de Kirkpatrick, originalmente produzido em 1959, e consolidado em 1994, e é constituído por quatro níveis de avaliação distintos (Noe, 2010).

O nível 1 é caracterizado pela “reação”, ou seja, trata-se de medir o grau de satisfação dos formandos em relação ao processo formativo. No final da formação, foi solicitado a todos os participantes o preenchimento de um questionário de satisfação (Anexo F), disponibilizado através da aplicação Google Forms. O mesmo é constituído por sete questões de escolha múltipla com quatro opções de resposta: “Muito Bom”, “Bom”, “Suficiente” e “Insuficiente” e duas questões abertas.

O questionário aplicado incluiu dimensões relacionadas com a relevância do conteúdo programático, a duração da ação, o cumprimento do horário, os materiais disponibilizados, o domínio do tema, a promoção de interação e envolvimento dos participantes, bem como a avaliação global da formação. Apenas quatro dos cinco enfermeiros responderam ao questionário.

Relativamente ao interesse e relevância do conteúdo programático na prática profissional, 50% dos participantes classificaram como “Muito Bom” e os restantes 50% como “Bom”. No que se refere à duração da ação formativa, todos os participantes (100%) atribuíram a classificação de “Bom”. Quanto ao cumprimento do horário, observou-se uma distribuição semelhante à do conteúdo programático: 50% “Muito Bom” e 50% “Bom”. Em relação aos materiais disponibilizados, 25% dos participantes consideraram “Muito Bom” e 75% “Bom”. O domínio do tema por parte do formador foi avaliado em 50% como “Muito Bom” e em 50% como “Bom”. Já na promoção da interação e envolvimento dos participantes, 25% atribuíram a classificação “Suficiente” e 75% “Bom”. Por fim, na avaliação global da formação, verificou-se novamente um equilíbrio: 50% “Muito Bom” e 50% “Bom”.

No que respeita às questões abertas, quanto aos temas a abordar numa próxima formação em serviço, dois participantes não responderam, um sugeriu “estratégias práticas de apoio à adaptação às transições” e outro mencionou “exemplos práticos de como trabalhar as famílias na dinâmica da USF”. Relativamente às sugestões de melhoria, todos os participantes referiram não ter nada a acrescentar.

De forma geral, a reação à formação foi positiva, evidenciando satisfação dos participantes com a temática, a organização e a pertinência para a prática clínica, ainda que se identifique margem de progressão na promoção da interação e envolvimento ativo dos participantes. Deste modo, após analisar as reações dos formandos, torna-se necessário proceder à avaliação objetiva da aprendizagem efetivamente adquirida (Kirkpatrick, 1979).

O nível 2 corresponde à avaliação dos conhecimentos dos participantes, sendo conhecido como o nível da aprendizagem. Nesta etapa, são avaliados o conhecimento adquirido, as capacidades, as atitudes e os comportamentos dos formandos (Gunderman & Chan, 2015).

Geralmente, utilizam-se dois instrumentos de avaliação para medir a aprendizagem: um pré-teste, aplicado antes da formação, e um pós-teste, realizado após a sua conclusão, garantindo

assim que a aprendizagem foi adquirida durante o processo formativo (Duke, 2017). O questionário pós formação, igual ao pré-teste, foi disponibilizado imediatamente após o término da sessão. No entanto, apenas três participantes procederam ao seu preenchimento.

Após a análise dos resultados podemos concluir que, relativamente às questões objetivas do questionário, verificou-se uma heterogeneidade no nível de conhecimento dos participantes. Na primeira, segunda e terceira questões, todos os três participantes responderam corretamente. Já na quarta questão apenas um participante acertou, enquanto na quinta dois obtiveram a resposta correta. Estes resultados sugerem que, embora exista domínio de alguns conteúdos teóricos, permanecem áreas em que a aprendizagem necessita de ser consolidada.

No que se refere à sexta questão, que procurava identificar os cuidados antecipatórios promovidos à família na fase do ciclo vital correspondente a famílias com filhos adultos, as respostas revelaram diversidade e pensamento crítico. Entre as orientações apresentadas, destacaram-se: antecipar a saída de casa dos filhos, renegociar a relação do casal e preparar estratégias para o envelhecimento; promover a flexibilidade de limites e incentivar a autonomia e individualidade dos filhos adultos, bem como implementar cuidados antecipatórios para prevenção da doença e manutenção da saúde, incluindo ensinamentos sobre hábitos de vida saudáveis e avaliação de hábitos nocivos. Estas respostas refletem a capacidade dos enfermeiros de relacionar os conceitos teóricos com a prática clínica, reconhecendo múltiplas dimensões da dinâmica familiar.

Relativamente à sétima questão, que solicitava um comentário sobre a afirmação de que a promoção de cuidados antecipatórios às famílias é fundamental para garantir uma adaptação saudável às transições do ciclo vital, verificou-se uma concordância generalizada. Os participantes destacaram o papel primordial do enfermeiro como facilitador neste processo, a importância da antecipação das transições para que sejam vividas de forma mais tranquila e saudável, e a relevância dos cuidados antecipatórios para incutir segurança às famílias e favorecer a sua adaptação às mudanças ao longo da vida.

Após a análise comparativa dos resultados do pré e pós-teste, observa-se uma evolução positiva no desempenho dos participantes relativamente às questões objetivas. Na primeira avaliação, apenas um participante respondeu corretamente à primeira questão, enquanto na segunda todos os três participantes acertaram. O mesmo ocorreu na segunda e terceira questões, onde inicialmente apenas três participantes responderam corretamente e, no pós-teste, todos acertaram, evidenciando uma consolidação dos conhecimentos adquiridos. Na quarta questão, os resultados mantiveram-se estáveis, com baixo número de respostas corretas (dois participantes no pré-teste e apenas um no pós-teste), o que sugere maior dificuldade de compreensão deste conteúdo específico. Já na quinta questão, verificou-se ligeira diminuição de acertos (três antes da formação e dois após), indicando necessidade de reforço no aprofundamento deste tema.

No que se refere à sexta questão, que explorava os cuidados antecipatórios a famílias com filhos adultos, em ambas as avaliações foi possível identificar respostas diversificadas e fundamentadas, refletindo a capacidade crítica e a aplicação prática dos conceitos. No entanto, na segunda avaliação, as respostas mostraram maior objetividade e clareza, com enfoque em estratégias concretas, como a promoção da autonomia dos filhos adultos, a preparação para o envelhecimento e a adoção de hábitos de vida saudáveis, o que sugere um amadurecimento na reflexão profissional após a formação.

Relativamente à sétima questão, nas duas avaliações verificou-se concordância generalizada quanto à importância dos cuidados antecipatórios para uma adaptação saudável às transições do CVF. Contudo, no pós-teste, as respostas destacaram de forma mais clara o papel do enfermeiro como facilitador deste processo, bem como a relevância de antecipar as mudanças para favorecer uma vivência mais tranquila e segura das famílias, traduzindo uma maior apropriação do papel do enfermeiro especialista em ESF.

Em síntese, a comparação dos resultados evidencia que a ação de formação contribuiu para melhorar o desempenho em várias questões objetivas e para aprofundar a reflexão crítica sobre os cuidados antecipatórios. Apesar disso, persistem lacunas em alguns conteúdos específicos, o que reforça a importância de reavaliar os conhecimentos em momentos posteriores e de promover formações complementares para consolidar aprendizagens.

O nível 3 tem como objetivo avaliar em que medida os conhecimentos e competências adquiridos durante a ação de formação são efetivamente aplicados no contexto de trabalho. Para esta avaliação, podem ser utilizados diversos instrumentos, como questionários, entrevistas e observação do desempenho, entre outros (Endres & Kleiner, 1990). Dada a limitação de tempo disponível e considerando a necessidade de otimizar os recursos, optou-se por reaplicar o questionário previamente utilizado como método de avaliação.

Após a análise dos resultados verificou-se um desempenho bastante satisfatório por parte dos participantes. Importa salientar que, neste questionário, responderam os cinco enfermeiros da equipa, o que reforça a fiabilidade e representatividade dos resultados obtidos.

Na primeira, segunda, terceira e quinta questões, todos os participantes responderam corretamente. Já na quarta questão, quatro participantes obtiveram a resposta certa. Estes resultados demonstram um domínio alargado dos conteúdos teóricos abordados, revelando uma consolidação efetiva da aprendizagem.

No que respeita à sexta questão, que procurava identificar os cuidados antecipatórios dirigidos a famílias na fase do ciclo vital com filhos adultos, destacaram-se: a criação de tempo de qualidade para o casal e para cada um dos cônjuges individualmente, mantendo simultaneamente uma relação próxima com os filhos adultos, a promoção da emancipação dos filhos adultos, garantindo-lhes a possibilidade de regressar a casa sempre que necessário, o

reencontro do casal enquanto díade; a facilitação da saída dos filhos de casa, acompanhada da renegociação da relação conjugal e da aprendizagem para lidar com o envelhecimento e a valorização da flexibilidade de limites.

Relativamente à sétima questão, as respostas foram unânimes em reconhecer o papel essencial do enfermeiro neste processo. Os participantes destacaram que a promoção de transições saudáveis é fundamental para que os elementos da família se adaptem às diferentes fases da vida, prevenindo situações de crise. Foi igualmente salientado o papel do enfermeiro de família como elemento facilitador, responsável por promover cuidados antecipatórios que assegurem o bem-estar familiar e fortaleçam a resiliência ao longo do ciclo vital. As respostas reforçam ainda a necessidade de que os enfermeiros estejam preparados para apoiar as famílias na vivência das suas transições, promovendo adaptação saudável e continuidade de cuidados.

Em síntese, os resultados refletem um elevado nível de conhecimento teórico, uma maior clareza na aplicação prática dos conceitos e uma forte valorização do papel do enfermeiro de família na promoção de cuidados antecipatórios. Estes dados sugerem que a formação contribuiu para a consolidação das aprendizagens e para o fortalecimento da prática profissional orientada às necessidades das famílias.

O nível 4 constitui a etapa mais desafiante do processo avaliativo, uma vez que procura determinar os resultados efetivos da ação de formação em função das metas e dos objetivos organizacionais. Contudo, os indicadores atualmente contemplados na matriz dos CSP não refletem de forma adequada os cuidados prestados no âmbito da saúde familiar, à luz da teoria das transições e associadas ao ciclo vital da família, nem os respetivos ganhos decorrentes. Por este motivo, não foi possível proceder à avaliação deste nível.

A iniciativa constituiu uma oportunidade para demonstrar competências de liderança, comunicação e assessoria, contribuindo para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, em particular no âmbito da formação e da disseminação do conhecimento científico.

