

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

**Conciliação da conjugalidade e parentalidade desde a
gravidez ao primeiro ano de vida: contributo do
enfermeiro de família**

Conciliation of conjugality and parenting from pregnancy to the first year of
life: contribution from the family nurse

Anexos e Apêndices

Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge

**Lisboa
2024**

Índice

Anexos

Anexo I- Declaração de confidencialidade da USF de estágio

Anexo II- Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional da Região de Lisboa e Vale do Tejo

Anexo III- Certificado de participação no Projeto Semente

Anexo III_a- Avaliação da saúde psico-social pré-natal (ALPHA)

Anexo IV- Certificado de participação no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar

Anexo V- Certificado de coautoria e apresentação de póster no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar

Anexo VI- Certificado de participação no *Webinar* "Redação de artigos científicos"

Anexo VII- Certificado de participação no *Webinar* "Investigação na prática clínica do Enfermeiro"

Anexo VIII- Certificado de participação no *Webinar* "Decidir para Cuidar - Tomada de Decisão em Enfermagem"

Anexo IX- Certificado de formação do curso "Regulamento Geral de Proteção de Dados para Cidadãos Atentos"

Anexo X- Certificado de participação no *Webinar* "Intervenção Sistémica à Família"

Anexo XI- Autorização do autor para utilização da Escala Medo do Parto antes da Gravidez traduzida para a população portuguesa

Anexo XII- Autorização do autor para utilização da Escala de *Stress* Parental traduzida para a população portuguesa

Anexo XIII- Ata da reunião de Conselho Geral da USF

Apêndices

Apêndice I- Síntese dos objetivos gerais, específicos, planejamento das intervenções, recursos a mobilizar e indicadores de avaliação dos mesmos

Apêndice II- Cronograma de atividades a serem desenvolvidas em contexto de estágios

Apêndice III- Sessão de formação sobre Procriação Medicamente Assistida- opção e ou necessidade da família

Apêndice IV- Contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade desde a gravidez ao primeiro ano de vida: uma *scoping review*

Apêndice V- Estudo de caso realizado na UCSP

Apêndice VI- Estudo de caso realizado na USF

Apêndice VII- Apresentação do projeto de estágio intitulado “Conciliação da conjugalidade e parentalidade desde a gravidez ao primeiro ano de vida: contributo do enfermeiro de família”

Apêndice VIII- Expectativas da família sobre o contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade: caracterização das famílias

Apêndice IX- Guia da Gravidez e pós-parto

Apêndice X- Apresentação do trabalho de investigação: Expectativas da família sobre o contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade: caracterização das famílias

Anexos

Anexo I- Declaração de confidencialidade da USF de estágio



Declaração de Confidencialidade



E-mail:



Eu, _____,

declaro que fui informado(a) e comprometo-me com a adesão e respeito pela Confidencialidade e Proteção de Dados, de acordo com a lei vigente e asseguro no decurso da minha atividade os seguintes procedimentos:

- Não divulgar nenhum dado de carácter pessoal ou identificativo dos pacientes fora do espaço da USF [REDACTED] ou com outrem que não um profissional da USF [REDACTED].
- Não comunicar nem divulgar a minha chave pessoal de acesso ao Sistema Informático de Registo Clínico a outrem que não um profissional da USF [REDACTED].
- Não incluir nenhum dado de carácter pessoal ou identificativo dos pacientes em nenhum trabalho ou estudo.
- Toda a informação documental, em suporte papel ou informático (écran), sobre os utentes deve estar inacessível a qualquer pessoa que não esteja sob idêntico compromisso de confidencialidade.

USF [REDACTED], ____ / ____ / ____

Assinatura _____

Nº mecanográfico _____

**Anexo II- Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional
da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

Exma. Senhora

Dr.ª Sandra Jorge

sjorge1@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

5435/CES/2023

Assunto: Expectativas da família sobre o contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação do dia 13.10.2023 e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

 O Conselho Directivo


LAURA SILVEIRA
Vice Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Anexo III- Certificado de participação no Projeto Semente

Perinatal and Infant Mental Health Training



**Certificamos que
participou num programa de formação de dois dias**

Data: 12 de outubro de 2023

**Fornecido por um PIMH Champion treinado pelo Institute of Health Visiting (UK) –
apoiado por recursos desenvolvidos pelo iHV**

Alison Morton

Alison Morton – CEO iHV

Anexo III_a- Avaliação da saúde psico-social pré-natal (ALPHA)

Avaliação da saúde psico-social pré-natal (ALPHA)*

(ALPHA Group, Abril, 2005; Versão Portuguesa – Teresa Maia, 2014 ENSP-UNL)

Os problemas psicossociais que decorrem no período pré-natal podem estar associados a consequências negativas no pós-parto. As questões que fazem parte deste questionário são sugestões de como averiguar a saúde psicossocial. As questões de elevado grau de preocupação para a mulher, para a sua família ou para o cuidador geralmente indicam a necessidade de suporte ou serviços suplementares. Quando algumas preocupações são identificadas, deve ser considerada a necessidade de reavaliação e/ou referência posterior. Informação complementar pode ser obtida no Manual do ALPHA.

* Por favor considere a delicadeza desta informação antes de a partilhar com outros cuidadores.

Nome _____ Nº _____ Data / /

FACTORES PRÉ-NATAIS	PREOCUPAÇÃO	OBSERVAÇÕES/PLANO
FACTORES FAMILIARES		
1. Apoio social (AC, AM, DP) Como é que o seu companheiro/a sua família se sentem em relação à sua gravidez? Quem irá ajudá-la quando voltar para casa com o seu bebé?	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	
2. Acontecimentos de vida stressantes ocorridos recentemente (AC, AM, DP, DF) Que mudanças na sua vida ocorreram ao longo deste ano? Que mudanças tem estado a planear durante esta gravidez?	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	
3. Relacionamento conjugal (DC, DP, AM, AC) Como descreve o seu relacionamento com o seu companheiro? Como pensa que será o vosso relacionamento depois do nascimento?	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	
FACTORES MATERNOS		
4. Cuidados pré-natais (iniciados tardiamente) (AM) Primeira visita pré-natal no terceiro trimestre? (ver registos)	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	
5. Educação pré-natal (recusa ou abandono) (AC) Quais são as suas intenções em relação às aulas de preparação para o nascimento?	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	
6. Sentimentos em relação à gravidez após as 20 semanas (AC, AM) de gestação Como é que se sentiu quando soube que estava grávida? Como é que se sente agora em relação a este assunto?	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	
7. Relacionamento com os pais durante a infância (AC) Como foi o seu relacionamento com os seus pais? Sentiu-se amada pelos seus pais?	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	
8. Auto-estima (AC, AM) Quais são as suas preocupações sobre ser e tornar-se mãe?	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	
9. História de problemas psiquiátricos/emocionais (AC, AM, DP) Já alguma vez teve problemas emocionais? Já alguma vez consultou um psiquiatra ou psicólogo?	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	
10. Depressão durante a gravidez (DP) Como tem estado o seu humor durante esta gravidez?	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	

RESULTADOS ASSOCIADOS NO PÓS-PARTO

Os factores pré-natais na coluna da esquerda estão associados a consequências no pós-parto (assinaladas entre parêntesis): **negrito, itálico**, indica uma boa evidência desta associação; texto regular indica baixa evidência desta associação.

AC – Abuso da Criança DC – Disfunção do Casal DF – Doença Física DP – Depressão Pós-parto AM – Abuso da Mulher

FACTORES PRÉ-NATAIS	PREOCUPAÇÃO	OBSERVAÇÕES/PLANO
CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS		
11. Abuso de Álcool/Drogas (AM, AC) Quantas bebidas alcoólicas bebe por semana? Há momentos em que bebe mais do que isso? Costuma consumir drogas de forma recreativa?(a grávida ou o seu companheiro) Tem problemas com álcool ou drogas? (a grávida ou o seu companheiro) Considere o grau de dependência alcoólica "CAGE"	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	
VIOLÊNCIA FAMILIAR		
12. Grávida ou companheiro vítimas ou testemunhas de abuso (físico, emocional, sexual) (AC, AM) Como era a relação entre os seus pais? Alguma vez o seu pai intimidou ou magoou a sua mãe? Alguma vez os seus pais a/o intimidaram ou a/o magoaram? Foi abusada/o sexualmente em criança?	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	
13. Abuso da Mulher no passado ou no presente (AM, AC, DP) De que forma é que você e o seu companheiro gerem em geral os conflitos? Alguma vez se sentiu assustada por aquilo que o seu companheiro lhe disse ou fez? Alguma vez o seu companheiro lhe bateu/ empurrou /esbofeteou? Alguma vez o seu companheiro a humilhou ou abusou de si psicologicamente de alguma forma? Alguma vez se sentiu forçada a ter relações sexuais contra a sua vontade?	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	
14. Abuso da criança por parte da mulher ou do companheiro (AC) Têm filhos que não vivem convosco? (a grávida e o seu companheiro) Se sim, porquê? Alguma vez esteve envolvida nalgum processo de ligada a protecção de menores? (Comissão de Protecção de Menores)	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	
15. Educação/Disciplina em criança (AC) Como foi educada/castigada em criança? Como pensa educar/castigar os seus filhos? Como lida com os seus filhos em casa quando eles se portam mal?	<input type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Elevada	

Gestor de caso:

Médico _____

Enfermeiro _____

PLANO:

FACTORES PROTECTORES:

Anexo IV- Certificado de participação no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar

CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que

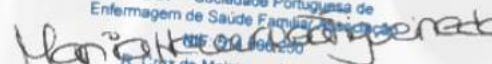
Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge

Participou no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar, que decorreu online e presencial nos dias 26, 27 e 28 de outubro de 2023, nos Açores.

Maria Henriqueta Figueiredo

PRESIDENTE DA SPESF

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt
4460-203 Matosinhos



Anexo V- Certificado de coautoria e apresentação de póster no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar

CERTIFICADO

A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar certifica que Sandra Galaio, Sandra Jorge, Flávia Lopes, Ana Pinheiro, Isabel Ribeiro e Laura Viegas são autoras do póster “ *Enfermeiro de família na gestão do regime medicamentoso do idoso no domicílio* ” apresentado por Flávia Lopes, no âmbito do V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar, que decorreu *online* e presencial nos dias 26, 27 e 28 de outubro de 2023, nos Açores.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
Maria Henriqueta Figueiredo
Cruz de Maloque nº 115, 2º Dt
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo
PRESIDENTE DA SPESF

Anexo VI- Certificado de participação no *Webinar* "Redação de artigos científicos"

Certificado

Declara-se que **Sandra Jorge** participou no Webinar “Redação de artigos científicos” que decorreu no dia 09 de novembro de 2023, das 16h às 17h30.

Lisboa, 13 de novembro de 2023

A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa

Anexo VII- Certificado de participação no *Webinar* “Investigação na prática clínica do Enfermeiro”

Certificado

Declara-se que **Sandra Jorge** participou no Webinar “Investigação na prática clínica do Enfermeiro” que decorreu no dia 16 de novembro de 2023, das 15h às 17h00.

Lisboa, 22 de novembro de 2023



A Coordenadora do CIDNUR
Andreia Jorge Silva da Costa

Anexo VIII- Certificado de participação no *Webinar* "Decidir para Cuidar - Tomada de Decisão em Enfermagem"

CERTIFICADO

Certifica-se que Sandra Jorge participou no Webinar intitulado "**Decidir para Cuidar - Tomada de Decisão em Enfermagem**", realizado no dia 14 de novembro de 2022 com a duração de 4 horas e 30 minutos.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

**Anexo IX- Certificado de formação do curso “Regulamento Geral de Proteção de
Dados para Cidadãos Atentos”**

RGPD para Cidadãos Atentos



EMITIDO EM:
novembro 23, 2023

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
[0576972c02fb40b7b00c966ff966c19a](https://ms.nau.edu.pt/certificat/es/0576972c02fb40b7b00c966ff966c19a)



nau SEMPRE
A APRENDER

<https://ms.nau.edu.pt/certificat/es/0576972c02fb40b7b00c966ff966c19a>


CERTIFICADO

Certifica-se que SANDRA TERESA RASQUINHO FURTADO JORGE concluiu o curso
"RGPD para Cidadãos Atentos" com uma duração estimada de 3 horas.

(Prof. Doutora Luísa Neto)
Presidente do Conselho Diretivo

Cofinanciado por:



A pessoa mencionada neste certificado completou todas as atividades relativas ao curso em questão. Para mais informações sobre Certificação na plataforma  e requisitos para a sua obtenção visite nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao. Este certificado é uma prova de aprendizagem, não tendo qualquer validade formal como prova de qualificação ou como formação conferente de grau.



Anexo X- Certificado de participação no *Webinar* “Intervenção Sistémica à Família”



Certificado

Certifica-se a presença de

Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge

No *Webinar Gratuito "Intervenção Sistémica à Família"* realizado no dia 16 de janeiro de 2024, num total de **2** horas de formação.

Oliveira de Azeméis, 16 de janeiro de 2024

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP



(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

Organização

**Anexo XI- Autorização do autor para utilização da Escala Medo do Parto
antes da Gravidez traduzida para a população portuguesa**

Pedido de autorização para utilização da EMPAG em projeto de investigação e no âmbito de estágio



 1 anexo ▾



Marlene Ferreira

<marlene.silva.ferreira11@gmail.com>



Para: Sandra Jorge | USF Monte da Lua

qua, 12/07/2023 09:24

Exma Sra. Enfermeira Sandra Jorge,

Autorizo a utilização da Escala do Medo do Parto antes da Gravidez (EMPAG) no estudo descrito no anexo que me foi endereçado.

