



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**
Relatório de Estágio

**Promoção da parentalidade positiva em famílias de
primogénitos – Intervenção de enfermagem em saúde
familiar**

Promotion of positive parenting in families with first-born children – Nursing
intervention in family health

Débora Ferreira Sousa e Avelar

**Lisboa
2024**



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**
Relatório de Estágio

**Promoção da parentalidade positiva em famílias de
primogénitos – Intervenção de enfermagem em saúde
familiar**

Promotion of positive parenting in families with first-born children – Nursing
intervention in family health

Débora Ferreira Sousa e Avelar

Orientadora: Professora Doutora Maria Fátima Moreira Rodrigues

**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

Este ciclo de aprendizagem e valorização profissional só foi possível graças à colaboração, apoio e interação de diferentes membros do meu sistema familiar, bem como pela mobilização dos meus recursos internos e externos, que me acompanharam de forma profissional, dedicada e amiga ao longo desta etapa do meu ciclo de vida pessoal e profissional. Reconheço momentos felizes, mas também desafios muito difíceis, que sem ajuda e resiliência teria sido ainda mais difícil de ultrapassar. Por tudo isto, agradeço genuinamente a TODOS que, direta ou indiretamente, contribuíram para o meu processo de aprendizagem e resiliência contínua, cujo lema foi: *“O caminho faz-se caminhando”*. Agradeço especialmente:

À minha família nuclear, especialmente aos meus filhos, e à minha família extensa, em particular à minha mãe, pela compreensão, espírito de interajuda, paciência, motivação, apoio e aconchego nesta caminhada.

À minha orientadora, Professora Doutora Fátima Moreira Rodrigues, pela orientação, disponibilidade, paciência, conhecimento, perícia e sugestões que enriqueceram a minha prática profissional na área de saúde familiar.

Às Senhoras Enfermeiras orientadoras dos contextos clínicos, pelo profissionalismo, disponibilidade, paciência, sensibilidade e apoio nos momentos mais desafiadores.

À Senhora Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, Ana Afonso, pelo apoio incondicional nos momentos de maior vulnerabilidade, fazendo-me acreditar que, mesmo perante as dificuldades, é possível alcançar a meta.

À equipa de enfermagem e multidisciplinar das Unidades de Saúde, pelo acolhimento, colaboração e por me fazerem sentir valorizada e parte integrante da equipa de saúde familiar.

Às Famílias que aceitaram participar neste estudo, sem as quais não seria possível desenvolver as atividades clínicas e de investigação que tanto enriqueceram a minha experiência profissional.

Aos Docentes e Colegas deste 1º Mestrado, pela partilha de conhecimento, espírito de interajuda, motivação e contribuição no meu crescimento pessoal e profissional.

Grata pelo voto de confiança.

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACES ET – Agrupamento de Centros de Saúde Estuário do Tejo

ARSLVT– Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

APA – *American Psychological Association*

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CEARSLVT – Comissão de Ética Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CESI – Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

CCEE - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

CEEESCAESF – Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CM – Câmara Municipal

CVFX – Concelho de Vila Franca de Xira

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVF – Ciclo Vital Familiar

DGS – Direção-Geral da Saúde;

DO – Dimensão Operativa;

DS – Determinantes de Saúde

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

EBEP - Escala de Bem-estar Psicológico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

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

EEESF – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Familiar

EGDS – 15 - Escala Geriátrica de Depressão

EAP – Escala de Avaliação Parental

EF – Enfermeiro de Família

ERA – Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ESF – Enfermagem de Saúde Familiar
GC – Gabinete do Cidadão
IDG – Índice de Desempenho Global
INE – Instituto Nacional de Estatística
MMGF – Médicos de Medicina Geral e Familiar
MGF – Medicina Geral e Familiar
MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
MIM@UF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
NEP – Núcleo de Estatística
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
p. – página
PNS – Plano Nacional de Saúde 2021 – 2030
PAI – Plano de Acompanhamento Interno
PNSIJ – Programa Nacional de saúde Infantil e Juvenil
PORDATA – Base de dados de Portugal Contemporâneo
RAUF – Relatório de Atividades da Unidade Funcional
REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Integrados
SAC – Serviço de Atendimento Complementar
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPESF – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar
SR – *Scoping Review*
SPSS – *Statistical Package for the social sciences*
TSS – Técnica de Serviço Social
UAG – Unidade de Apoio à Gestão
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidades Funcionais

ULS – Unidade Local de Saúde

ULS ET - Unidade Local de Saúde EstuárioTejo

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Enquadramento: A prática clínica de enfermagem em saúde familiar foi realizada numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, com a elaboração de um estudo de caso sobre um sistema familiar em situação de complexidade, e numa Unidade de Saúde Familiar, com o desenvolvimento de um projeto de intervenção sobre promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos, dos 0 aos 6 meses.

Objetivo: analisar as competências comuns e específicas desenvolvidas em enfermagem de saúde familiar; cuidar das famílias ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção; liderar e colaborar no âmbito da enfermagem em saúde familiar e promover a parentalidade positiva em famílias de primogénitos.

Metodologia: incluiu análise crítica e reflexiva sobre competências desenvolvidas nas atividades clínicas e de investigação. Foi elaborado um estudo de caso baseado no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e um projeto de intervenção, sustentado na metodologia de projeto, com um estudo quantitativo, descritivo e transversal, além de uma *Scoping Review*.

Resultados: os estágios permitiram um processo de aprendizagem contínuo, integrando prática, teoria e evidência científica. A caracterização das famílias de primogénitos, tendo por referencial o MDAIF, facilitou o processo de enfermagem de família orientado para as suas especificidades, promovendo melhores decisões na promoção, manutenção ou restabelecimento do sistema familiar.

Conclusão: durante os estágios, desenvolvi pensamento crítico, prática reflexiva e um projeto de investigação, com divulgação dos resultados. Promovi melhores práticas e adaptação a novos contextos. O processo de cuidados de enfermagem centrado na capacitação do sistema familiar, além da gestão e mobilização de recursos, sempre que necessário, foram fundamentais para desenvolvimento das competências de enfermagem especializada em saúde familiar. A investigação permitiu uma prática dirigida às especificidades das famílias de primogénitos favorecendo a promoção da parentalidade positiva.

Palavras-Chave: Recém-nascido; Parentalidade, Enfermagem Familiar; Cuidados de Saúde Primários

Abstract

Framework: The clinical practice of family health nursing was carried out in a Personalized Health Care Unit, with the development of a case study on a complex family system, and in a Family Health Unit, with the development of an intervention project on the promotion of positive parenting in families of first-born children aged 0 to 6 months.

Objective: to analyze the common and specific skills developed in family health nursing; to care for families throughout the life cycle and at different levels of prevention; to lead and collaborate in the field of family health nursing; and to promote positive parenting in families of first-born children.

Methodology: included critical and reflective analysis of skills developed in clinical and research activities. A case study was developed based on the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF) and an intervention project, supported by the project methodology, with a quantitative, descriptive and cross-sectional study, in addition to a Scoping Review.

Results: the internships allowed a continuous learning process, integrating practice, theory and scientific evidence. The characterization of families of first-born children, using the MDAIF as a reference, facilitated the family nursing process oriented towards their specificities, promoting better decisions in the promotion, maintenance or reestablishment of the family system.

Conclusion: during the internships, I developed critical thinking, reflective practice and a research project, with dissemination of results, promoting best practices and adaptation to new contexts. The nursing care process focused on the training of the family system, in addition to the management and mobilization of resources whenever necessary, were fundamental for the development of nursing skills specialized in family health. The research allowed a practice directed to the specificities of families of first-born children, favoring the promotion of positive parenting.

Key words: Newborn; Parenting; Family Nursing; Primary Health Care

Índice

Introdução.....	9
Capítulo I – Atividades Clínicas	11
1. Caraterização dos contextos clínicos.....	11
1.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	12
1.2. Unidade de Saúde Familiar	14
2. Processo de cuidados de enfermagem centrados na unidade familiar	17
3. Liderança e colaboração no âmbito da enfermagem de saúde familiar.....	22
Capítulo II – Atividade de Investigação	27
1. Enquadramento e justificação do problema.....	28
2. Procedimentos Metodológicos	34
3. Apresentação e discussão dos resultados.....	39
3.1. Caraterização socio demográfica da amostra	41
3.2. Caraterização das famílias de primogénitos	42
3.3. Diagnósticos de enfermagem	51
3.4. Estratégias e intervenções	51
3.5. Ganhos em saúde obtidos	54
4. Implicações para a prática em Enfermagem de Saúde Familiar	59
Conclusão	65
Referências Bibliográficas	68

Índice de Figuras

Figura 1 - Distribuição por grupos etários e pirâmide etária dos utentes inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	14
Figura 2 - Distribuição das inscrições nos Cuidados Saúde Primários – Unidade Saúde Familiar	15

Introdução

Este relatório, elaborado no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar, reflete o desenvolvimento de competências clínicas para prestar cuidados especializados a famílias em situações complexas, em parceria com a família, a equipa interprofissional e interdisciplinar. A prática clínica foi fundamentada em quadros de referência de enfermagem centrados na unidade família, visando garantir a qualidade e continuidade dos cuidados, enquanto a pesquisa de evidências científicas e a investigação foram essenciais para melhorar as práticas clínicas na área de enfermagem de saúde familiar. Tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (2021), o relatório de estágio é um documento que descreve e reflete criticamente as atividades desenvolvidas, evidenciando todo o processo de aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), as específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e simultaneamente, as competências para obtenção do grau de mestre, conforme os descritores de Dublin (Direção –Geral do Ensino Superior, 2011).

Os estágios decorreram em Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES) distintos, e em duas unidades de cuidados de saúde de modelos organizacionais diferentes. Na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), foram prestados cuidados a famílias ao longo do ciclo de vida familiar, em cooperação multidisciplinar e interdisciplinar, e desenvolvido um estudo de caso a um sistema familiar em situação complexa. Na Unidade de Saúde Familiar (USF) para além da prestação de cuidados centrados na unidade família, foi desenvolvido um projeto de investigação em enfermagem de saúde familiar.

Como objetivo geral pretendeu desenvolver-se competências de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem de saúde familiar e como específicos: cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar e contribuir para a promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos, dos 0 aos 6 meses.

O relatório está estruturado em dois volumes: o primeiro aborda as atividades clínicas e de investigação; o segundo inclui anexos e apêndices. O conteúdo foi organizado em dois capítulos: o primeiro descreve o percurso de aprendizagem nos contextos clínicos, destacando o desenvolvimento de competências no cuidado à família; o segundo foca-se na atividade de investigação, incluindo enquadramento teórico e justificação do problema, metodologia e resultados. A formatação segue o Manual para Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior Enfermagem Lisboa (2023) e as normas da APA (7ª edição).

Capítulo I – Atividades Clínicas

Neste capítulo, são abordados os dois contextos clínicos que moldaram a aprendizagem e a prática da enfermagem em saúde familiar (ESF). Estas experiências, provenientes de diferentes modelos organizacionais e comunidades, enriqueceram a prática clínica. Seguidamente, descrevem-se e analisam-se as atividades clínicas desenvolvidas, que fundamentaram e sustentaram a prestação de cuidados de enfermagem centrados na unidade familiar em todas as fases do ciclo de vida e em vários níveis de prevenção, destacando um estudo de caso de um sistema familiar em situação complexa. Identifico que a caracterização de ambos os contextos clínicos foi uma atividade que maximizou a praxis dos cuidados de ESF, permitiu englobar a realidade e as especificidades das Unidades de Saúde (US), inseridas nas particularidades de cada uma das suas comunidades. Foi um contributo para a integração na equipa de profissionais e funcionou como linha orientadora na estruturação das aprendizagens para aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EESF, nomeadamente: “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19357-19358). E, em simultâneo, para o desenvolvimento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (CCEE) (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

1. Caracterização dos contextos clínicos

Com o decreto-lei n.º 102/2023, a partir de 1 de janeiro de 2024 a estrutura organizacional dos ACES foi substituída por Unidades Locais de Saúde (ULS) que passaram a integrar as unidades de saúde hospitalares e de cuidados de saúde primários (CSP), promovendo uma visão mais ampla da saúde, que inclui parcerias com instituições locais, construindo uma comunidade mais sustentável. As UCSP e as USF, como unidades de saúde da ULS, continuarão a ser essenciais na prestação de cuidados às famílias com equipas multiprofissionais que garantem acessibilidade e continuidade dos serviços de saúde. A USF é formada por grupos que se auto propõem, responsabilizando-se pelo cumprimento de um plano de ação, com uma carteira de serviços definida e contratualizada, tendo em vista o reforço da eficácia, da eficiência e da acessibilidade dos cidadãos, associado a um regime de incentivos financeiros a toda a equipa

multiprofissional. A UCSP tem estrutura idêntica à da USF, com os mesmos objetivos assistenciais, e é formada por profissionais que não integraram USF. Estes profissionais asseguram os cuidados aos utentes das listas com médico e enfermeiro de família atribuídos, geralmente completas, mas também prestam cuidados aos utentes que não têm médico e enfermeiro atribuído.

Conhecer a atual estrutura organizacional dos serviços de saúde e caracterizar as US e as comunidades, foram atividades facilitadoras para “avaliar o complexo estado de reciprocidade entre os indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente” e “promover a colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família”, contribuindo para o desenvolvimento das duas competências específicas do EEECAESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19357-19358).

1.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

A UCSP, integrava um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) que abrangia uma área geográfica de 6 concelhos, com uma área territorial de 1029,54 km². No concelho onde se inseria a UCSP, conforme os dados preliminares dos censos de 2021 (Instituto Nacional de Estatística, 2022), residiam 20 781 habitantes, com uma densidade populacional de 435,9 habitantes/km².

Considerando as políticas de saúde, em que o acesso à saúde é um direito determinante da qualidade de vida dos cidadãos, a autarquia local alinhada pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especificamente, o ODS 10 “Reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países” e o ODS 11 “Cidades e comunidades sustentáveis”, implementava um plano de incentivos à fixação de Médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), de modo a dar resposta à carência de recursos humanos nas unidades de saúde da área de abrangência, e programas de ação social como resposta aos cidadãos em situação de vulnerabilidade por influência dos determinantes de saúde e sociais.

A UCSP iniciou atividade em 2007, era constituída por uma equipa multidisciplinar de: 7 médicos, com especialidade em MGF; 5 enfermeiros, dos quais 3 com especialidade e 3 secretários clínicos, com a missão de prestar cuidados de saúde personalizados em todas as etapas do ciclo de vida, assegurando a acessibilidade e qualidade. Visava a excelência dos cuidados de saúde prestados, adequado às características da população,

promovendo a proximidade, assim como a satisfação dos utentes e dos profissionais. Regiam-se pelos valores: motivação, acessibilidade, formação, respeito, autonomia, literacia, empatia, solidariedade, tolerância e excelência (SNS,2023).

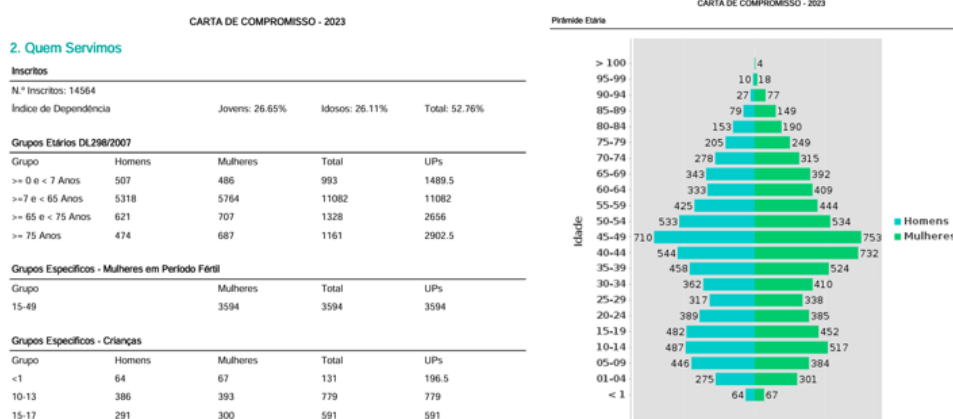
O edifício de piso térreo, facilitava a acessibilidade e incentivava a dinâmica do trabalho em equipa. Integrava uma USF, que se encontrava em fase desmantelamento devido à carência de profissionais de MGF e a respetiva UCSP a experienciar processos de reforma, pelo que o número de profissionais também era reduzido. Englobava ainda, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e uma Unidade de Cuidados Continuados (UCC), da qual fazia parte uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Na acessibilidade funcional o horário era das 08:00h às 18:00h de 2ª a 6ª feira. Para situações de doença aguda tinham como resposta o Serviço de Atendimento Complementar (SAC), que funciona 24h por dia, nos 7 dias da semana; sendo assegurado por profissionais de uma Instituição Particular de Solidariedade Social.

O método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem era a distribuição por programas de saúde, nomeadamente cuidados continuados, tratamentos de feridas e programa de vacinação. Os programas de vigilância (Saúde Infantil e Juvenil, Saúde da Mulher, Saúde de Adulto, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Rastreios Oncológicos), realizados em contexto de consultas de enfermagem, eram preferencialmente assegurados pela respetiva micro equipas de família. As consultas aos utentes sem equipa de família atribuída eram distribuídas de forma equitativa pelas micro equipas existentes dentro do horário de funcionamento da USCP.

Os utentes inscritos na UCSP, conforme a Figura 1, correspondiam a 16934, dos quais 7661 eram homens e 8404 mulheres. Maioritariamente tratava-se de uma população adulta (65,5%), considerando a faixa etária dos 15 aos 64 anos, constituída por 4553 homens e 4981 mulheres. A população inscrita apresentava um índice de dependência de 52,76%, que correspondia a 26,65% para os jovens e os restantes 26,11% para os idosos. A população idosa (≥ 65 anos) eram 2489 utentes (17,9%) do total de inscritos, sendo 1394 mulheres e 1095 homens, ligeiramente menor comparando com o total da população idosa portuguesa (24,1%) (Pordata, 2024).