Em conclusão, a aplicação do Modelo Multinível de Kirkpatrick permitiu avaliar a formação de forma sistemática e abrangente, evidenciando não só a satisfação dos participantes, mas também a aquisição e consolidação de conhecimentos, bem como a sua transferência para a prática clínica. Embora a avaliação do nível 4 não tenha sido possível devido à inexistência de indicadores ajustados à saúde familiar, os resultados obtidos demonstram o impacto positivo da formação na melhoria da prática profissional e reforçam a pertinência da utilização deste modelo como instrumento de apoio à tomada de decisão e à promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Ao longo deste percurso considero ter desenvolvido de forma significativa o autoconhecimento,

a assertividade e a capacidade de análise crítica e reflexiva. A prestação de cuidados em contexto de estágio configurou-se como um espaço privilegiado de crescimento pessoal e profissional, potenciando a consolidação de competências comunicacionais, relacionais e técnico científicas indispensáveis à prática especializada em ESF.

O meu desempenho foi alicerçada na evidência científica e sustentada nos conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, o que possibilitou uma prática fundamentada, ética e responsiva às necessidades das famílias. A prática baseada na evidência implica o uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências disponíveis para a tomada de decisão clínica. Nesse sentido, a incorporação de referenciais teóricos, como a Teoria das Transições de Meleis, o Modelo do CBF, MDAIF e Teoria Geral dos Sistemas, permitiu uma abordagem holística e centrada na família, valorizando os seus recursos internos, promovendo a capacitação para o autocuidado e apoiando a adaptação aos diferentes processos de transição.

Este percurso formativo contribuiu, igualmente, para o desenvolvimento de competências de adaptação à complexidade dos contextos familiares e de tomada de decisão clínica ajustada às realidades específicas. A reflexão sistemática sobre a prática, em articulação com os referenciais teóricos, potenciou a construção de um pensamento crítico, que reconheço como essencial à autonomia e responsabilidade do enfermeiro especialista.

Participei no VI Congresso Internacional de ESF, realizado em formato presencial nos dias 29, 30 e 31 de maio de 2025, na Escola Superior de Saúde de Santa Maria (Anexo G) e nos Workshops "Conversas com família: o foco no comportamento do enfermeiro" (Anexo H) e "Famílias no final do ciclo vital" (Anexo I). Neste contexto, fui coautora de dois pósteres intitulados: "A Transição para a Parentalidade: Protocolo de Estudo Comparativo da Perspectiva do Enfermeiro de Família e das Famílias" (Anexo J) e "Necessidades da Família na Vivência da Primeira Transição para a Parentalidade: Estudo de Caso" (Anexo K). Esta participação constituiu um marco relevante no meu percurso formativo, ao proporcionar um espaço de aprofundamento científico e de valorização da prática especializada em enfermagem de saúde familiar. A elaboração e apresentação dos pósteres representou não apenas o exercício de disseminação do conhecimento, mas também uma oportunidade de desenvolver competências de trabalho colaborativo. O envolvimento nos workshops possibilitou ainda a aquisição de novas perspectivas sobre a intervenção junto das famílias em diferentes fases do ciclo vital, promovendo uma maior sensibilidade para a complexidade das dinâmicas familiares. Em conjunto, estas experiências contribuíram para o fortalecimento da minha identidade profissional, incentivando uma prática crítica, fundamentada e orientada para a qualidade dos cuidados prestados.

Quero ainda salientar que, paralelamente ao ensino clínico, estou a desenvolver um trabalho de investigação intitulado "A Transição para a Parentalidade: Estudo Comparativo da Perspectiva do Enfermeiro de Família e das Famílias". O projeto já percorreu diversas fases, incluindo a

definição do problema e formulação da questão de investigação, com identificação clara do tema a estudar, elaboração de perguntas específicas e estabelecimento dos objetivos gerais e específicos. Seguiu-se a revisão da literatura, com análise crítica de estudos e teorias existentes e identificação de lacunas que justificam a investigação.

Na fase de planeamento metodológico, foram definidos o tipo de estudo, a população e a amostra, bem como os instrumentos de recolha de dados, culminando na elaboração do protocolo de investigação. A recolha de dados foi realizada de forma ética e confidencial, tendo sido previamente submetida à Comissão de Ética da ULS, com parecer favorável. Posteriormente, procedeu-se à análise e interpretação dos dados, seguida da discussão e elaboração de conclusões. Atualmente, encontramos-nos na fase de divulgação dos resultados, com o artigo científico a submeter para publicação em revista.

Em síntese, considero que este estágio constituiu uma etapa determinante para a consolidação das minhas aprendizagens profissionais, preparando-me para um exercício autónomo, competente e eticamente responsável, capaz de responder de forma qualificada às necessidades emergentes das famílias ao longo do CVF.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEECESF

As competências específicas referem-se ao conjunto de capacidades resultantes das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, no contexto próprio de cada especialidade, evidenciando-se na prestação de cuidados ajustados às necessidades das pessoas (OE, 2019). No caso do EEECESF, as competências específicas estão descritas no Regulamento n.º 428/2018 e consistem em Cuidar a família enquanto unidade de cuidados, bem como cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e em todos os níveis de prevenção e; Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF.

Neste contexto, o EEECESF deve ser capaz de estabelecer uma relação terapêutica com a família que favoreça o seu funcionamento e a sua capacitação ao longo do CVF, promovendo a saúde e prevenindo a doença. Para tal, a colheita sistemática de dados relevantes, a intervenção familiar direcionada às necessidades específicas e ajustada às transições vivenciadas, bem como a monitorização das respostas da família enquanto sistema e de cada um dos seus membros, constituem elementos centrais na prestação de cuidados. Esta atuação deve estar sustentada na evidência científica mais atual, assegurando a qualidade, a pertinência e a continuidade dos cuidados prestados em saúde familiar.

Competência 1: Cuidar a família, considerando a mesma enquanto unidade de cuidados bem como dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção

Considerar a família como unidade de cuidados, tal como preconizado nas competências do EEECESF, revelou-se um desafio exigente, mas profundamente enriquecedor, na medida em que

implicou ir além da abordagem centrada no indivíduo, ampliando o olhar para abranger a complexidade das dinâmicas, das relações e das interações que caracterizam o funcionamento familiar.

Na chegada de um RN, torna-se fundamental considerar não apenas as necessidades individuais, mas também as transformações que ocorrem em todo o sistema familiar. Cada membro e subsistema é convocado a reajustar-se às novas tarefas de desenvolvimento inerentes a esta fase, o que gera repercussões na dinâmica familiar como um todo. Assim, é essencial antecipar cuidados, preparando e acompanhando o processo de adaptação, bem como promover a capacidade de autorregulação da família, avaliando a existência de necessidades que justifiquem uma intervenção especializada. Em muitos casos, essa autorregulação emerge de forma espontânea, cabendo ao enfermeiro assumir um papel predominantemente facilitador e de promoção das competências parentais, mais do que de intervenção direta no processo familiar.

Cuidar da família de forma holística exige a capacidade de equilibrar a atenção entre os membros individuais, reconhecendo suas necessidades, características e singularidades, ao mesmo tempo em que se mantém o foco na coesão e no funcionamento do sistema familiar como um todo. Em outras palavras, trata-se de promover o processo de integração de um novo membro na família. Esse equilíbrio requer sensibilidade para compreender as complexidades das relações familiares, considerando a interdependência entre seus membros.

A oportunidade de realizar visitas domiciliares, avaliar as condições do espaço residencial e participar de reuniões familiares mostra-se fundamental para o desenvolvimento desta competência. Integrar esses elementos ao contexto comunitário em que a família está inserida, junto ao conhecimento dos recursos disponíveis para apoiar tanto os indivíduos quanto ao sistema familiar, é essencial para uma atuação integrada e colaborativa. Essa abordagem permite adaptar e individualizar os cuidados, garantindo que eles sejam significativos e relevantes para todos os envolvidos.

Todas as entrevistas foram conduzidas com base nos três princípios fundamentais da entrevista familiar sistêmica: hipotetização, circularidade e neutralidade. Esses princípios são inter-relacionados e favorecem tanto mudanças no contexto familiar quanto a aceitação da necessidade de mudança. Os objetivos da entrevista concentram-se na valorização das forças da família, promovendo a sua autonomia e desenvolvimento (Figueiredo, 2023).

A hipotetização consiste na formulação de suposições que servem de base ao raciocínio clínico, sem que seja necessária a confirmação prévia de sua veracidade. A circularidade refere-se à condução da entrevista a partir da retroação da família, ou seja, considerando as respostas fornecidas pelos membros em relação a relações, diferenças e mudanças no sistema familiar. Já a neutralidade é entendida como um efeito pragmático que emerge no sistema coconstruído entre o enfermeiro e a família. Nesse processo, o profissional direciona as suas perguntas a

todos os membros, criando um espaço equitativo para que cada um expresse a sua opinião sobre as informações que se pretende explorar (Figueiredo, 2023).

Ao longo das entrevistas familiares, a imersão na intervenção familiar sistémica, em resposta ao diagnóstico do potencial de cada família para aprimorar determinados aspetos, como conhecimentos, significados ou comportamentos, enriquecida por estratégias específicas, como reuniões e análises conjuntas, bem como atividades concretas de intervenção, como o ritual terapêutico e o reenquadramento, revelou-se uma jornada desafiante no âmbito da prestação de cuidados.

Por exemplo, no caso da família A, ao recorrer ao reenquadramento, foi possível ajudar A1 a compreender que é natural não conseguir dedicar tanto tempo às sobrinhas desde o nascimento da filha, reconhecendo que a frequência do contacto pode variar sem que isso constitua uma falha pessoal. O ritual terapêutico mostrou-se particularmente relevante: na família A, promoveu o hábito de todos se deitarem juntos diariamente, fortalecendo os vínculos e a estabilidade emocional do núcleo familiar.

Na família B, incentivou-se a retoma das caminhadas em conjunto, promovendo o bem-estar comum e, consequentemente, o bem-estar futuro da filha. Essa prática teve como objetivo fortalecer os vínculos afetivos, promover a estabilidade emocional do núcleo familiar e favorecer o equilíbrio emocional de cada membro, por meio do prazer proporcionado pela partilha de atividades em conjunto. Após o nascimento da B3, o casal enfrentou desafios significativos relacionados com a amamentação. No entanto, através da aplicação das técnicas de intervenção interacionais, reenquadramento e conotação positiva, foi possível ressignificar a experiência da amamentação, transformando perceções de dificuldade em oportunidades de cuidado eficaz. Este processo contribuiu para restabelecer a confiança, reduzir a ansiedade e promover a harmonia familiar, fortalecendo a relação entre os pais e o bem-estar emocional de todos os membros da família.

Todas essas intervenções, não tiveram como objetivo apenas moldar a visão da família, mas também construir uma base mais resiliente, capaz de enfrentar desafios futuros de maneira colaborativa.

As técnicas específicas anteriormente mencionadas, fundamentadas na intervenção familiar sistémica, revelaram-se instrumentos valiosos para a promoção da saúde familiar. Permitiram-me compreender as interações e influências mútuas dentro da família, destacando a interdependência entre os seus membros.

Ao refletir sobre a forma como essas abordagens contribuíram para o desenvolvimento das competências do EEECESF, percebo que, embora desafiador, é possível construir uma prática mais sensível, adaptada e simultaneamente centrada na pessoa e na família. Tornou-se também essencial desenvolver competências para estabelecer uma relação terapêutica baseada na

empatia, colaboração e apoio, aliadas à educação e promoção da saúde, facilitando transições saudáveis, como a da parentalidade.