Disponho-me para qualquer informação que possa necessitar.

Com os melhores cumprimentos,
Marlene Ferreira

Anexo XII- Autorização do autor para utilização da Escala *Stress Parental*
traduzida para a população portuguesa

Pedido de autorização para utilização em projeto de investigação e contexto clínico de estágio da ESP



📎 3 anexos ▾



Orlanda Cruz <orlanda@fpce.up.pt>



Para: Sandra Jorge | USF Monte da Lua

qua, 12/07/2023 13:58



StressParental99-100.pdf

102 KB



▾ Mostrar os 2 anexos (138 KB)

☁ Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

↓ Transferir tudo

Boa tarde

Suponho que se refere ao instrumento que envio em anexo. Da nossa parte tem autorização para utilizar a escala.

Desejo-lhe as maiores felicidades para seu trabalho.

Orlanda Cruz

Anexo XIII- Ata da reunião de Conselho Geral da USF



Ata Reunião Conselho geral nº 02/2024

Local	Data	Hora
Sala de reuniões da USF	09/02/2024	Início:14h00 Termo:15h00

Membros presentes (13/14)		
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Ordem do dia
1. Apresentação trabalho de investigação realizado pela Enf.ª Sandra Jorge no âmbito da sua especialização em saúde familiar - "Expectativas da família sobre o contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade: caracterização das famílias"
2. Plano de Formação 2024
3. Horários 2024 – incremento de horário decorrente do nº de UC de lista
4. Plano de Férias 2024
5. Outros assuntos

Discussão
1. --- [Redacted]
[Redacted]
4. ---

Deliberações tomadas
1. Sugerir e motivar a presença dos 2 pais na consulta do seu filho. [Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

Estive presente como assistente a médica interna de FEMGF [Redacted].

Apêndices

Apêndice I- Síntese dos objetivos gerais, específicos, planeamento das intervenções, recursos a mobilizar e indicadores de avaliação dos mesmos

Objetivo Geral - Cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção			
Objetivos Específicos	Estratégias/ atividades	Recursos	Avaliação
<p>-Aprofundar conhecimentos na área da enfermagem de saúde familiar;</p> <p>-Aprofundar conhecimentos sobre conjugalidade e desafios que se colocam aos casais;</p> <p>-Aprofundar conhecimentos específicos sobre parentalidade, fatores desencadeadores de <i>stress</i> e fatores protetores.</p>	<p>- Realização de uma <i>Scoping Review</i>;</p> <p>-Realização de pesquisa de evidência científica sobre fatores desencadeadores ou de predisposição de <i>stress</i> na relação conjugal ou no papel parental;</p> <p>-Realização de pesquisa de evidência científica do papel do enfermeiro na transição/ conciliação da conjugalidade parentalidade.</p>	<p>-Professora orientadora;</p> <p>-Enfermeira orientadora clínica;</p> <p>- Equipa da USF;</p> <p>-Computador pessoal, acesso à Internet e VPN/ bases de dados disponibilizadas pela ESEL.</p>	<p>- Elabora e documenta em portefólio os dados da <i>Scoping Review</i>;</p> <p>- Elabora o relatório de estágio.</p>
<p>-Realizar consultas de enfermagem e prestar cuidados às famílias inscritas na USF de acordo com o MDAIF.</p>	<p>-Observação participativa na prestação de cuidados especializados às famílias, em diferentes fases do ciclo vital, inscritas na USF;</p> <p>-Mobilização de conhecimentos baseados na evidência científica e conhecimentos adquiridos como discente no mestrado, na prestação de cuidados;</p>	<p>-Enfermeira orientadora clínica;</p> <p>-Equipa da USF;</p> <p>-Instalações e equipamento da USF.</p>	<p>-Elabora análise sobre dados recolhidos através da observação direta e interação com as famílias;</p> <p>- Demonstra a aquisição e mobilização de conhecimentos adquiridos na intervenção com as famílias;</p> <p>-Realiza estágio curricular e documenta reflexão sobre o mesmo em relatório.</p>

Objetivo Geral - Liderar os processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar			
Objetivos Específicos	Estratégias/ atividades	Recursos	Avaliação
-Identificar recursos existentes a nível do ACeS ou comunidade que necessitem ser mobilizados;	-Identificação dos recursos existentes que poderão ser necessários mobilizar; -Divulgação dos recursos existentes após levantamento de dados, quer às famílias quer à equipa de saúde da USF;	-Rede informática da USF; -Equipa de saúde da USF; -Espaço físico e telefone da USF;	-Compila os dados recolhidos e analisa-os; - Documenta a recolha de dados; -Elabora relatório dos dados obtidos;
-Articular com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários e as necessidades das famílias;	-Promoção da colaboração entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde à família; - Referenciação das famílias para outras equipas se necessário e de acordo com a família;	-Enfermeira orientadora clínica; -Rede informática da USF; -Equipa de saúde da USF; -Espaço físico e telefone da USF;	-Compila os dados recolhidos e analisa-os; - Documenta a recolha de dados; -Elabora relatório dos dados obtidos;
- Gerir o plano de cuidados da família integrados, mobilizando as competências adquiridas;	-Elaboração de um plano de cuidados de acordo com os objetivos da família com as estratégias que considerem possíveis e adequadas; -Divulgação do plano de cuidados à equipa de saúde do utente;	- Computador com acesso à rede informática; - Orientadora do local de estágio; - Professora orientadora; - Equipa da USF;	-Documenta o plano de cuidados personalizado para cada família; -Divulga o plano de cuidados à equipa de saúde da família;
- Promover e dar visibilidade ao conhecimento sobre enfermagem de saúde familiar.	-Promoção de uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais, propondo ações de formação na USF com temas relacionados com Saúde Familiar, quer como formadora quer como formanda.	-Professora orientadora; -Enfermeira orientadora clínica; -Equipa de conselho técnico da USF; -Equipa responsável pela formação da USF.	-Elabora o relatório de estágio.

Objetivo Geral - Contribuir para a implementação de boas práticas na USF nas grávidas primíparas no terceiro trimestre e pais de crianças no primeiro ano de vida.			
Objetivos Específicos	Estratégias/ atividades	Recursos	Avaliação
-Identificar as expectativas das famílias face à intervenção do enfermeiro de família;	-Identificação, seleção e contacto com as famílias elegíveis para aplicar inquérito por questionário; -Aplicação dos instrumentos de recolha de dados; -Análise dos dados;	-Rede informática da USF; -Equipa de saúde da USF; -Espaço físico e telefone da USF;	-Compila os dados recolhidos e analisa-os; - Documenta a recolha de dados; -Elabora relatório dos dados obtidos;
-Identificar a importância atribuída à intervenção do enfermeiro de família;	- Aplicação dos instrumentos de colheita de dados; - Análise dos dados recolhidos; -Interpretação dos dados recolhidos à luz da revisão <i>scoping</i> .	-Computador com acesso à rede informática; -Orientadora do local de estágio; -Professora orientadora;	-Compila os dados recolhidos e analisa-os; -Documenta a recolha de dados; -Elabora relatório dos dados obtidos e comunica-os à equipa da USF;
-Identificar quais os medos existentes antes do parto;	- Aplicação dos instrumentos de colheita de dados; - Análise dos dados recolhidos; -Interpretação dos dados recolhidos face à luz da revisão <i>scoping</i> .	-Computador com acesso à rede informática; -Orientadora do local de estágio; -Professora orientadora;	-Compila os dados recolhidos e analisa-os; -Documenta a recolha de dados;
-Identificar quais os indicadores existentes de <i>stress</i> parental;	- Aplicação dos instrumentos de colheita de dados; - Análise dos dados recolhidos; -Interpretação dos dados recolhidos à luz da revisão <i>scoping</i> ;	-Computador com acesso à rede informática; -Orientadora do local de estágio; -Professora orientadora;	-Compila os dados recolhidos e analisa-os; -Documenta a recolha de dados;
-Promover a capacitação das famílias na identificação precoce das suas dificuldades e solicitar apoio;	-Elaboração de um plano de cuidados de acordo com os objetivos da família com as estratégias que considerem possíveis e adequadas; -Divulgação do plano de cuidados à equipa do utente;	- Computador com acesso à rede informática; - Orientadora do local de estágio; - Professora orientadora;	-Documenta o plano de cuidados personalizado para cada família; -Divulga o plano de cuidados à equipa de saúde da família.

		- Equipa da USF;	
-Implementar intervenções, baseadas na evidência, na deteção de sinais de alerta e acompanhamento de famílias em situação de vulnerabilidade;	- Elaboração e implementação de um plano de cuidados personalizado com as estratégias adequadas; - Divulgação do plano de cuidados à equipa do utente;	- Computador com acesso à rede informática; - Orientadora do local de estágio; - Professora orientadora; - Equipa da USF;	-Documenta o plano de cuidados personalizado para cada família; -Divulga o plano de cuidados à equipa clínica da família;
-Identificar o contributo das famílias para o desempenho do enfermeiro de família.	-Aplicação dos instrumentos de recolha de dados; adequados às famílias; -Análise da informação obtida.	- Orientadora do local de estágio; - Equipa de saúde da USF; - Telefone da USF.	-Documenta os resultados obtidos em relatório de estágio; -Divulga o plano de cuidados à equipa clínica da família.

Apêndice II- Cronograma de atividades a serem desenvolvidas em contexto de estágio

Ano letivo	2023/24																
Contexto estágio	UCSP			USF													
Meses	Mai	Jun	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Feb	Mar					
Dias/Atividades	8/31	1/2	5/30	3/14	17/31	1/31	1/22	25/29	2/31	2/30	4/15	18/29	3/31	1/9	12/14	15/29	1/8
Pesquisa bibliográfica para sessão de formação																	
Apresentação da ação de formação sobre "Procriação medicamente assistida"																	
Planeamento e execução de estudo de caso: "... preparação da família para a inclusão de um novo membro"																	
Elaboração do projeto																	
Revisão da literatura																	
Scoping Review																	
Apresentação do projeto à equipa da USF																	
Pedido de parecer à comissão de Ética da ARSLVT																	
Pré- teste dos instrumentos de avaliação																	
Identificação, seleção da população e amostra																	
Colheita de dados após parecer da comissão ética																	
Tratamento e análise dados																	
Elaboração de diagnósticos																	
Elaboração de um guia de apoio para as famílias e equipa clínica da USF: "Guia da Gravidez e pós-parto"																	
Aprovação do guia de apoio pelo conselho técnico da USF																	
Planeamento e implementação das intervenções																	
Estudo de caso segundo o modelo MDAIF																	
Desempenho de atividades ao longo do ciclo vital																	
Apresentação dos resultados do estudo de investigação à equipa "Expectativas das famílias sobre o contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade: caracterização das famílias"																	
Elaboração do relatório de estágio																	
Entrega do relatório de estágio																	

Legenda Estágio na UCSP Estágio na USF Período destinado à conclusão do relatório Pausas letivas

**Apêndice III- Sessão de formação sobre Procriação Medicamente Assistida-
opção e ou necessidade da família**



Procriação Medicamente Assistida – opção e ou necessidade da Família

Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge maio 2023
Discente do Mestrado em Saúde Comunitária na Área de Especialização de Saúde Familiar na ESEL, orientada pela enfermeira Selma Carrilho da UCSP de e pela professora orientadora Emilia Brito.

ESEL

1



Índice

1. Enquadramento
2. Dados epidemiológicos
3. Causas mais comuns de infertilidade
4. Quem pode recorrer às técnicas de Procriação Medicamente Assistida
5. Recursos às técnicas de Procriação Medicamente Assistida
6. Referenciação para Procriação Medicamente Assistida
7. Onde se realizam técnicas de Procriação Medicamente Assistida
8. Técnicas de Procriação Medicamente Assistida
9. A adoção como alternativa à Procriação Medicamente Assistida
10. Gestação de substituição
11. Resumo

Fonte: Freepik

2



Enquadramento:

- A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera infertilidade uma tentativa fracassada de engravidar durante 12 meses seguidos ou mais, mantendo uma atividade sexual regular.
- A infertilidade correlaciona-se com ansiedade, estigma e dificuldades financeiras por causa do alto custo do tratamento. Surgem igualmente problemas associados à saúde mental e ao bem-estar conjugal, de homens e mulheres.
- As técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) em Portugal, remontam na sua instauração a 2006, com a Lei nº 32/2006.