Figura 1 - Distribuição por Grupos Etários e Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados



Fonte: Carta de compromisso de 2023 - UCSP – ACES - ARS Lisboa e Vale do Tejo

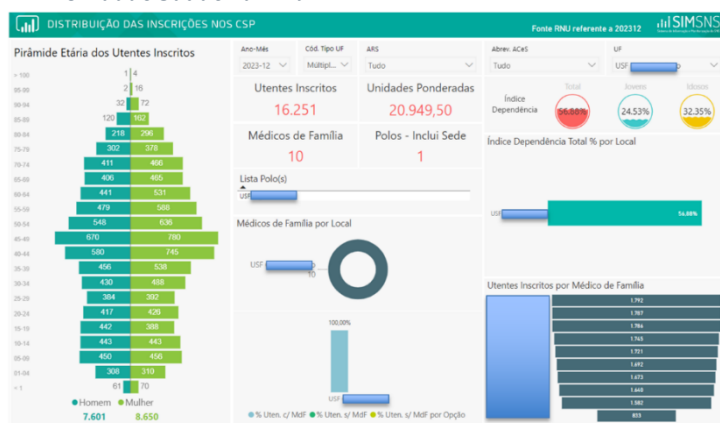
O Índice de Desempenho Global (IDG) estabelecido como objetivo para dezembro de 2023 era de 88,35%, encontrando-se em maio de 2023 em 26,70% (Anexo I).

1.2. Unidade de Saúde Familiar

A USF, anteriormente parte do ACES Estuário do Tejo (ACES ET), integrava recentemente a Unidade Local de Saúde Estuário Tejo (ULS ET) que abrangia uma área geográfica de 5 concelhos: Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira (VFX), totalizando uma área territorial de 1482,7 km². Com base nos censos de 2021 (INE, 2022), a região tinha 247.115 habitantes, resultando numa densidade populacional de 432 habitantes/km². No concelho residiam 137529 pessoas, organizadas em 55696 agregados familiares, das quais 48% homens e 52% mulheres. O ACES ET (DGS, 2023) apresentava 234572 utentes inscritos, com predominância da população feminina e do grupo etário dos 45 aos 49 anos. A pirâmide etária de base estreita, com maior concentração de utentes na faixa etária entre os 45 e os 49 anos, correspondendo a adultos de meia-idade. Este perfil demográfico reforça a tendência para o envelhecimento populacional e o saldo demográfico negativo em Portugal (Pordata, 2022). O Índice de dependência era de 54,43%, sendo 22,38% para jovens e 32,05% para idosos, traduzindo que mais de metade da população dependia de terceiros ou de recursos comunitários, caracterizando uma comunidade com necessidades acrescidas de cuidados de saúde. A USF, localizada no concelho de Vila Franca de Xira (CVFX), era

limitada a norte pelos municípios de Alenquer e Azambuja, a leste por Benavente, a sul pelo estuário do Tejo, sudoeste por Loures e a noroeste por Arruda dos Vinhos, totalizando uma área territorial de 23,92 km². O concelho tinha 36465 pessoas, sendo 48% homens e 52% mulheres, organizados em 15056 agregados familiares, e com uma densidade populacional de 1524 habitantes/ km² (INE, 2022). Em dezembro de 2023, estavam inscritos na USF 16251 utentes, distribuídos pelos seguintes grupos etários: com idade inferior a 1 ano 131 utentes (0,8%); do grupo dos 1 aos 15 anos 3240 utentes (19,94%); entre os 20 e 54 anos 7490 utentes (46,09%); dos 55 aos 64 anos 2039 utentes (12,55%); dos 65 aos 74 anos 1748 utentes (10,76%) e 1603 (9,86%) com idade igual ou superior a 75 anos. No que diz respeito ao indicador do nível de dependência, 56,88% dos utentes eram dependentes, sendo que 24,53% para jovens e 32,35% para idosos (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição das Inscrições nos Cuidados Saúde Primários – Unidade Saúde Familiar



Fonte: Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários 2023

Durante o estágio, esta USF estava em processo de auditoria pela Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento (ERA), com o objetivo de transitar para o modelo B. Em outubro de 2023, a USF recebeu o parecer positivo da ERA para se constituir como modelo B. Paralelamente e para regulamentar o novo procedimento de candidatura à constituição das USF modelo B, foi aprovada a portaria n.º 454-A (Saúde, 2023), onde agilizou os processos de transição para este modelo, definindo que as USF devem atingir um IDG de pelo menos 60% para efetuar a mudança. Esta medida visou aumentar o número de USF em modelo B e extinguir o modelo A, com efeito a partir de 1 de janeiro de 2024.

A equipa da USF exercia a sua atividade num edifício de três pisos, ocupando um dos pisos, partilhava o edifício com outras US, respetivamente: uma USF e uma UCSP, a URAP, a Direção Executiva do ACES ET, a Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e o Gabinete do Cidadão (GC). A partir de janeiro 2024, os últimos três órgãos enumerados encontravam-se em processo de transição para as novas instalações, integrando-se na sede da ULS ET, instalações do Hospital de referência. Para garantir a acessibilidade, o edifício dispõe de dois elevadores e oferece horários alargados de funcionamento, das 08:00 às 20:00, de 2ª a 6ª feira. Para situações de doença aguda e atendimento aos utentes sem médico de família atribuído, estava disponível um Serviço de Atendimento Complementar, que funcionava de 2ª a 6ª feira das 20:00 às 22:00 e aos fins de semana e feriados das 09:00 às 13:00. Este serviço era assegurado por profissionais de saúde de todas as US do CVFX, garantindo assim um suporte contínuo de saúde à comunidade.

A USF iniciou atividade a 18 de julho de 2019, composta por uma equipa multiprofissional, com 10 profissionais médicos (2 médicas ausentes por licença de maternidade), 9 enfermeiros (1 ausente por licença maternidade) e 6 secretários clínicos. A prestação de cuidados de saúde era estruturada e organizada em micro equipas de família, garantindo o trabalho integrado de equipa, a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade nos cuidados. Tal como, a Ordem dos Enfermeiros (2023) preconiza, a USF regia-se pelo “modelo integrado” de cuidados de proximidade, centrados no sistema familiar, em contexto comunitário, através da aplicação do método de organização de cuidados de enfermagem por Enfermeiro de Família.

Com base no despacho n.º 12456-B (Ministério da Saúde, 2023), em que determina a carteira básica e os princípios da carteira adicional de serviços, a USF tinha o compromisso assistencial nuclear (carteira básica de serviços): na vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas etapas do ciclo de vida familiar (Saúde do Adulto, Saúde Mulher, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil e Saúde do Idoso), cuidados em situação de doença aguda, acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla, cuidados em contexto domiciliário, consulta de enfermagem, vacinação e tratamentos.

A USF disponibilizava um médico para realização de consulta de cessação tabágica e uma enfermeira na Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, ambos em regime de horas extras. Colaborava e interligava-se em rede com todas as unidades de

saúde englobadas na ULS ET, instituições/serviços da comunidade, ou seja, aos diferentes níveis de diferenciação, intervindo como “gestora do processo de saúde” individual, familiar e comunitário em CSP. Como suporte de informação partilhavam informaticamente várias plataformas, tais como: SClínico® (sistema de registo e documentação) e o MIMUF@ (módulo de informação e monitorização das unidades funcionais), salvaguardando a devida proteção de dados e respetivo sigilo profissional.

De acordo com o Bilhete de Identidade dos CSP (BI-CSP), em dezembro de 2023 a USF tinha um Índice de Desempenho Global (IDG) de 84,00%, dos 128 indicadores contratualizados, superior ao IDG em 2022 com 77,40% (Anexo II).

2. Processo de cuidados de enfermagem centrados na unidade familiar

Após a contextualização e caracterização dos contextos comunitários e das unidades de saúde, por forma a conhecer as diferentes realidades e respetivas necessidades de saúde, através de um olhar mais amplo, adveio a atividade clínica dirigida, especificamente, ao processo saúde-doença do sistema familiar nas diferentes etapas do ciclo vital familiar (CVF), intervindo na promoção, prevenção, manutenção, tratamento e reabilitação do sistema familiar e de cada um dos seus membros.

As transformações sociodemográficas, na sociedade portuguesa, têm influenciado a estrutura e a organização familiar, conduzindo a novas dinâmicas familiares e necessidades de saúde. A inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem coloca novos desafios, exigindo a especialização na área de saúde familiar, para compreender a complexidade das dinâmicas familiares. A saúde familiar é vista como “um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar” Hanson (2005, p.7). A complexidade e imprevisibilidade das situações familiares exigem uma abordagem que não se resuma a uma ideia simplificadora, mas que reconheça as múltiplas variáveis e conexões que influenciam a saúde e o bem-estar familiar. A prática do EEESF envolveu uma combinação de evidência científica e a consideração da vontade da família, sustentado em conceitos, teorias de enfermagem e numa responsabilidade profissional ética e legal, na identificação, intervenção e avaliação em situações, previsíveis e/ou imprevisíveis, que ameaçam o sistema familiar ao longo do ciclo vital.

A avaliação familiar foi baseada numa abordagem lógica e sistémica, denominada por processo de enfermagem, envolvendo a recolha e análise dos dados colhidos, diagnósticos de enfermagem, planeamento, intervenções e a avaliação de resultados.

. Esta prestação de cuidados personalizados desenvolveu-se em diferentes *settings*: ambiente de consulta de enfermagem na US e em ambiente doméstico, recorrendo à estratégia de visitas domiciliárias. A atividade clínica em ambiente doméstico, onde a família reside, foi um local privilegiado que contribuiu para um conhecimento mais aprofundado sobre a estrutura, o desenvolvimento e funcionamento familiar, facilitando a avaliação e intervenção sobre os determinantes de saúde (DS) e sociais de saúde (DSS). Ao mesmo tempo, facilitou o acesso aos serviços de saúde, diversificou o “leque” de intervenções e fortaleceu o vínculo e a humanização no cuidado às famílias, nas diferentes comunidades.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018, pg. 19357), compete ao Enfermeiro Especialista de Enfermagem Saúde Familiar (EEESF) “avaliar o complexo estado de reciprocidade entre indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente”, considerando os DS e os DSS. Estes determinantes como os fatores biológicos, culturais, socioeconómicos e ambientais interferem e influenciam o processo de saúde-doença de um indivíduo, família, grupo e comunidade, podendo traduzir-se em desvantagens e/ou vulnerabilidades, aumentando o risco no processo saúde-doença familiar. Cruz & Bourget (2010; p. 609), referem que as visitas domiciliárias “se destacam como intervenção capaz de promover ações preventivas, curativas, de promoção e de reabilitação dos indivíduos em seu contexto familiar por permitir uma maior proximidade dos profissionais com a realidade de vida e dinâmica das famílias”, pelo que a escolha do ambiente doméstico foi um contexto muito válido no cuidado às famílias, permitiu criar um ambiente seguro e favorável à relação terapêutica eficaz e uma avaliação familiar mais enriquecedora e objetiva, contribuindo para o desenvolvimento da unidade de competência “colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, pg. 19357).

Os cuidados no ambiente doméstico, devido à sua complexidade e imprevisibilidade, exigem do EEESF um conjunto diversificado de competências para promover ambientes saudáveis e “monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19357).

Atualmente, é responsabilidade do ESF prestar cuidados “globais a um grupo limitado de famílias, numa área geodemográfica definida, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 17385).

Durante os estágios nas US, a prestação de cuidados de enfermagem a várias famílias e em diferentes *settings*, contribuiu para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESF. Durante a realização do estudo de caso (Apêndice I), no estágio em UCSP, a uma família em situação complexa em contexto de sala de tratamento e após o consentimento informado e esclarecido com a pessoa índice, foi negociado e validado a possibilidade da prestação de cuidados em ambiente domiciliário, por forma a facilitar a avaliação familiar, uma maior proximidade, e a relação terapêutica. Foram desta forma garantidos os princípios éticos do anonimato e confidencialidade, segundo a Declaração de Helsínquia (*World Medical Association, 2013*), e em conformidade com o domínio da “responsabilidade profissional, ética e legal” das CCEE (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745). Foram adquiridas aprendizagens quanto aos processos de múltiplas transições no ciclo vital familiar, incluindo de desenvolvimento, situacionais e de saúde-doença, conforme a teoria de medio alcance de Meleis (1997). A exposição a vários riscos, enfrentando um processo de entropia (Tomey & Alligood, 2004), aumentavam a vulnerabilidade da família, podendo originar descompensação e a desorganização funcional na dinâmica familiar. Este processo de entropia experienciado pelo sistema familiar exigiu uma abordagem baseada na disponibilidade e criatividade para responder às reais necessidades da família, através da aliança terapêutica, estimulando os seus membros na consecução e delineamento dos objetivos e reforçando os pontos fortes familiares, prevendo-se um processo de progressão para a estabilidade e bem-estar familiar, denominado por negentropia (Tomey & Alligood, 2004). Ou seja, desenvolveu-se a competência do EEESF “estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018; p. 19357).

Para a avaliação familiar, utilizou-se o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012), permitiu identificar diagnósticos e intervenções através da elaboração da sua matriz operativa que interliga as etapas do processo de enfermagem. Esta abordagem facilitou o pensamento crítico e a tomada de decisão clínica, explorando as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional do sistema

familiar. A elaboração do genograma permitiu conhecer e compreender a estrutura familiar, as relações e ligações intergeracional, etapa(s) do CVF, o histórico familiar e hereditário, ou seja, permitiu identificar os recursos internos do sistema familiar. O ecomapa permitiu explorar as relações e ligações com o ambiente que a rodeia, retratando os sistemas mais amplos e, permitiu identificar recursos externos. Além dos instrumentos propostos na matriz operativa, foram aplicadas a Escala de Bem-estar Psicológico (EBEP), a Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15) e a Escala de risco Segóvia Dreyer para dar resposta às necessidades específicas da família. Ao identificar os pontos fortes e problemas familiares, procedeu-se à negociação, validação e priorização dos diagnósticos de enfermagem colaborativamente com a família, mobilizando recursos internos e externos disponíveis, numa perspetiva de mudanças cognitivas, afetivas e comportamentais e na procura do melhor bem-estar possível do seu processo de saúde-doença familiar. A utilização deste modelo facilitou a comunicação intraprofissional e intermultidisciplinar, pois integra a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que por sua vez é a adotada pelo sistema informático de registo clínico (Sclínico®) utilizado pelos profissionais e pelos serviços envolvidos na prestação de cuidados de saúde à população inscrita na US.

As intervenções focaram-se em estratégias de educação para a saúde ao nível da promoção, prevenção, manutenção e recuperação, em contexto de consulta de enfermagem, sala de tratamento e em ambiente doméstico. A comunicação eficaz foi assente na construção de uma relação e aliança terapêutica, na utilização de técnicas de intervenção no sistema familiar, nos registos de cuidados no sistema informático Sclínico® e no facultar material de apoio informativo, fundamentais na estratégia da comunicação para a saúde. As técnicas de intervenção no sistema familiar, incluíram abordagens orientadas para as soluções dos problemas, reenquadramento positivo, planeamento de rituais terapêuticos, metáforas, escuta ativa sobre as diferentes narrativas relatadas por cada um dos seus membros e o reforço positivo/elogio. A estratégia de intervenção em parceria, recorrendo à articulação e mobilização de cuidados entre pares e equipa multidisciplinar, referenciação para equipas de saúde especializadas e/ou recursos da comunidade, foram uma mais-valia na adequação dos recursos necessários para a prestação de cuidados às famílias.

A avaliação dos resultados, de forma contínua permitiu a monitorização dos juízos dos diagnósticos priorizados, reconhecendo mudanças e adaptações nos domínios cognitivo, comportamental e afetivo, que se manifestaram no funcionamento familiar. Foi também evidenciada a importância de uma abordagem sistematizada e centrada na unidade família, sustentada por modelos teóricos e pela perícia clínica, com intervenções personalizadas e baseadas em evidências. Conhecer os DS e os DSS, que influenciavam e interferiam no processo saúde-doença do sistema familiar, foram essenciais para uma prestação de cuidados global e dirigida, contribuindo para a promoção, prevenção, manutenção e reabilitação do sistema familiar e em cada um dos seus membros, maximizando o melhor bem-estar possível do sistema familiar face aos desafios e às transições complexas ao longo do seu ciclo vital. A utilização de modelos teóricos e instrumentos de avaliação específicos facilitaram a identificação de necessidades e a implementação de um plano de cuidados eficaz e dirigido às características singulares do sistema familiar.

Este processo permitiu o desenvolvimento das unidades de competência: “colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”, “monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas”, “desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidencia científica”, “intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família” (...), “facilita a resposta da família em transição complexa” (...), “envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar” e “formaliza a monitorização e a avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19357-19358). Porém, contribuiu também no desenvolvimento das CCEE no domínio da melhoria contínua da qualidade, especificamente as unidades de competência: “mobiliza conhecimentos e habilidades (...) avalia a qualidade das práticas clínicas (...), planeia programas de melhoria continua”, “garante um ambiente terapêutico e seguro”, mas também geri “cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e adaptei “a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” que demonstram as CCEE no domínio da gestão dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

3. Liderança e colaboração no âmbito da enfermagem de saúde familiar

Este subcapítulo, aborda a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESF, destacando a importância da liderança e colaboração no contexto dos cuidados de enfermagem.

Para prestar cuidados especializados e gerir situações complexas, é fundamental que o EEESF desenvolva um conjunto de competências clínicas que permitam não apenas promover a capacitação da família como um todo e dos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital, mas também gerir, articular e mobilizar os recursos familiares e comunitários como resposta às necessidades de saúde do sistema familiar. Segundo a Ordem dos enfermeiros (2018), o EEESF deve atuar liderando e intervindo em famílias com situações complexas, utilizando práticas baseadas nas melhores evidências e que permitam reconhecer e mobilizar recursos, sejam internos e ou externos.

O papel do enfermeiro especialista inclui várias dimensões, como “educação dos clientes e pares, orientação, aconselhamento, liderança e incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante e pertinente (...)” por forma a investir na melhoria contínua da prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744). A competência de “liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19358-19359), foi crucial para o desenvolvimento profissional contínuo em ESF.