Ao prestar cuidados à família e aos seus membros, foi fundamental reconhecer a diversidade de modelos e teorias que orientam o pensamento sistémico. A integração desses diferentes referenciais torna-se essencial, dada a complexidade, instabilidade, diversidade e multidimensionalidade inerentes à família.

Revelou-se igualmente importante refletir sobre as ferramentas utilizadas durante o acompanhamento familiar. Instrumentos de colheita de dados, como o genograma, o ecomapa, a Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado) e a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, mostraram-se particularmente úteis, permitindo visualizar e sintetizar informações relevantes sobre a estrutura familiar e o seu contexto socioecológico. Embora a concepção de cuidados possa ser eficaz mesmo sem estas ferramentas, elas oferecem uma representação detalhada que facilita a identificação das necessidades específicas de cada indivíduo e da família como um todo.

A utilização da classificação das etapas do CVF (2004) foi adotada como um recurso para facilitar a compreensão estruturada das diferentes fases e tarefas associadas à transição das famílias para a parentalidade, permitindo adequar os cuidados e o apoio às necessidades específicas de cada etapa. Nesse contexto, tornou-se essencial perceber que, ao longo do acompanhamento, a família deixa de ser composta apenas pelo casal, passando a incluir um novo membro, com todos os desafios, responsabilidades e mudanças de papéis e dinâmicas que essa transição acarreta. Contudo, é importante reconhecer que essa classificação apresenta limites: pode ser considerada relativamente estática e pouco abrangente face à diversidade de famílias presentes na sociedade contemporânea.

Compreendo que o impacto do meu trabalho transcende o meu desempenho individual. Ao reconhecer as características e dinâmicas familiares, os ganhos em saúde não dependem exclusivamente da minha intervenção, pois existem diversos fatores condicionantes, como a adesão dos indivíduos aos cuidados, a autonomia na gestão da própria saúde e os determinantes sociais da saúde. Ainda assim, nas famílias que acompanhei, foi possível observar resultados concretos, conforme evidenciado ao longo das sínteses dos casos apresentados.

Dessa forma, considero que consegui desenvolver esta competência de forma sólida. Essa abordagem distingue-se significativamente do meu contexto profissional hospitalar, no qual a família é geralmente percebida apenas como suporte do indivíduo, o verdadeiro “cliente”, e o envolvimento familiar ocorre, na maior parte das vezes, através de um cuidador específico.

Competência 2: Liderança e colaboração nos processos de intervenção no âmbito da ESF

No que respeita a esta competência, o Regulamento de Competências Específicas do EEECESF (OE, 2018) enfatiza a necessidade de articulação com outras equipas de saúde, promovendo a colaboração interdisciplinar, a referenciação e a orientação da família, de modo a garantir a qualidade e o acesso aos diferentes serviços disponíveis, assegurando simultaneamente a continuidade de cuidados. Prevê ainda que o EEECESF planeie, desenvolva e avalie programas de saúde direcionados à família, incentive a promoção de uma cultura organizacional de formação, prática e investigação interprofissionais e utilize as tecnologias e sistemas de informação para otimizar resultados e dar visibilidade ao conhecimento produzido na área da ESF.

Esta competência foi desenvolvida na prática através de uma abordagem integrada e colaborativa com as famílias, sustentada nos referenciais teóricos e no quadro conceptual da ESF. Esta abordagem considerou as especificidades, valores, propósitos e objetivos de cada família, promovendo o reconhecimento das suas forças e recursos, bem como uma visão sistémica dos cuidados prestados. As intervenções foram planeadas de forma a respeitar a flexibilidade e a capacidade de auto-organização da família, incentivando a sua participação ativa no próprio cuidado. A identificação conjunta de estratégias, centradas na autonomia e na capacidade adaptativa da unidade familiar, implicou uma tomada de decisão partilhada e o desenvolvimento de planos de cuidados personalizados. Este processo reconheceu a natureza interdependente do sistema familiar, no qual as mudanças de um membro repercutem em toda a unidade, conduzindo a diagnósticos, objetivos e intervenções que refletem essas interconexões.

O trabalho multidisciplinar em saúde assenta na integração de diferentes disciplinas e áreas de conhecimento, com o objetivo de responder de forma adequada às necessidades das famílias e aos problemas de saúde dos seus membros. Associado a este conceito, e sustentado na interdependência técnica, surge o de multiprofissionalidade, que se refere à utilização articulada de distintos processos de trabalho. A prática em saúde, contudo, não deve limitar-se a estes dois níveis: deve integrá-los e ultrapassá-los, evoluindo para a interdisciplinaridade. É neste patamar que, através de um olhar transversal, se tornam visíveis dimensões antes não identificadas, reveladas precisamente pela interligação entre as disciplinas (Neves, 2012). Neste contexto, os enfermeiros de família, ao possuírem uma perspectiva sistémica do cliente como unidade de cuidados, assumem um papel central na promoção e manutenção da interdisciplinaridade, assegurando a coordenação entre o próprio cliente, os diferentes grupos profissionais e os serviços de saúde, de modo a garantir uma prestação de cuidados contínua, integrada e completa (Schlunegger et al., 2022).

Deste modo, a minha prática integrou também a articulação com outras equipas de saúde e a mobilização de recursos adequados à prestação de cuidados, favorecendo uma colaboração interdisciplinar efetiva. No âmbito da referenciação, importa salientar que as famílias em transição para a parentalidade têm direito a cursos de preparação para o parto e parentalidade,

constituindo-se como uma modalidade de intervenção acessível e disponível a todos os membros que vivenciam esta fase. Estes cursos possibilitam a partilha e a expressão de sentimentos em contexto de grupo, promovendo suporte mútuo e fortalecimento das dinâmicas familiares (DGS, 2015b). A referenciação das famílias para o curso de preparação para o parto revelou-se um recurso fundamental de orientação e de valorização da qualidade dos serviços prestados, respondendo de forma eficaz às necessidades familiares e contribuindo, em simultâneo, para a evolução e transformação dos sistemas organizacionais de saúde.

O percurso para o desenvolvimento da perícia profissional estrutura-se em estádios progressivos — iniciado, iniciado avançado, competente e proficiente — e assenta no reconhecimento de que o conhecimento clínico não se restringe à formação académica. Pelo contrário, é continuamente ampliado pela experiência prática e pela reflexão sistemática sobre a ação. Neste processo, a articulação entre a experiência adquirida na prática clínica, as orientações das diretrizes nacionais e internacionais, as recomendações dos diversos programas de saúde e a evidência científica disponível revelou-se determinante para a construção da expertise profissional. Trata-se de um caminho dinâmico e permanente, sustentado na consolidação de saberes e experiências, e orientado pelas normas da profissão, como o REPE e os padrões de qualidade da OE, que asseguram a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

As atividades desenvolvidas ao longo deste percurso, nomeadamente a atualização do anexo do regulamento interno da USF, a auditoria aos registos da consulta de enfermagem a clientes com diabetes mellitus e aos consentimentos informados relativos à colocação do dispositivo intrauterino, bem como a dinamização de uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem, constituíram oportunidades privilegiadas para o exercício e reforço das competências comuns do enfermeiro especialista, em particular a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, revelando-se igualmente imprescindíveis para a consolidação da segunda competência específica do EEECESF.

De igual forma, a participação no VI Congresso Internacional de ESF, que integrou a participação em dois workshops, a coautoria de dois pósteres e o envolvimento no desenvolvimento de um trabalho de investigação. Estas experiências, para além de potenciarem o crescimento científico e técnico, revelaram-se igualmente essenciais para o fortalecimento das competências comuns do enfermeiro especialista, em particular o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e para a consolidação desta competência específica.

Em síntese, todas as atividades desenvolvidas, de forma articulada e sustentadas na prática reflexiva e na evidência científica, revelaram-se determinantes para a aquisição das competências específicas do EEECESF, conforme preconizado no Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, permitindo integrar na prática profissional uma atuação fundamentada,

colaborativa e orientada para a qualidade e a continuidade dos cuidados em saúde familiar.

10. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório reflete um percurso formativo profundamente enriquecedor, desenvolvido no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Este estágio constituiu uma oportunidade singular de articular conhecimento teórico, científico e prática clínica especializada em ESF.

O foco central deste trabalho é o desenvolvimento de competências especializadas, atingindo a expertise na abordagem da parentalidade do primeiro filho, evidenciando o papel do Enfermeiro Especialista em ESF como agente promotor de saúde, facilitador de transições e impulsionador da capacitação das famílias ao longo do CVF.

A experiência clínica possibilitou compreender, de forma integrada, a complexidade e a singularidade de cada sistema familiar. Cuidar da família enquanto unidade de cuidados exigiu transcender a visão centrada no indivíduo, reconhecendo as interações, influências mútuas e dinâmicas que moldam o funcionamento familiar.

Ao longo do estágio, foi possível aplicar e articular referenciais teóricos estruturantes, como o MDAIF, a Teoria das Transições de Meleis, o Modelo do CBF e a Teoria Geral dos Sistemas. Este modelo e teorias sustentaram a prática clínica e proporcionaram uma visão holística e humanizada do cuidado. A integração de conceitos teóricos à prática diária revelou-se essencial para compreender as transições familiares, antecipar necessidades e promover o desenvolvimento de competências parentais, especialmente na transição para a parentalidade do primeiro filho.

Através das VD e da educação em saúde familiar, foi possível desenvolver uma relação terapêutica baseada na empatia e no respeito pela autonomia familiar, criando um espaço de partilha e reflexão que potenciou o empoderamento parental. A utilização de ICD, como o genograma, o ecomapa, a Escala de APGAR Familiar e a Escala de Notação Social da Família – Graffar Adaptada, permitiu uma análise aprofundada da estrutura, funcionamento e contexto socioeconómico das famílias, tornando os cuidados mais direcionados e significativos.

A intervenção especializada com as famílias evidenciou a relevância de uma abordagem sistémica, centrada na pessoa e na família, orientada pela empatia, colaboração e resiliência. Técnicas de intervenção interacionais, como o reenquadramento, ritual terapêutico e conotação positiva, favoreceram mudanças de pensamento, promoveram confiança, reduziram a ansiedade e restabeleceram a harmonia familiar. Este processo contribuiu não só para o bem-estar do RN, mas também para o fortalecimento da coparentalidade e da resiliência familiar.

O desenvolvimento de uma ação de formação sobre cuidados antecipatórios para famílias em transição ao longo do CVF constituiu um marco na valorização da prática reflexiva e na partilha de conhecimento entre pares. A aplicação do Modelo Multinível de Kirkpatrick na avaliação da formação possibilitou uma análise abrangente dos resultados, demonstrando impacto positivo na consolidação de conhecimentos, na melhoria das práticas profissionais e na valorização do papel do enfermeiro enquanto facilitador de processos adaptativos nas famílias.