Fontes: Nações Unidas, ONU News
Lei nº 32/2006, de 26 de julho

Fonte: Freepik

3



Dados epidemiológicos:

- A OMS reconhece infertilidade como problema saúde pública mundial
- Estima-se que cerca de 15 a 20% casais sofram de infertilidade
- Dados da APF, em 2022, em Portugal cerca de 300 mil casais são inférteis e destes 1 em 10, necessitam de recorrer a técnicas de PMA

Fontes: Portaria nº 24/2023, de 9 de janeiro
Associação Portuguesa de Fertilidade (2023)

Fonte: Freepik

4



Causas mais comuns de infertilidade

Feminina	<ul style="list-style-type: none"> Falência de ovulação Obstrução das trompas Endometriose e muco cervical desfavorável Abortos de repetição por diferentes causas Fatores de risco como obesidade, idade avançada
Masculina	<ul style="list-style-type: none"> Atenospermia, diminuição da mobilidade Oligospermia, diminuição da produção Teratospermia, configuração anormal Azoospermia, ausência de produção Fatores de risco como exposição ao calor, uso frequente de motas

Fonte: Associação Portuguesa de Fertilidade (2023)

Fonte: Freepik

5



Quem pode recorrer às técnicas de PMA

- Lei nº 90/2021
 - As técnicas de PMA são um método subsidiário, e não alternativo, de procriação.
 - Só com diagnóstico de infertilidade, risco de transmissão de doença genética ou infecciosa.
- Lei nº 90/2021
 - As técnicas de PMA podem ser utilizadas por **todas** as mulheres independentemente do diagnóstico de infertilidade.
- Lei nº 90/2021
 - Os casais heterossexuais ou os casais de mulheres, respetivamente casados ou casadas ou que vivam em condições análogas às dos cônjuges

Fonte: Lei nº 90/2021, de 16 de dezembro

Fonte: Freepik

6



Recursos às técnicas de PMA

Lei n.º 90/2021

• A **gestação de substituição** só pode ser autorizada através PMA com recurso aos gâmetas de, pelo menos, um dos respetivos beneficiários, não podendo a gestante de substituição, em caso algum, ser a dadora

Lei n.º 90/2021

• A celebração de contrato de gestação de substituição carece de autorização prévia do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

Lei n.º 72/2021

• Permite o recurso a técnicas de PMA através da inseminação com **sémen após a morte do dador**, nos casos de projetos parentais expressamente consentido

Fontes: Lei n.º 90/2021, de 16 de dezembro
Lei n.º 72/2021, de 12 de novembro

Fonte: Freepik

7



Referenciação para PMA

Qualquer mulher, independentemente da sua idade, desde que **referenciada pelo Médico de Família**, pode aceder a uma consulta de apoio à fertilidade

Todas as mulheres que **não ultrapassem os 42 anos** (41 anos e 364 dias) e que tenham indicação clínica para o fazer, poderão recorrer à PMA de 1ª linha (indução de ovulação e inseminação intra-uterina)

Todas as mulheres que **não ultrapassem os 40 anos** (39 anos e 364 dias), com indicação clínica para tal, poderão recorrer à PMA de 2ª linha (fertilização in vitro e injeção intra-citoplasmática de espermatozoide).

Fonte: Legislação Circular Informativa ACS 18/2011

Fonte: Freepik

8



Onde se realizam técnicas de PMA

SNS

• Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
• Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte
• Hospital Garcia da Orta, EPE

Instituições privadas

• AVA Clinic; CEMEARE II
• Hospital dos Lusíadas; IERA
• IVI Lisboa; Ginemed Lisboa

Fonte: Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA)

9



Técnicas de PMA

IUI

• **Inseminação Intra- Uterina**- introdução de espermatozoides diretamente no interior da vagina ou no útero. **10% de sucesso**, de acordo com o CNPMA

FIV

• **Fertilização in Vitro**- técnica através da qual um óvulo é fertilizado em meio laboratorial. **25 a 30% de sucesso***, de acordo com o CNPMA

ICSI

• **Injeção intracitoplasmática de espermatozoides**- procedimento através do qual um único espermatozoide é injetado diretamente no interior do óvulo para possibilitar a fertilização; o embrião é depois transferido para o útero). **25 a 30% de sucesso**, de acordo com o CNPMA

Fonte: Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

Fonte: Freepik

10



Técnicas de PMA:

Transferência

• **Transferência de embriões, gâmetas ou zigotos** - introdução nas Trompas de Falópio de embriões, gâmetas (espermatozoides), ou zigotos (óvulos fertilizados). **25 a 30% de sucesso**, de acordo com o CNPMA

Direito

• **3 inseminações artificiais e 3 ciclos de fertilização in vitro (FIV)**

Nota

• FIV mesmo que sejam recolhidos igual nº de óvulos **são implantados mais do que um óvulo de cada vez e nas outras técnicas é apenas 1 óvulo de cada vez, o que na prática se traduz em menos sucesso.**

Fonte: Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

Fonte: Freepik

11



A adoção como alternativa à PMA

A adoção homoparental foi permitida em Portugal com a entrada em vigor da **Lei n.º 2/2016**

É o Regulamento do Processo de Adoção e o Conselho Nacional para a Adoção que determinam todos os procedimentos e requisitos a cumprir para que o desenvolvimento deste processo

Na sociedade atual assiste-se a uma redefinição do conceito de família, passa a dar-se **mais relevância à vertente afetiva em detrimento da vertente biológica**

Fonte: Lei n.º 2/2016, de 29 de fevereiro

Fonte: Freepik

12



A adoção como alternativa à PMA

Estima-se que cerca de 23 mil crianças em Portugal sejam criadas por famílias homoparentais

Podem ser mais célere e efetivo, para os casais homossexuais adotar do que recorrer a técnicas de PMA em Portugal

De acordo com Madeira (2020) na sociedade portuguesa ainda ocorre estigmatização, e pode ser evidenciada tanto a nível social como a nível de acesso a cuidados de saúde, aos serviços sociais e à postura dos próprios profissionais de saúde

Fontes: Madeira (2020)
Portata (2023)

Fonte: Freepik

13



Gestação de Substituição

Lei n.º 25/2016 regula o acesso à gestação de substituição em Portugal, nos casos de ausência de útero, de lesão ou de doença deste órgão que impeça de forma absoluta e definitiva a gravidez.

É cada vez maior o número de casais heterossexuais e homossexuais que, não podendo recorrer à maternidade de substituição nos seus países, se dirigem a instituições no estrangeiro, sobretudo na Rússia e na Ucrânia

Segundo o CNPMA, em 2016, "o número de crianças originadas em tratamentos com PMA representou cerca de 3% do total de crianças nascidas em Portugal".

Fontes: Lei nº25/ 2016, de 22 de agosto
Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

Fonte: Freepik

14



Resumo

A solução mais viável é a adoção pois não podem recorrer a técnicas de PMA.

Podem recorrer à criopreservação de esperma mas não à gestação de substituição

Casal homossexual masculino

Os homens podem ter a mesma vocação parental e as mesmas competências educacionais que as mulheres

Parentalidade é cada vez menos sinónimo de mulher mas sim de competente no papel parental, no papel de cuidar e educar.

Fonte: Freepik

15



Resumo

Podem recorrer a técnicas de PMA com dador de esperma, dador anónimo mas escolhem características

Podem recorrer a adoção, sendo mais célere, económico e sem riscos, isto é garantido

Casal homossexual feminino

Redefinição do conceito de família na sociedade atual, passa a dar-se mais relevância à vertente afetiva em detrimento da vertente biológica

Parentalidade é cada vez menos sinónimo de pai e mãe, mas sim de competência no papel parental, no papel de cuidar e educar

Fonte: Freepik

16



Fonte: Rodrigo Wilson/Clara (2018)



Fonte: Freepik

OBRIGADO!

Contacto: sjorge1@campus.eselut
sandraj@arsivt.mn-saude.pt



Fonte: Freepik

Referências bibliográficas



17



Apêndice IV- Contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade desde a gravidez ao primeiro ano de vida: uma *scoping review*

**Mestrado em Enfermagem Comunitária na
Área de Enfermagem de Saúde Familiar**

Estágio com Relatório

**Contributo do enfermeiro de família na conciliação da
conjugalidade e parentalidade desde a gravidez ao
primeiro ano de vida: uma *scoping review***

Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge



**Lisboa
outubro 2023**

**Mestrado em Enfermagem Comunitária na
Área de Enfermagem de Saúde Familiar**

Estágio com Relatório

**Contributo do enfermeiro de família na conciliação
da conjugalidade e parentalidade desde a gravidez ao
primeiro ano de vida: uma *scoping review***

Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge



Professor(es) Orientador(es):
Maria Emília Campos de Brito



**Lisboa
outubro 2023**

Introdução

Este trabalho foi desenvolvido no contexto da unidade curricular Estágio com Relatório do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar, com o intuito de mapear a evidência disponível sobre a intervenção do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade com a parentalidade, em contexto de cuidados de saúde primários, através da elaboração de uma *Scoping Review*.

A metodologia utilizada foi a preconizada pelo *The Joanna Briggs Institute Reviewers´: JBI Manual for Evidence Synthesis*.

Existem vários motivos pelos quais uma revisão *scoping* pode ser operacionalizada. Esta pode ser usada para mapear os conceitos-chave que sustentam um campo de pesquisa, para esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um tema. Os objetivos mais comuns para conduzir uma revisão *scoping* são explorar a amplitude ou extensão da literatura, mapear e resumir as evidências e suportar pesquisas futuras (Tricco et al., 2016). Estas revisões são executadas através de um protocolo bem definido, que orienta na definição de objetivos e métodos de revisão.

Scoping Review

Título

Contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade desde a gravidez ao primeiro ano de vida: uma *scoping review*.

Autores

Ana Paula Jaime Marinho (ana.marinho@arslvt.min-saude.pt) - USF Monte da Lua, ACES Sintra - Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública;

Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge (sjorge1@campus.esel.pt) – USF Monte da Lua, ACES Sintra – Mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Especialização em Saúde Familiar.

Resumo

O processo de conciliação da conjugalidade e da parentalidade é um dos momentos de maior vulnerabilidade na vida do casal, quer pela mudança na relação conjugal e na dinâmica familiar, quer pela reestruturação de papéis (Silva et al.,2021).

A manutenção da conjugalidade revela-se um desafio quando é acrescido do papel parental, principalmente quando se trata do nascimento do primogénito, pelo que é importante a consciencialização que podem surgir fatores de desequilíbrio a uma transição “saudável”. Oliveira (2022) refere que de acordo com Ter Kuile et al. (2021), a transição para a parentalidade pode ser um dos eventos mais felizes da vida do casal, no entanto, pode ser acompanhada de *stress* parental e perturbação na conjugalidade. Da pesquisa na literatura transparece que a transição para a parentalidade pode ter efeitos negativos na conjugalidade. De acordo com os autores supracitados, a maioria dos estudos aponta para uma diminuição do funcionamento do relacionamento após o parto.

O enfermeiro de família pode ser um elo facilitador na conciliação desses papéis, pelo seu papel privilegiado de proximidade junto das famílias. É fundamental, que os profissionais de saúde contribuam para a manutenção do equilíbrio e dinâmica familiar nos casais, contribuindo para o bem-estar da tríade, promovendo estratégias e uso de ferramentas como a comunicação na conciliação de papéis.

Objetivo: Mapear a evidência disponível sobre a intervenção do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade com a parentalidade em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Questão de revisão: Quais as intervenções do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade com a parentalidade desde a gravidez até ao 1º ano de vida?

Método de revisão: Revisão com base nos princípios preconizados pelo *The Joanna Briggs Institute*. Dois revisores avaliaram a relevância dos artigos, a extração de dados e a síntese dos resultados.

Palavras-chave: Gravidez; Pais; Parentalidade; Conjugalidade; Transição; Satisfação Conjugal; Enfermeiro de família.

Abstract

The process of reconciling conjugality and parenthood is one of the most vulnerable moments in a couple's life, whether due to changes in the marital relationship and family dynamics, or due to the restructuring of roles (Silva et al.,2021).

Maintaining conjugality proves to be a challenge when added to the parental role, especially when it comes to the birth of a first-born child, which is why it is important to be aware that factors that may unbalance a "healthy" transition may arise. Oliveira (2022) refers that according to Ter Kuile et al. (2021), the transition to parenthood can be one of the happiest events in a couple's life, however, it can be accompanied by parental stress and marital disruption. From research in the literature, it appears that the transition to parenthood can have negative effects on marital status. According to the aforementioned authors, most studies point to a decrease in relationship functioning after childbirth. The family nurse can be a facilitator in reconciling these roles, due to their privileged role of proximity to families. It is essential that health professionals contribute to maintaining balance and family dynamics in couples, contributing to the well-being of the triad, promoting strategies and use of tools such as communication in reconciling roles.

Objective: Map the available evidence on the family nurse's intervention in the conciliation from conjugality to parenthood in the context of Primary Health Care.

Review question: What are the interventions of the nurse in the conciliation from conjugality with parenthood from pregnancy to the first year of life?

Review method: Review based on the principles recommended by The Joanna Briggs Institute. Two reviewers assessed the relevance of the articles, data extraction and synthesis of results.

Keywords: Pregnancy; Parents; Parenthood; Couple Counseling; Marital Satisfaction; Transition; Family nurse.

Background

De acordo com Seefeld et al. (2022), a Teoria dos Sistemas, refere que os membros de uma família formam uma unidade única, cujas expectativas, comportamentos e emoções se encontram interligados. A relação do casal representa um subsistema e pode beneficiar ou sofrer alterações que influenciem o equilíbrio familiar, como a transição para a parentalidade. Uma razão para tal, é que ter um filho pode ser uma fonte de *stress* para os pais. O *stress* pode condicionar um risco aumentado de depressão e ansiedade, bem como uma diminuição do apoio ao parceiro e da satisfação conjugal.

A transição para a parentalidade reflete um processo único, que ocorre à medida que cada mulher se concebe como mãe e cada homem se concebe como pai e da forma como ambos experienciam esta transição. Esta é possivelmente a fase mais intensa e marcante da vida de ambos os progenitores e traduz-se pela capacidade de superar as tarefas desenvolvimentais, transformando-as em competências, centradas no bem-estar da criança, mas nunca descurando as necessidades individuais de cada um e a satisfação conjugal, visando a manutenção da dinâmica e equilíbrio familiar.