Um exemplo prático de liderança e colaboração foi a participação no programa de acompanhamento do Estatuto de Cuidador Informal, em parceria com a autarquia. Esta iniciativa conjunta, com suporte da UCSP através do programa de cuidados continuados e a colaboração da Técnica de Serviço Social (TSS) como representante da autarquia, em contexto domiciliário, envolveu a capacitação e a avaliação dos cuidadores informais para prestar cuidados a familiares dependentes, proporcionou um apoio abrangente aos cuidadores, abordando tanto as necessidades de saúde quanto os direitos e benefícios sociais. Neste acompanhamento às famílias valorizei o impacto do papel EEESF, atuando como “parceiro na gestão, na promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia”, “elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade” e “mediador na definição das políticas de saúde dirigidas à família” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 17385). Esta atividade permitiu refletir sobre o

contributo da ESF, para além de adquirir conhecimento no “desenvolvimento de legislação e políticas de saúde relacionadas com a saúde e direitos da família”, participei no “planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar” e geri “a continuidade de cuidados de saúde com outras unidades funcionais ou instituições, sempre com a permissão da família” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19358-19359). Em simultâneo, desenvolvi uma “(...) prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e garanti “(...) práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745).

Reportando ao estudo de caso, o conhecimento sobre os recursos comunitários, no que concerne ao apoio demonstrado pela autarquia, face à escassez de recursos humanos na US e os diferentes programas de ação social para minimizar desigualdades, foram uma mais valia, quer para o reconhecimento dos profissionais da UCSP sobre a preocupação da autarquia local no apoio e ajuda com estratégias para fixar e motivar os profissionais MGF, perspetivando maior segurança e qualidade nos cuidados de saúde; mas também, um recurso comunitário a mobilizar na prestação de cuidados de enfermagem às famílias que se encontram expostas à influencia e interferência de DS e DSS, aumentando o risco de vulnerabilidade no processo de saúde-doença do sistema familiar. Com o autoconhecimento sobre os recursos comunitários, partilhados e divulgados no seio da equipa de enfermagem através de reuniões informais e na discussão do plano de cuidados da família estudada, fortaleci CCEE nos domínios: da melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A escolha da prática de enfermagem em ambiente doméstico para além do contexto de cuidados em sala de tratamento na US, no estudo de caso, teve como finalidade uma avaliação familiar mais enriquecedora e maximizar a relação de confiança. Esta atividade clínica implicou negociação com o utente/família e com a equipa de saúde da UCSP, exigindo uma gestão dos cuidados e um planeamento na programação da visita domiciliária. Envolveu ainda, a articulação com parceiros comunitários, especificamente com os Bombeiros Voluntários, responsáveis pelo transporte da pessoa índice à US para a prestação de cuidados de enfermagem. Esta estratégia de intervenção implicou

articular, gerir e mobilizar recursos por forma a garantir a qualidade dos cuidados, face à tomada de decisão de cuidados à pessoa índice e sua família em contexto domiciliário. Contribuiu para o desenvolvimento de CCEE, nomeadamente, “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto”, numa perspetiva de “garantia da qualidade dos cuidados prestados” no domínio da gestão de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748).

No acompanhamento das famílias, tendo por base as necessidades identificadas, negociadas e validadas, foi comum a necessidade de gerir, articular e mobilizar os recursos adequados à prestação de cuidados nomeadamente, a articulação e a envolvência da micro equipa (enfermagem e médica), mas também, com outros profissionais de saúde como: a Técnica de serviço social (TSS), psicologia e terapia familiar. Evidenciaram-se outras referências para equipas diferenciadas, como a URAP; serviço de urgência do Hospital de referência; Unidade de Cuidados Continuados (UCC) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), especificamente para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), numa perspetiva de reabilitação e adaptação face a transições acidentais dentro do sistema familiar.

As últimas duas atividades clínicas descritas permitiram dar resposta à unidade de competência “articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família” e “gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19358-19359). Pensando nas CCEE no domínio da gestão dos cuidados foram trabalhadas as competências “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e também, “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4748).

Sendo a comunicação em saúde uma estratégia essencial para melhorar a literacia em saúde e promover o empoderamento das famílias, foi elaborado e divulgado material de apoio informativo no âmbito das consultas de enfermagem nos diferentes programas de vigilância. Salientou-se o programa de saúde infantil e juvenil com a elaboração de material informativo (Apêndice II), discutido e aprovado pelo conselho técnico e em reunião multidisciplinar da USF, sobre a promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos, dos 0 aos 6 meses (Anexo III). Esta atividade clínica, baseada na

evidência científica, considerou algumas das temáticas mais importantes no cuidado às famílias de primogênitos até aos 6 meses de idade, com o objetivo de promover cuidados de saúde impactantes para o bem-estar do sistema familiar recém-formado. Para além de consciencializar as famílias, também sensibilizou os profissionais de saúde para os cuidados antecipatórios, por forma a reduzir fatores stressores, durante um período crítico e de grande complexidade, como é a transição para a parentalidade, principalmente as primeiras oito semanas de vida. Segundo os resultados de um estudo qualitativo de Kläusler-Troxler et al (2014), sobre os pais que experienciam a parentalidade, em contexto de CSP, identificaram as primeiras oito semanas de vida do recém-nascido como um momento de grande vulnerabilidade, em que o subsistema parental necessita de apoio, aconselhamento, de construir confiança e de obter ajuda em concreto com o profissional de saúde.

Estas iniciativas destacaram a importância da comunicação e da partilha de conhecimento no fortalecimento das práticas de saúde familiar, “permitiu criar e sustentar uma visão partilhada da ESF, aos diferentes níveis de prevenção” através da utilização “das tecnologias de informação e comunicação para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre a ESF”, retratando o desenvolvimento da unidade de competência “gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19359).

A plataforma informática - Sclínico® para registo das informações clínicas e intervenções, foi vital para promover a comunicação interdisciplinar e documentar as atividades de enfermagem sobre os cuidados de saúde centrados na família e seus membros individualmente, facilitando e promovendo a continuidade dos cuidados. Como exemplo, a elaboração do genograma e do ecomapa, durante as entrevistas familiares, em contexto de consulta de enfermagem, ajudaram a identificar as necessidades de saúde e a planear cuidados dirigidos às particularidades de cada família cuidada. Os registos no módulo avaliação inicial e processo familiar, permitiram elaborar a apreciação da família quanto à: tipologia da família, composição familiar, a etapa do ciclo de vida familiar (segundo Duvall,1957), elaborar a escala de Graffar para avaliação da posição social e a escala de risco familiar Segovia Dreyer. Quanto ao programa de saúde familiar, sustentado na matriz operativa do MDAIF, permitiu através das intervenções de diagnóstico “avaliar processo familiar”, sinalizar focos de atenção e diagnósticos, bem

como as consequentes intervenções sugeridas, o que possibilitou documentar e explicitar a atividade pelo enfermeiro de família.

Assim, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais procurei “ser facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4749), atuando como formadora oportuna, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções, o desenvolvimento de habilidades em enfermagem de saúde familiar e a continuidade dos cuidados.

A apresentação de resultados do estudo académico em reunião multidisciplinar (Anexo III) e no evento científico “XIV Encontro do Dia Internacional da família: Famílias e mudanças demográficas (Anexo IV), reforçou a importância da aprendizagem contínua e da divulgação de conhecimento. Estas atividades não só promoveram a ESF, mas também contribuíram para o desenvolvimento de competências de mestre, como a comunicação eficaz de resultados, a especialistas e a não especialistas, e a resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos multidisciplinares e alargados (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011). Tratou-se de uma aprendizagem auto-orientada e autónoma marcada pela vontade na divulgação do conhecimento e pelo exercitar de competências para obtenção do grau de mestre.

Em suma, a liderança e a colaboração são fundamentais para o EEESF no desenvolvimento de competências e na prestação de cuidados de saúde familiar. A integração de práticas baseadas em evidências, a gestão eficaz de recursos e a disseminação do conhecimento são essenciais para promover a ESF e o bem-estar das famílias cuidadas. O EEESF deve continuar a aprimorar as suas competências através da educação contínua, da prática reflexiva e da colaboração interprofissional.

Capítulo II – Atividade de Investigação

Assente no princípio da prática reflexiva e na metodologia de trabalho de projeto, foi desenhado um projeto de intervenção em ESF, em contexto do estágio na USF. Este projeto, intitulado “Promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos – Intervenção de enfermagem em saúde familiar”, teve como finalidade identificar problemas e procurar a sua resolução, fundamentada e sustentada na melhor evidência científica. Esta metodologia de projeto implicou uma sequência de etapas: diagnóstico de situação, planeamento, estratégias e meios, implementação, avaliação e divulgação dos resultados, com a respetiva contextualização e enquadramento teórico. Para fundamentar e sustentar este projeto, com a melhor e a mais atual evidencia científica, foi elaborada uma revisão sistemática de literatura – *Scoping Review* para mapear o estado de arte, por forma a dar resposta à questão de investigação “Quais as intervenções do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva nas famílias de primogénitos?” (Apêndice III).

A utilização da investigação e a prática baseada na evidência permitiram apoiar, fundamentar e sustentar a avaliação familiar, os diagnósticos, as intervenções e os cuidados centrados na família. Estes cuidados devem ser assentes em referenciais teóricos de saúde familiar, que reconheça a família como sistema, promovendo o bem-estar e a coesão familiar, bem como, ajudar a família a mobilizar os recursos internos e externos, para que ocorram mudanças cognitivas, comportamentais e afetivas, face às exigências de transições de saúde-doença que ocorram ao longo do ciclo de desenvolvimento familiar. Assim sendo, descrevo o estudo de investigação desenvolvido em contexto da USF, reconhecendo o seu contributo na melhoria da prática de cuidados em ESF, mas também no desenvolvimento das competências comuns e específicas de ESF, bem como na atribuição do grau de mestre.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais das CCEE, adotando o papel de investigadora no decorrer do estágio, contribui para um conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, atuei como formadora oportuna em contexto de trabalho e desenvolvi conhecimento em outras disciplinas, ou seja, exercitei a CCEE “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4749). Esta atividade de investigação

permitiu otimizar o cuidado a famílias de primogênitos e a cada um dos seus membros, dando assim resposta às CEEESCAESF “desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica”, “facilita a resposta da família em situação de transição complexa”, “envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar” e “formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem”, contribuindo para o desenvolvimento da competência específica “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19357-19358). Relativamente à competência específica “liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”, contribui na “promoção de uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais”, recorrendo ao “uso de tecnologias de informação e comunicação, para promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre ESF” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19358-19359). Em relação ao grau de mestre, as atividades de investigação permitiram desenvolver: conhecimentos; capacidades de compreensão e de resolução de problemas; habilidades para liderar e gerir situações complexas, incluindo reflexões sobre o impacto e a responsabilidade ética e social. A atividade de investigação foi impulsionadora de uma atitude proactiva no desenvolvimento de competências de aprendizagem de um modo auto-orientado e autónomo (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

1. Enquadramento e justificação do problema

Como políticas de saúde e a parentalidade, a Convenção dos Direitos da Criança (ONU/UNICEF, 1990), no artigo 27º, estabelece que cabe aos pais e cuidadores garantir, dentro de suas capacidades e condições financeiras, o ambiente necessário para o desenvolvimento adequado da criança. A Organização Mundial da Saúde (2016) lançou o documento “Inspire”, que apresenta estratégias baseadas em evidências para apoiar programas de prevenção voltados à redução da violência contra crianças. Entre as estratégias, destaca-se “Pais, mães e cuidadores recebem apoio”, cujo objetivo é reduzir castigos físicos e criar relações positivas entre pais e filhos, em consonância com o ODS 3 – “Saúde de Qualidade”. O EEESF pode contribuir promovendo práticas parentais positivas em consultas de saúde infantil e juvenil, fortalecendo vínculos saudáveis entre cuidadores e crianças e reduzindo o uso de práticas disciplinadoras prejudiciais (Inspire, 2016).

Este estudo enquadra-se nos “problemas de baixa ou nula magnitude, mas com elevado potencial de risco” (DGS, 2020, p.39), como a manutenção e controle de fatores de risco já monitorizados e a redução de riscos emergentes, especialmente naqueles que interferem com a saúde das famílias de primogénitos, dos 0 aos 6 meses.

A Direção Geral da Saúde (DGS), orienta os profissionais de saúde a valorizar os cuidados antecipatórios como uma estratégia essencial para promover a saúde e prevenir doenças. Isso inclui capacitar pais e cuidadores com conhecimentos que favoreçam o exercício da parentalidade e a proteção dos direitos da criança, especialmente diante de novos desafios de saúde (Direção Geral da Saúde, 2013).

Adicionalmente, no Relatório de Atividades de 2023 da USF (RAUF, 2023), identificou-se a "baixa taxa de cobertura das consultas médicas e de enfermagem em Saúde Infantil e Juvenil" como um dos principais problemas da USF. Como resposta, foi estabelecido como objetivo de 2023: "melhorar a taxa de consultas de crianças e jovens e as taxas de vacinação, conforme o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ)". Para alcançar este objetivo, foi traçado um Plano de Acompanhamento Interno (PAI), focado no seguimento das crianças e jovens. O indicador "2013.302.01 FL: Índice de acompanhamento adequado SIJ no 1º ano" foi integrado neste ciclo de melhoria. A investigação sobre a "promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses de idade" foi, portanto, relevante para alcançar estes objetivos traçados pela USF.

A estrutura da família tem sido influenciada por mudanças sociais, conduzindo ao aparecimento de novas configurações, esbatendo a referência da família nuclear. Segundo o modelo de Dahlgren e Whitehead (Gunning-Schepers, 1999), conforme citado por Buss & Filho, (2007), a sociedade, como um dos macrodeterminantes sociais de saúde, pode induzir fatores stressores que afetam a funcionalidade familiar, especialmente durante a transição para a parentalidade em famílias de primogénitos.

Esta transição normativa implica uma reorganização de papéis e tarefas, potenciando momentos de vulnerabilidade e instabilidade, como explicado pela teoria das transições de Meleis (2007). Estas mudanças exigem que a família adote novos conhecimentos e comportamentos para redefinir as suas dinâmicas internas e sociais. Carter e McGoldrick (1989) classificaram as transições do ciclo vital familiar (CVF) em seis estágios de desenvolvimento, sendo que a promoção da parentalidade positiva em

famílias de primogênitos, dos 0 aos 6 meses, enquadra-se no terceiro estágio - famílias com filhos pequenos. Esta mudança, que envolve a aceitação de novos membros no subsistema conjugal, implica uma transição na díade estável para uma tríade (pai, mãe e filho) exigindo um novo equilíbrio. Como refere Martins (2018, p.9), essa mudança é uma "primeira grande remodelação da família (...)", onde o casal precisa "(...) solidificar a sua relação e (...) desenvolver os papéis de pai e mãe." Havendo "um risco (...) de desinvestimento na conjugalidade em função dos novos papéis parentais (Solomon, 1973)". A forma como o casal se adapta pode ter repercussões na saúde e bem-estar do recém-nascido, do casal e da família (Hanson, 2005).

Para que a transição ocorra de forma saudável, o EEESF atua como facilitador na adaptação às mudanças, ajudando a reorganizar as funções do subsistema conjugal, promovendo a colaboração em tarefas domésticas, educacionais, financeiras e apoiando no realinhamento das relações com a família extensa, envolvendo os papéis dos subsistemas parental e avós. O processo de transição para a parentalidade pode ser influenciado por fatores pessoais, como crenças culturais e status socioeconómico, preparação e conhecimento, recursos comunitários e sociais (Meleis, 2010). Assim, é importante "uma avaliação inicial de qualidade, que seja fonte de informação relevante e necessária para a futura intervenção de enfermagem" (Matias, 2022, p. 44).

O nascimento de um filho, especialmente o primeiro, é um evento marcante que exige uma adaptação significativa na vida dos pais. Segundo a CIPE® (2019), a parentalidade implica a criação de um ambiente que favoreça o crescimento e desenvolvimento da criança, respondendo às expectativas sociais sobre os comportamentos parentais, exigindo por isso reajustes para alcançar equilíbrio e harmonia durante a transição (Hanson, 2005). Esta fase envolve uma tríade de papéis, em que o recém-nascido é o novo membro do sistema familiar, e a parentalidade é moldada por exigências culturais e sociais (Silva & Carneiro, 2014). Ser pai e ser mãe implica desenvolver uma identidade parental baseada em ações e padrões de interação que integra o conhecimento e aptidão para promover reciprocidade e ajudando na construção da identidade parental e no desenvolvimento saudável da criança (Figueiredo, 2012). Silva & Carneiro (2014) destacam que no pós-parto as mães vivenciam uma ambivalência de sentimentos, entre a alegria, cansaço físico e emocional, enquanto os pais, frequentemente, sentem o seu papel como secundário, o que pode afetar a

satisfação conjugal e o desenvolvimento do recém-nascido. Nesse contexto, é fundamental desenvolver estratégias que promovam um ambiente familiar positivo e o papel ativo e integrado do pai.

Os autores, Lopes et al. (2010, p. 111), definem a parentalidade positiva como "um processo que utiliza competências construtivas e atitudes para ajudar, apoiar, encorajar e afirmar o desenvolvimento da criança", portanto o foco do EF deve incidir no fortalecimento do desenvolvimento infantil, mas também baseado numa abordagem positiva através do uso das potencialidades dos pais e da família, considerando os pontos fortes e diferenças no sistema familiar. Como tal, a "capacitação dos pais; comportamento, desenvolvimento e estímulo da criança; interação positiva entre pais e filhos; segurança e saúde infantil; disciplina positiva; e construção de capital social", segundo os mesmos autores (Lopes et al. 2010, p.111), são áreas de atenção essenciais para a prática do EF na promoção de uma parentalidade positiva. Este estudo, considera ainda, as intervenções do EF em ambiente doméstico e os programas educativos em família, como estratégias eficazes no apoio aos pais. Estas evidências reforçam a necessidade de investimento em estratégias de intervenção que promovam a parentalidade positiva, explorando as capacidades das famílias para alcançar melhores resultados no desenvolvimento infantil.