Esta experiência evidenciou que o EEECESF desempenha um papel fundamental na promoção da saúde familiar, não apenas como prestador de cuidados, mas sobretudo como mediador, educador e facilitador de mudanças positivas. A prática especializada requer uma postura ética, reflexiva e baseada em evidência científica, capaz de equilibrar conhecimento técnico com sensibilidade humana e compreensão das dinâmicas relacionais.

Ao longo deste percurso, foram fortalecidas competências de autoconhecimento, comunicação, pensamento crítico e tomada de decisão clínica, sustentadas em evidência científica e orientadas pela humanização do cuidado. A reflexão contínua sobre a prática, aliada à integração de teorias e modelos, contribuiu para o desenvolvimento de uma identidade profissional sólida, autónoma e consciente do impacto transformador da ESF na vida das famílias.

Em síntese, este estágio representou uma etapa de profunda aprendizagem e consolidação de competências, na qual o rigor técnico se entrelaçou com a sensibilidade humana. Os resultados obtidos após a concretização dos planos de cuidados co-construídos com as famílias confirmam que a ESF é, antes de mais, um compromisso com a vida, com o cuidado e com a construção de relações terapêuticas que promovem autonomia, bem-estar e resiliência. O percurso agora concluído reafirma a convicção de que o enfermeiro especialista em ESF, ao cuidar de famílias em transição, atua como facilitador de esperança, crescimento e equilíbrio.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abasi, E., Keramat, A., Borghei, N. S., Goli, S., & Farjamfar, M. (2021). Evaluating the effect of prenatal interventions on maternal-foetal attachment: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*, 8, 1-16. <https://doi.org/10.1002/nop2.648>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Optimizing postpartum care* (ACOG Committee Opinion No. 736). *Obstetrics & Gynecology*, 131(5), e140-e150. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care>
- Andrade, L., Martins, M. M., Angelo, M., Dos Santos, A., & Martini, J. (2014). Identificação dos efeitos dos filhos nas relações familiares. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4), 385-391. <https://www.scielo.br/j/ape/a/qqYh5XwZ7brbNgykBbW7gZn/?lang=pt>
- Baraças, A. R. C. (2017). *Avaliação da formação segundo o modelo de Kirkpatrick* (Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/14473>
- Barimani, M., & Vikström, A. (2015). Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery*, 31(8), 811-817. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.009>
- Benardino, D. (2012). *Empoderamento em Enfermagem Comunitária: Análise de um contexto* (Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde de Santarém). Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1264>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Quarteto Editora.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment and ethics* (2ª ed.). Springer.
- Bertalanffy, L. von. (1977). *Teoria geral dos sistemas: Fundamentos, desenvolvimento e aplicações* (Trad. F. M. Guimarães). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bispo, E. (2016). *Enfermeiro de saúde familiar e a comunicação: Transição para a parentalidade* (Tese de doutoramento, Instituto Politécnico de Santarém).
- Branjerdporn, G., Meredith, P., Strong, J., & Garcia, J. (2017). Associations between maternal-foetal attachment and infant developmental outcomes: A systematic review. *Maternal*

and Child Health Journal, 21(3), 540-553. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2138-2>

Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, U., Albergaria, E., & Figueiredo, A. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco)*. Ordem dos Enfermeiros.

Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). *Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade*. Ordem dos Enfermeiros.

Carvalho, J. M., Caetano, A. B., Faria, C. S. V. A., Dias, A. C. R. F., Duarte, H. S., & Mendes, I. M. M. (2023). A vivência da relação conjugal durante a transição para a parentalidade na voz das primíparas. *Revista de Enfermagem em Atenção à Saúde*, 12(3), e2023102. <https://doi.org/10.18554/reas.v12i3.6647>

Cava-Tadik, Y., Brown, G. L., & Mangelsdorf, S. C. (2020). Fathers' satisfaction with physical affection before and after the birth of a new baby: Cross-parent effects and associations with family dynamics. *Journal of Family Issues*, 41(4). <https://doi.org/10.1177/0192513X19875779>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Versão portuguesa). Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2023). *International Classification for Nursing Practice – Browser*, 2019 release. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Correia, I. C. G. (2020). *Gestão da formação como estratégia dos recursos humanos: estudo de caso na autarquia de Lisboa e na autarquia da Praia em Cabo Verde* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Educação e Ciências Lisboa). Repositório Científico Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34190>

Danielewicz, H., Myszczyzyn, G., Dębińska, A., Myszkal, A., Boznański, A., & Hirnle, L. (2017). Diet in pregnancy—more than food. *European Journal of Pediatrics*, 176(12), 1573-1579. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-3026-5>

Demarchi, R. F., Nascimento, V. F., Borges, A. P., Terças, A. C. P., Grein, T. A. D., & Baggio, E. (2017). Perception of pregnant women and primiparous puerperas on maternity. *Revista Enfermagem UFPE Online*, 11(7), 2663-2673. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i7a23438p2663-2673-2017>

Dewing, J., & Dijk, S. (2016). What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia*, 15(1), 106- 124. <https://doi.org/10.1177/1471301213520172>

Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que desempenho?* Loures. Lusociência.

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Saúde reprodutiva – Planeamento familiar: Orientações clínicas da Direção-Geral da Saúde*.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (Norma n.º 010/2013). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco* (1.ª ed.). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

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>

Duke, P. L. (2017). How to Evaluate Training - Using the Kirkpatrick Model. *Professional Safety*, 62(8), 20–21. <https://www.proquest.com/docview/1928996197?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true&source=Scholarly%20Journals>

Ednick, M., Cohen, A. P., McPhail, G. L., Beebe, D., Simakajornboon, N., & Amin, R. S. (2009). A review of the effects of sleep during the first year of life on cognitive, psychomotor, and temperament development. *Sleep*, 32(11), 1449–1458. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.11.1449>

Endres, G. J., & Kleiner, B. H. (1990). How to Measure Management Training and Development Effectiveness. *Journal of European Industrial Training*, 14(9), 3–7. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/03090599010137102/full/html>

Erdem, G., & Safi, O. A. (2018). The cultural lens approach to Bowen family systems theory: Contributions of family change theory. *Journal of Family Theory & Review*, 10(2), 469–483. <https://doi.org/10.1111/jftr.12258>

Ferreira, C. I. S. R. A. (2015). *Gestão Em Enfermagem E A Formação Em Serviço: Tecnologias De Informação E Padrões De Qualidade* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/9756>

Ferreira, M. M. H. P., Figueiredo, M. H., Guedes, V. M. S., Marques, A. F. P., Lopes, A. R. R., Moreira, A. R. S., Santos, M. C., Lopes, M. V., Gomes, T. V., & Peixoto, M. J. (2021). Enfermagem familiar em cuidados de saúde primários: Perceção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 77–90.

Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(2), 7–20. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>

Figueiredo, M. H. J. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.

- Figueiredo, M. H. J. (2022). *Conceção de cuidados em enfermagem de saúde familiar*. Loures: Lusodidacta.
- Figueiredo, M. H. J. (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lisboa: Lidel.
- Gomes, J. F., Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cardoso, C., & Marques, C. (2008). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano* (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Gottlieb, L. N. (2016). *O cuidar em enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família*. Loures, Portugal: Lusodidata.
- Gunderman, R. B., & Chan, S. (2015). Kirkpatrick's Evaluation of Educational Programs and its Relevance to Academic Radiology. *Academic Radiology*, 22(10), 1323-1325. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2015.07.005>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. Loures, Portugal: Lusodidata
- Holmes, E. K., Sasaki, T., & Hazen, N. L. (2013). Smooth versus rocky transitions to parenthood: Family systems in developmental context. *Family Relations*, 62(5), 824-837. <https://doi.org/10.1111/fare.12041>
- Kelleher, M. M., Cro, S., Cornelius, V., Lodrup Carlsen, K. C., Skjerven, H. O., Rehbinder, E. M., et al. (2021). Skin care interventions in infants for preventing eczema and food allergy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD013534. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013534>
- Kirkpatrick, D. (1979). Techniques for Evaluating Training Programs. *Training and Development Journal*, 33(6), 78 - 92.
- Koletzko, B., Cremer, M., Flothkotter, M., Graf, C., Hauner, H., Hellmers, C., et al. (2018). Diet and lifestyle before and during pregnancy – Practical recommendations of the Germany-wide Healthy Start – Young Family Network. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 78(12), 1262-1282. <https://doi.org/10.1055/a-0713-1058>
- Lindqvist, M., Lindkvist, M., Eurenus, E., Persson, M., & Mogren, I. (2017). Change of lifestyle habits – Motivation and ability reported by pregnant women in northern Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 13, 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.07.001>
- Marques, D. A. G. (2018). *O papel do enfermeiro especialista na melhoria da qualidade dos cuidados* (Relatório de estágio, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
- Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. (2017). Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem. *Investigação Qualitativa em Saúde*. <http://hdl.handle.net/10451/9420>.

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, EUA: Springer Publishing Company.
- Mendes, J., Sousa Santos, A. P., & Tavares, M. (2022). Perceções da violência obstétrica pelas parturientes e profissionais de saúde: Uma revisão scoping. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 8(2), 1-15. <https://doi.org/mxrt>
- Mihelic, M., Morawska, A., & Filus, A. (2018). Preparing parents for parenthood: Protocol for a randomized controlled trial of a preventative parenting intervention for expectant parents. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 311. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1939-2>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem* (5.ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários-Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 125-134.
- Nilsson, I., Danbjørg, D. B., Aagaard, H., Strandberg-Larsen, K., Clemensen, J., & Kronborg, H. (2015). Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis. *Midwifery*, 31(10), 926-934. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.004>.
- Noe, R. A. (2010). *Employee Training and Development* (5ª ed.). New York: McGraw-Hill/Irwin.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária nas áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Familiar*. Diário da República, 2.ª série, n.º 135, 16 de julho. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-116444235>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119879002>
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Primary health care. World Health Day 2019*. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Pålsson, P., Kvist, L., Ekelin, M., Hallström, I., & Persson, E. (2018). “I Didn’t Know What to Ask About”: First-Time Mothers’ Conceptions of Prenatal Preparation for the Early Parenthood Period. *The Journal of Perinatal Education*, 27(3), 163-174. <https://doi.org/gjcp7j>
- Pedro, M. F., Ribeiro, T., & Shelton, K. H. (2012). Marital satisfaction and partners' parenting practices: The mediating role of coparenting behavior. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 509-518. <https://doi.org/10.1037/a0029121>
- Pedrotti, B. G., & Frizzo, G. B. (2019). Influência da chegada do recém-nascido na relação

conjugal no contexto de depressão pós-parto: Perspectiva materna. *Pensando Famílias*, 23(1), 73-88.