De acordo com Meleis (2010), o modo como os indivíduos se adaptam aos diferentes processos de transição que ocorrem ao longo do seu ciclo de vida, como na transição para a parentalidade, influenciam o bem-estar familiar e a sua saúde. Por forma a potenciar a saúde dos indivíduos e a sua perceção de bem-estar durante os processos de transição, o enfermeiro de família deve tentar compreender as experiências vivenciadas pelas mesmas, de forma a antecipar as suas necessidades e poder apoiá-las

no decurso das mesmas. Manter uma conjugalidade “saudável” pode revelar-se um desafio na transição para a parentalidade, principalmente quando se trata do nascimento do primeiro filho. Assim sendo, a identificação precoce de eventuais problemas ou necessidades, pode levar a uma maior compreensão e ao ajustamento dos cuidados a fornecer à família, corroborado por Tralhão et al. (2020) que refere que o enfermeiro deve intervir o mais precocemente possível e incluir na sua intervenção medidas de promoção de saúde (quer a nível familiar quer parental) adequadas à realidade das famílias da atualidade.

De acordo com Tralhão et al. (2020), a prática de enfermagem, a nível dos cuidados de saúde primários, assenta na promoção da saúde, sendo o enfermeiro o profissional de saúde responsável pela capacitação e empoderamento das famílias, promovendo a saúde familiar.

O período perinatal, na sua definição, corresponde ao “período que vai desde a conceção até um ano após o parto – constitui uma experiência única, individual e familiar, envolta em transformações e adaptações multifacetadas a nível físico, psíquico, social e emocional” (SNS, 2022). Dados estatísticos do SNS (2022) apontam que *“30% das mulheres e 10% dos homens desenvolvem doenças mentais no período perinatal. Especificamente no período após o parto, até 80% das mulheres sente alguma mudança leve de humor ou “tristeza”, 22% das mulheres e 10% dos homens desenvolve sintomas compatíveis com perturbação depressiva”*.

Os dados acima mencionados enfatizam a importância que deverá ser atribuída ao papel do enfermeiro na identificação de eventuais dificuldades na fase de transição alvo deste estudo, consequentemente na capacitação da família e promoção da manutenção da satisfação conjugal, conciliação dos papéis (conjugal e parental), fomentar a resiliência familiar (identificando com a família os seus recursos e redes de apoio) e potencial impacto no bem-estar familiar na díade e posteriormente na tríade.

No que concerne a objetivos, o presente estudo pretende mapear a evidência científica existente subjacente à temática mencionada para obter contributos atualizados, que conduzam a uma prática reflexiva da enfermagem, bem como a identificação de lacunas ou áreas que necessitem de mais investigação e para tal optou-se por desenvolver uma *Scoping Review*.

Metodologia

Considerando a temática da revisão, utilizou-se a metodologia PCC (População, Conceito e Contexto), recomendada pelo *The Joanna Briggs Institute*. Estabeleceu-se assim:

- População - grávidas e pais
- Conceitos - conjugalidade, parentalidade, satisfação conjugal, conciliação, comunicação, enfermeiro de família.
- Contexto - cuidados de saúde primários.

Critérios de inclusão e exclusão

Ao nível dos participantes

Foram considerados todos os estudos em que a população alvo corresponda a uma faixa etária entre os 19- 44 anos, o que corresponde a grávidas sem serem adolescentes ou mulheres que pela idade avançada tenham vigilância fora do Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco ou pais adolescentes, em que as intervenções de enfermagem contribuam para a capacitação das famílias na conciliação da conjugalidade com a parentalidade de uma forma estruturante e que permita manter a satisfação conjugal do casal.

Ao nível do contexto

Foram considerados estudos desenvolvidos ao nível dos cuidados de saúde primários, os quais incluam intervenções de enfermagem promotoras da conciliação conjugal e desempenho do papel parental.

Tipos de fonte de pesquisa

Foram considerados estudos qualitativos, quantitativos e revisões da literatura. A pesquisa contemplou estudos realizados entre 2019 e 2023, por forma a incluir a informação/ evidência científica mais recente. A pesquisa foi conduzida de forma aberta, permitindo a inclusão de todas as possíveis fontes que se consideram-se relevantes. Foram considerados estudos apenas no idioma português e inglês, não foram considerados outros idiomas pela dificuldade na tradução.

Foram excluídos os estudos cujas intervenções foram decorrentes do contexto pandémico Covid-19.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa adotada para a presente revisão decorreu em três etapas. A primeira etapa compreendeu buscas preliminares na plataforma *Google Scholar* e *EBSCOhost*, utilizando palavras-chave em linguagem natural, seguido da análise dos termos contidos nos títulos para permitir identificar os descritores DeCS e MeSH a utilizar (Quadro 1).

Quadro 1- *Palavras em linguagem natural e termos indexados*

	Termos naturais	CINHAL Complete	MEDLINE Complete
Gravidez	Pregnancy Expectant parents	Prenatal care	-----
Pais	Parents	Parental attitudes	Parents
Conjugalidade	Couple cousiling	Couples Couseling	-----
Parentalidade	Parental behaviour Parenthood Parental attitudes Parental role Parenting	Parental behaviour Parenthood	Parental behavior Maternal behaviour Parents
Transição	Transition	Transitional care	-----
Satisfação conjugal	Marital satisfaction Sexual satisfaction	Marital satisfaction Couples Couseling	Marriage
Enfermeiro de família	Nurse	Nurse Nurs* Family nurse	Nurse community health Family nursing
Cuidados de saúde primários	Primary health care	Primary health care	Primary health care

A segunda etapa contemplou pesquisas na base de dados MEDLINE® *Complete*, CINHAL® *Complete* e *Google Scholar*, de acordo com os descritores identificados na primeira etapa e empregando os operadores booleanos *OR* e *AND*, na qual foram aplicados filtros para restringir a pesquisa aos últimos 4 anos (2019-2023), aos idiomas português e inglês, à faixa etária 19-44 anos e a existência de *Full Text* e resumo disponível (apêndice 2a e 2b). A seleção de artigos elegíveis para esta revisão foi realizada de acordo

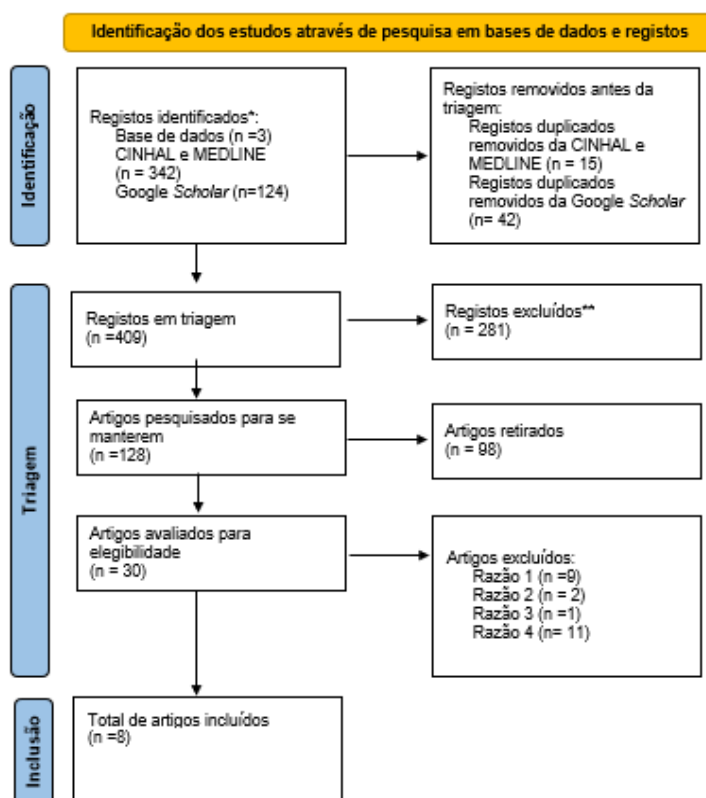
com o Fluxograma Prisma *Flow*. Numa primeira fase procedeu-se à eliminação de artigos repetidos, seguidamente procedeu-se à leitura dos títulos e dos resumos e foram excluídos os artigos que não estejam de acordo com os critérios de inclusão previamente estipulados.

Na terceira etapa, procedeu-se à leitura das referências bibliográficas dos artigos selecionados, com o intuito de identificar estudos adicionais pertinentes para a temática a ser desenvolvida. Como resultado da execução destas etapas identificaram-se um total de 466 artigos, desses 57 artigos foram excluídos por estarem duplicados, 281 foram excluídos pela análise do título (artigo em meio hospitalar, contexto pandémico, em utentes com patologia diagnosticada, famílias monoparentais, adolescentes, entre outros itens). Desses 128 artigos, após leitura do resumo foram excluídos 98, ficando com um total de 30 artigos e após a leitura integral do artigo, ficámos com um total de 8 artigos para a revisão.

A apresentação da efetivação da estratégia de pesquisa seguiu a orientação do Fluxograma Prisma *Flow*.

Quadro 2- Fluxograma Prisma *Flow*

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only.



*Considere, se possível revelar o número de registos identificados em cada base de dados ou registo pesquisado (em vez do número total em todas as bases de dados).

**Se foram utilizadas ferramentas de automação- não foram utilizadas ferramentas de automação nesta pesquisa.

Razão 1- Artigos que não incluíam estudos, mas apenas citações ou baseadas em teorias/teóricas

Razão 2- Foco do estudo patologia do foro mental

Razão 3- Foco do estudo não é a família casal, mas apenas o papel do pai

Razão 4- Não é focada a importância da intervenção do enfermeiro junto da família

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372: n71. Doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Extração de resultados

A extração de dados decorreu de acordo com as recomendações do *The Joanna Briggs Institute*, tendo sido realizada por dois revisores, tendo em linha de conta o objetivo proposto, foi efetuada recorrendo a uma tabela adaptada do manual do *JBI*, contendo informações sobre: Autor(es); Título; Ano e publicação; País de Origem; Objetivos; Metodologia; Participantes; Interpretação; Nível de evidência e subsídios para a questão de revisão.

Título da Revisão <i>Scoping</i>: Contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade desde a gravidez ao primeiro ano de vida: uma <i>scoping review</i> . Questão de Revisão: Quais as intervenções do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade com a parentalidade desde a gravidez até ao 1º ano de vida? Critérios de Inclusão (PCC): População- Grávidas, pais Conceitos- Conjugalidade, parentalidade, satisfação conjugal, conciliação, comunicação, enfermeiro de família Contexto- Cuidados de Saúde Primários	
Artigo 1	
Autor(es)	Lachmar, E.M., Farero, A., Rouleau-Mitchell, E., Welch, T.& Wittenborn, A.
Título	<i>A Brief Multimedia Intervention for the Transition to Parenthood: A Stage I Pilot Trial</i>
Ano de publicação	2019
País de origem	EUA
Objetivos	Analisar o impacto da intervenção breve nos participantes e gerar feedback para melhorar o desenho inicial da intervenção
Metodologia/ métodos	Estudo analítico multifactorial
Participantes	55 participantes, designados aleatoriamente para um grupo experimental ou de controlo
Interpretação desenvolvida	A investigação apoia a ideia de que a qualidade da relação conjugal serve de amortecedor para transições stressantes, tais como tornarem-se pais.

Nível de evidência alcançado (se aplicável)	
Contributos para a questão de revisão	<p>Com as novas experiências que ser pai ou mãe traz, é importante que os novos pais reconheçam que as mudanças são inevitáveis. É benéfico para o casal ter uma comunicação aberta sobre como lidar com estas mudanças, tanto as antecipadas como as imprevistas. Pode ser um desafio para os casais adaptarem-se às novas circunstâncias da sua família e do seu relacionamento e muitas vezes necessitam de mais apoio para manterem a satisfação nas suas relações.</p> <p>A transição para a parentalidade é um momento vulnerável para os casais e uma oportunidade fundamental para intervir. Muitos casais experimentam um declínio na satisfação do relacionamento durante esta fase e uma intervenção breve, por parte do profissional de saúde, dirigida a esta população tem a oportunidade de normalizar as dificuldades que os casais podem enfrentar durante a transição para a parentalidade e fornecer sugestões úteis sobre a melhor forma de lidar com isso. O conhecimento dos casais sobre as mudanças no relacionamento durante a transição para a parentalidade e a consciência das estratégias para manter a sua ligação com o seu parceiro, demonstra ter vantagens na manutenção da satisfação conjugal.</p>

Artigo 2	
Autor(es)	Alipour, Z., Kazemi, A., Kheirabadi, G. & Eslami, A.A.
Título	<i>Marital communication skills training to promote marital satisfaction and psychological health during pregnancy: a couple focused approach</i>
Ano de publicação	2020
País de origem	Irão
Objetivos	Avaliar o efeito da aquisição de competências de comunicação com abordagem focada no casal na satisfação conjugal e nos sintomas psicológicos em mulheres grávidas
Metodologia/ métodos	Estudo experimental, com grupo de intervenção e grupo de controle
Participantes	60 casais com mulheres grávidas
Interpretação desenvolvida	Os resultados da pesquisa indicaram que a aquisição de competências e ferramentas de comunicação e uma abordagem focada no casal, a este nível, com ênfase nas necessidades das mulheres grávidas durante a gravidez podem melhorar a satisfação conjugal e a saúde mental da mulher grávida
Nível de evidência alcançado (se aplicável):	
Contributos para a questão de revisão	Estudos indicam que a baixa satisfação conjugal e o risco de depressão e ansiedade neonatal estão mutuamente relacionados. As alterações físicas e psicológicas nas mulheres durante a gravidez e a transição para o período de parentalidade colocam novos desafios e podem ser seguidas por um relacionamento deficiente entre os cônjuges, podendo reduzir a qualidade do relacionamento conjugal. Essas circunstâncias podem levar ao desenvolvimento de distúrbios psicológicos em mulheres grávidas, incluindo depressão e ansiedade,