A autoeficácia dos pais, definida pela percepção da eficiência e habilidade para o exercício do papel parental, baseia-se em crenças sobre as próprias capacidades (CIPE®, 2019), que lhes permitem facultar suporte social, cultural e emocional, promovendo o desenvolvimento eficaz dos filhos (Silva, 2021, citando Raj & Appu, 2021). Uma maior autoeficácia parental está associada a menores níveis de *stress*, contribuindo para o equilíbrio e bem-estar familiar (Morelli et al., 2020, citado por Silva, 2021). Segundo Bandura (1977), a autoeficácia refere-se a um processo operativo na relação entre as expectativas de eficácia e a ação, ou seja, é a crença na capacidade de executar as ações necessárias para alcançar objetivos específicos, implica tomada de decisões adequadas, execução das ações, funcionando como uma fonte de resiliência em situações adversas. Silva (2021), citando Grusec et al. (1994), acrescentam que ela é influenciada pelas experiências na infância dos pais, pela qualidade da interação com os filhos e pelo contexto cultural. Resulta da combinação das características das crianças, da qualidade

da relação pais-filhos e das condições ecológicas, como idade, escolaridade e situação socioeconômica (Jones & Prinz, 2005, citado por Silva, 2021).

O modelo organizativo de enfermeiro de família é essencial para promover a saúde e garantir cuidados globais, integrados e de proximidade ao longo do ciclo de vida, baseadas numa relação de parceria, ajuda e confiança. A prática de cuidados às famílias em situações complexas, como é o caso da transição da parentalidade, requer uma avaliação diagnóstica e a monitorização periódica das condições da família, alvo dos cuidados. O objetivo é prever e detetar possíveis complicações, realizar intervenções antecipatórias e garantir cuidados eficientes e dirigidos ao sistema familiar. Figueiredo (2012, p. 69) destaca que a principal finalidade dos cuidados de enfermagem é a “capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde”. Assim, cabe ao EEESF capacitar a família, promovendo a sua autonomia e proatividade em relação à saúde, tendo o ESF o papel de facilitador. A intervenção deve considerar os DS e DSS específicos e identificar e mobilizar os recursos necessários para promover um desenvolvimento infantil saudável, e apoiar os pais no cuidado parental e conjugal, maximizando o bem-estar do sistema familiar como um todo. Salienta-se também a importância de continuar a investir em fatores protetores, como a acessibilidade e qualidade dos cuidados de vigilância em saúde infantil, especialmente nos CSP. O objetivo final é capacitar os pais para exercer uma parentalidade competente, mesmo perante os desafios e as adversidades. Silva & Carneiro (2014), reforçam que os enfermeiros possuem competências técnicas, científicas, comunicacionais e relacionais para interpretar as necessidades do subsistema conjugal e parental, oferecendo apoio emocional e psicológico de forma sensível e empática em todo o processo de adaptação. A relação deve ser assente na empatia e as intervenções devem ser direcionada às necessidades emocionais e físicas de ambos os pais, respeitando as suas individualidades e promovendo uma comunicação eficaz entre os membros da família.

De forma a garantir que o papel paterno não seja colocado em segundo plano, é necessário enquadrar as intervenções num paradigma mais amplo, que inclua o papel paterno de forma ativa, reconhecendo a sua importância na adaptação à parentalidade e nos cuidados à criança. As intervenções devem então promover a autoestima dos pais,

respeitando as suas crenças culturais, incentivar interações entre pais e filhos, e apoiar o desenvolvimento de habilidades parentais (Wright & Leahey, 2012).

O MDAIF de Figueiredo (2012), sustentado em teorias de ciências sociais, terapia familiar e enfermagem, integra elementos de modelos reconhecidos como o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, o Modelo de Avaliação Familiar de Friedman, e o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (Wright & Leahey, 2008), cujo a unidade de cuidados é centrada na família. Este modelo proporciona uma abordagem sistemática e colaborativa face às transições que os indivíduos e as famílias enfrentam ao longo da vida, desde a concepção à morte, abordando tanto a saúde como a doença. Sousa (2012), citado por Figueiredo (2012), destaca que o MDAIF não mapeia apenas as transições, analisa também como as dinâmicas familiares podem ser potenciadoras ou inibidoras de respostas salutogénicas. É um referencial teórico e operativo que facilita a integração das etapas do processo de enfermagem e promove a excelência da prática de enfermagem em saúde familiar, particularmente em contexto de CSP. Visa capacitar as famílias para responder às suas próprias necessidades de saúde e desenvolvimento, contribuindo para a qualidade dos cuidados de enfermagem. A avaliação familiar envolve três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. A dimensão estrutural aborda a tipologia e composição da família, as suas interações e o contexto ambiental. A dimensão de desenvolvimento permite compreender os fenômenos associados ao crescimento familiar, enquanto a funcional avalia os padrões de interação que sustentam as funções e tarefas familiares (Figueiredo, 2012). Cada uma destas dimensões é abordada com o auxílio de instrumentos específicos que, articuladamente, permitem a definição de diagnósticos familiares, o planeamento de intervenções e a avaliação dos resultados. A elaboração desses instrumentos permite que o enfermeiro avalie as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais da família, promovendo intervenções direcionadas à resolução de problemas e melhoria das condições de saúde.

De acordo com o estudo de Pinto et al. (2024), o MDAIF influencia positivamente a prática, a investigação e a formação em enfermagem de saúde familiar (ESF). A integração do MDAIF na prática de ESF tem apresentado resultados significativos na qualidade dos cuidados prestados e na promoção de uma prática de enfermagem mais eficaz e especializada (Pinto et al, 2024). O modelo contribui para a formação de enfermeiros mais

capacitados, capazes de adotar uma abordagem holística, integrando as necessidades da família e dos indivíduos, no contexto dos CSP.

Neste enquadramento, propus-me a realizar um estudo de investigação sobre as famílias que experienciam pela primeira vez a transição normativa da parentalidade, dos 0 aos 6 meses, consciente dos desafios pessoais e profissionais, tanto pela inexperiência como investigadora quanto pela vontade de aprofundar conhecimentos na área de saúde familiar.

2. Procedimentos Metodológicos

A investigação, segundo Fortin (2009, p. 15), é “um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real” (..), “um método” (...) “de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistematizada de encontrar respostas para questões (...), conduzida pelo uso de métodos e técnicas que permitem a conceptualização e a compreensão do fenómeno em causa.”

Este projeto iniciou-se com a realização de uma *Scoping Review*, (Apêndice III), de modo a responder à questão de investigação: “Quais as intervenções do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva nas famílias de primogénitos?” A revisão do estado da arte, incluiu três estudos internacionais e um estudo em Portugal, três destacaram a importância do cuidado centrado na família, fundamentado por referenciais teóricos de enfermagem, onde exploram e compreendem as interações sistémicas das famílias, identificando recursos internos e externos. O quarto artigo abordava a importância da educação para a saúde na perspetiva dos pais.

Os estudos evidenciaram abordagens e intervenções eficazes para famílias de primeira viagem, sublinhando a perceção dos pais como um indicador de qualidade em relação à eficácia das intervenções. Um dos estudos identificou as primeiras 12 semanas de vida do recém-nascido como período crítico, evidenciando as oito primeiras como gerador de grande instabilidade no subsistema conjugal. Este período exige a participação de todos os membros da família, numa dinâmica de entreaajuda, de partilha de tarefas e emoções e mobilização de recursos, para adequar respostas às necessidades do sistema familiar. Destacou ainda, a importância da acessibilidade, gratuita e regular, às consultas de enfermagem presenciais ou por telefone, e salientaram o providenciar material informativo como intervenções fundamentais durante o crescimento do novo

sistema familiar. Os programas de intervenção comunitária que oferecem apoio e aconselhamento a grupos vulneráveis, como grávidas e pais de recém-nascidos, são apontados como eficazes. A visita domiciliária é identificada como um contexto enriquecedor para a prestação de cuidados de enfermagem a famílias com primogénitos, resultando em intervenções mais eficazes e com impactos positivos em saúde a curto e longo prazo. A síntese das intervenções identificadas no corpus de análise da *scoping review* pode ser consultada no apêndice III. A *scoping review* destacou a relevância social das intervenções, identificou aspetos importantes relacionados com a parentalidade em primogénitos e demonstrou ter sido uma mais-valia para melhorar a prática de cuidados nas CESI, em CSP.

Em termos de finalidade e objetivos o estudo, realizado em contexto de Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil (CESI), teve como objetivo geral “contribuir para a promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos, dos 0 aos 6 meses”, numa USF da região de Lisboa. A investigação, fundamentada na abordagem sistémica, delineou os seguintes objetivos específicos: 1) avaliar os participantes na transição da parentalidade, utilizando como referencial as dimensões do MDAIF de Figueiredo (2012); 2) identificar os recursos internos e externos dos participantes que experienciam o processo de transição para a parentalidade.; 3) identificar fatores facilitadores e inibidores na promoção da parentalidade positiva entre os participantes; 4) analisar a autoeficácia parental dos participantes na transição da parentalidade, através da aplicação da Escala de Avaliação Parental; 5) elaborar diagnósticos de enfermagem familiar validados com as famílias, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®, 2019) e a matriz operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012) e 6) planear intervenções de enfermagem para os diagnósticos mais frequentes.

O tipo de estudo varia com o que pretendemos investigar, trata-se de um estudo de natureza quantitativa, com um desenho transversal, exploratório e de plano descritivo, pelo que satisfaz dois princípios: “a descrição de um conceito relativo a uma população e a descrição das características de uma população no seu conjunto”, como refere Fortin, (2000, p.162). Os participantes foram famílias de primogénitos, com crianças de 0 a 6 meses de idade, inscritas e frequentadoras da USF. A seleção foi realizada através de uma amostragem não probabilística propositada, em consultas de enfermagem de vigilância (CESI e/ou consulta de enfermagem de revisão do puerpério).

Para identificar a população-alvo, solicitei ao Núcleo de Estatística (NEP) listagens por médico de família das crianças nascidas entre maio e agosto de 2023, além dos dados de mulheres com diagnóstico de gravidez ativa, de janeiro até setembro do mesmo ano (informações obtidas pela plataforma MIMUF®). Utilizei a plataforma Sclínico® para identificar as famílias de primogénitos que preenchiam os critérios de inclusão. Em algumas situações, articulei com a equipa de saúde familiar para esclarecer dúvidas.

Durante a apresentação do projeto à equipa multidisciplinar, pedi a colaboração das equipas de saúde familiar (secretário clínico, médico de família, enfermeiro de família) para sinalização dos recém-nascidos de setembro e outubro 2023, visto que os dados disponíveis se restringiam até agosto de 2023. Com recurso ao Microsoft Office, elaborei várias matrizes das consultas previstas para planeamento da amostra elegível (Apêndice IV).

Os critérios de inclusão foram os seguintes: famílias na fase de transição da parentalidade pela primeira vez; recém-nascidos sem diagnóstico de patologia conhecida e com idade inferior a 6 meses; famílias frequentadoras da consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil e/ou consultas de enfermagem de revisão do puerpério; estruturas familiares: nuclear, alargada, casadas ou em união de facto com idade superior a 18 anos; famílias monoparentais com idade superior a 18 anos e famílias em que pelo menos um dos progenitores biológicos, adotivos ou substituto parental, aceite participar no estudo. Como critérios de exclusão incluíram: famílias que não dominam a língua portuguesa, na versão escrita e/ou oral; famílias cuja parentalidade não corresponde a primogénito e famílias reconstruídas em que pelo menos um dos progenitores já experienciou a parentalidade. Das 25 famílias que preencheram os critérios de inclusão, obteve-se uma amostra de 16 famílias primogénitas participantes, composta por 16 mulheres e 14 homens, resultando numa taxa de adesão de 64% (Apêndice V).

As famílias entrevistadas foram identificadas por códigos alfanuméricos, seguindo o formato: G (guião de entrevista), P (Pai), M (Mãe), seguido de um número de 1 a 25, correspondendo a cada uma das famílias da amostra (Apêndice IV).

As fontes de informação e o processo de recolha de dados foram diversas. Em contexto de CESI e/ou de revisão do puerpério, na USF, as famílias convidadas e que aceitaram participar no estudo, assinando o consentimento informado, esclarecido e livre, foram sujeitas a uma entrevista familiar semiestruturada, suportada por um guião

de entrevista (Apêndice VI), orientado maioritariamente pela matriz operativa do MDAIF. Este guião foi preenchido em dois momentos distintos: primeiramente foi preenchimento pela investigadora através da recolha de informação recorrendo ao processo de saúde do participante inserido na plataforma informática - SClínico® e posteriormente, ao longo da entrevista em parceria com a família participante. A elaboração dos instrumentos de avaliação, especificamente as escalas de autopreenchimento (Escala de APGAR de *Smilkstein* e a Escala de avaliação parental), foram preenchidas individualmente em duas ocasiões: na apreciação inicial (em outubro e 1ª semana de novembro 2023) e posteriormente na avaliação final (janeiro de 2024). Relativamente à descrição do processo de recolha de dados e identificação dos instrumentos e técnicas de avaliação utilizadas, podem ser consultados no protocolo de submissão à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (CEARSLVT), (Apêndice VI).

Na apreciação inicial, as escalas, foram entregues em suporte de papel, num envelope selado, sendo posteriormente devolvidas numa das vindas à CESI programada pela sua micro-equipa de saúde. Na avaliação final existiu necessidade de planear e implementar novas estratégias com o objetivo de monitorizar e avaliar resultados, especificamente na reelaboração dos instrumentos de avaliação (escalas). Recorreu-se, para além da estratégia acima descrita, à mobilização de outros recursos, como a telecomunicação (uso de telefone) e as tecnologias informáticas (email, plataforma informática "Google forms"), com a finalidade de se manter a amostra inicial.

No que diz respeito às considerações éticas o estudo seguiu procedimentos ético-deontológicos com base na Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2023) e da Convenção de Oviedo (Conselho da Europa, 1997), que estabelecem princípios éticos para a investigação clínica com seres humanos, incluindo dados e materiais identificáveis. Tratou-se de um estudo exclusivamente académico, onde se garantiu a proteção dos direitos e liberdades dos participantes, sem uso para outros fins.

Foi obtido o consentimento informado, esclarecido e livre, garantindo anonimato e confidencialidade, com a liberdade para recusar ou interromper a participação a qualquer momento. Assegurou-se o cumprimento do Código Deontológico do Enfermeiro e da legislação (Ordem dos Enfermeiros, 2015, arts 106º, 107º e Assembleia da República, 2019, art. 29º), que reforçam o dever de sigilo para dados de saúde. Também foi respeitado o Regulamento Geral de Proteção de Dados (União Europeia, 2016).

Foi solicitada autorização às autoras, Silva & Nazaré (2016), para a aplicação do instrumento de avaliação - Escala de Avaliação Parental (EAP), validada para a população portuguesa (Anexo VI), e obtidas as autorizações institucionais (Apêndice VI), incluindo o parecer favorável da CEARLVT (Anexo V).

A recolha de dados ocorreu em ambiente privado, com codificação para proteger a identidade dos participantes. Os dados digitais foram protegidos por palavra-passe e armazenados em dispositivos removíveis, enquanto os dados em papel foram guardados em local seguro, sendo destruídos após 3 anos.

A informação, acerca do processo de saúde familiar dos participantes, foi consultada e registada na plataforma informática - SClínico®, por forma a assegurar a qualidade e a continuidade de cuidados prestados por toda a equipa de saúde da USF.

Os dados obtidos destinaram-se, exclusivamente, para fins de investigação científica, sendo analisados e publicados em artigos e neste relatório de estágio, sem elementos que identifiquem os participantes.

O processo de análise da informação, tendo sido um estudo de abordagem quantitativa, implicou um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de fatos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. A análise dos dados numéricos, utilizando métodos matemáticos, em particular a estatística, permitiu caracterizar o perfil das famílias de primogénitos, dos 0 aos 6 meses, na transição da parentalidade. Os dados recolhidos pela elaboração dos instrumentos de avaliação familiar, bem como do questionário sociodemográfico, foram trabalhados através do software estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) e Excel, procedendo-se à sua análise estatística sob o formato de gráficos e tabelas. Estes suportes informáticos permitiram converter os scores em dados estatísticos.

A avaliação familiar, baseada em dados avaliativos e áreas de atenção, a elaboração dos instrumentos selecionados e propostos pelo MDAIF, e a escala de avaliação parental, possibilitaram a identificação das reais necessidades de saúde nas famílias de primogénitos. Os achados obtidos permitiram a análise e discussão do impacto das variáveis estudadas respondendo aos objetivos propostos. Estes achados foram traduzidos em indicadores de saúde (Apêndice VII), expressos por frequências absolutas e relativas, de maior ou menor percentagem, permitindo a identificação,

validação e priorização dos diagnósticos de enfermagem em colaboração com as famílias, além da avaliação dos resultados após as intervenções. A modificação positiva no estado dos diagnósticos validados foi um dos focos da análise, refletindo ganhos de saúde, considerando o MDAIF (Figueiredo, 2012) e de acordo com a taxonomia CIPE® (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

3. Apresentação e discussão dos resultados

Primeiramente descreve-se o perfil sociodemográfico dos membros que constituíram as famílias de primogênitos participantes, caracterizando os ascendentes, descendentes e o contexto de cuidados (Apêndice XI).

Sustentado no MDAIF (Apêndice XII), a apresentação e discussão de resultados começa pela dimensão estrutural, onde se identificou a tipologia e composição familiar englobando pertença de animal doméstico, as posições sociais que permitiram avaliar o rendimento familiar, a família extensa e os sistemas mais amplos que se interrelacionam com o sistema familiar de primogênitos (Apêndice XIII). A elaboração do genograma, ecomapa e notas de campo, como instrumentos de recolha de dados na apreciação de cada uma das famílias participantes, emergiram como pilares essenciais que permitiram caracterizar o tipo de família e identificar os recursos internos e externos, as suas interações e funcionalidade familiar, contribuindo para a identificação de fatores facilitadores e inibidores que influenciaram e interferiram na promoção da parentalidade positiva nestas famílias de primogénito (Apêndice XIII).