Pontoppidan, M., Andrade, S. B., Kristensen, I. H., et al. (2019). Maternal confidence after birth in at-risk and not-at-risk mothers: Internal and external validity of the Danish version of the Karitane Parenting Confidence Scale (KPCS). *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 3, 33. <https://doi.org/10.1186/s41687-019-0126-1>

Presidência do Conselho de Ministros. (2017, 21 de junho). Decreto-Lei n.º 73/2017. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 118. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>

Queirós, C., & Fernandes, O. (2021). Desenvolvimento profissional contínuo no contexto da enfermagem gerontogeriatrica. In M. L. F. Almeida, J. P. A. Tavares, & J. S. S. Ferreira (Coords.), *Competência em enfermagem gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado* (Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde, Cap. 8, pp. 155-164). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Refaeli, L. B., Rodrigues, M., Neaman, A., Bertele, N., Ziv, Y., Talmon, A., & Enav, Y. (2023). Supporting the transition to parenthood: A systematic review of empirical studies on emotional and psychological interventions for first-time parents. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108090>

Rêgo, C (2022). Leites e fórmulas infantis. In Videira-Amaral JM. Coordenador e autor. *Tratado de Clínica Pediátrica*. 3ª edição. Lisboa: Círculo Médico. <https://tratadoclinicapediatrica.pt/i-volume/parte-xi-nutricao/leites-e-formulas-infantis/>

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (3.ª ed.). Edições Afrontamento.

Ribeiro, D., Melo, A., Choupina, A., Pinto, M., & Figueiredo, M. (2021). Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar na prática clínica de uma família na transição para a parentalidade: estudo de caso. *Pensar Enfermagem - Journal of Nursing*, 25(1), 19-30.

Rosa, C. da S. R., Carvalho, A. G. F., & Barja, P. R. (2022). Soft skills: Desenvolvimento das competências do enfermeiro na atualidade. *Revista Univap*, 28(57).

Roth, M., Weitkamp, K., Landolt, S. A., & Bodenmann, G. (2022). Couples' dyadic coping in the context of child-related stressors: A systematic review across three decades. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/cfp0000237>

Salehi, K., & Kohan, S. (2017). Maternal-fetal attachment: What we know and what we need to know. *International Journal of Pregnancy & Child Birth*, 2(5), 146-148. <https://doi.org/10.15406/ipcb.2017.02.00038>

- Sampaio, A., Spagnolo, L., Schwartz, E., Siqueira, H., Medeiros, A., Schultz, V., & Lise, F. (2021). Nurses' attitudes in family care in the context of primary health care. *Revista de Enfermagem Referência*.
- Santos, D. F., Gonçalves, M. R., Lopes, T. R. Q., de Oliveira, G. G., Biz, G., Dias, T. F., ... & de Freitas, M. R. I. (2025). A importância da utilização de instrumentos na abordagem familiar para a elaboração do PTS na APS. *Brazilian Journal of Health Review*, 8(1), e76464-e76464.
- Silva, M., Figueiredo, Costa, M., & Camarneiro, A. (2022). Conjugalidades e interações familiares de casais em “ninho vazio”: Análise baseada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. *Millenium*, 2(18), 21-31. <https://doi.org/10.29352/mill0218.2680>
- Silva, F. R., Lacerda, M. R., Gomes, I. M., Denipote, A. G. M., & Teruya, L. M. (2021). A experiência do puerpério para as famílias: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(3), e21310313166. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13166>
- Smith, H.J., Portela, A.G. & Marston, C (2017). Improving implementation of health promotion interventions for maternal and newborn health. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 280 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1450-1>.
- Schlunegger, M., Aeschlimann, S., Palm, R., & Zumstein-Shaha, M. (2022). Competencies of nurse practitioners in family practices: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(11-12), 2521-2532. <https://doi.org/10.1111/jocn.16382>.
- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J. A., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UI_IPSantarém-Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 17-30. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874>.
- Trombetta, T., Giordano, M., Santoniccolo, F., Vismara, L., De Vedova, A., & Rollè, L. (2021). Pre-natal attachment and parent-to-infant attachment: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 705569.
- Vance, A. J., & Brandon, D. H. (2017). Delineating among parenting confidence, parenting self-efficacy, and competence. *ANS. Advances in Nursing Science*, 40(4), E18-E37. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000179>
- Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B., & Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. *Nurse Education in Practice*, 50(1), 102963. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>
- Wilborn, D., Amin, R., Kottner, J., & Blume-Peytavi, U. (2023). Skin care in neonates and infants: A scoping review. *Skin Pharmacology and Physiology*, 36(2), 51-66. <https://doi.org/10.1159/000529550>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). Roca.

Young, M., Riggs, S., & Kaminski, P. (2017). Role of Marital Adjustment in Associations Between Romantic Attachment and Coparenting. *Family Relations*, 66(2), 331-345. <https://doi.org/10.1111/fare.12245>

Zornig, S. M. A. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: O processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, 42(2). 453-470.

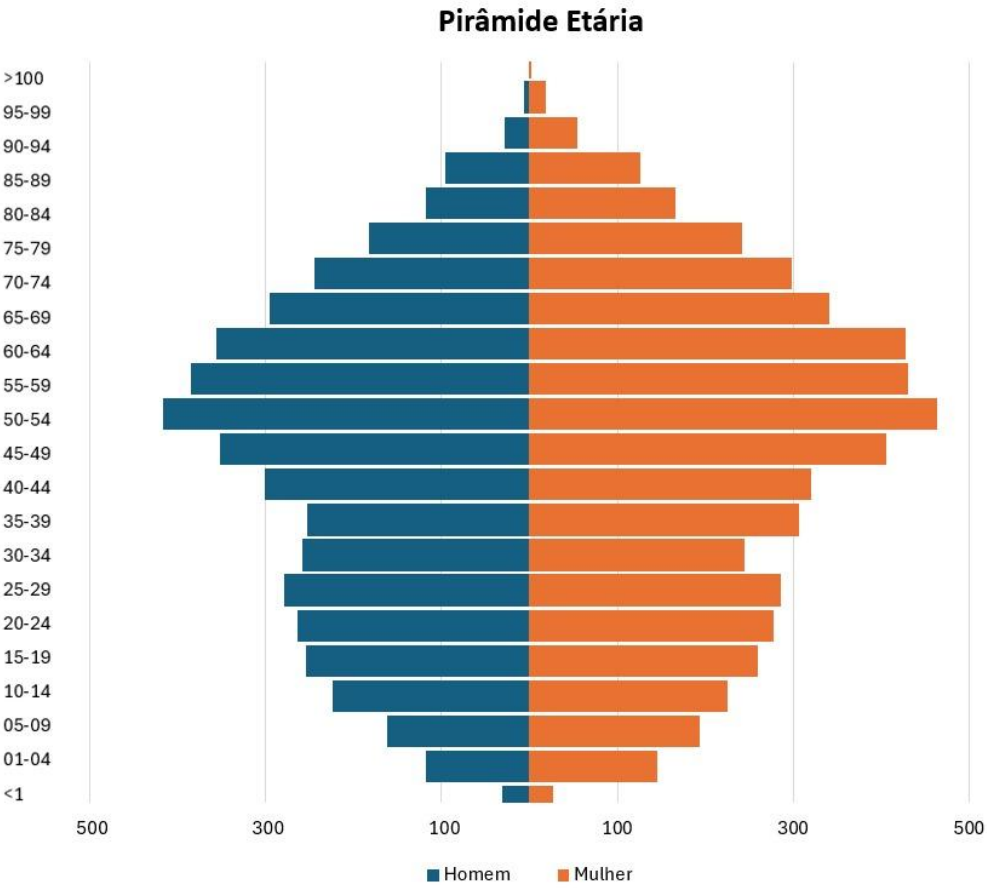
Zupan, J., Garner, P., & Omari, A. A. (2004). Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004(10)

12. ANEXOS

Anexo I

UTENTES INCRITOS NA USF [REDACTED] EM OUTUBRO DE 2024

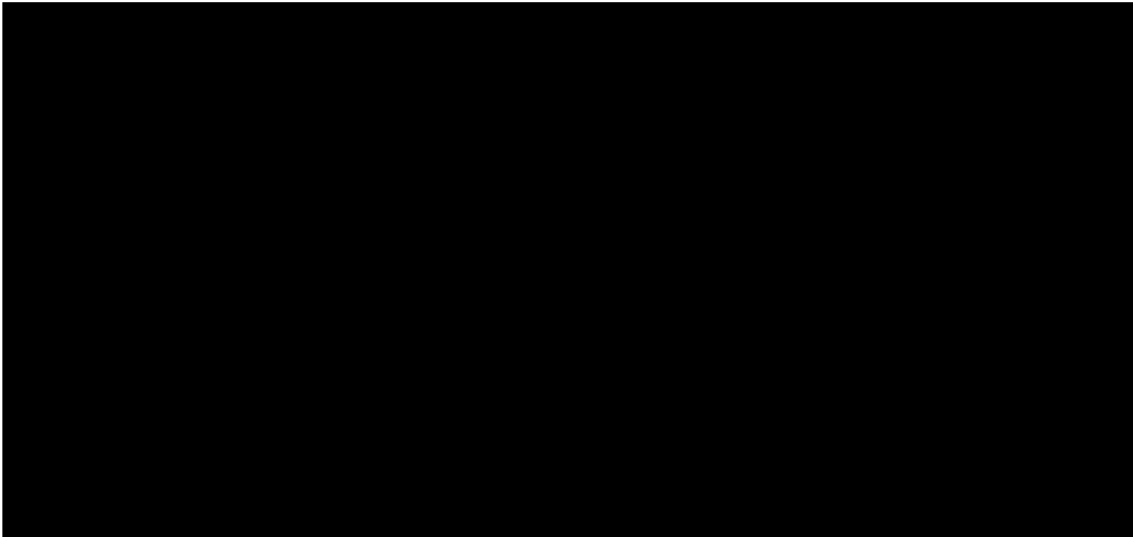
Grupo etário	Sexo	
	Homem	Mulher
<1	31	27
01-04	117	145
05-09	162	193
10-14	223	225
15-19	254	260
20-24	264	278
25-29	278	286
30-34	258	244
35-39	253	307
40-44	301	320
45-49	351	405
50-54	416	463
55-59	385	430
60-64	355	427
65-69	295	341
70-74	244	298
75-79	182	242
80-84	118	166
85-89	96	126
90-94	28	55
95-99	6	19
>100	0	2
Total clientes por sexo	4.617	5.259
Total clientes USF	9.876	



ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA NA USF [REDACTED] EM OUTUBRO DE 2024

Jovens	Idosos	Total
17,18%	33,94%	51,12%

HORÁRIOS DOS TRANSPORTES PARA A CIDADE [REDACTED]



Anexo II

Cuidados antecipatórios às famílias a vivenciar transições familiares ao longo do ciclo vital – Plano de Sessão

Sessão n.º	1	Tema	Transições familiares ao longo do ciclo de vida familiar de Relvas
Duração	1 hora	Local da Formação	
Data	04/04/2025	Nome do Formador	Adriana Gouveia

Objetivos Gerais		Capacitar a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados antecipatórios à família ao longo do Ciclo de Vida Familiar;					
Objetivos Específicos da Sessão	Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades Didáticas	Materiais e Equipamentos	Tempo previsto	Avaliação da Aprendizagem
Compreender a importância/relevância da temática	Introdução	Enquadramento teórico	Método Ativo Método Expositivo		Computador, Videoprojector	10 min	Avaliação Diagnóstica