	<p>esses distúrbios podem ter impactos negativos quer no decorrer da gravidez, no parto e na vinculação ao bebé.</p> <p>Para manter e melhorar a saúde mental das gestantes, precisamos aumentar a capacidade dos casais de resolverem os seus conflitos, através de uma comunicação adequada entre os parceiros, incluindo o estabelecimento de um bom relacionamento e a criação de um ambiente de confiança e segurança, a compreensão das mudanças e necessidades psicológicas das grávidas; para tal a educação para a saúde e a literacia em saúde são fundamentais ,com o devido acompanhamento da gravidez e transição para a parentalidade pelo enfermeiro dos centros de saúde pela sua proximidade ao casal.</p>
--	---

Artigo 3	
Autor(es)	Tralhão, F, Rosado, A.F., Gil, E., Amendoeira, J.A., Ferreira, R. & Silva, M.
Título	A família com promotora da transição para a parentalidade
Ano de publicação	2020
País de origem	Portugal
Objetivos	Identificar formas de promover a transição da parentalidade na família
Metodologia/ métodos	<i>Scoping review</i>
Participantes	
Interpretação desenvolvida	A transição para a parentalidade é acompanhada de alterações no seio familiar, o que pode originar desequilíbrio e vulnerabilidade em cada membro do casal e ter implicações no desenvolvimento futuro da criança, por isso revela-se pertinente uma intervenção precoce junto da família.
Nível de evidência alcançado (se aplicável):	
Contributos para a questão de revisão	<p>A promoção da saúde é a base de sustentação da prática de enfermagem, principalmente a nível dos cuidados de saúde primários e o enfermeiro, o profissional de saúde responsável pela capacitação e empoderamento das famílias, promovendo a saúde familiar e prevenindo fatores de stress e ou vulnerabilidade aquando da transição para a parentalidade.</p> <p>É previsível que no decorrer desta transição, o casal adote comportamentos de ajustamento à gravidez e adquira competências para desempenhar o papel parental. De acordo com os autores o enfermeiro deve promover a adaptação dos futuros pais, promovendo a adaptação à gravidez, a reorganização das relações (conjugal e familiar), a promoção da vinculação ao feto/ bebé e na preparação para o nascimento.</p> <p>A promoção da saúde através da informação atempada e adequada é importante na medida em que apoia, tranquiliza e capacita os pais, nesta nova fase do seu ciclo de vida. As intervenções de apoio à paternidade, mesmo que breves, afetam positivamente a saúde e o desenvolvimento da criança, a satisfação conjugal e a estabilidade da dinâmica familiar.</p>

Artigo 4	
Autor(es)	Silva, M.M.D., Gavinhos, M.S.A., Neves, V.F.H.PD. & Camarneiro, A.
Título	Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade
Ano de publicação	2021
País de origem	Portugal
Objetivos	Analisar a vivência conjugal durante a transição para a parentalidade no que se refere aos fatores facilitadores e dificultadores
Metodologia/ métodos	Estudo exploratório e descritivo
Participantes	6 casais
Interpretação desenvolvida	Os casais necessitam de apoio pessoal e profissional nesta fase de transição. O enfermeiro de família pode desempenhar um papel privilegiado de proximidade, facilitando este processo de transição por meio de cuidados antecipatórios ao casal e família, nesta fase do ciclo vital.
Nível de evidência alcançado (se aplicável):	
Contributos para a questão de revisão	<p>A transição da conjugalidade para a parentalidade implica reorganização familiar, nomeadamente na redefinição de novos papéis e funções. A inclusão do novo membro na família conduz a alterações no próprio casal, nas relações que mantém com as suas famílias e comunidade. Apesar de ser uma transição normativa e expectável é habitualmente geradora de <i>stress</i>.</p> <p>O enfermeiro de família, pela proximidade das famílias ao longo do seu ciclo vital, desempenha um papel importante na avaliação e intervenção com as famílias e o conhecimento das mesmas revela-se essencial para antecipar as necessidades da família e apoiá-la no decorrer das mudanças inerentes à transição.</p> <p>Da leitura do artigo sobressai a importância de conhecer a dinâmica conjugal na transição para a parentalidade, na perspetiva do casal, uma vez que se identificam lacunas de estudos e conhecimento no campo de enfermagem de família, revelando-se essencial sustentar as intervenções do enfermeiro de família neste contexto, contribuindo, assim, para a melhoria dos cuidados.</p> <p>Este estudo permitiu identificar fatores protetores, que o enfermeiro de família ao ter conhecimento da sua importância pode desenvolver medidas de intervenção junto das famílias visando a sua promoção e implementação. Foram identificados também fatores dificultadores, para os quais o enfermeiro deverá ajudar a família a encontrar medidas adaptativas que visem a sua evicção, promovendo a capacitação e empoderamento das mesmas.</p>

Artigo 5	
Autor(es)	Ngai, FW. e Law, W.
Título	<i>Stress, Marital Relationship and Quality of Life of Couples Across the Perinatal Period</i>
Ano de publicação	2021
País de origem	China

Objetivos	Identificar as associações e mudanças ao longo do tempo e diferenças no tipo de <i>stress</i> , relacionamento conjugal e qualidade de vida de casais chineses durante a gravidez, 6 semanas, 6 meses e 12 meses após o parto.
Metodologia/ métodos	Estudo longitudinal
Participantes	130 casais de uma amostra de conveniência
Interpretação desenvolvida	O nível de <i>stress</i> atingiu o pico às 6 semanas pós-parto, seguido por declínios graduais aos 6 e 12 meses pós-parto. As alterações de vida com maior impacto ou salientadas pelos casais deste estudo foram mudanças na vida diária, tais como o sono, a alimentação, atividades recreativas, atividades sociais e hábitos pessoais.
Nível de evidência alcançado (se aplicável):	
Contributos para a questão de revisão	<p>Salienta-se a necessidade de adotar abordagens direcionadas ao casal, tanto na pesquisa quanto na prática clínica, direcionadas à promoção de relacionamentos saudáveis e qualidade de vida durante a transição para a parentalidade. A transição para a parentalidade proporciona uma oportunidade única para fortalecer as relações conjugais e a qualidade de vida através de orientação antecipada e desenvolvimento de competências para ajudar a minimizar o <i>stress</i> da nova parentalidade. Esta orientação antecipada pode consistir em discussão e aconselhamento que reconheçam as mudanças previsíveis nas relações e na qualidade de vida dos casais após o nascimento do filho, e em abordagens orientadas para o casal, que reduzam o <i>stress</i> e promovam a intimidade e a qualidade do relacionamento.</p> <p>Identificar e conhecer as expectativas do parceiro em relação ao seu papel na transição para a parentalidade, pode incentivar o casal a partilhar os seus pensamentos e sentimentos relativamente às mudanças durante cada fase da transição, melhorar ou facilitar a comunicação e o apoio emocional na sua relação. Tais estratégias de intervenção podem ajudar os casais a ultrapassar com mais sucesso as potenciais dificuldades da transição, alcançando assim uma melhor relação conjugal e qualidade de vida.</p>

Artigo 6	
Autor(es)	Ingemann, C., Jensen, E., Olesen, I., Tjornhoj-Thomsen, T., Kvernmo, S.& Larsen, C.V.L.
Título	<i>Parents' perspectives on preparing for parenthood: a qualitative study on Greenland's universal parenting programme MANU 0-1year</i>
Ano de publicação	2022
País de origem	Gronelândia
Objetivos	Investigar como as noções e experiências de parentalidade dos pais são refletidas e implementadas no programa parental Groenlandês.
Metodologia/ métodos	Estudo qualitativo , por entrevistas
Participantes	40 participantes (38 mães e 12 pais)
Interpretação desenvolvida	Na sua transição para a parentalidade, os participantes experimentaram uma redefinição de prioridades na sua vida e

	mudanças na sua rede. É importante para os pais que os seus filhos tenham segurança e cuidados adequados.
Nível de evidência alcançado (se aplicável):	
Contributos para a questão de revisão	<p>A transição para a parentalidade tem recebido cada vez mais atenção na investigação, em parte devido às evidências que apontam para o período crucial de desenvolvimento dos primeiros meses de vida de uma criança. Os programas parentais visam preparar e apoiar as famílias na sua transição para a parentalidade evitando danos e sofrimento. Para que um programa seja implementado com sucesso, é importante considerar as necessidades e os recursos dos pais.</p> <p>Tem havido uma atenção crescente do público e dos estudiosos à transição para a parentalidade. Isto baseia-se, em parte, em evidências que mostram que desde o período pré-natal até aos dois anos de idade é um período crucial de desenvolvimento para a criança. Este período é considerado crítico para moldar as bases para a saúde e o desenvolvimento da criança. As escolhas dos pais na parentalidade e na educação influenciam a saúde dos seus filhos ao longo do desenvolvimento da criança, tanto física como mentalmente. Este período de transição pode originar <i>stress</i> e a desarmonia no relacionamento do casal, devido às novas responsabilidades e resultados negativos de expectativas não realizadas após o parto. Além de muitos pais necessitarem de apoio emocional e psicológico durante esta transição, as evidências também recomendam fortemente que as famílias recebam orientação adequada por partes dos profissionais de saúde para superarem os desafios inerentes e identificarem recursos internos e externos (como a família e comunidade) que poderão ser úteis e fundamentais.</p>

Artigo 7	
Autor(es)	Pinto, T.M., Miguez, M.C. & Figueiredo, B.
Título	<i>Couple's Relationship during the Transition to Parenthood and Toddler's Emotional and Behavioral Problems</i>
Ano de publicação	2023
País de origem	Portugal
Objetivos	Analisar o impacto das dimensões positivas e negativas do relacionamento do casal durante a transição para a parentalidade no ajustamento psicológico das crianças pequenas, considerando o impacto simultâneo do relacionamento do casal aos 30 meses pós-parto.
Metodologia/métodos	Estudo longitudinal, através de questionários
Participantes	230 casais recrutados no 1º trimestre de gravidez
Interpretação desenvolvida	Foram identificados dois padrões de relacionamento do casal (ajustado vs. não ajustado) durante a transição para a parentalidade. Níveis mais elevados de problemas internalizantes e externalizantes foram encontrados em crianças de casais com relacionamento de casal não ajustado.

Nível de evidência alcançado (se aplicável):	
Contributos para a questão de revisão	<p>A transição para a parentalidade é definida como um processo de longo prazo que resulta numa reorganização qualitativa que permite cumprir, com sucesso ou não, as tarefas relacionadas com a parentalidade.</p> <p>A literatura relata que o relacionamento do casal pode declinar desde o início da gravidez. A intimidade e a satisfação conjugal tendem a diminuir, enquanto os conflitos e a frustração de expectativas tendem a aumentar desde a gravidez até o pós-parto.</p> <p>O relacionamento do casal durante a transição para a parentalidade pode impactar tanto a parentalidade quanto a coparentalidade, a psicopatologia dos pais e a segurança dentro da tríade, o que pode igualmente intervir no desenvolvimento infantil. A qualidade do relacionamento do casal pode influenciar na qualidade dos cuidados prestados à criança.</p> <p>Como conclusão, promover o fortalecimento do relacionamento do casal durante a transição para a paternidade pode ajudar a prevenir problemas emocionais e comportamentais das crianças.</p>

Artigo 8	
Autor(es)	Oliveira, J.M., Alvarenga, P., Paixão, C. & Sales, P.K.C.
Título	<i>Systematic Review of Interventions with Parents in the Transition to Parenthood</i>
Ano de publicação	2023
País de origem	Brasil
Objetivos	Analisar os efeitos dos programas de intervenção dirigidos a mães ou pais primíparos nos domínios individual, conjugal e parental, da transição para a parentalidade.
Metodologia/ métodos	Revisão sistemática da literatura
Participantes	
Interpretação desenvolvida	Os benefícios para o relacionamento do casal favoreceram a saúde mental e a satisfação conjugal dos pais, o que pode promover maior disponibilidade emocional e capacidade de resposta dos pais.
Nível de evidência alcançado (se aplicável):	
Contributos para a questão de revisão	O Modelo Estrutural de Cinco Domínios da Família com Primeiro Filho (Cowan et al., 1985) é uma teoria que reúne, em grupos distintos denominados domínios, variáveis relevantes para a compreensão da transição para a parentalidade. O domínio individual refere-se às características pessoais de cada progenitor, o domínio conjugal engloba as interações do casal e o domínio parental está associado às relações entre cada progenitor e o bebé. Este modelo destaca o papel preponderante de fatores como a saúde mental e as expectativas sobre a gravidez no domínio individual, a satisfação conjugal e a coparentalidade no domínio conjugal, e as práticas de socialização parental e o stress no domínio parental.

	<p>Na categoria conjugal, os estudos avaliaram possíveis efeitos positivos na satisfação conjugal, na perceção de apoio do parceiro, na redução de interações agressivas (físicas ou psicológicas), na comunicação do casal e na coparentalidade em casais que tiveram apoio, formação e intervenção. A comunicação do casal e a capacidade de resolução de problemas foram os assuntos mais evidenciados como positivos. As intervenções também abordaram a parentalidade, o apoio emocional e o ajustamento e empatia do casal. A promoção da coparentalidade foi o resultado mais comum nesta categoria, evidenciado por novos artigos que encontraram melhorias para mães e pais.</p> <p>Na categoria parental verificaram-se efeitos positivos nas relações mãe-bebé ou pai-bebé, sejam eles baseados em habilidades de interação direta, confiança e disponibilidade ou habilidades para promover o bem-estar da criança.</p> <p>Com a intervenção de programas parentais direcionados às características individuais de cada casal, as emoções negativas e a insatisfação com o relacionamento conjugal são minimizadas, o que tende a aumentar a disponibilidade emocional dos pais para interagir com o bebé e utilizar práticas parentais responsáveis e positivas. Neste sentido, a literatura analisada enfatiza a ideia de que as intervenções com casais são uma forma promissora de promover a saúde mental individual e familiar com benefícios futuros e claros para a triáde.</p>
--	---

Síntese dos Dados

A transição para a parentalidade é caracterizada por um elevado nível de *stress* e está habitualmente associada a um declínio na qualidade de vida e na satisfação conjugal, o que pode influenciar a qualidade dos cuidados prestados à criança e o desenvolvimento psicossocial da mesma (Ngai & Law,2021).