Segue-se a dimensão de desenvolvimento cujos resultados focaram-se nas dimensões operativas (DO) da relação dinâmica e na comunicação do casal que integram a área de atenção satisfação conjugal das famílias de primogênitos (Apêndice XIV). Com base na DO relação dinâmica, avaliaram-se as seguintes categorias, relativamente à satisfação conjugal: a divisão/partilha das tarefas domésticas, o tempo que estão juntos e a forma como cada um expressa os sentimentos. No que respeita à DO comunicação conjugal, avaliou-se a categoria da satisfação com o padrão de comunicação conjugal (Apêndice XIV). Sequencialmente, seguiu-se a área de atenção do planeamento familiar, onde foram avaliadas as DO fertilidade, o uso de contraceptivo e conhecimento sobre a reprodução, correspondendo às seguintes categorias avaliadas: o casal planeia ter filhos/mais filhos e alterações na fertilidade do casal; método, satisfação com o

contracetivo adotado e conhecimento do casal sobre uso de contracetivos e por último, o conhecimento sobre o espaçamento adequado das gravidezes (Apêndice XIV). Com base na área de atenção papel parental, correspondente à etapa do ciclo vital - família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar), segundo Figueiredo (2012), foram avaliadas as DO: conhecimento do papel (recém-nascido e de recém-nascido à infância escolar) e comportamentos de adesão (Apêndice XI). No decorrer das entrevistas às famílias de primogénitos, tendo em atenção as DO anteriormente descritas, avaliaram-se as categorias mais frequentes, com base nas preocupações dos pais, nos cuidados preconizados para as idades-chave (DGS,2013) e nas necessidades de cuidados observados e negociados no momento das CESI.

Seguidamente a dimensão funcional, tendo como foco a área de atenção o processo familiar, foram estudadas as DO: comunicação familiar, *coping* familiar e relação dinâmica. Face a estas DO expressivas, as categorias avaliativas, obedecendo à ordem descrita anteriormente da DO, estudadas foram: impacto que os sentimentos de cada um têm na família, sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas e a funcionalidade da família – percepção dos membros com base na elaboração da Escala de APGAR de *Smilkstein*. Esta escala foi avaliada em dois momentos, na apreciação inicial e na avaliação final após as intervenções implementadas (Apêndice XV).

A autoeficácia parental foi avaliada pela Escala de Avaliação Parental (EAP), validada para a população portuguesa por Silva & Nazaré (2016). Os resultados da escala permitiram compreender a percepção de autoeficácia das figuras parentais, de modo a formular diagnósticos de enfermagem com base na taxonomia CIPE®. A versão portuguesa da EAP utilizada foi a escala de 7 itens (Anexo VII), dado que as autoras Silva & Nazaré (2016) consideraram que os itens 5, 8 e 10 da versão original de 10 ítems estavam relacionados com a satisfação parental, o que poderia comprometer a validade do instrumento, visto que a autoeficácia parental e a satisfação parental são constructos diferentes. O autopreenchimento foi realizado por cada membro da família em dois momentos distintos: na apreciação familiar e na avaliação familiar final, após três meses de acompanhamento e prestação de cuidados de enfermagem, em contexto de CESI, na USF. Após análise dos dados obtidos, utilizando a estatística descritiva e o *software Statistical Package for the Social Science* (IBM SPSS) (Apêndice VIII), foram consideradas as médias obtidas na percepção de autoeficácia materna e a paterna inicial, como a unidade

de medida para o diagnóstico de autoeficácia diminuída, com o objetivo de avaliar os resultados após a intervenção de enfermagem.

3.1. Caracterização socio demográfica da amostra

Considerando as questões sociodemográficas das famílias participantes (Apêndice XI), obteve-se um total de 16 famílias de primogénitos, mais especificamente 32 pais, correspondendo a 16 mães e 14 pais de 16 crianças. Um dado importante em relação à figura paterna, foi a influência do DSS emigração, porque dois pais residiam noutro país, por questões laborais, o que justifica 14 figuras paternas.

A idade dos descendentes primogénitos variou entre o quinto dia de vida e o sexto mês, sendo a moda primogénitos com menos de 15 dias de vida (37,5%). Relativamente ao sexo predomina o masculino com 62,5%.

Quanto à idade dos ascendentes a moda foi o intervalo entre os 21 e os 29 anos, correspondendo a 46,88%. A idade mínima foi uma mãe de 21 anos e um pai de 24 anos, as idades máximas verificaram-se em ambos os sexos com 41 anos. A média de idades situa-se nos 30,69 anos na figura paterna e na materna 30,44 anos (Apêndice IX). 50% das mães apresentaram idade superior aos 30 anos (Apêndice XI), o que corrobora com os dados da Pordata (2023) em que a taxa de fecundidade geral em Portugal, nas mulheres em idade fértil (15 - 49 anos) ocorrem mais gestações entre os 30 e os 34 anos (97,4‰) seguido dos 25 aos 29 anos (69,1‰) e em terceiro lugar dos 35 aos 39 anos (65,4‰)

Pordata (2019) refere que a parentalidade tem aumentado para idades mais avançadas, sendo a média da idade da primípara 30,4 anos e a média de filhos por mulher 1,4. A Direção Geral da Saúde (2023) salienta que no período entre 2011 e 2019, observou-se um aumento de 23,9 % para 33,3 %, da proporção de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos.

O estado civil teve como moda a união de facto com 50%, seguidos do estado de solteiros (31,25%). É importante salientar que existiu um casal de progenitores que estava separado, mas que, após conhecimento da gravidez e o nascimento do filho, se mantiveram unidos, numa relação de amizade, de colaboração e de partilha de responsabilidades (Apêndice VIII). De acordo com a Pordata (2019), os filhos de pais não casados deixaram de ser tão raros, correspondendo, em 2018, a 56% dos pais, sendo que 37% residiam juntos e 19% não. No que diz respeito à área de influência deste ACES,

segundo Pordata (2024), verificou-se um aumento significativo, acima dos 50%, da população residente com mais de 15 anos em união de facto entre 2011 (6.952) e 2021 (17.394), corroborando com o estudo em que prevalece a união de facto. O casamento verificou-se em apenas 12,5% do total de casais desta amostra.

A nacionalidade portuguesa foi a predominante representando 84,4%, seguida da brasileira (9,4%), contabilizando um total de 15,7% de participantes de estrangeiros (Apêndice VIII). Segundo Instituto Nacional de Estatística (INE), Pordata (2023) a taxa de emigração tem vindo a aumentar, principalmente na região metropolitana de Lisboa, o que justifica os 15,7% de casais emigrantes. Quanto à situação profissional, a maioria considerou o emprego como estável (75%), no entanto, 25 % encontravam-se sob influência do DSS desemprego (Apêndice XI). Em relação às habilitações literárias todos os participantes eram escolarizados: 5 possuíam o 2º ciclo de escolaridade, 11 o 3º ciclo de escolaridade, 4 um curso profissional, 6 o grau académico de licenciatura e 6 de mestrado e por último (Apêndice XI).

A análise sociodemográfica das famílias de primogénitos revelou que a parentalidade tem aumentado em idades menos jovens, sugerindo maior risco de complicações materno-infantis e alterações do estilo de parentalidade, que poderão interferir no processo de saúde-doença do sistema familiar. Esta análise contribuiu para uma melhor compreensão da estrutura e do funcionamento familiar e dos DS e DSS que interferem e influenciam a parentalidade positiva nas famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses.

3.2. Caracterização das famílias de primogénitos

Alocado ao MDAIF, a avaliação das famílias de primogénitos nas dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional, permitiu explorar, conhecer e compreender as características desta amostra em específico, na sua unicidade e inserida no seu contexto de cuidados. A avaliação parental, com a elaboração da Escala de avaliação parental, permitiu quantificar a perceção de autoeficácia das figuras parentais nas famílias de primogénitos.

- Dimensão estrutural

Na dimensão estrutural (Apêndice XIII), as famílias de primogénitos revelaram duas *tipologias* principais: nucleares e alargadas. A moda foram as nucleares com 75%

considerando os 3 membros por agregado familiar. Dos 25% de famílias alargadas, correspondendo a 4 agregados, duas eram *compostas* por 4 membros (mãe, pai, filho e avó materna ou paterna), uma por 5 membros (mãe, filho, bisavós maternos, tia materna) e a última, por 8 membros (pai, mãe, filho, avós maternos, 2 tios maternos e tia materna). Conforme descrito anteriormente, em duas famílias alargadas a figura paterna encontrava-se ausente, por motivos laborais (emigrante), pelo que não participaram na amostra; no entanto, considerou-se que a figura paterna não podia ser desvinculada do agregado pela sua função de provedor e pelo fato, de manter a relação conjugal.

Acrescento que a figura paterna de um terceiro agregado das famílias alargadas, considerou-se desvinculada pelo facto da existência de uma separação no subsistema conjugal, porém foi considerado no estudo porque a figura paterna se encontrava em Portugal e manteve sempre uma relação de proximidade e de colaboração com a figura materna apesar da separação do sistema conjugal.

A avaliação das *posições sociais* foi realizada com a elaboração da Escala de Graffar adaptada, sendo importante referir que quanto mais baixa a posição social menor o grau e o nível socioeconómico, ou seja, níveis socioeconómicos correspondentes aos graus 4 e 5 implicam posições sociais de classe média baixa e baixa respetivamente. A moda foi bimodal, ou seja, a classe média e média alta foram as predominantes (37,5%), no entanto, identificou-se uma percentagem de 12,5% de famílias com classe social média baixa e inexistência da classe baixa, que alocado ao MDAIF (Figueiredo, 2012) e após validação com as mesmas, emergiu como diagnóstico principal o rendimento familiar insuficiente em 12,5% da amostra (Apêndice XIII). Quanto à presença de *animal doméstico*, verificou-se em 62,5% do total das famílias participantes (Apêndice XIII).

A *família extensa*, como rede social familiar, foi um sistema que contribuiu para a qualidade da rede social do sistema familiar com primogénitos, o seu papel de suporte e interativo influenciou o processo transformativo inerente ao desenvolvimento do sistema familiar, que experiencia a parentalidade. Os *tipos de contactos* com a família extensa obtiveram-se como moda o contato por telefone e o pessoal com 68,75%, sendo que quanto á *intensidade* foi ser diário (81,25%) e a principal *função* foi dar apoio emocional, ser guia de conhecimento e conselhos (37,5%) à família nuclear com primogénitos. Um dos achados empíricos evidenciado, com a elaboração do genograma, foi a percentagem de *divórcio/separação* elevada (75%) no subsistema avós. A moda foi a existência de um

divórcio ou separação nos subsistemas dos avós maternos ou paternos em 43,75%, sendo que 25% corresponderam ao subsistema avós não divorciados/separados (Apêndice XIII).

Relativamente ao *tipo de interação* do sistema familiar com os sistemas mais amplos, explorados com a elaboração do instrumento de avaliação familiar ecomapa a cada uma das famílias participantes, foram identificados 10 contextos externos que retrataram as relações sociais e familiares da amostra (Apêndice XIII). Verificou-se que a moda foi a interação com a USF (62,5%) seguida dos amigos (43,75%). O tipo de interação com o contexto trabalho foi sinalizado, em 25% das famílias, como um fator gerador de stress, tal como se verificou no contexto de instituições de ensino (25%) e as deslocações ao serviço de urgência hospitalar (6,25%). O sistema da rede social amigos emergiu como um recurso de apoio e ajuda na maioria das famílias (81,25%). Verificou-se que durante os primeiros 6 meses de vida do primogénito, 50% das famílias identificaram fraca interação com atividades de lazer/cultura.

Dos 56,25% das famílias apresentaram uma interligação com outros subsistemas, sendo que 37,5% demonstrou uma interação fraca e 18,75% intermédia. Neste estudo, 50% das famílias identificaram o Pediatra como recurso maioritariamente de interação intermédia com 43,75%. Acrescentaram dois outros sistemas da rede social, a internet e os cursos pós-parto, disponíveis quer pelas redes sociais (25%) e pelas diferentes ofertas de serviços de saúde inseridos nesta comunidade (18,75%). Estes dois últimos sistemas, foram recursos ambivalentes, ou seja, tiveram um papel facilitador no conhecimento, mas por outro lado, suscitaram a necessidade de validação de informação com a equipa de saúde da USF.

Adotando uma perspetiva bio ecológica de forma a “avaliar o complexo estado de reciprocidade entre indivíduos, a família, a sua saúde e o meio ambiente” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19357), contemplando variáveis socioeconómicas, ambientais e o reconhecimento dos principais DS, podemos entender que a identificação dos recursos internos e externos com cada sistema familiar estudado, contribuiu identificação de fatores facilitadores e inibidores que interferiram e influenciaram a promoção de uma parentalidade positiva em famílias de primogénitos. Estes fatores foram organizados e estruturados em DS e DSS, com base no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991). O subsistema conjugal e família extensa foram considerados como os DS (recursos

internos), e os recursos socioeconómicos, educação, sociais e organizacionais, ambientais como DSS (recursos externos). Como *DS facilitadores*, dirigidos ao subsistema conjugal, foram identificados como moda o planeamento da gravidez e a comunicação conjugal em 75% da amostra, seguido de 68,75% em relação à compreensão e entreaajuda no subsistema; relativamente à família extensa, a moda foi bimodal no apoio e na proximidade residencial com 75%, seguido de 68,75% atribuído ao fator facilitador ter bom relacionamento entre a família de primogénito e sua família extensa (Apêndice XIII). Dentro dos *DSS facilitadores* podemos analisar que a moda face aos recursos socioeconómicos foi o rendimento estável (81,25%) tendo em conta a perceção das próprias famílias. Na apreciação dos sistemas mais amplos 75% das famílias identificaram os amigos como um fator favorável; o trabalho, curiosamente, apesar de ser um potencial fator stressor para o sistema familiar, foi um dos contextos identificados pelas famílias (25%) como sendo um fator facilitador devido à possibilidade de trabalhar por conta própria e/ou em teletrabalho. No que respeita aos recursos de educação/literacia a moda foi o uso das brochuras/folhetos informativos com 56,25% (Apêndice XIII).

O providenciar material informativo às famílias que prestamos cuidados foi uma prática complementar, assente e dirigida às necessidades específicas e identificadas durante a relação terapêutica, em contexto de CESI. Esta procura de literacia, no desejo de serem os melhores pais, tendo sido um fator facilitador para a mudança cognitiva, comportamental e afetiva no sistema familiar, submetido à transição da parentalidade pela primeira vez, relacionados com o uso da internet/Webinar (18,5%) e os cursos e formação escolar (25%) representaram algumas incertezas, dado que estas famílias sentiram a necessidade de validar a informação adquirida com a equipa de saúde da USF. Nos recursos sociais e organizacionais, identificados como facilitadores a moda foi o seguimento pela USF (100%), apesar de 50% da amostra ser seguida, simultaneamente, pelo pediatra. É de salientar que os pais proporcionaram a realização das consultas de vigilância de acordo com as idades-chave da criança (Direção Geral da Saúde, 2013) e sempre que, se identificou e validou a necessidade de um acompanhamento mais frequente. Considerando as necessidades de saúde específicas que exigiram a intervenção de outras especialidades, podemos verificar que 25% tiveram apoio de outros profissionais de saúde, 18,75% outros serviços de saúde da comunidade e 6,25% apoio pela terapia familiar (Apêndice XIII).

Como *DS inibidores*, dirigidos ao subsistema conjugal foram enumerados 10 fatores que potenciaram ou poderão potenciar instabilidade no sistema familiar com primogénito. A moda foi bimodal, para antecedente pessoal de morbilidade/estilo de vida não saudável e a perceção de autoeficácia diminuída com 68,75%. Verificaram-se outros fatores inibidores, nomeadamente: as experiências de vida em situações complexas com 43,75%, as situações em que ocorreram complicação no parto e a gestão de momentos a sós que representaram, cada uma delas em 31,25% da amostra. É importante referir, que a gravidez não planeada, a infertilidade, a separação e/ou emigração, a tensão no agregado familiar e o papel parental cumulativo com papel de cuidador informal, comparativamente, apresentam percentagens inferiores, no entanto influenciaram o funcionamento do sistema familiar, contribuindo para alguns dos diagnósticos de enfermagem validados em colaboração com as famílias, especificamente, na dimensão do desenvolvimento e na funcional, tendo por referencia o MDAIF (Figueiredo, 2012). Na família extensa, obtivemos como moda o fator inibidor dificuldades com a família do cônjuge em 68,75%, seguido da inexistência de ligação entre a avós e a família de primogénito (31,5%). Em parcelas de 31,25%, foram identificados os fatores inibidores não existência de apoio presencial e a existência de comportamentos aditivos. A intromissão de um dos membros do agregado por dificuldade em definir limites, a família extensa em situação complexa e avós com comorbilidades somaram 18,75% para cada um dos fatores. Em 4 famílias (25%) enumerou-se o fator dificuldade em desempenhar o papel de avós por colocação de limites por parte da família com primogénito (Apêndice XIII). Dentro dos *DSS inibidores* identificaram-se 5 fatores inibidores relacionados com os recursos socioeconómicos, podemos observar que a moda foi a existência de desemprego no agregado familiar, especificamente com 62,5%, ou seja, mais de metade das famílias experienciavam a influência do DSS desemprego. O que corrobora com a taxa de desemprego, no concelho em que se realizou este estudo, pois segundo o INE (Pordata, 2024) a taxa de desemprego em 2021 era de 8.4%, valor que ultrapassava a taxa de desemprego em Portugal, no mesmo ano, que era de 6,7%. Seguidamente, a readaptação profissional com 31,25%, a dificuldade na inscrição em berçário com 25%, emigração do cônjuge em 18,75% e em 12,5% das famílias consideraram o rendimento não estável. Considerando os recursos ambientais, identificaram-se os fatores que interferem com o processo de saúde-doença do sistema familiar e que os expõem a um

maior risco de vulnerabilidade e instabilidade no sistema familiar. A moda foi o distanciamento residencial entre as famílias de primogénitos com a família extensa em 31,25% da amostra, seguida de 12,5% com perspectiva de mudança de residência para outro país e 6,25% alternou residência (Apêndice XIII).