• Identificar os principais processos de transição e desafios enfrentados pelas famílias ao longo do Ciclo de Vida Familiar; • Desenvolver competências na equipa de enfermagem para a avaliação das necessidades familiares; • Desenvolver competências na equipa de enfermagem na implementação de estratégias de cuidados antecipatórios; • Promover a aplicação de intervenções baseadas em boas práticas para fortalecer a resiliência familiar; • Fomentar a comunicação eficaz, garantindo um suporte adequado em cada fase do ciclo vital.	Desenvolvimento	• Ciclo de Vida Familiar de Relvas: Formação de casal, Família com filhos pequenos, Família com filhos na escola, Família com filhos adolescentes, Família com filhos adultos	Método Expositivo Diálogo		Computador, Videoprojector	35 min	Avaliação Formativa - Observação
--	-----------------	---	------------------------------	--	----------------------------	--------	-------------------------------------

- Sintetizar os principais aspetos abordados no decorrer da sessão - Refletir sobre os conhecimentos adquiridos	Conclusão	Síntese de conhecimentos Reflexão sobre os conhecimentos adquiridos	Diálogo e discussão em grupo Diálogo		Computador, Videoprojector	15 min	Avaliação Formativa – Aplicação de um questionário Google Forms
--	-----------	---	--	--	----------------------------	--------	--

Anexo III



FOLHA DE PRESENÇA

Formação: Cuidados antecipatórios às famílias a vivenciar transições familiares ao longo do ciclo vital

Data: 4 de abril de 2025

Local:

Horário: 12h – 13h

Formador: Adriana Pereira Gouveia

[illegible]

Anexo IV



Cuidados antecipatórios às famílias a vivenciar transições familiares ao longo do ciclo vital

Formadora: Adriana Gouveia, Aluna de Mestrado
Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Sumário



Enquadramento teórico



Ciclo de Vida Familiar de Relvas



Formação de casal



Família com filhos pequenos



Família com filhos na escola



Família com filhos adolescentes



Família com filhos adultos



Conclusão

Enquadramento teórico

A Teoria das Transições fornece uma boa lente para os cuidados de enfermagem, através da qual os fenómenos de cuidados relacionados com a transição podem ser observados de forma sistemática e abrangente.

(Meleis et al., 2000)



Enquadramento teórico (continuação)

As transições na família podem ser:

Normativas



- Associadas ao ciclo vital da família;
- Mudanças previsíveis associadas a transições individuais dos membros, bem como ao desenvolvimento da família com um sistema.

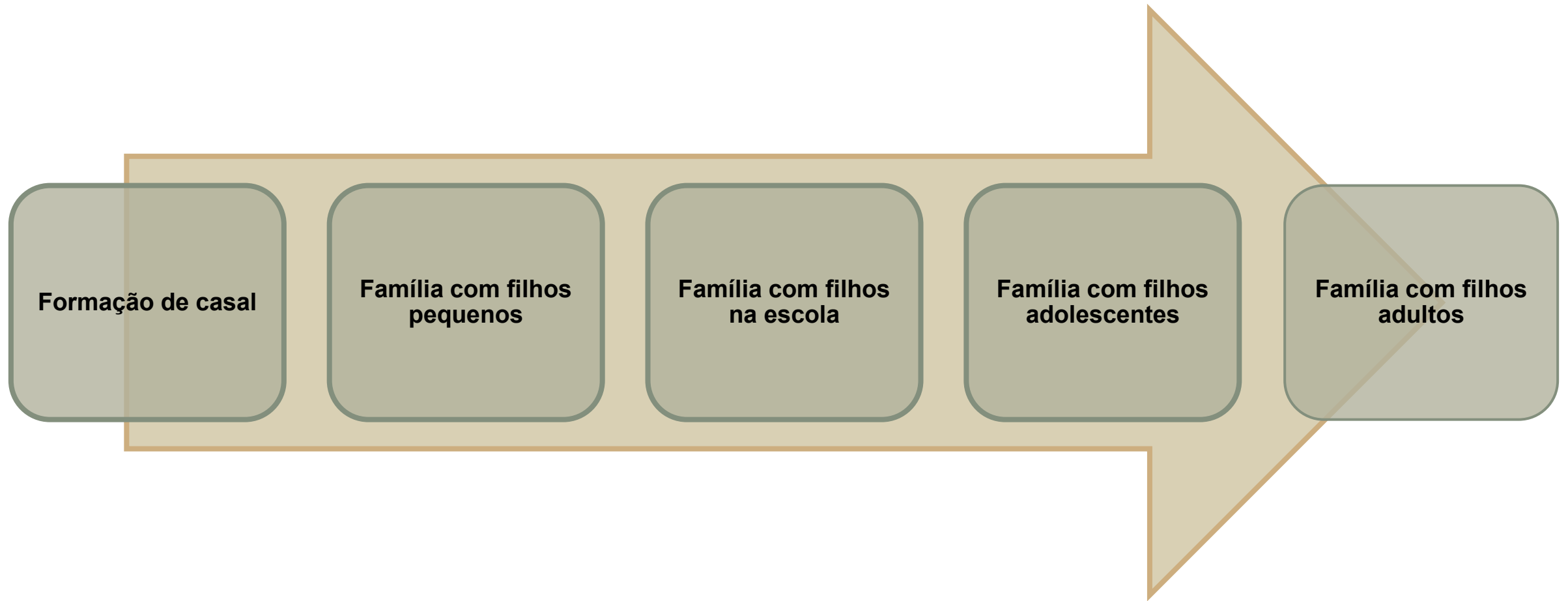
Não normativas



- Decorrentes de situações de stresse;
- Acontecimentos imprevisíveis e acidentais.

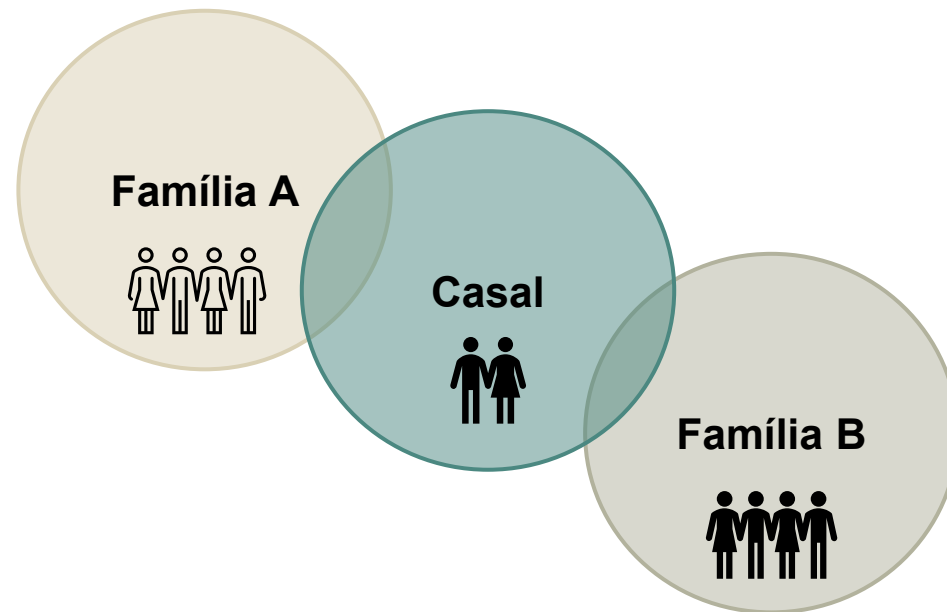
(Meleis et al., 2000)

Ciclo de Vida Familiar de Relvas



Formação de casal

Criação de um sentimento de pertença a um “novo grupo”, sem que os seus elementos se sintam completamente desvinculados do “velho grupo”.



(Relvas, 2000)

Formação de casal

Criação de um sentimento de pertença a um “novo grupo”, sem que os seus elementos se sintam completamente desvinculados do “velho grupo”.

“A nossa família”



(Relvas, 2000)

Formação de casal (continuação)

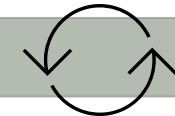
Fase naturalmente centrípeta - flexibilidade da permeabilidade das fronteiras



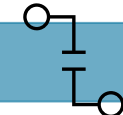
Flexibilidade comunicacional - Metacomunicação



Complementaridade e a simetria comunicacional



Delimitação casal-família origem



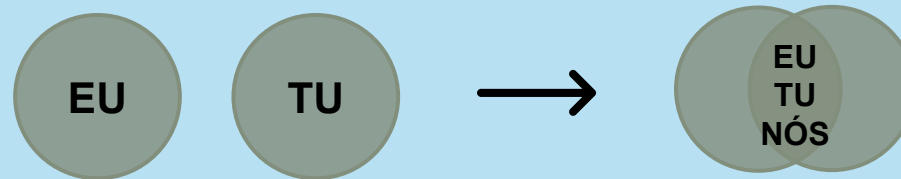
Fusão + Retorno ao “eu” e “tu” + Empatia



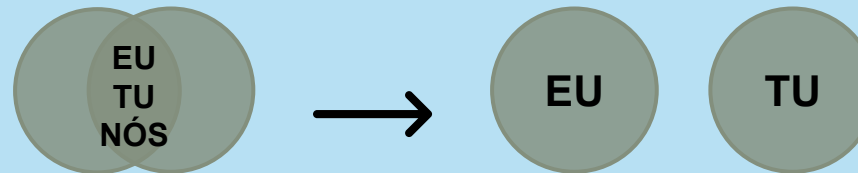
(Relvas, 2000)

Formação de casal (continuação)

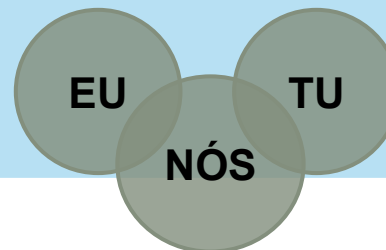
I. Fusão (pode permanecer durante os primeiros 10 anos)



II. Retorno ao “eu” e “tu”



III. Empatia (após os 20 anos)



Família com filhos pequenos

O nascimento do primeiro filho é um acontecimento muito importante no ciclo vital da família e é o que mais a transforma.