O *stress* foi relacionado negativamente com a disfunção conjugal e à alteração da qualidade de vida, e um relacionamento conjugal positivo foi associado a melhor qualidade de vida durante o período perinatal (Ngai & Law,2021). De acordo com um estudo realizado por Ngai e Law (2021) a transição para a parentalidade proporciona uma oportunidade única para fortalecer as relações conjugais e a qualidade de vida através de orientação antecipada e desenvolvimento de competências para ajudar a minimizar o *stress* da nova condição. Esta orientação pode consistir em permitir aos casais que reconheçam as mudanças previsíveis nas relações e na qualidade de vida após o nascimento do filho, e em abordagens baseadas no casal que reduzam o *stress* e promovam a intimidade e a qualidade do relacionamento, tais como explorar cada um

deles as expectativas realistas do parceiro em relação ao seu papel na transição para a parentalidade, incentivando o casal a partilhar os seus pensamentos e sentimentos relativamente às mudanças durante a fase da transição e melhorando a comunicação e o apoio emocional na sua relação. Tais estratégias de intervenção podem ajudar os casais a negociar com mais sucesso as potenciais dificuldades da transição, alcançando assim uma melhor relação conjugal e qualidade de vida.

A manutenção da conjugalidade aquando da transição para a parentalidade, pode revelar-se uma tarefa difícil principalmente quando se trata do nascimento do primeiro filho (Silva et al., 2021). O enfermeiro de família, pela proximidade, no seu desempenho, através da avaliação e intervenção com as famílias, pode antecipar as necessidades da família e apoiá-la no decorrer deste processo (Sousa, 2013).

Do estudo realizado por Silva et al. (2021), emergiram fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. São protetores da conjugalidade: o planeamento da gravidez, a compreensão e entreajuda no casal, a comunicação conjugal e o apoio da família alargada. Sobressaíram como fatores dificultadores: a gestão dos momentos a sós, a manutenção da sexualidade, o desempenho do papel parental, a intromissão da família alargada e a falta de apoio dos profissionais de saúde.

Segundo Tralhão et al. (2020) a etapa transição para a parentalidade não deve ser encarada apenas como um processo biológico, mas como a função de tomar conta de outrem, dependente, inserido num contexto socioeconómico determinado. Atualmente, a parentalidade, não se entende apenas como a inclusão de um recém-nascido na família, mas a capacidade de assegurar as necessidades físicas, afetivas e psíquicas dos filhos.

De acordo com Tralhão et al. (2020) os enfermeiros devem assegurar os cuidados aos utentes e às famílias que se encontram em processo de transição, e por isso devem estar atentos às mudanças e às exigências que as transições exigem nas vidas dos utentes e das famílias. Os enfermeiros são quem prepara os utentes para a transição e, são quem igualmente, facilita o processo de aprendizagem de novas competências, quer a nível da autoeficácia parental como do desempenho numa parentalidade positiva.

Em suma, no âmbito da transição para parentalidade o enfermeiro deve ser o elemento promotor da adaptação materna e paterna, da aceitação e adaptação à condição da gravidez, na identificação das dificuldades inerentes aos novos papéis de

mãe e pai, na reorganização das relações (conjugal e familiar), na preparação para o nascimento, na preparação e promoção para o aleitamento materno e na facilitação da vinculação ao bebé. No entanto, é de salientar que toda e qualquer intervenção deve promover essencialmente a autonomia da família, a sua capacitação e empoderamento, aquisição de competências que lhes permitam estabelecer objetivos específicos de acordo com as suas características e cultura.

A síntese das intervenções identificadas após leitura, análise e reflexão decorrente da presente revisão *scoping*, encontra-se explanada no quadro 3.

Quadro 3- Síntese das intervenções de enfermagem identificadas na revisão *scoping*

	Áreas de intervenção
Intervenções relacionadas com identificação de necessidades individuais	- Conhecer, compreender e aceitar mudanças inerentes ao processo transicional do ciclo de vida - Identificar fatores de vulnerabilidade
Intervenções relacionadas com educação para a saúde	- Promoção de saúde através de informação adequada e atempada - Incentivar frequência de curso de preparação para a parentalidade
Intervenções relacionadas com capacitação e empoderamento	- Estratégias para manutenção do relacionamento conjugal - Aquisição de conhecimentos e competências para estabelecer uma comunicação ativa e eficaz com o parceiro
Intervenções relacionadas com tomada de decisão	- Adquirir comportamentos de adaptação a novos papéis, alteração da dinâmica familiar e relacionamento conjugal

Conflitos de interesse

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Conclusões

A presente revisão teve por objetivo mapear a evidência disponível sobre a intervenção do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade com a parentalidade, em contexto de cuidados de saúde primários e da leitura dos diferentes artigos, foi possível constatar que a temática da transição para a parentalidade é alvo de interesse a nível internacional e que vários países implementaram programas de saúde direcionados para esta área, visando um acompanhamento de maior proximidade com as famílias nesta transição, com o objetivo de cuidados de saúde de qualidade e de promoção da saúde infantil. Para além disso, constatou-se que as temáticas relacionadas com a intimidade e conjugalidade tem assumido um papel fulcral no quotidiano, quer a nível familiar como também a nível social, motivando vários estudos, os quais têm comprovado que a qualidade conjugal está correlacionada com a saúde física e mental dos indivíduos e do casal, a transição para a parentalidade e o desempenho numa parentalidade positiva.

As intervenções de enfermagem para além de promoverem práticas parentais positivas, eficácia e satisfação parental, estimulam a relação parental, promovem o *coping* familiar, suportam emocionalmente os pais, reduzem o *stress* parental, traduzindo-se em melhoria dos cuidados à criança; a ausência de intervenção pode traduzir-se em consequências para o bem-estar da criança e para a família, além de poder agravar a condição de vulnerabilidade da gestante para desenvolver depressão pós-parto.

Em resumo, os programas parentais de promoção da saúde para a transição para a parentalidade, devem ser realizados precocemente, idealmente ainda no período pré-natal ou nos primeiros anos de vida da criança, uma vez que coincidem com o período de maior vulnerabilidade quer dos pais quer das crianças.

Referências Bibliográficas

- Alipour, Z., Kazemi, A., Kheirabadi, G., & Eslami, A.-A. (2020). Marital communication skills training to promote marital satisfaction and psychological health during pregnancy: a couple focused approach. *Reproductive Health*, 17(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0877-4>
- Amendoeira, J. (2018). *Revisão Sistemática da Literatura—A Scoping Review*. Santarém: Escola Superior de Saúde de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>
- Ingemann, C., Jensen, E., Olesen, I., Tjørnhøj-Thomsen, T., Kvernmo, S., & Larsen, C. V. L. (2022). *Parents' perspectives on preparing for parenthood: a qualitative study on Greenland's universal parenting programme MANU 0-1 year*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 859. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05170-4>
- Joanna Briggs Institute. (2020). *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2020: Methodology for JBI scoping reviews*. <https://jbi.global/scoping-review-network/resources>
- Lachmar, E. M., Farero, A., Rouleau-Mitchell, E., Welch, T., & Wittenborn, A. (2019). A Brief Multimedia Intervention for the Transition to Parenthood: A Stage I Pilot Trial. *Contemporary Family Therapy. An International Journal*, 41(4), 357–367. <https://doi.org/10.1007/s10591-019-09503-y>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory- Middle Range and Situation Specif Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Ngai, F.-W., & Lam, W. (2021). Stress, Marital Relationship and Quality of Life of Couples Across the Perinatal Period. *Maternal & Child Health Journal*, 25(12), 1884–1892. <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03249-6>
- Oliveira, A. R. M. (2022). *Transição para a Parentalidade: o impacto do nascimento do primeiro filho na vivência da conjugalidade do casal*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=TggS8HOL>

- Oliveira, J. M., Alvarenga, P., Paixão, C., & Sales, P. K. C. (2023). *Revisão Sistemática de Intervenções com Pais na Transição para Parentalidade*. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 25(2). <https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPCP14839.en>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International journal of surgery*, 88, 105906. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pinto, T. M., Míguez, M. C., & Figueiredo, B. (2023). Couple's Relationship during the Transition to Parenthood and Toddler's Emotional and Behavioral Problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph20010882>
- Regulamento nº 428/2018 (2018). Regulamentação das 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. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 135 de 16-07-2018),19354-19359. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Silva, M. M., Gavinhos, M. S., Neves, V. F., & Camarneiro, A. (2021). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 20–32. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.183>
- Seefeld, L., Buyukcan-Tetik, A., & Garthus-Niegel, S. (2022). The transition to parenthood: perspectives of relationship science theories and methods. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 40(2), 105–107. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2039864>
- Serviço Nacional de Saúde (2022) -<https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/01/10/saude-mental-perinatal/>
- Sousa, R. A. (2013). *Promoção de competências na parentalidade: A criança/ família em transição* (Dissertação de mestrado). <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17731>

Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J. A., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UI_IPSantarém*, 8(1), 17-30. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874>

Apêndices

Apêndice 2a- Resultado de pesquisa na base de dados *EBSCOhost*

Histórico de Pesquisas

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Última Execução Por	Resultados
S13	S1 AND S2 AND S6 AND S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	0
S12	S5 AND S7 AND S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	0
S11	S3 AND S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	0
S10	S1 AND S2 AND S6 AND S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	0
S9	pregnancy AND transition AND couple counseling	Limitadores - Texto Integral; Resumo Publicação: 20190101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	3
S8	expectant parents AND transition AND parenthood	Limitadores - Texto Integral; Resumo Publicação: 20190101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	21
S7	parenthood AND communication AND marital satisfaction	Limitadores - Texto Integral; Resumo Publicação: 20190101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	7
S6	pregnancy AND communication AND marital satisfaction	Limitadores - Texto Integral; Resumo Publicação: 20190101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	7
S5	parenthood AND transition AND couple counseling	Limitadores - Texto Integral; Resumo Publicação: 20190101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	6
S4	parents AND transition AND couple counseling	Limitadores - Texto Integral; Resumo Publicação: 20190101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	4
S3	parents AND marital satisfaction AND nurs*	Limitadores - Texto Integral; Resumo Publicação: 20190101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	10
S2	pregnancy AND marital satisfaction AND nurs*	Limitadores - Texto Integral; Resumo Publicação: 20190101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	22
S1	pregnancy AND transition AND parenthood	Limitadores - Texto Integral; Resumo Publicação: 20190101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete;MEDLINE Complete	262

Apêndice 2b- Resultado de pesquisa na base de dados *Google Scholar*

Google Académico

transição conjugalidade e parentalidade -hospital -separação -fim

Cerca de 80 resultados (0,05 seg)

Dica: Pesqui

Transição de vivência de ARM Oliveira ... Segundo f de transição ☆ Guardar

A satisfação P Pinto, R Le ... Os profiss transição pa ☆ Guardar

Relatório da transição CSVA Faria - ... sobre o im

Alteração na vivência da sexualidade; necessidade de apoio à dinâmica familiar: esta transição...

A. C. ...

Pesquisa avançada

Localizar artigos

com **todas** as palavras

com a **expressão exata**

com **pelo menos uma** das palavras

sem as palavras

ocorrência das minhas palavras em qualquer parte do artigo no título do artigo

Devolver artigos **com autoria de**
exemplo, "PJ Hayes" ou McCarthy

Devolver artigos **publicados em**
por exemplo, *J Biol Chem* ou *Nature*

Devolver artigos **com datas** entre —
por exemplo, 1996

Pesquisa	Modos de Pesquisa	Nº de artigos identificados
S1	Transição conjugalidade parentalidade	83
S2	Transição conjugalidade parentalidade e satisfação conjugal	41
S3	S1 e S2 (manualmente)	82 (restantes duplicados)

Apêndice V- Estudo de caso realizado na UCSP

**Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Familiar**

Estágio 2022-2023

**Contributo do enfermeiro especialista na preparação
da família para a inclusão de um novo membro**

Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge

**Lisboa
junho 2023**



Mestrado em Enfermagem Comunitária
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Familiar

Estágio 2022-2023

**Contributo do enfermeiro especialista na preparação da
família para a inclusão de um novo membro**

Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge

Professor(es) Orientador(es):
Ana Paula Fernandes das Neves
Maria Emília Campos de Brito

Lisboa
junho 2023

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EEESF	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
MDAIF	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
Nº	Número
SNS	Serviço Nacional de Saúde

Índice

Introdução	6
1. Caracterização da Família	8
2. Avaliação da Família	9
2.1. Dimensão estrutural	9
2.2. Dimensão de desenvolvimento	12
2.3. Dimensão funcional.....	14
2.4. Influência dos determinantes de saúde e determinantes sociais de saúde	16
2.5. Competências do enfermeiro especialista de saúde familiar	18
3. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem	19
4. Conclusão	20
Referências Bibliográficas	21
Apêndices	24
Apêndice 1- Escala de Graffar, adaptado de Amaro (2001).....	25
Apêndice 2 - APGAR Familiar de Smilkstein.....	27
Apêndice 3 - ESCALA de HOLMES & RAHE.....	29
Apêndice 5- Escala do Medo do Parto antes da Gravidez.....	35
Apêndice 6- Escala de Tristeza do Programa SCLinic®	37
Apêndice 7 - Competências do EEESF	39
Apêndice 8- Plano de Cuidados à Família Jardim.....	41

Índice de Figuras e Quadros

Figura 1-Diagrama das áreas de intervenção familiares por dimensões de avaliação.....	9
Figura 2- Genograma da família Jardim	10
Figura 3- Ecomapa da família Jardim.....	10
Figura 4- Mapa de rede social da Camélia e do Âmbar.	11
Figura 5- Linha de Vida de Medalie da família Jardim.....	13
Figura 6- Círculo de Thrower da Camélia	13
Figura 7- Círculo de Thrower do Âmbar	13
Quadro1-Ciclo Vital da família Jardim.....	12

Introdução

Este trabalho foi elaborado no contexto formativo da Unidade Curricular de Estágio como elemento de avaliação curricular. Foi-nos solicitado a elaboração de um documento, no qual o discente seja capaz de demonstrar que adquiriu e mobiliza competências inerentes ao grau de mestre de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018, com as competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na área de Enfermagem em Saúde Familiar (EEESF) referidas no Regulamento nº 428/2018, e ainda as competências gerais do enfermeiro especialista conforme estipulado no Regulamento nº 140/2019.