- Desenvolvimento

Ao longo do seu ciclo de vida, a família encontra-se sujeita a mudanças previsíveis, como a parentalidade, que se traduzem em desenvolvimento e crescimento no sistema familiar, implicando uma reorganização de papéis e respetivas tarefas. Estas transições normativas encontram-se organizadas em seis estágios de desenvolvimento familiar diferentes (Carter & Mcgoldrick, 1989), sendo que este estudo se insere no terceiro estágio, que corresponde a famílias com filhos pequenos, e caracterizado pela aceitação de novos membros no subsistema casal. Este estágio exige uma mudança no *status* familiar, pois a díade casal estável, transitou do estágio 2 para o 3, o que exigirá uma construção de estabilidade na tríade filho, pai e mãe. Como refere Martins (2018, p. 9) esta mudança implica "(...) a primeira grande remodelação da família e a tarefa desenvolvimental é novamente dupla: o casal tem de solidificar a sua relação e de começar a desenvolver os papéis de pai e mãe." Um dos riscos desta fase consiste no desinvestimento no subsistema conjugal em função dos novos papéis parentais (Solomon, 1973), interferindo na qualidade conjugal, que Mosmann et al (2006, p. 315) definem como sendo um "resultado do processo dinâmico e interativo do casal" influenciado pelas variáveis: "recursos pessoais dos cônjuges, contexto de inserção do casal e processos adaptativos". Este carácter multidimensional expõem o subsistema conjugal a situações *stressantes*, tornando-o mais vulnerável a problemas conjugais, exigindo ao EESF compreender e prever possíveis crises, através de intervenções aos diferentes níveis de cuidados e gerindo os recursos necessários à superação e readaptação do sistema familiar.

Na área de atenção *satisfação conjugal* nas famílias de primogénitas dos 0 aos 6 meses (Apêndice XIV), as DO, relação dinâmica do casal não disfuncional e a comunicação eficaz, apresentaram frequências de 75%. No entanto, emergiram outras dimensões: a relação dinâmica disfuncional e a comunicação não eficaz, em 25% das famílias, pelo que foi identificado como diagnóstico a satisfação conjugal não mantida em 25%. Destas famílias, com relação dinâmica do casal disfuncional (Apêndice XIV), verificou-se que

18,75% identificaram a não satisfação do casal na divisão e partilha de tarefas domésticas e 25% não se encontravam satisfeitas com o tempo que estão juntos e com a forma como cada um expressa os sentimentos. Em relação ao diagnóstico da comunicação não eficaz, observou-se que 25% dos sistemas conjugais não estavam satisfeitos com o padrão de comunicação.

Descrevendo a área de atenção do *planeamento familiar* (Apêndice XIIV), a moda da DO fertilidade foram casais em que a fertilidade não estava comprometida (93,75%), apenas 6,25% desejava ter mais filhos e tinha antecedentes de alterações na fertilidade (recorreu ao método de fertilização in vitro - FIV), pelo que apresentava critérios para o diagnóstico de fertilidade comprometida, mas não foi validado como problema ativo para a família de primogénito. Perante a DO uso de contraceptivo, 50% dos casais encontravam-se com uso de contraceptivo adequado e 50% não adequado. Em relação às suas categorias avaliativas, a moda foi a satisfação com o método adotado em 93,75% da amostra, no entanto, 6,25% demonstrou insatisfação na adaptação com o método (Implante) colocado em contexto hospitalar, por associação de sintomatologia desde a sua colocação, exigindo articulação de cuidados com médico de família. Quanto à categoria uso de contraceptivo, 62,5% usavam contraceptivo, sendo o método mais usado o anti contraceptivo oral (43,75%). No entanto, verificou-se que 37,5% encontravam-se sem uso de contraceptivo, tendo sido justificado por uma família devido à ausência do conjugue (sob influência DSS emigração) e por cinco famílias por se encontrarem no período inferior aos 21 dias pós-parto. A categoria conhecimento do casal sobre o uso de contraceção foi verificada em 56,5% e 43,75% não demonstraram conhecimento. Na dimensão conhecimento sobre a reprodução obteve-se 56,25% das famílias com conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes não demonstrado (Apêndice XIV). Face aos critérios de diagnóstico do MDAIF, foi identificado como diagnóstico principal a área de atenção planeamento familiar não eficaz em 56,25% destas famílias

A área de atenção *papel parental* (Apêndice XIV), na DO conhecimento do papel, apresenta várias categorias avaliativas, desde a idade recém-nascido e de recém-nascido até à idade escolar, considerando o conhecimento dos pais e as aprendizagens de habilidades, pelo que foram consideradas para estudo as categorias avaliativas mais frequentes. Destas categorias, verificou-se que a moda foi a aprendizagem de habilidades

sobre a técnica de aleitamento materno com 68,57%, seguida do conhecimento não demonstrado sobre a alimentação no recém-nascido até à idade escolar (56,25%). O conhecimento não demonstrado em relação às categorias avaliativas, cuidados com o coto umbilical, aleitamento materno e desenvolvimento infantil, prevenção de acidentes, vigilância de saúde/vacinação, obtiveram uma percentagem de 43,75% para cada uma das categorias estudadas. Em relação à necessidade de aprendizagem da habilidade com o coto umbilical verificou-se em 37,5% da amostra. Os itens avaliados, onde se identificou necessidades de saúde nas famílias de primogénitos, corroboram com o estudo qualitativo dos autores Kläusler-Troxler et al (2014), que sustentado numa abordagem centrada na família, exploraram como mães e pais vivenciaram o cuidar do filho primogénito e enumeraram as questões e preocupações mais urgentes face ao recém nascido, como: choro, amamentar, dormir e a mudança do ritmo quotidiano; evidenciaram também, necessidades de ações e informações práticas sobre: nutrição, saúde e desenvolvimento infantil e intervenções preventivas de saúde (vacinação). No que diz respeito à DO comportamentos de adesão (Apêndice XIV), emergiu o diagnóstico de comportamento de adesão não demonstrado em 75% da amostra. Das categorias avaliadas nesta dimensão operativa, evidenciaram-se duas: os pais não definem regras entre os subsistemas com 68,75% e os pais não promovem a ingestão nutricional adequada em 75%. Portanto, com base nos critérios de diagnóstico, de acordo com o MDAIF, emergiu o diagnóstico de papel parental não adequado em 75% das famílias estudadas.

- Funcional

A área de atenção estudada foi o *processo familiar* em três DO: a comunicação familiar, *coping* familiar e a relação dinâmica do sistema familiar (Apêndice XV). Estas foram avaliadas em contexto de cuidados durante as entrevistas familiares e recorrendo à elaboração do instrumento de avaliação Escala de APGAR familiar de Smilkstein, com o objetivo de conhecer a perceção de cada membro sobre a funcionalidade da sua família. A escala foi elaborada pelas 16 mães e 14 pais. A moda foi o *coping* familiar eficaz com 81,25% e a comunicação familiar eficaz e relação dinâmica não disfuncional foram observadas em 75% das famílias primogénitas. Com base nos resultados da APGAR de Smilkstein (Apêndice XV), podemos observar que, segundo a perceção das mães e dos pais, a moda foi a família altamente funcional, especificamente de 87,5% (26 famílias).

Porém, podemos observar que duas mães perceberam o funcionamento familiar em moderada disfunção e disfunção acentuada, correspondendo a 12,5% do total das mães. No caso da figura paterna, obteve-se dois pais com uma percepção funcional familiar de disfunção acentuada. Saliento que, estas 4 famílias (25%) que experienciam uma percepção disfuncional no sistema familiar pertencem a agregados diferentes, ou seja, podemos verificar que no subsistema conjugal do sistema familiar a percepção de cada membro pode ser díspar o que favorece uma relação dinâmica disfuncional. Analisando os critérios de diagnóstico referentes ao processo familiar, tendo em consideração estas dimensões operativas, que permitiram uma compreensão aprofundada das relações e interações entre os membros da família quanto à sua comunicação, resolução de problemas e funcionalidade e que, cumulativamente, com a informação dos resultados da escala de APGAR de *Smilkstein*, contribuíram na identificação do diagnóstico principal processo familiar disfuncional em 25%.

- Avaliação parental

Este estudo, fundamentado pela taxonomia CIPE® (OE, 2019), com base na elaboração da escala de avaliação parental, avaliou os comportamentos interativos entre pais e filhos primogénitos, focando-se na percepção de autoeficácia parental. O objetivo foi identificar o nível de envolvimento dos pais e o impacto no stress parental, visando maximizar o equilíbrio e o bem-estar familiar (Silva, 2021, citando Morelli et al., 2020).

Na avaliação inicial (Apêndice VIII), a média da percepção de autoeficácia paterna foi de 7,93/10 valores, ligeiramente superior à materna com 7,57/10. Também se verificou que a percepção de autoeficácia materna obteve um valor mínimo de 4,30/10, enquanto o paterno foi de 5,70/10. Sugerindo que a figura paterna tende a perceber a sua autoeficácia de forma mais positiva, possivelmente refletindo menos *stress*.

Apesar da evidencia sugerir que as mulheres geralmente apresentam níveis mais elevados de autoeficácia parental (Ferreira et al, (2014) e Salonen et al., (2009), citados por Silva (2016), no presente estudo, verificou-se o inverso, com valores paternos ligeiramente superiores aos maternos.

Considerando a média da percepção de autoeficácia inicial (materna \leq 7,57/10 e paterno \leq 7,93/10), valores inferiores a estes indicaram percepção de autoeficácia diminuída nesta amostra. Podemos observar que 50% das mães e 42,9% dos pais

apresentaram uma percepção diminuída. Assim, para 46,7% da amostra identificou-se o diagnóstico de autoeficácia parental diminuída (Apêndice XVII).

A caracterização das famílias de primogênitos revelou a complexidade das interações familiares e sociais que influenciam a parentalidade. A análise das dimensões estrutural, do desenvolvimento e funcional, para além de ter favorecido a comunicação terapêutica e a compreensão da funcionalidade familiar, permitiram também conhecer fatores que facilitam ou inibem a parentalidade positiva. Os dados recolhidos sugerem que a percepção da autoeficácia parental foi sujeita à influência do contexto de parentalidade de primogénito e a desejabilidade social. As oscilações verificadas podem ter ocorrido face à exposição do sistema familiar de primogénito a DS e/ou DSS que interferiram com o equilíbrio e a homeostasia do sistema ou subsistemas familiares. Estes achados são corroborados por DeVellis (2011), citado por Silva (2016) que argumentam a influencia da desejabilidade social sobre a percepção de autoeficácia parental.

Em suma, compete ao EESF, intervir no sentido de promover mudanças concretas no funcionamento familiar, com base nos princípios da intervenção sistémica à família (hipotetização, circularidade e a neutralidade), por forma a prevenir instabilidades no sistema familiar que potenciam a insalubridade do mesmo.

3.3. Diagnósticos de enfermagem

A utilização do MDAIF (Figueiredo,2012) forneceu uma estrutura lógica e sistematizada, para a avaliação familiar, permitindo a identificação dos pontos fortes e os problemas das famílias de primogénitos. Esta identificação foi decorrente de um processo co-participativo que implicou negociação, validação e priorização dos processos que implicam mudanças afetivas, cognitivas e comportamentais com cada uma das famílias. Daqui emergiram as necessidades de intervenção que foram traduzidas em diagnósticos de enfermagem, e cujos mais frequentes, elaborados com base no MDAIF (Figueiredo,2012) e na taxonomia CIPE®, (2019), se encontram listados nos apêndices XVII e XVIII.

3.4. Estratégias e intervenções

A avaliação familiar e a análise dos dados, utilizando o MDAIF e a CIPE®, com o contributo da *scoping review*, permitiram a continuidade do processo de enfermagem,

conduzindo à etapa do planeamento. Neste momento, procedeu-se à conceção e a implementação de planos de cuidados (Apêndice XIX) contemplando os diagnósticos mais frequentes identificados. As estratégias e intervenções adequadas a cada um dos sistemas familiares estudados foram assentes nas intervenções propostas pelo MDAIF e CIPE® (Apêndice XIX), pelos resultados da *scoping review* (Apêndice XX), pela experiência profissional e pelas práticas inerentes à praxis de ESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Segundo Lopes, (2012), o *setting*, ambiente doméstico é o espaço ideal, e a visita domiciliária a estratégia mais eficaz para alcançar melhores resultados nos cuidados às famílias de primogénitos, pois permite melhorar as competências parentais, promover a saúde e o desenvolvimento da criança, contribuindo também no planeamento de intervenções de promoção e prevenção do processo saúde-doença das famílias. No entanto, devido a constrangimentos de tempo e recursos humanos, o *setting* utilizado neste estudo foi o contexto de CESI.

A entrevista familiar sistémica foi uma estratégia de intervenção essencial para a melhoria contínua da prática de ESF, contribuindo para “atividades dirigidas a vários níveis de intervenção: educacionais, ajudar na adaptação, detetar problemas graves e encaminhar”, como refere Ferré-Grau (Figueiredo, 2023, p. 403). As entrevistas familiares sistémicas realizadas com cada uma das famílias seguiram uma abordagem baseada nos princípios da hipotetização, circularidade e neutralidade. Na relação terapêutica da díade enfermeiro-família, o “processo terapêutico é co-construído numa perspetiva colaborativa entre o profissional terapeuta e o sistema familiar”(Figueiredo (2023, p. 417). Para isso, foram utilizadas diversas técnicas de intervenção. Com base na classificação destas técnicas, segundo Figueiredo (2023), utilizou-se a técnica ativa com a elaboração do genograma e do ecomampa; além das técnicas interacionais, como o reenquadramento, os rituais terapêuticos, abordagens narrativas e orientadas para a solução e a conotação positiva. Outra técnica utilizada foi a conferência familiar.

Segundo Pereira et al. (2023), a educação para a saúde é uma prática baseada na parceria entre enfermeiros e pais/crianças, na qual se identificam as reais necessidades, influenciando a promoção de estilos de vida saudáveis, a tomada de decisões conscientes no processo de saúde e a aquisição de comportamentos protetores de saúde, gerando o máximo bem-estar do sistema familiar. Os autores destacam que os pais considerarem a educação para a saúde tão importante quanto outras intervenções que envolvem ações.

Isto reflete a importância desta prática, seja individualizada ou em grupo (considerando a unidade família), como uma ferramenta valiosa na promoção da parentalidade positiva nas famílias de primogênitos estudadas.

Kläusler-Troxler et al (2014), relatam um estudo que descreve intervenções que promovem e fortalecem a relação terapêutica entre o enfermeiro e a família, gerando confiança. Entre essas intervenções, destacam-se: ser empático e apoiar emocionalmente; prestar um atendimento abrangente, especializado e direcionado às questões e preocupações mais urgentes; reconhecer e valorizar os cuidados prestados pelos pais; demonstrar disponibilidade de acessibilidade (via telefônica e agendamento de consulta de enfermagem); criar espaços para exposição de problemas, medos e incertezas com o cônjuge; e ensinar competências de saúde de uma forma contínua, regular e gratuita. Estas ações contribuem para uma estratégia eficaz de comunicação em saúde. Outra alternativa estratégica de comunicação foi a elaboração de material de apoio informativo, com literatura baseada na evidência científica, tal como é referido pelos autores Kläusler-Troxler et al (2014), a internet, livros, brochuras e todos os suportes de difusão de informação dos Mídias, foram identificados como recursos externos ao sistema familiar. O objetivo do material de apoio informativo foi intervir, especificamente nos diagnósticos: “papel parental não adequado”, “satisfação conjugal não mantida” e “processo familiar disfuncional” (Apêndice II).

Outra estratégia de intervenção neste estudo envolveu parcerias, através da mobilização e regulação de recursos necessários, quer internos quer externos, ao sistema familiar de primogênitos. É importante salientar que emergiram necessidades de cuidados em rede, devido à identificação de situações que potencializam *stress* nas famílias de primogênitos, um sistema já vulnerável por “natureza”. As intervenções em rede incluíram a articulação de cuidados entre a equipa multidisciplinar da USF (enfermagem, médicos de família e secretárias clínicas). Em uma das famílias nucleares, foi necessária a referenciação para a TSS, em resposta ao diagnóstico de “rendimento familiar insuficiente”. Em duas das famílias alargadas, foi encaminhado apoio de psicológico por “processo familiar disfuncional” que afetavam o desempenho do papel materno, com consequências no estado psicológico das mães, sendo estas situações referenciadas para a URAP do ACES. Em uma das famílias alargadas, como estratégia para melhorar a resposta ao comprometimento da dimensão de desenvolvimento,

especificamente na área de atenção “satisfação conjugal não mantida”, e na dimensão funcional, no que diz respeito ao “processo familiar disfuncional”, foi negociado e aconselhamento a procura de apoio pela terapia familiar. As estratégias e as intervenções descritas, ao longo dos três meses de *follow up*, contribuíram para mudanças no domínio afetivo, cognitivo e comportamental nos diferentes sistemas familiares, o que permitiu melhorar as práticas, que se traduziram em ganhos de saúde no contexto da ESF.

3.5. Ganhos em saúde obtidos

A etapa de avaliação dos resultados analisa o sucesso da intervenção (Hanson, 2005). As taxas de resultado obtidas, tendo por referencial teórico o MDAIF e a taxonomia CIPE®, permitiram avaliar o impacto das intervenções de enfermagem realizadas. Estes indicadores (Apêndice VII) refletiram “as mudanças desejáveis ou não, decorrentes da assistência prestada, e sua implicação nos ganhos e saúde evidenciados pelo cliente” (Silva, 2013, p. 41). Portanto, os indicadores de saúde expressaram a melhoria das condições das famílias de primogénitos face aos resultados das intervenções implementadas, com base nos diagnósticos de enfermagem co-construídos com as mesmas. Os indicadores de resultados, fundamentados nas variáveis estudadas, contribuíram para dar visibilidade aos resultados sensíveis aos cuidados de saúde, traduzindo-se em ganhos de saúde efetivos no processo saúde-doença do sistema familiar com primogénito. Os ganhos em saúde, associados ao MDAIF e à taxonomia CIPE®, são descritos na seguinte ordem:

- Estrutural

As famílias em contexto de CSP são sistemas abertos e dinâmicos, em constante interação e sujeitos à influência de infinitas variáveis, o que potencia a variabilidade e a complexidade de todo o sistema familiar. Neste estudo, observou-se que uma das famílias alargadas se transformou em uma família nuclear, ou seja, este sistema familiar optou pelo crescimento e desenvolvimento centrado na tríade pai/mãe/filho. Esta decisão foi influenciada pelo DSS emigração paterna, levando à escolha da emigração da família nuclear como solução para o melhor bem-estar do sistema familiar.