(Figueiredo, 2023)

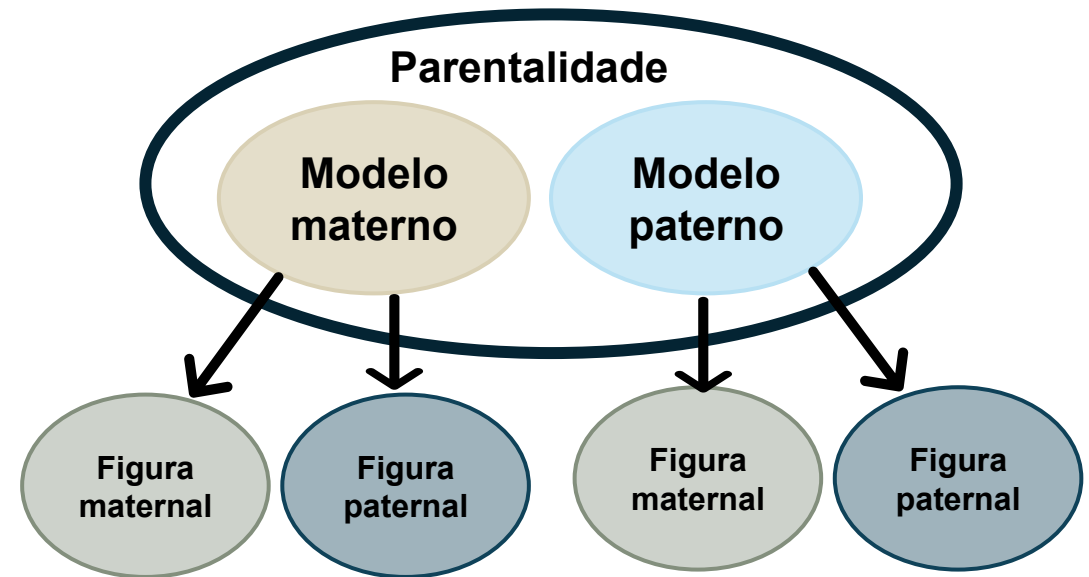
É potencialmente capaz de gerar um período de crise tanto para o indivíduo como para a família como unidade de cuidados, provocando alterações nos sistemas familiares, representando uma fonte de stress e um período de crise para os membros.

(Mendes et al., 2022)

Família com filhos pequenos (continuação)

Casal sobe um degrau na **hierarquia geracional**

Os pais terão de estabelecer fronteiras claras com os seus próprios pais e contabilizar as **quatro parentalidades**



Relação do casal triangulada por **outsiders** – para triangulação **nuclear**

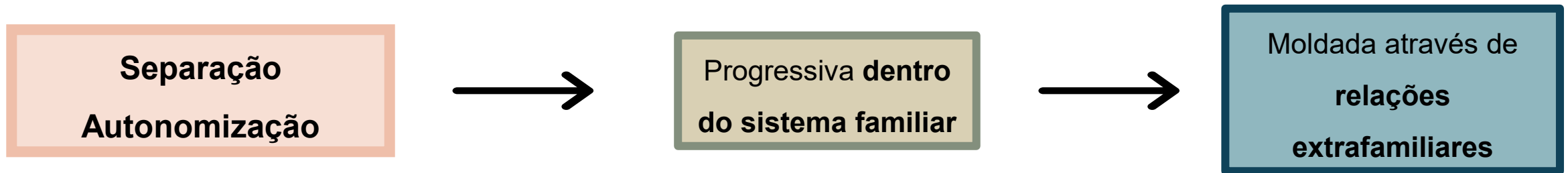
Aumenta a complexificação familiar – **Aumento** das triangulações – **PERIGO** coligações

Abertura para o exterior

(Relvas, 2000)

Família com filhos na escola

As relações intrafamiliares foram construindo as suas capacidades afetivas e cognitivas, fazendo com que a criança desenvolva competências, em contextos diferentes fora da família.



(Relvas, 2000)

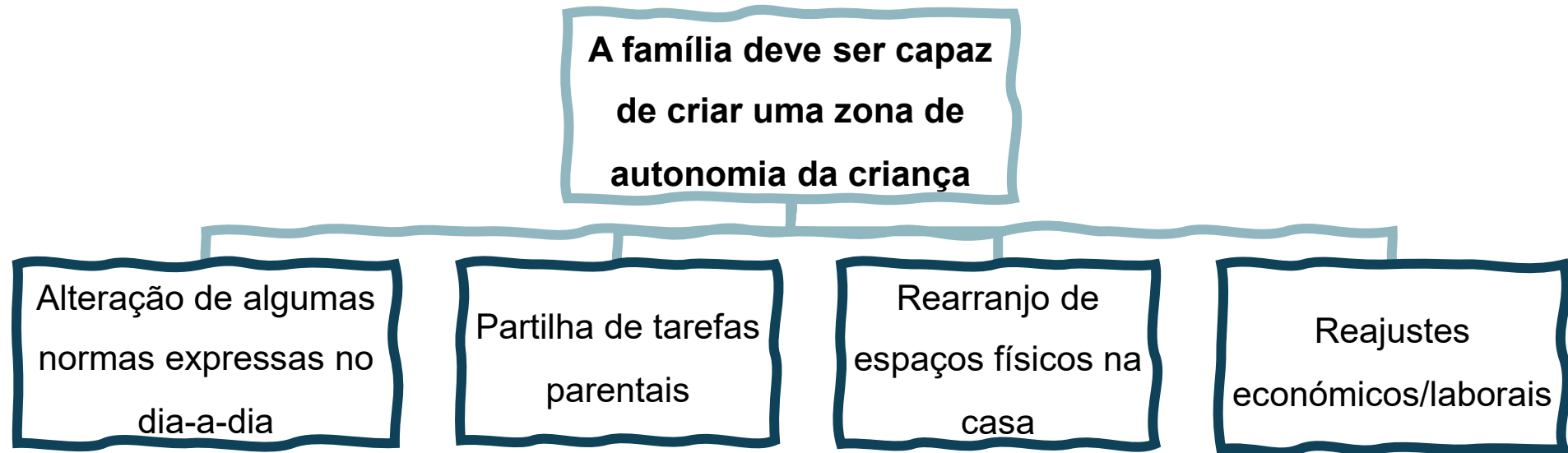
1 Teste sobre o cumprimento das funções externas e internas familiares.

Socialização e adaptação à cultura escolar,
capacidade de conviver e aprendizagens
traduzidas nos resultados escolares.

Capacidade de aprender e estar bem
noutro contexto e ao **desempenho da**
família no alimentar, dar afeto, proteção, etc.

(Relvas, 2000) ¹²

Família com filhos na escola (continuação)



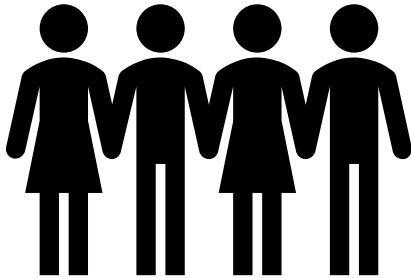
Comunicação escola-família e vice-versa

Clara, simetria saudável e sem escalada

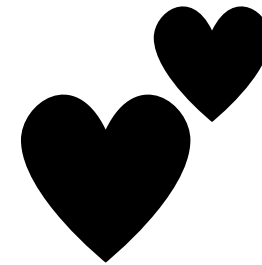
(Relvas, 2000)

Família com filhos adolescentes

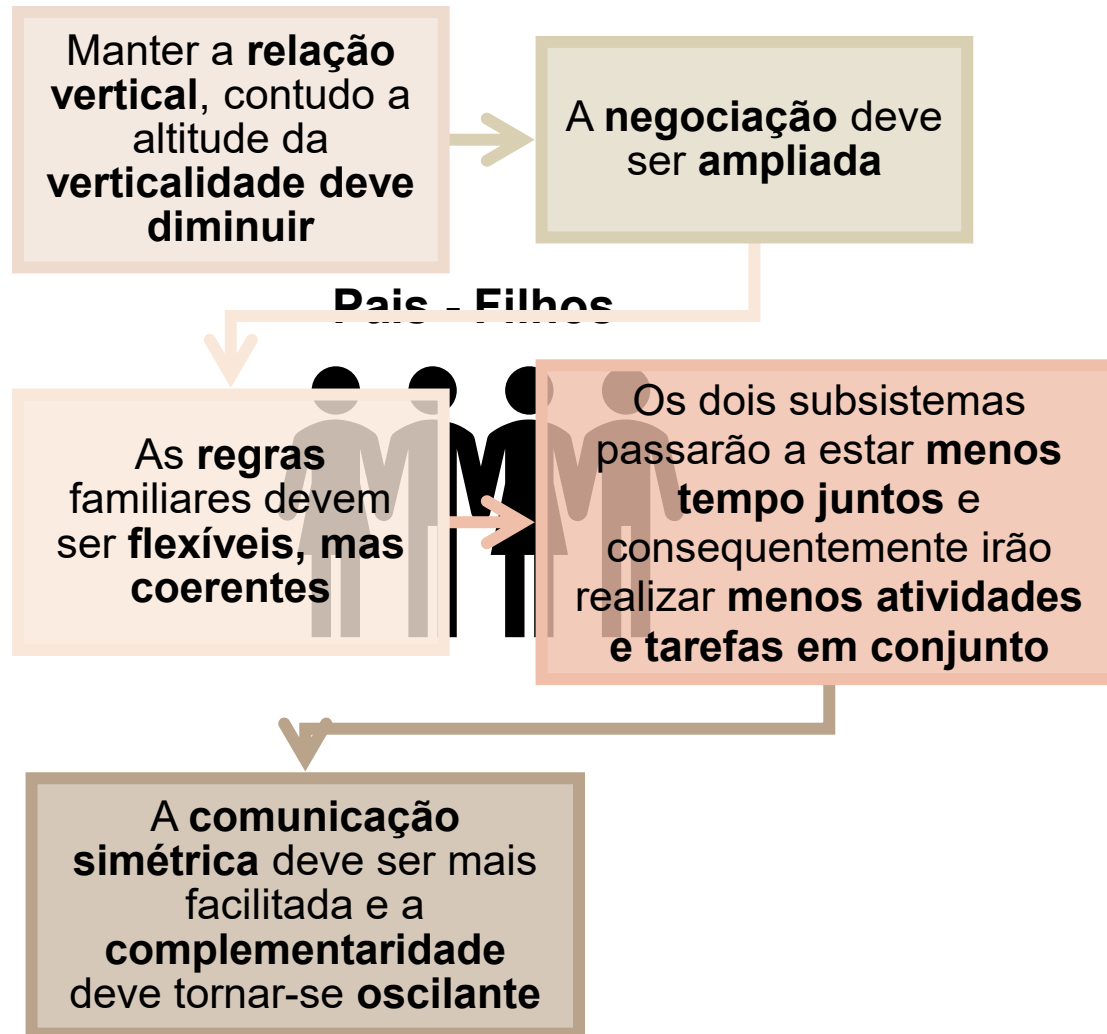
Pais - Filhos



Pais



Família com filhos adolescentes

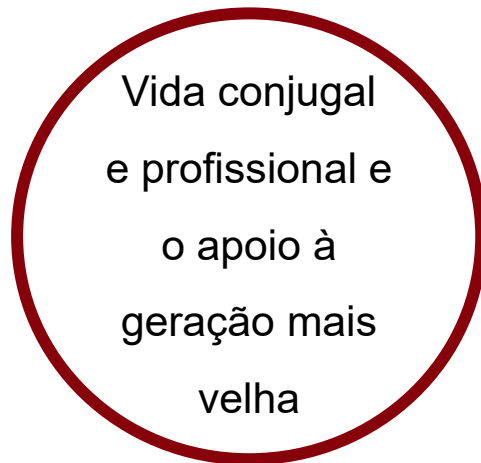


Escutar as opiniões dos filhos;
Incentivar os filhos a desenvolver ideias originais;
Facilitar a busca da informação e treino do debate;
Valorizar os pontos de vista dos filhos.