As famílias a vivenciarem situações complexas ou com esse risco potencial, necessitam, que o enfermeiro seja capaz, de mobilizar a equipa multidisciplinar, os recursos internos e externos da família, para dar resposta às necessidades e carências identificadas na mesma. Situações de *stress* podem causar desequilíbrio na cumplicidade, harmonia e satisfação conjugal e conduzir a eventuais situações de crise ou rutura familiar. O EEESF pela proximidade com as famílias é o profissional de referência no acompanhamento a famílias vulneráveis e ou fragilizadas. **O enfermeiro de família** é definido no Decreto-Lei nº 118/ 2014 (2014, p.4070), como sendo “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos de comunidade”.

A família Jardim, aqui retratada, foi selecionada, por a própria solicitar apoio da equipa de enfermagem da instituição de saúde onde está inscrita pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) no acompanhamento e orientação no processo de gravidez. A gravidez é vigiada no privado, mas o esclarecimento e apoio é efetuado pelo enfermeiro da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados onde estão inscritos. Após entrevista clínica, emerge a existência de fatores stressores para esta família e sinais de ansiedade na gestante, um risco para que ocorra uma transição saúde -doença na família. Todos os dados expostos ao longo deste trabalho passíveis de identificar a família foram modificados e foram atribuídos nomes fictícios.

De acordo com os dados do Pordata (2023), atualmente em Portugal a idade materna ao nascimento do primeiro filho é de 30,9 anos, contrariando os dados de 2000

que era de 26,5 anos e em relação à idade média da mulher aquando do casamento os dados do Pordata (2023) apontam 33,7 anos para a mulher e 35,1 anos para o homem. O jovem casal em análise contraria ambas as tendências aqui apontadas, o que se poderá traduzir em maior insegurança, mais receios e dúvidas e conseqüentemente ansiedade.

A transição para a parentalidade, mesmo que seja desejada e planeada pode não ser uma transição “calma e pacífica”. De acordo com Piccinini et al. (2008) a mulher passa por diferentes e importantes reestruturações de papéis aquando da gravidez, passa do papel de filha para em simultâneo passar ao papel de mãe, ao reajustamento do papel conjugal, de reajuste da economia familiar e inclusive da atividade profissional; estas mudanças são mais impactantes nas primíparas, assim sendo, é fundamental a inclusão do progenitor em todo o processo da gravidez e de construção da parentalidade.

Zornig (2010) refere que a parentalidade se traduz nos laços de parentesco e na transmissão de regras e valores, na própria vivência da parentalidade, e nas alterações psíquicas que se produzem nos pais no decorrer do processo de sua transição para a parentalidade e o exercício dos cuidados parentais, ou seja, as interações afetivas entre os pais e filho.

Para efetuar a apreciação familiar da família em análise, estabelecer uma parceria, identificar eventuais fatores de *stress* e de risco, elaborar diagnósticos de enfermagem e eventuais intervenções, foi aplicado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), suportado pela Teoria das Transições de Afaf Melies. De acordo com a matriz operativa do MDAIF foram aplicadas escalas de avaliação de risco familiar, ou outros instrumentos pertinentes, de modo a alcançar os objetivos traçados.

Este trabalho está estruturado em quatro capítulos: caracterização da família, avaliação da família, diagnósticos /intervenções de enfermagem e conclusão. Foi elaborado de acordo com o manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2023).

Este trabalho tem como objetivo geral efetuar a apreciação e intervenção a uma família a vivenciar uma situação complexa, de acordo com as suas necessidades. Como objetivos específicos, avaliar a família nas suas diferentes dimensões, identificando eventuais fatores de risco, estabelecendo um diagnóstico atempado, de modo a minimizar os riscos em saúde e elaborar um plano de cuidados, implementando intervenções, em parceria com a família, de modo a superar as dificuldades identificadas.

1.Caracterização da Família

A família Jardim é uma **família grávida**, composta pela Camélia de 26 anos, licenciada, trabalha numa empresa multinacional; é casada com o Âmbar de 27 anos, licenciado, que exerce na mesma empresa da mulher, mas noutra secção. Neste momento o seu regime de trabalho é híbrido, uns dias em teletrabalho e outros presencialmente no escritório. São casados desde 2022, pela igreja. São uma família católica, não praticantes. Vivem num apartamento, numa zona nova e agradável, com excelentes condições habitacionais. O casal tem como animais de estimação dois cães.

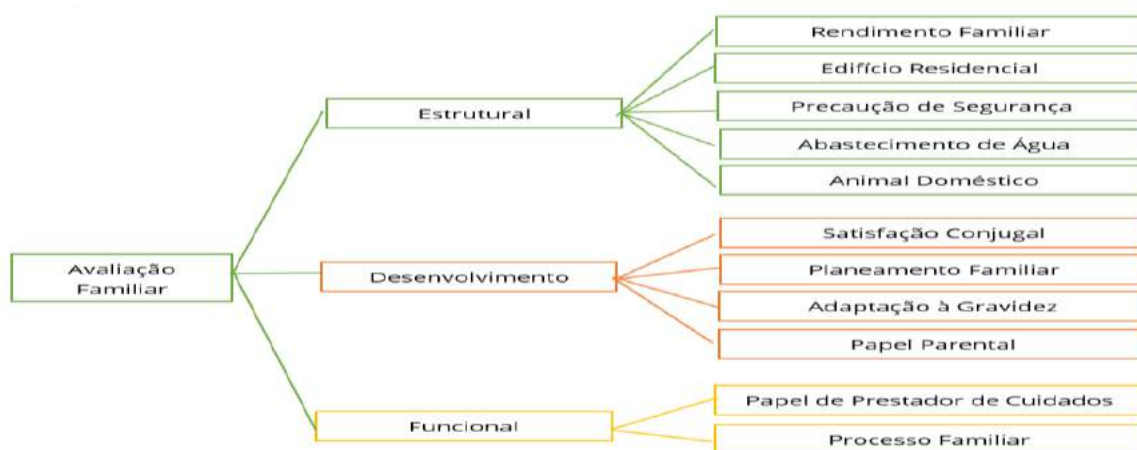
De acordo com Caniço et al (2010, p.17) a **família grávida** é a “Família em que uma mulher se encontra grávida, independentemente da restante estrutura”. Esta é a família em análise, da qual faz parte o elemento índice (que suscitou o estudo). Caniço et al (2010.p.18) refere ainda ser “uma fase específica no seio da família, em que se aguarda a vinda de um novo elemento, predominando os sentimentos de medo e/ou esperança, com desvio do centro de atenções e segurança”. O mesmo autor refere tratar-se de uma família vulnerável, devendo estar-se atentos às alterações físicas, emocionais e psicológicas nomeadamente a sinais de depressão quer no homem quer na mulher. Foi o que conduziu a este estudo, estar atento aos sinais que possam conduzir a disfuncionalidade familiar, ainda antes de a família os reconhecer. Segundo Caniço et al (2010) deveremos analisar as famílias quanto ao tipo de relacionamentos, considerando a família como um sistema dinâmico, sofrendo influência de fatores externos, elaborando um plano de cuidados à família paralelamente a um plano de cuidados individualizado a cada membro, visando a promoção de relações conjugais e parentais saudáveis. De acordo com a classificação do tipo de relação familiar de Caniço et al (2010) a família em análise pode ser denominada como sendo **uma família moderna** “Nestas famílias, a igualdade de género é a base da união, qualquer que seja o seu tipo. Consequentemente, são famílias mais igualitárias, no que toca à divisão de trabalho e às escolhas individuais de cada membro” (p.37).

Magalhães (2010) citando Camarneiro (2011), refere ser imprescindível promover o bem-estar psicológico da mãe na fase pré-natal, para que experiencie uma gravidez saudável e segura, o que potencia por sua vez a prestação de cuidados pós-natais adequados, com estabelecimento da ligação mãe-filho, gerando-se assim uma parentalidade e vinculação mais saudável, evitando-se futuras situações complexas.

2. Avaliação da Família

O MDAIF pretendeu dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias, a partir da compreensão dessas mesmas práticas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Compreender e estabelecer uma relação de empatia e de proximidade junto das famílias, é uma vantagem do enfermeiro de família, o que lhe permite prestar cuidados direcionados e avaliar a família enquanto sistema funcional (Figueiredo, 2012). Para compreender a família e identificar as suas necessidades, a apreciação familiar da mesma, foi elaborada de acordo com o referencial do MDAIF, nas três categorias: estrutural, desenvolvimento e funcional.

Figura 3-Diagrama das áreas de intervenção familiares por dimensões de avaliação.



Fonte: Figueiredo (2012, p.104)

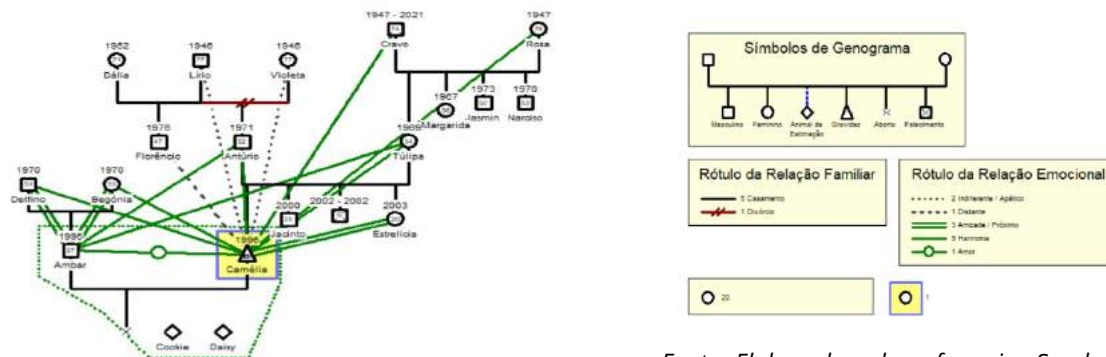
2.1. Dimensão estrutural

Esta dimensão incide sobre a estrutura da família, pretende identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas como a família alargada, redes de apoio e ainda aspetos específicos do contexto ambiental, social e económico que podem indicar riscos de saúde. De acordo com Figueiredo (2011, p.7), "os indicadores de avaliação adjacentes a cada área de atenção estabelecem uma orientação, de acordo com os critérios definidos previamente, quer para a decisão sobre o diagnóstico, quer para as intervenções, permitindo a avaliação de resultados face aos objectivos propostos com as famílias".

O genograma e o ecomapa são alguns dos instrumentos utilizados para compreender as estruturas internas e externas da família e o mapa da rede social, pode clarificar quanto aos sistemas mais amplos da família. O sistema familiar pode ser

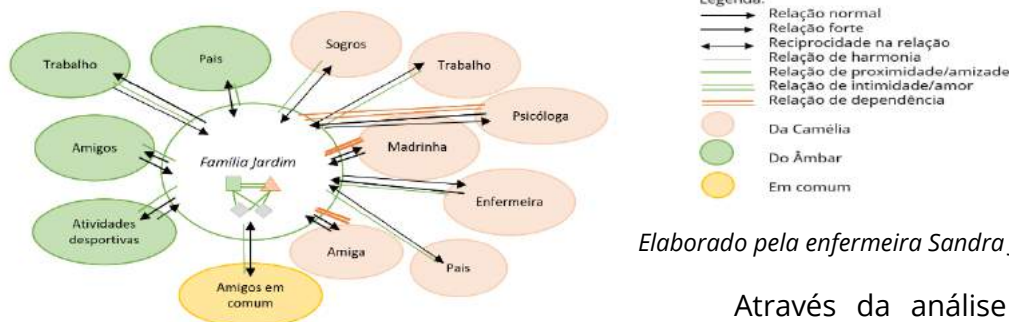
representado através de um diagrama denominado **genograma**. As relações familiares e as relações entre estes e outros indivíduos ou sistemas, podem ser representadas num diagrama denominado **ecomapa**.

Figura 4- Genograma da família Jardim.



Fonte: Elaborado pela enfermeira Sandra Jorge a 15.05.23, com recurso ao programa Genopro®.

Figura 5- Ecomapa da família Jardim.



Fonte: Elaborado pela enfermeira Sandra Jorge a 15.05.23.