Dos 12,5% das famílias com *rendimento familiar insuficiente* na fase de apreciação, observou-se uma modificação positiva das duas famílias, com recurso à referenciação para a TSS e ao facto de um progenitor ter passado de desempregado a empregado

(Apêndice XXI). Considerando que mais de metade das famílias possuíam animal doméstico, foi importante dar continuidade à sensibilização sobre a necessidade de desparasitação e vacinação dos animais, bem como a prevenção de acidentes com foco no bem-estar da criança (Apêndice XXI). Quanto aos fatores facilitadores e inibidores na promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos (Apêndice XXII), com base nos recursos internos e externos mais frequentes das famílias participantes, destaco os seguintes *fatores facilitadores*, dentro dos DS: o planeamento da gravidez, a comunicação, compreensão e entreaajuda no subsistema conjugal, o apoio, o bom relacionamento e a proximidade residencial com a família extensa. Em relação aos DSS, destacam-se: a condição económica (rendimento estável), a presença de amigos, o providenciar material de apoio informativo, e o apoio pela USF e pelo pediatra.

Os *fatores inibidores* mais frequentes relativamente aos DS foram, no subsistema conjugal: antecedentes pessoais de morbilidade/estilo de vida não saudável, experiências de vida com situações complexas, complicação no parto e dificuldades na gestão de momentos a sós. No subsistema família extensa, foram identificadas: dificuldades com família do cônjuge, falta de relacionamento, ausência de apoio presencial e comportamentos aditivos. Quanto aos *fatores inibidores* categorizados nos DSS, saliento: desemprego no agregado familiar, readaptação profissional, emigração e distanciamento residencial entre família com primogénito e a família extensa (Apêndice XXII).

- Desenvolvimento

Como resultado das intervenções, e considerando o diagnóstico de *satisfação conjugal não mantida* em 25% das famílias, obteve-se um ganho em saúde de 93,75% da amostra, conseguindo-se modificação positiva do diagnóstico em 18,75% das famílias participantes (Apêndice XXIII). No entanto, uma das famílias (6,25%), apesar do aumento no consumo de cuidados de saúde na USF e da intervenção de várias técnicas no sistema familiar durante as consultas de enfermagem, bem como da referência para apoio da psicologia e terapia de casal, manteve uma relação dinâmica e um padrão de comunicação no subsistema conjugal ainda comprometido. Este subsistema conjugal tinha implementado um dos rituais prescritos, “ida ao teatro”, como uma das estratégias negociadas e validadas com o casal para lidar com as dificuldades identificadas. Tratou-se de um sistema familiar que necessita de um tempo mais prolongado de evolução,

dentro de uma perspectiva de continuidade de cuidados e ajuste das intervenções, com o objetivo de otimizar os melhores resultados no desenvolvimento e crescimento familiar, na procura contínua da sua homeostasia.

No diagnóstico *planeamento familiar não eficaz* obteve-se 100% de ganhos em saúde, sendo que dos 56,25% das famílias com conhecimento sobre reprodução não demonstrado e dos 50% das famílias com uso de contraceptivo não adequado, observou-se modificação positiva nos estados dos diagnósticos em todas as famílias identificadas (Apêndice XXIII). Estes resultados foram alcançados através de intervenções de educação para a saúde, tanto individuais quanto familiares, ao longo das entrevistas em contexto de consulta. Além disso, foi necessário a referenciação de uma mãe para o médico de família devido ao fato de relacionar a presença de sintomatologia significativa ao uso do contraceptivo (implante) colocado em contexto hospitalar. Estes resultados evidenciaram que a prática da educação para a saúde realizada pelo enfermeiro, baseada na identificação das necessidades e no envolvimento e articulação em parceria, promoveu a saúde e gerou comportamentos de proteção da saúde. Como resultado, traduziu-se em ganhos de saúde para o subsistema materno e, por conseguinte, para o sistema familiar. Este impacto é corroborado por Pereira et al. (2023), que destacam a importância da prática educativa do enfermeiro, especialmente na avaliação realizada pelos pais.

Em relação ao diagnóstico *Papel Parental não adequado*, observou-se uma modificação positiva nos diagnósticos: conhecimento do papel não demonstrado em 68,75% e em 75% nos comportamentos de adesão não demonstrado (Apêndice XXIII). No entanto, concluiu-se que 100% das famílias adquiriram conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, prevenção de acidentes, vigilância saúde /vacinação, cuidados com o coto umbilical e técnica de aleitamento materno. Bem como, em relação aos comportamentos de adesão, 100% dos pais promoveram a ingestão nutricional adequada à criança e definiram regras entre os subsistemas familiares (Apêndice XXIII). Estes ganhos de saúde foram o resultado de aprendizagens e reavaliações colaborativas, com a identificação conjunta dos reais problemas e necessidades das famílias de primogénitos. As intervenções envolveram momentos de educação para a saúde, tanto em CESI como na análise dos registos em processo clínico, no sistema Sclínico®.

Relembrando os resultados do estudo sobre a prática da educação para a saúde, avaliada pelos pais durante a CESI, revelaram que 100% dos pais “sentem-se confortáveis

em conversar com os enfermeiros sobre a saúde da criança (...)", 79,6% "consideram que os enfermeiros têm disponibilidade de tempo para o esclarecimento de dúvidas (...)" e que 61,9% "apontam que os enfermeiros identificam as necessidades das crianças (...)" (Pereira et al, 2023, p.4). Outro dado relevante, que corrobora este estudo, é que os pais identificaram os temas de alimentação, programa nacional de vacinação e prevenção de comportamentos nocivos como áreas prioritárias no contexto da parentalidade, especialmente em famílias de primogênitos (Pereira et al, 2023).

- Funcional

Os ganhos em saúde decorrentes das intervenções de enfermagem no sistema familiar, perante o diagnóstico *processo familiar disfuncional*, foram avaliados com o contributo da reaplicação da escala de APGAR de *Smilkstein*, como parte do momento final de avaliação. Na amostra estudada, 25% das famílias apresentaram disfuncionalidade. Observou-se que 18,75% das famílias inicialmente com disfuncionalidade apresentaram modificação positiva no estado de diagnóstico. Somando aos 18,75% os 75% das famílias com processo familiar não disfuncional, constatou-se que, na amostra de 16 famílias de primogênitos, 93,75% obtiveram ganhos efetivos de saúde (Apêndice XXIV). É importante destacar que a família de primogênito, que manteve o diagnóstico de processo familiar disfuncional, também manteve o diagnóstico de satisfação conjugal não mantida, o que evidencia a necessidade de continuidade de cuidados e ajustes de intervenções nos diferentes subsistemas da família. As intervenções devem ser adaptadas a cada membro, tendo em consideração os diferentes níveis de prevenção, com o objetivo potenciar os melhores resultados no desenvolvimento e crescimento deste sistema familiar. Isto implica promover readaptações e mudanças nos domínios cognitivo, comportamental e afetivo, sempre na procura da manutenção e reequilíbrio do sistema familiar como um todo, através da mobilização de recursos internos e externos, numa abordagem bio ecológica da saúde.

- Avaliação Parental

Na avaliação final, o tamanho da amostra sofreu alterações: a taxa de adesão diminuiu de 100% para 81,25% no caso das mães, e de 92,85% para 64,28% nos pais (Apêndice X e Apêndice XXIV). Comparando os resultados da avaliação inicial com a final (Apêndice X), apesar da alteração no tamanho da amostra, concluiu-se que, após

intervenção de cuidados centrados no sistema familiar, existiu modificação positiva no estado do diagnóstico diminuição da autoeficácia parental. A média da autoeficácia aumentou em ambas as figuras parentais, com a tendência de médias mais elevadas na percepção de autoeficácia paterna. Especificamente, observou-se um aumento da média da percepção de autoeficácia materna de 7,57/10 para 7,63/10, enquanto na percepção paterna foi de 7,93/10 para 8,10/10. Além disso, houve um aumento nos valores mínimos obtidos, quer para a percepção de autoeficácia paterna como materna.

No entanto, o valor máximo de percepção de autoeficácia materna diminuiu, o que não ocorreu com a percepção paterna, em que manteve o valor máximo de 10/10. Isto sugere que a percepção da autoeficácia materna oscilou ao longo do tempo, o que pode ser sugestivo de entrada de possíveis *stressores* no subsistema mãe e, por conseguinte, no sistema familiar tornando-o mais vulnerável e instável. Esta fragilidade pode interferir com o desenvolvimento e funcionamento do sistema familiar primogénito, criando um ambiente desfavorável e potenciando risco no processo de saúde-doença.

Analisando os percentis e comparando a avaliação inicial com a final em relação à percepção de autoeficácia da figura materna, observou-se que as mães no percentil 75 apresentaram maior percepção de autoeficácia, enquanto no percentil 25 verificou-se uma diminuição da percepção. A mediana (percentil 50) permaneceu inalterada, indicando que a percepção média de autoeficácia se manteve constante. A avaliação final demonstrou que os pais com percepções de autoeficácia mais baixas apresentaram uma ligeira melhoria (aumento no percentil 25), mas a percepção de autoeficácia dos pais com maior confiança (percentil 75) diminuiu. A mediana permaneceu estável, indicando que a percepção média de autoeficácia não sofreu mudanças substanciais. Curiosamente, observou-se que os pais tendem a ter uma percepção de autoeficácia ligeiramente mais elevada no início da distribuição (percentis 25 e 50), mas as mães superam ligeiramente os pais no percentil 75. Portanto, as mães iniciam com uma percepção inferior de autoeficácia, mas as diferenças tendem a diminuir e até inverter à medida que se observa o percentil 75. Estes achados podem estar relacionados com a entrada de fatores *stressores* no sistema familiar, já anteriormente mencionado, explicando as oscilações na percepção de autoeficácia parental durante a transição da parentalidade nas famílias de primogénitos.

Comparando os resultados da avaliação final com a média da percepção de autoeficácia inicial (materna $\leq 7,57/10$ e paterno $\leq 7,93/10$), observou-se que, dos 50% das mães inicialmente com o diagnóstico de autoeficácia diminuída, reduziu para 43,8%. Para os pais, a mudança foi ainda mais significativa, de 42,9% com percepção de autoeficácia diminuída, conseguiu-se reduzir para 28,57%, o que se traduz numa maior percentagem de mães e pais com percepção de autoeficácia positiva (Apêndice XXV). Globalmente, dos 46,7% da amostra inicial com o diagnóstico de autoeficácia parental diminuída (Apêndice VIII), 36,6% apresentaram este diagnóstico na amostra final, o que comprova aumento na percepção de autoeficácia nas figuras parentais (Apêndice XXV).

Silva (2021) citando Morelli et al (2020), referem que quanto maior a percepção de autoeficácia parental, menor o nível de *stress*, o que maximiza o equilíbrio e o bem-estar do sistema familiar. No estudo realizado, verificou-se uma modificação positiva no diagnóstico de autoeficácia diminuída, o que sugere que as intervenções realizadas pelo EF contribuíram na diminuição do *stress* parental, promovendo o bem-estar das famílias de primogénitos e minimizando necessidades em saúde.

4. Implicações para a prática em Enfermagem de Saúde Familiar

A Enfermagem Especialista em Saúde Familiar (EESF), sendo uma disciplina recente, exige um maior investimento na integração da investigação no planeamento dos cuidados, pilar fundamental para impulsionar e dar visibilidade às melhores práticas clínicas na ESF. A EESF requer que o enfermeiro especialista tenha autonomia e empoderamento na identificação e análise de problemas relevantes, desenvolvendo, implementando e avaliando um plano de ações e/ou intervenções, baseados em juízo crítico e em decisões fundamentadas e sustentadas pela produção de conhecimento, resultante da investigação científica. A elaboração deste projeto de intervenção, envolvendo a atividade de investigação, possibilitou o desenvolvimento de capacidades e CCEE (Ordem dos Enfermeiros, 2019), as específicas em ESF (Ordem dos enfermeiros, 2018) bem como as competências de grau de mestre, conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho e Decreto-Lei n.º 230/2009, de 14 de setembro.

No que se refere às CCEE, as atividades e as intervenções de enfermagem foram desenvolvidas com base na responsabilidade profissional, ética e legal, respeitando

normas legais, os princípios éticos e o código deontológico da profissão de Enfermagem. A integração na dinâmica da USF, que incluiu a consulta de documentação orientadora e normativa da USF, bem como a participação nas reuniões multidisciplinares, foram elementos-chave para o exercício de uma prática deontológica, tanto em relação à equipa de enfermagem quanto para com a população inscrita na USF. A tomada de decisão clínica foi orientada pelo conhecimento aprofundado, pela experiência profissional e pelo envolvimento contínuo, com a partilha e discussão de diferentes situações de cuidados às famílias, quer dentro da equipa de enfermagem quer com a micro equipa e, ainda, com outros profissionais/equipas especializadas. A partilha e discussão de resultados em seminários e sessões de orientação tutoriais também desempenharam um papel relevante nas tomadas de decisão.

A negociação e validação do processo de enfermagem ocorreu de forma colaborativa com as famílias, respeitando sempre a sua unicidade e sem emitir juízos de valor. A abordagem de cada família de primogénitos foi orientada pelo respeito, pela segurança, pela privacidade e a pela confidencialidade, garantindo o acesso à informação de forma clara. Assegurou-se ainda o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas de cada membro e família. A elaboração e realização do consentimento informado e esclarecido garantiram a visibilidade ao respeito pela dignidade e pelo direito à melhor informação às famílias de primogénitos. A apresentação da mestrandia pela enfermeira de família no contexto da CESI foi um fator facilitador deste processo. A informação recolhida foi cuidadosamente protegida pela anonimização dos questionários e do acesso restrito aos dados obtidos, garantindo a confidencialidade dos instrumentos de avaliação utilizados. Foram ainda considerados os procedimentos éticos necessários para desenvolver o estudo, incluindo as autorizações ao Diretor executivo do ACES, do Coordenador da USF e das autoras do instrumento de avaliação - Escala de Avaliação Parental. O protocolo ético foi elaborado e submetido à ARSLVT, que emitiu parecer favorável.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, a aplicação da metodologia de trabalho por projeto tratou-se de um processo estruturado e sistematizado, fundamentado em métodos teórico-práticos e sustentado por evidências científicas. Este processo permitiu responder a uma problemática identificada na prática clínica, refletindo-se no desenvolvimento de práticas de qualidade nos cuidados prestados às

famílias e, simultaneamente, na colaboração em programas de melhoria contínua. Este projeto de intervenção contribuiu para incorporar e mobilizar novos conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitaram ajudar as famílias de primogénitos a alcançar o máximo potencial de saúde na complexa transição da parentalidade. Ao mesmo tempo, o projeto influenciou positivamente o programa de melhoria contínua da qualidade e os processos assistenciais integrados da USF. Tendo por base a problemática experienciada pela USF, “baixa taxa de cobertura das consultas médicas e de enfermagem em Saúde Infantil e Juvenil” (RAUF, 2023, p.15), verificou-se um aumento significativo na taxa de cobertura, que subiu de 68% em 2022 para 88% em 2023. Este aumento traduziu-se em ganhos para o indicador contratualizado: “2013.302.01 FL: Índice acompanhamento adequado SIJ no 1º ano”. Foram igualmente garantidas medidas rigorosas para a segurança de dados e dos registos, fomentou-se o respeito pela identidade e pelas necessidades culturais e espirituais das famílias, promovendo um ambiente terapêutico e seguro. Todas as atividades e intervenções foram baseadas em pesquisas bibliográficas, incluindo uma *scoping review*; bem como em orientações e normas clínicas e nos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em ESF (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No contexto da gestão de cuidados às famílias de primogénitos, assegurou-se a segurança e a qualidade dos cuidados através da gestão e otimização das respostas de enfermagem, bem como pela articulação eficaz na equipa de saúde. Os processos de cuidados de enfermagem, especialmente no que se refere à tomada de decisão, foram baseados no desenvolvimento de uma abordagem sistémica para a avaliação e intervenção familiar, destacando-se a formulação de estratégias adaptadas às necessidades das famílias e aos diferentes níveis de cuidados. A articulação efetiva de cuidados entre os diferentes profissionais da equipa da USF, evidenciou o reconhecimento de limites e a procura de novas soluções na resolução de problemas de saúde identificados ao longo do processo de cuidados de enfermagem. Por outro lado, o envolvimento da equipa de enfermagem e multidisciplinar no projeto de intervenção foi potenciado pelo seu contributo nos resultados dos indicadores contratualizados, pela auscultação e partilha de opiniões em relação às estratégias de planeamento e pela divulgação em reunião multidisciplinar. Estes requisitos possibilitaram um ambiente

positivo e favorável à implementação do projeto, potenciando a melhor resposta da equipa da USF.

Em relação ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tomei consciência que o conhecimento baseado na evidência científica é fundamental na prática de enfermagem especializada. Com o objetivo de otimizar o autoconhecimento e a assertividade, foram necessárias mudanças adaptativas pessoais e profissionais, assentes numa procura contínua de formação sobre diversas áreas, incluindo em outras disciplinas, por forma a responder às necessidades formativas identificadas e alcançar uma prática em ESF de qualidade. Reconheci os meus recursos e limites pessoais e profissionais, o que permitiu uma maior capacidade de ponderação, reflexão e gestão de sentimentos e emoções, muitas vezes ambivalentes. A experiência como “investigadora” neste percurso de aprendizagem contribuiu para produzir conhecimento e desenvolver habilidades no contexto da prática clínica especializada, quer no âmbito da relação terapêutica, mas também multiprofissional.

A prática clínica especializada, fundamentada na evidência científica, foi uma preocupação constante ao longo de todo o percurso. A integração dos resultados da *scoping review* e das evidências clínicas no planeamento dos cuidados, foram contributos relevantes para as práticas direcionadas às necessidades específicas das famílias de primogénitos. Resultando numa melhoria significativa na prestação de cuidados de qualidade e eficácia. Destacou-se, ainda, a elaboração de material informativo e pedagógico com o objetivo de sensibilizar e promover a parentalidade positiva nas famílias de primogénitos, além de envolver e despertar o interesse sobre o tema dentro da equipe multidisciplinar da USF. Considerou-se ainda, a participação em eventos científicos com fundamental para a atualização do conhecimento e desenvolvimento de melhores práticas no exercício da profissão de EEESF.