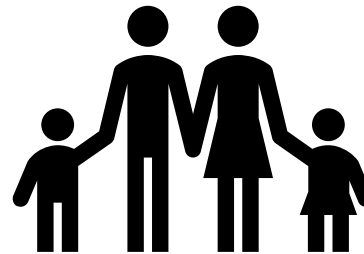
(Relvas, 2000)

Família com filhos adolescentes (continuação)

Díade adulta

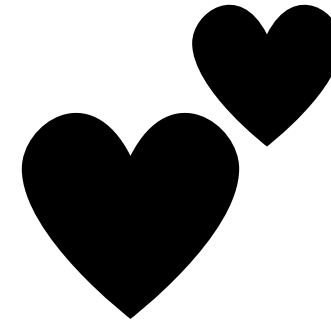


Função parental



(-) impositiva
(+) discreta

Subsistema conjugal



Deve reaprender a criar novos interesses, compromissos, simetrias e complementaridades.

Família com filhos adultos



**Facilitar a saída dos
filhos de casa**

Filhos

Ser claros e criar uma fronteira funcional entre a sua nova família nuclear e as respectivas famílias de origem.

Pais

Estar disponíveis, mas não vigilantes, disponíveis para ouvir e aconselhar, aceitar novas díades e tríades afetivas e poder transformar para continuarem a serem pais de filhos adultos e futuros avós.

(Relvas, 2000)

Família com filhos adultos (continuação)

Evolução pós-parental

Capacidade que o casal teve durante a fase parental em manter a autonomia do subsistema conjugal e um certo grau de independência afetiva em relação aos filhos.

Envelhecimento

O casal deve preparar-se para sobreviver sem o outro.

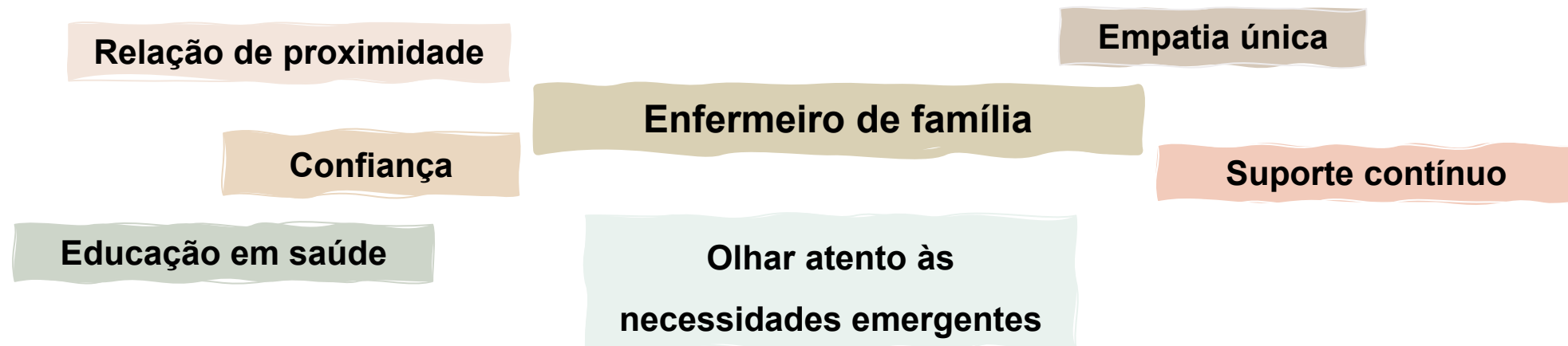
**Preservando a
parte individual**

**Rede social de
apoio significativa**

(Relvas, 2000)

Conclusão

A promoção de cuidados antecipatórios às famílias a vivenciar as transições ao longo do ciclo vital é fundamental para garantir uma adaptação saudável às mudanças que ocorrem nas diferentes fases da vida.



Conclusão

A promoção de cuidados antecipatórios às famílias a vivenciar as transições ao longo do ciclo vital é fundamental para garantir uma adaptação saudável às mudanças que ocorrem nas diferentes fases da vida.

Deve atuar como **facilitador** do desenvolvimento familiar, promovendo **estratégias preventivas** e **intervenções oportunas** para minimizar os impactos negativos e **fortalecer a resiliência da família** enquanto unidade de cuidados e de todos os seus membros individualmente.

Dessa forma, investir na capacitação do enfermeiro de família para a prestação de cuidados antecipatórios à família ao longo do ciclo de vida familiar é essencial para fortalecer a resiliência familiar, a comunicação eficaz e empoderar a mesma a enfrentar as transições com mais segurança, equilíbrio e autonomia.

Cuidados antecipatórios às famílias a vivenciar transições familiares ao longo do ciclo vital

Obrigada pela vossa atenção!

**Referências
Bibliográficas**



Anexo V

Questionário de Avaliação: Cuidados antecipatórios às famílias a vivenciar transições familiares ao longo do ciclo vital

Agradeço o tempo dispensado para responder a este questionário de avaliação. O questionário é constituído por cinco questões de escolha múltipla e duas questões abertas.

1. As transições nas famílias:

- a) São consideradas só não normativas. ()
- b) Não normativas, geralmente, estão associadas ao ciclo vital da família. ()
- c) Não normativas, são acontecimentos imprevisíveis ou acidentais. ()
- d) Todas corretas. ()

2. O Ciclo de Vida Familiar de Relvas é constituído por:

- a) 4 etapas. ()
- b) 6 etapas. ()
- c) 3 etapas. ()
- d) 5 etapas. ()

3. Na etapa formação do casal:

- a) A etapa da fusão pode permanecer nos primeiros 5 anos de relação. ()
- b) A etapa da empatia é atingida após os 25 anos de relação. ()
- c) É uma fase naturalmente centrípeta. ()
- d) Ocorre a criação de um sentimento de pertença a um “novo grupo”, desvinculando totalmente do “velho grupo”. ()

4. As tarefas fundamentais da família com filhos na escola são:

- a) Abertura dos limites do sistema familiar. ()
- b) Reorganização familiar, definição de papéis parentais e filiais. ()
- c) Criação de espaço para os filhos. ()
- d) B e C corretas. ()

5. As tarefas fundamentais da família com filhos adolescentes são:

- a) Socialização e individualização dos seus elementos. ()
- b) Flexibilidade e continuidades. ()
- c) Interesses pós parentais. ()
- d) Todas corretas. ()

6. Tendo em conta a sua experiência profissional, que cuidados antecipatórios promovia a uma família que se encontra na fase do Ciclo de Vida Familiar de Relvas: Família com filhos adultos.

7. Comente esta afirmação: A promoção de cuidados antecipatórios às famílias a vivenciar as transições ao longo do ciclo vital é fundamental para garantir uma adaptação saudável às mudanças que ocorrem nas diferentes fases da vida.

Anexo VI

Questionário de Satisfação da Formação: Cuidados antecipatórios às famílias a vivenciar transições familiares ao longo do ciclo vital

Agradeço o tempo dispensado para responder a este questionário. A sua opinião é essencial para a melhoria contínua. O questionário é constituído por sete questões de escolha múltipla. Deve assinalar com uma cruz (x) a opção pretendida e duas questões abertas.

1. Conteúdos programáticos

1.1. Interesse/ Relevância do conteúdo programático na sua prática profissional

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

1.2. Duração da ação de formação

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

2. Organização

2.1. Cumprimento de horários

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

2.2. Materiais disponibilizados

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

3. Desempenho do Formador

3.1. Domínio do tema

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

3.2. Promoção de interação e o envolvimento dos participantes

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

4. Avaliação global da formação

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente
- ☐ Bom
- ☐ Muito Bom

5. Temas que gostaria que fosse abordado numa próxima formação de serviço

6. Sugestões de melhoria ou comentários finais

Anexo VII

A Transição para a Parentalidade: Protocolo de Estudo Comparativo da Perspetiva do Enfermeiro de Família e das Famílias

ADRIANA GOUVEIA¹, [REDACTED]

¹ULS Entre Douro e Vouga, Enfermeira de Cuidados Gerais, adriana.gouveia@ulsedv.min-saude.pt

[REDACTED]

Introdução

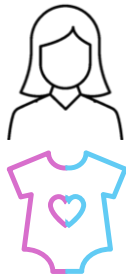
O nascimento do primeiro filho é um evento marcante que provoca profundas transformações na estrutura e na dinâmica da família, podendo desencadear um período de crise e estresse tanto para os indivíduos quanto para a família como um todo, ao exigir adaptações nos seus sistemas internos (Figueiredo, 2023; Mendes et al., 2022).

Objetivos

Compreender as intervenções de enfermagem mais relevantes para uma transição efetiva para a parentalidade na perspetiva do enfermeiro de família e das famílias. Analisar e comparar as perspetivas.

Metodologia

Estudo qualitativo, exploratório-descritivo e comparativo; Amostra por conveniência:



- 11 enfermeiros de família
- Famílias que vivenciaram pela 1ª vez a transição para a parentalidade, em 2025, inscritas na USF

Os dados serão recolhidos:



- Questionário de caracterização sociodemográfica e um questionário com 3 questões abertas

Resultados/Discussão

Os resultados contribuirão para que os enfermeiros de família compreendam melhor a perspetiva da família e prestem cuidados mais direcionados e específicos, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde familiar.

Conclusão

O enfermeiro de família tem um papel preponderante no acompanhamento de famílias a vivenciar esta transição, devendo promover uma transição efetiva, capacitando e empoderando as famílias para o exercício de novos papéis, potenciando as suas forças e recursos.

Referências Bibliográficas



Anexo VIII

Necessidades da Família a Vivenciar pela Primeira Vez a Transição para a Parentalidade: Estudo de Caso

ADRIANA GOUVEIA¹, [REDACTED]

¹ULS Entre Douro e Vouga, Enfermeira de Cuidados
Gerais, adriana.gouveia@ulsedv.min-saude.pt

**Referências
bibliográficas**



Introdução

A transição para a parentalidade é um processo complexo que exige reestruturação familiar. Fortalecer a conjugalidade nesse período é fundamental para o empoderamento da família (Meleis et al., 2000; Carvalho et al., 2023).

Objetivos

Compreender as necessidades da família, a vivenciar pela primeira vez a transição para a parentalidade, sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, tendo como referencial teórico e operativo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

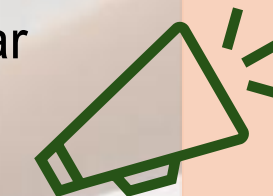
Metodologia

Estudo descritivo, qualitativo, do tipo estudo de caso familiar, com base na guideline CARE Case Report.

Resultados/Discussão



Família com filhos pequenos
Família nuclear



Área de atenção em destaque

Papel Parental: Conhecimento do papel



Necessidade de abordar o aleitamento artificial, os cuidados a ter com o coto umbilical, os cuidados de higiene ao recém-nascido, as características das dejeções e o choro.

Conclusão

O enfermeiro de ESF deve apoiar a transição, oferecendo suporte físico, emocional e educativo, promovendo uma experiência positiva na gravidez, parto e pós-parto.