Relativamente à aquisição e desenvolvimento das CEEESCAESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19357), considerando a primeira competência, “cuida da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”, foi fundamental a escolha de um referencial teórico de enfermagem de abordagem centrada na família como um todo e individualmente. O modelo escolhido foi o MDAIF (Figueiredo, 2012), pois é o modelo que integra o sistema de informação e registo (Sclínico®) nas USF. Este referencial possibilitou, de forma

estruturada e sistematizada, a avaliação e intervenção colaborativa com as famílias de primogénitos nas dimensões estrutural, desenvolvimento e funcional, permitindo explorar os pontos fortes e os problemas na resposta familiar perante a transição normativa e complexa que é a parentalidade. Esta recolha de dados pertinentes sobre o estado de saúde das famílias de primogénitos, realizada durante as CESI com recurso à entrevista semiestruturada e à observação das interações e relacionamentos no sistema familiar, permitiram caracterizar estas famílias em específico, quanto aos seus recursos interno e externos. Esta caracterização facilitou o planeamento, a implementação e avaliação de intervenções, direcionadas às especificidades de cada família de primogénito.

Os conhecimentos adquiridos sobre os sistemas familiares, através da elaboração de diversos instrumentos de avaliação familiar, estimularam a análise reflexiva e proporcionaram uma visão sistémica mais abrangente, do sistema familiar. Facilitou a tomada de decisão profissional, mas também contribuiu para a promoção, manutenção ou restabelecimento da saúde nas famílias, em geral, e nas famílias de primogénitos, em particular. Ao intervir aos diferentes níveis de prevenção, foi possível promover o desenvolvimento infantil, apoiar os pais e ajudar na gestão de fatores *stressores*, perspetivando um ambiente familiar positivo e prevenindo comportamentos desviantes e/ou psicopatológicos no sistema familiar.

Garantiu-se também a promoção de ambientes seguros e desenvolvimento de habilidades comunicacionais, através da consolidação de uma relação terapêutica enfermeiro, família e membros, assente na confiança, colaboração e numa relação horizontal. Este processo resultou numa maior facilidade na negociação e avaliação do plano de cuidados com cada família. Os resultados obtidos traduziram-se em ganhos de saúde a curto e médio prazo, favorecendo e maximizando a promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos, dos 0 aos 6 meses.

No que concerne à segunda competência do EEESCAEESF (Ordem dos Enfermeiros, 2018. P. 19358), especificamente “liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”, com base nos diagnósticos identificados colaborativamente com cada família de primogénito, e sempre com a sua permissão, foi necessário gerir, articular e mobilizar recursos para dar resposta às necessidades de cuidados de saúde. Específico a articulação de cuidados de saúde com outros

profissionais, além da interação com outras equipas específicas, com o objetivo de promover uma colaboração multidisciplinar e interdisciplinar focada na qualidade e continuidade de cuidados de saúde à família. Os registos de informação relevante sobre o processo de cada família, no sistema informático Sclínico® potenciou a comunicação entre os diferentes profissionais permitindo a continuidade dos cuidados prestados e consequentemente melhorar os resultados de saúde família. continuidade aos cuidados de saúde necessários. A elaboração de materiais de apoio informativo permitiu intervir aos diferentes níveis de prevenção e em simultâneo, promoveu a visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.

Para a obtenção do grau de mestre implicou desenvolver e aprofundar conhecimentos em contexto de investigação. A elaboração da *scoping review* integrada na metodologia do projeto de intervenção e o estudo de investigação foram atividades que me permitiram aperfeiçoar as competências necessárias para o grau de mestre na área da ESF. Acrescento ainda, a oportunidade de aplicar os conhecimentos e demonstrar capacidades de compreensão na resolução de problemas em novas situações, não só na prestação de cuidados diretos às famílias de primogénitos, mas também em contextos alargados e multidisciplinares, como o da USF.

O desenvolvimento do projeto de intervenção permitiu adquirir e consolidar conhecimentos e habilidades para lidar e gerir situações complexas, refletir sobre as implicações e a responsabilidade ética e social, o que facilitou a realização do julgamento clínico e a tomada de decisões.

A divulgação do conhecimento, do raciocínio e das conclusões, deste estudo académico, a especialistas e não especialistas, foram realizadas em colaboração com o orientador clínico, em reuniões multidisciplinares da USF e através de uma comunicação livre, em formato de poster, num evento científico no âmbito da ESF.

O processo de autoaprendizagem exigiu uma atitude proactiva, que permitiu dar continuidade às aprendizagens de forma auto-orientada e autónoma, impulsionando o desenvolvimento pessoal e profissional. Ao refletir sobre o percurso realizado, reconheço o impacto da prestação de cuidados pelo EEESF e a importância da integração das melhores evidências científicas na prática clínica da ESF. Considero que, ao longo dos estágios, foram adquiridas competências comuns, específicas e de mestre em ESF.

Conclusão

Este relatório reflete sobre o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em saúde comunitária, na área de enfermagem de saúde familiar. Ao longo dos estágios, as competências foram validadas e aperfeiçoadas na procura da melhoria contínua dos cuidados prestados às famílias. A análise reflexiva evidenciou ganhos de saúde para o sistema familiar.

Os estágios promoveram um crescimento pessoal e profissional, possibilitaram a mobilização de conhecimentos e habilidades em práticas clínicas e de investigação. Os objetivos foram alcançados, consolidando as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde familiar a as exigidas para o grau de mestre. As atividades incluíram o cuidado ao longo do ciclo vital das famílias, em situações complexas, aos diferentes níveis de prevenção e na gestão de projetos de melhoria contínua, como o estudo sobre a promoção da parentalidade positiva em famílias de primogénitos, pelo que os objetivos foram alcançados.

Entre os desafios, destaco a gestão do tempo na atividade de investigação, que exigiu ajustes devido à complexidade da recolha e análise dos dados, além do desajuste temporal na resposta da comissão de ética. No contexto da comunidade, a imprevisibilidade de acontecimentos foi notória, exigindo proatividade na readaptação de estratégias. Situações estas que potenciaram vieses na avaliação final, principalmente pela diminuição da amostra e pela alteração do método de autopreenchimento dos instrumentos de avaliação. A escassez de orientadores especialistas em saúde familiar foi compensada pelo apoio essencial de enfermeiros especialistas em saúde comunitária, na área de saúde pública, cuja colaboração foi crucial para o sucesso deste processo de aprendizagem.

Os estágios destacaram a importância de um cuidado mais abrangente e centrado na unidade familiar, em vez de um enfoque tendencialmente biomédico. Estes momentos de aprendizagem foram valiosos, proporcionando o aperfeiçoamento da autonomia profissional e da capacidade de adaptar intervenções conforme as necessidades específicas de cada família e não só em cada membro. Tratou-se de um percurso contínuo e dinâmico, sujeito a um enriquecimento com base na fundamentação, sustentação e triangulação entre a prática, teoria metodológica e a evidencia científica,

facilitando o reconhecimento sobre o impacto dos cuidados centrados na família e do que é ser enfermeiro especialista em EEESF.

A atividade de investigação, orientada pela metodologia de projeto, tendo por base referenciais teóricos e operativos e uma prática baseada na evidencia científica, foi uma pedra basilar no meu processo de autoaprendizagem, pois permitiram ter certezas, método de trabalho e “ferramentas” que permitiram procurar soluções personalizadas, lidar com a imprevisibilidade dos resultados das intervenções e com a vulnerabilidade do sistema familiar. O processo de cuidados de enfermagem, alocado ao MDAIF, a cada um dos 16 sistemas familiares de primogénitos, permitiu de forma sistematizada caracterizar as especificidades destas famílias, ou seja, foram reconhecidos os seus pontos fortes e os reais problemas que afetaram a transição da parentalidade em famílias de primogénitos. Possibilitou a identificação dos diagnósticos de enfermagem com o respetivo planeamento de cuidados e implementação das intervenções orientadas para as suas particularidades. Os resultados da *scoping review* que deu resposta à questão de investigação: “Quais as intervenções do enfermeiro de família na promoção da parentalidade positiva nas famílias de primogénitos?” foram um contributo fundamental na escolha das melhores intervenções para complementar a resposta às necessidades de saúde específicas desta população. Estes saberes, simplificaram a tomada de decisão face à promoção, manutenção ou restabelecimento da saúde no sistema familiar com primogénitos. A avaliação de resultados demonstrou o impacto positivo das intervenções, com ganhos em saúde para as famílias e maior visibilidade do papel do EEESF, contribuindo na promoção da autonomia e a valorização profissional. A divulgação do projeto e dos resultados obtidos quer em equipa multidisciplinar quer num evento científico permitiu a partilha de conhecimento e ao mesmo tempo, sensibilizar para as especificidades das famílias de primogénitos dos 0 aos 6 meses na transição da parentalidade, numa perspetiva positiva envolvendo todos os subsistemas e o sistema familiar de primogénito.

O pensamento crítico, a análise reflexiva das práticas clínicas e de investigação e a pesquisa de evidências científicas, foram estratégias que permitiram desenvolver método de trabalho para uma prestação de cuidados de qualidade, não descurando em momento algum, a dignidade e o respeito pela unicidade do sistema familiar a quem prestamos os cuidados.

O desejo futuro será colaborar com Escolas Superiores de Enfermagem, orientando profissionais na área de saúde familiar, em contexto clínico. Um dos desafios será manter uma conduta profissional focada no cuidado à unidade familiar, e não só na individualidade dos seus membros, ao longo do seu ciclo vital, nas suas transições, aos diferentes níveis de prevenção e nos diferentes contextos. Será também fundamental gerir e mobilizar recursos para apoiar famílias em situações complexas, numa perspetiva bio ecológica e usar os métodos teórico-práticos adquiridos, sustentados por uma prática baseada em evidencias científicas. O percurso exigiu resiliência, criatividade, capacidade de gerir emoções e de estabelecer prioridades. Em resumo, as competências necessárias para atuar como especialista e mestre em enfermagem de saúde familiar foram adquiridas, aperfeiçoadas e consolidadas. Embora seja essencial reconhecer conquistas, é igualmente fundamental lembrar que o processo de crescimento é contínuo e que o caminho para o aperfeiçoamento não tem limites.

Referências Bibliográficas

- Alligood, M. R.; & Tomey, A. M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. Lusodidacta.
- Abreu-Lima, I.; Alarcão, M.; Almeida, A. T.; Brandão, M. T.; Cruz, O.; Gaspar & M. F.; & Santos, M. R., (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62362/2/44610>.
- Assembleia da República. (2019). *Lei n.º 58/2019 - Lei da proteção de dados pessoais*. Diário da República, 1ª série, 151 (agosto): 3-40. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Business Council for Sustainable Development (BCSD) Portugal. (2022). *Objetivos de desenvolvimento Sustentável*. <https://ods.pt>
- Buzz, P. M.; & Filho, A. P. (2007). *A Saúde e seus Determinantes Sociais*. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1),77-93.
- Carter, B.; & McGoldrick, M. (1989). *As mudanças no ciclo familiar de vida familiar - Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.). Artmed.
- Cruz, M. M.; & Bourget, M. M. M., (2010). *A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias*. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 605-613.
- Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina. (1997). *Convenção de Oviedo*. Conselho da Europa. <https://www.coe.int/pt/web/bioethics/oviedo-convention>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

- Direção-Geral do Ensino Superior (DGES). (2011). *O Quadro de qualificações do ensino superior em Portugal relatório da comissão internacional sobre a verificação da compatibilidade com o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior*.
https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2020). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. <https://pns.dgs.pt>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo de intervenção dinâmico de avaliação e intervenção familiar - Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.
- Fortin, M.F. (2000). *O processo de investigação, da conceção à realização*. (2ª ed). Lusociência
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família - Teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2022). *Censos 2021. XVI Recenseamento Geral da População e VI Recenseamento Geral da Habitação: Resultados definitivos*. INE.
<https://tabulador.ine.pt/censos2021/>
- Kläusler-Troxler, M.; Kurth, E.; & Spirig, R. (2014). *Young first-time parents' experiences with family-centred postpartal health care in Switzerland*. *Pflege*, 219-230.
- Lopes, M.; Catarino, H.; & Maria, A.D. (2010). *Parentalidade positiva e enfermagem: Revisão sistemática de literatura*. Referêcia, III série, nº1, Jul 2010.
- Lopes, M. de S. de O. C. (2012). *Apoiar na Parentalidade Positiva: Áreas de intervenção de enfermagem*. (Tese de doutoramento em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de ciências da Saúde.
- Ministério da Saúde. (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Diário da República, 1º série – A, 205 (setembro), 2959-2962. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

- Ministério da Saúde. (2007). *Decreto-Lei n.º 298/2007: Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF)*. Diário da República, 1ª série, 161 (agosto): 5587-5596.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Ministério da Saúde. (2014). *Decreto-Lei n.º 118/2014. Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Diário da República, 1ª série, 149 (agosto), 4069 – 4071.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Ministério da saúde. (2023). *Despacho n.º 12456-B/2023 sobre a organização e funcionamento das Unidades de Saúde Familiar*. Diário da República, 1º série.
<https://www.dre.pt/pdfs/diário/2023/01/00200.pdf>
- Matias, S. (2022) *Relatório de Estágio III: “Intervenções de Enfermagem promotoras da adaptação dos Pais (de primeira viagem) na Transição para a Parentalidade*. Politécnico de Leiria.
- Martins, A. R. R. (2018). *Revisão Sistemática do ciclo vital da família*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, ramo de Psicoterapia Psicodinâmica). Instituto Superior de Miguel Torga, Coimbra.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development & progress*. (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Mosmann, C.; Wagner, A.; & Féres-Carneiro, T. (2006). *Qualidade conjugal: Mapeando conceitos*. Paidéia, 315-325.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es->

para-est%3%A1gio-e-relat%3%B3rio-da-componente-cl%3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (CIPE®) Versão 2019.

Organização Mundial da Saúde. (2016). *INSPIRE: seven strategies for ending violence against children*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-por.pdf?ua=1>

Pereira A., Escola J., Almeida C., & Rodrigues V. (2023). *Health education provided by nurses to children and young people: Parents' assessment*. BMC Nursing, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01447.x>

Pedro, E.R. (2023). *A conjugalidade de casais em "geração sanduíche": Análise baseada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. [Relatório final de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_tipo%255B%255D=7&type_communication1%255B%255D=7

PORDATA. (2022). *Estatísticas sobre Portugal e a Europa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-portugal-361>
<https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/populacao-residente-por-sexo-e-grupo-etario>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). "Regulamento n.º 140/2019": Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª. série, 26 (fevereiro), 4744- 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem do Enfermeiros. (2015). "Regulamento n.º 367/2015": *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. *Diário da República*, 2ª série, 124 (junho), 17384-17391. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico dos Enfermeiros*.
<https://www.ordemdosenfermeiros.pt/>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). "Regulamento n.º 428/2018". Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2.ª série, 135 (junho), 19354-19359.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Presidência do Conselho de Ministros. (2023). "Decreto-Lei n.º 103-2023". *Diário da República*, 1.º série, 215 (novembro), 21-48.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

Presidência do Conselho de Ministros. (2018). "Decreto-Lei n.º 65/2018". Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior. *Diário da República*, 1.º série, 157 (agosto), 4147-4182.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Saúde. (2023). "Portaria n.º 454-A/2023". Regula o procedimento de candidatura aplicável à constituição das unidades de saúde familiar modelo B, os processos de monitorização e de acompanhamento e ainda os mecanismos de transição para unidades de saúde familiar modelo. *Diário da República*, 1.º série, 241 (dezembro), 2-12. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/454-a-2023-835862896>

Saúde - Gabinete do Secretário do Estado Adjunto e da Saúde. (2016). "Despacho n.º 14723/2016". *Diário da República*, 2.ª. Série, 233 (dezembro), 35908-35909.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/14723-2016-105315539>

Saúde – Gabinete do Ministro. (2023). "Despacho n.º 12456-B/2023". *Diário da República*, 2.º série, 234 (dezembro), 4-10.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12456-b-2023-225283582>

- Silva, M.; Gavinhos, M., Neves, V., & Camarneiro, A. (2021). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. *Pensar em Enfermagem*, 25 (2), 2º semestre.
- Sistema Nacional de Saúde (SNS). (2024, 12 de fevereiro). *BI-CSP: bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*.
<https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/3/30028/Pages/default.aspx>.
- Silva, R. V. N. (2013). *Avaliação do Impacto do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar no contexto dos Cuidados de Saúde Primários em Vila Franca do Campo*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra).
- Silva, C. & Carneiro, M. (2014). *Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho*. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*, 3.
- Silva, L. A. S. O. (2016). *Estudos psicométricos da versão Portuguesa da Escala de Avaliação Parental*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Smyth, S. & Anderson, G. (2014). Family Nurse PartnerShip: Meeting the needs of teenager mothers. *British Journal of Midwifery*, 22(12), 870-875.
- Tanninen, H.M.; Häggman-Laitila, A.; Kangasniemi, M.; & Pietilä, A.M. (2014). How Resource-Enhancing Family Nursing is realized by Finnish parents? An intervention study. *International Journal of Caring Sciences*, 7(2), 520-529.
- Unidade Cuidados de saúde Personalizados Saúde . (2023). *Plano de Ação da Unidade Funcional 2023*. UCSP.
- Unicef. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. Comité Português para a UNICEF. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- Unidade de Saúde Familiar . (2021). *Plano de Ação da Unidade Funcional 2021*. USF

- Unidade de Saúde Familiar . (2023). *Relatório de atividades de 2023 (RAUF)*.
USF
- Unidade de Saúde Familiar . (2023). *Regulamento interno de 2023. (7ª
revisão)*. USF
- Unidade de Saúde Familiar . (2023). *Projeto de acompanhamento interno e
melhoria da qualidade (PAI 2023) Saúde infantil e Juvenil*. USF
- Unidade de Saúde Familiar (2023). *Manual de Acolhimento para
profissionais e estudantes. (6ª revisão)*. USF
- União Europeia. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho
de 27 de abril de 2016 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito
ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados*. [https://eur-
lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679)
- Wright, L. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na
família*. (5ª ed.). Roca.
- World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical
research involving human subjects*. World Medical Association.
<https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>