Através da análise dos vínculos existentes entre a família e os sistemas externos, pode-se proceder à caracterização dos mesmos, o que possibilita estender a visão do sistema familiar aos contextos com que interage e simultaneamente validar a sua função como recurso, a partir da interpretação desses mesmos vínculos. Neste contexto específico salientam-se as ligações de fluxo energético forte e as relações de proximidade de intimidade/ amor e de dependência da Camélia (pela fragilidade emocional) estabelecidas com a psicóloga, a amiga de infância e a madrinha, com a qual conta como suporte de apoio aquando do nascimento da bebé.

Rodrigues e Schiavo (2011) no seu estudo defendem a correlação do *stress* na gestação e no puerpério com o *Baby Blues*. Estes laços de dependência, fragilidade emocional e ansiedade devem ser fatores de alerta para o EEESF no contato com a família. Emerge da análise deste ecomapa a importância dada pelo casal aos seus animais de estimação, considerados por ambos como parte integrante da família.

Figura 6- Mapa de rede social da Camélia e do Âmbar.



Fonte: De acordo com Fonseca (2018, p. 268). Elaborado a 17.05.23 pela enfermeira Sandra Jorge.

De acordo com Figueiredo (2012, p. 64) citando Santos (1999, p.22), define **Rede social** “o grupo de pessoas membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas susceptíveis de trazer ao indivíduo ou à família uma ajuda; apoios esses que são ao mesmo tempo reais e duráveis”. O mapa de rede social é fundamental na identificação de recursos externos que poderão ser mobilizados no apoio ao indivíduo/ família, visando a superação de dificuldades ou problemas identificados.

A classe social influencia a forma como as famílias se organizam, como utilizam os serviços de saúde e outros serviços sociais, capacidade de obter outros serviços em paralelo como recurso, a literacia em saúde e a compreensão dos riscos que possam surgir, sendo por isso também pertinente a sua avaliação. De acordo com Figueiredo (2012, p.17) “numa abordagem multidimensional da saúde familiar, apresentamos ainda a **Escala de Graffar**, que avalia as condições socioeconómicas da família com vista a identificar a sua classe social. Permite prever as condições de risco...” A família Jardim, segundo a avaliação por esta escala, é uma família de **Classe Média Alta** (ver escala em apêndice 1).

Segundo Figueiredo (2012, p. 77) “O risco biológico que advém do contacto com animais domésticos, justifica a inserção das condições de vigilância, segurança e higiene do **Animal Doméstico**”. O critério de inclusão deste item teve como sustentação a existência de dois cães no agregado familiar da família Jardim, considerados por esta como sendo elementos da família e a preocupação da mesma face à inclusão de um novo membro da família em outubro de 2023, aquando da data prevista do parto. Da entrevista ao casal identifica-se a problemática, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®,2015):

Diagnóstico de enfermagem	Foco	Juízo	Instrumento de avaliação
Animal doméstico (1006187)	Casal	Risco	Entrevista

2.2. Dimensão de desenvolvimento

A avaliação na dimensão de desenvolvimento promove a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual. De acordo com Figueiredo (2011) a análise do contexto desenvolvimental do sistema familiar, implica entender o ciclo vital como um percurso pressuposto para todas as famílias e simultaneamente vivenciarem processos de evolução transacional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada uma. Em relação ao ciclo vital da família, Relvas (2002, p.16) refere que é " ...uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas...", as quais são mencionadas por etapas ou estádios. Estas diferentes etapas podem ser caracterizadas por situações de instabilidade e algum *stress* familiar, o que afeta todos os seus membros, provocando um reajustamento e readaptação na família, como por exemplo a entrada de novos membros (casamento e nascimento de um filho).

Quadro1. Ciclo Vital da família Jardim

Família Jardim- estágio do ciclo vital de acordo com Carter e McGoldrick		
Estágio	Processo emocional de transição: princípios-chave	Mudanças de segunda ordem no status familiar necessárias para ocorrer o desenvolvimento
União das famílias pelo casamento: o novo casal	Compromisso com o novo sistema	-Formação do sistema conjugal -Realinhamento de relacionamentos com as famílias extensas e amigos para incluir o cônjuge

Fonte: Wright e Leahey (2012, p.99)

Nesta etapa do ciclo vital, segundo Carter e McGoldrick (1995) as mudanças inerentes para o decorrer do processo implicam flexibilidade e adaptabilidade nos vínculos afetivos, a definição dos papéis sexuais, o relacionamento dos cônjuges com os amigos, as anteriores atividades recreativas e de lazer, e a comunidade. De acordo com as autoras (Carter & McGoldrick, 1995, p. 175) "é na área da intimidade e relacionamentos que parece surgir o maior estresse nessa fase, particularmente quando o desenvolvimento da carreira está se processando facilmente". Poder-se-á dizer que no ciclo vital uma das transições mais complexas será a formação do "Nós" (casal) a par com

a transição para a parentalidade (para a condição de pais e a acrescida responsabilidade). Carter e McGoldrick (1995, p.184) referem “A visão romantizada dessa transição pode aumentar esta dificuldade, (...). Os problemas podem permanecer, estão escondidos, apenas para intensificar-se e vir à tona mais tarde”.

Figura 7- Linha de Vida de Medalie da família



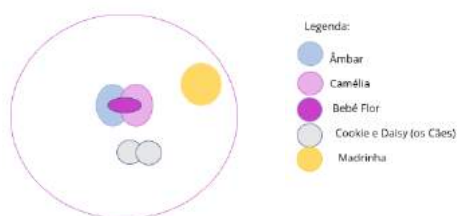
Fonte: Elaborado por enfermeira Sandra Jorge a 17.05.23

Apesar da tendência atual segundo dados do Pordata (apresentados na introdução deste trabalho) dos casais portugueses retardarem o casamento e o nascimento do primeiro filho, este casal em análise não segue a tendência. Os casais que optam por terem filhos logo após o casamento têm relativamente pouco tempo para proceder aos ajustamentos

inerentes à transição de jovem solteiro para o “novo casal”, o que pode ser gerador de instabilidade.

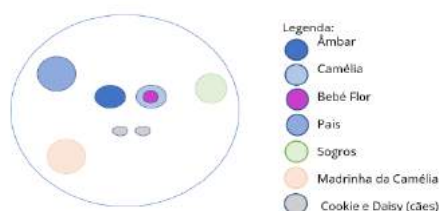
De acordo com Caeiro (1991, p.37) o círculo familiar de Thrower “é a representação gráfica do valor que têm, para o indivíduo, as pessoas (familiares, amigos) e ainda alguns objectos e seres que lhe são próximos”. Segundo Marau (2007) a interpretação do círculo de Thrower pode ajudar a clarificar papéis e regras familiares, a forma de comunicar, a proximidade dos elementos desenhados e conseqüentemente os subsistemas familiares e a hierarquia de poder. A análise posterior ao desenho, com o indivíduo e/ou família pode evitar conflitos, privilegiar a comunicação e ser um recurso na elaboração de um plano de cuidados.

Figura 6- Círculo de Thrower da Camélia



Fonte: Ambos os círculos foram elaborados a 19.05.23

Figura 7- Círculo de Thrower do Âmbar



Da análise do círculo familiar de Thrower, de

momento ambos os elementos do casal representam a bebé como fazendo parte integrante da família mas em perspectivas diferentes, a Camélia desenha a bebé como estando unida a ambos e o Âmbar desenha a bebé “dentro” do círculo que representa a sua esposa, como

representação gráfica da gravidez. Na representação da Camélia a família encontra-se graficamente “emanharada” de acordo com o **Diagrama Familiar de Minuchin** (Caeiro, 1991) e na perspectiva do Âmbar surge como uma família coesa (funcional) com a família alargada mais dispersa mas presente, se necessária. Para a Camélia quem surge como suporte e próximo da família é a Madrinha. Advém desta dimensão o levantamento dos seguintes diagnósticos de Enfermagem:

Diagnóstico de enfermagem	Foco	Juízo	Instrumento de avaliação
Satisfação conjugal (10011747)	Casal	Adequado	Entrevista Escala FACES II
Gravidez (10015421)	Casal	Comprometido	Entrevista Círculo Familiar de Thrower EMPAG
Adaptação à parentalidade (10004284)	Casal	Comprometido	Entrevista

2.3. Dimensão funcional

De acordo com Wright e Leahey (2012) a avaliação funcional caracteriza-se sobre os detalhes do relacionamento entre os indivíduos.” É o aspecto do aqui e agora na vida de uma família observado e apresentado por ela.

Segundo Figueiredo (2012) esta dimensão compreende as interações familiares, através das quais ocorre o desempenho das funções e tarefas familiares. Nesta dimensão integram-se duas dimensões do funcionamento da família, a instrumental e a expressiva, a primeira diz respeito às atividades quotidianas da família, enquanto a segunda enfatiza a relação, a comunicação, o apoio e a compreensão demonstrada visando a estabilidade da família. Através da aplicação do **APGAR Familiar de SMILKSTEIN**, avalia-se a perceção que cada individuo tem do funcionamento da sua família, o resultado da sua aplicação: a **família é altamente funcional** (ver apêndice 2). Quando expandida a escala à família alargada, o resultado é de **família com moderada disfunção**, corroborada com a escolha da questão: *“Estou satisfeito com a forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema”* –Quase Nunca (Sic).

De acordo com Martins e Sequeira (2018) citando (Barnhill & Longo, 1978) a primeira fase da formação casal é a fase do namoro, do casamento, da lua-de-mel e a preparação para a parentalidade, ou seja, a fase do estabelecer um compromisso enquanto casal. Consiste no enamoramento, no agradar, nas cedências, na conquista do outro e o casal tende a partilhar objetivos, decisões, expectativas e opiniões, que

corroborar o resultado obtido na aplicação do **APGAR Familiar de SMILKSTEIN**. De igual modo é o despreendimento com a família de origem, o estabelecimento da autonomia, surgem divergências, conforme o resultado obtido quando o instrumento foi aplicado em relação à família alargada por opção da família Jardim; o que leva o casal a pensar em outros elementos externos à mesma como rede de suporte (madrinha da Camélia e amiga/ amigos).

A Escala de Holmes e Rahe permite identificar o risco de *stress* a que a família pode estar sujeita, tomando consciência das dificuldades e fatores stressores, e se planeiem medidas eficazes contra o *stress*. A sua aplicação ao “alvo” dos cuidados revela **uma menor probabilidade de incidências de doenças** (ver apêndice 3).

De acordo com Figueiredo (2012, p.99) “O equilíbrio e a intensidade dos relacionamentos contribuem para o desenvolvimento pessoal dos indivíduos e para o crescimento e bem-estar da família, enquanto unidade interaccional”. Assim, aplicou-se a **Escala FACES II** que permite compreender o funcionamento familiar, a coesão e adaptação familiar e a avaliar a perceção dos seus membros sobre a sua funcionalidade (apêndice 4). A aplicação desta escala revela que a família em análise se pode designar **de meio-termo**.

Figueiredo (2012, p.96) “Os processos de comunicação traduzem-se pelas interacções cumulativas que definem cada família como um sistema único, com fins a concretizarem, por cada um dos seus elementos e do sistema como um todo”. A comunicação envolve linguagem verbal e não verbal, o seu entendimento determina a forma como os indivíduos percecionam a realidade e como a estruturam e moldam. Um dos fatores relevantes na compreensão da comunicação familiar é a comunicação circular, um processo dinâmico, interativo da família. Devido à importância reconhecida à **Comunicação** para um funcionamento familiar harmonioso, sem conflitos e promovendo o bem-estar familiar, **a Comunicação surge como um item a avaliar e a incentivar em todas as intervenções de Enfermagem**.

Durante a realização da entrevista e recolha de dados emergem sinais de ansiedade por parte da Camélia, fatores relacionados essencialmente com o medo do parto. De acordo com Loureiro (2013) o parto é um momento considerado crítico na transição para a maternidade. A existência de medo do parto e a antecipação deste momento, pode influenciar a vivência da maternidade de forma negativa e gerar níveis

elevados de ansiedade. A transição para a maternidade traduz-se na passagem de uma situação estável, para outra, desconhecida, com o desempenho de novos papéis, neste caso de mãe, prestadora de cuidados, e as mudanças e responsabilidades a ele associadas. Loureiro (2013, p.24) diz: *“O que as mulheres grávidas desejam relativamente ao parto resume-se a que este seja tranquilo” (Barreto & Oliveira, 2010), que tudo “corra bem”, seja rápido, sem dor (ou com um nível tolerável de dor), e sem problemas para a criança (Guerra, 2010; Monteiro, Marinho & Cruz, 2008).*

Ferreira e Teixeira (2020) num estudo sobre o Medo do Parto e da avaliação do mesmo através da utilização da **Escala do Medo do Parto antes da Gravidez (EMPAG)**, referem que as expectativas em relação ao parto variam entre uma dimensão positiva e uma negativa, envolvendo sentimentos contraditórios, alegria/ tristeza, euforia/ ansiedade, contentamento/ medo. Ferreira e Teixeira (2020, p.2) apontam que “medidas de avaliação e intervenção sobre o parto contribuem para a desmistificação de medos e crenças erróneas, contribuindo para o bem-estar e qualidade de vida”. Aplicou-se à gestante a EMPAG (apêndice 5), o que demonstrou **um receio elevado do parto**. Avaliar **Escala de Tristeza** do programa SClinic® (apêndice 6), foi outra opção, da aplicação desta escala emergiu que a gestante demonstra labilidade emocional, períodos de tristeza, cansaço, alteração do padrão de sono e períodos de apatia- eventuais **sintomas sub-depressivos** mas também comuns a alterações fisiológicas da gravidez, mas que não se podem descorar ou subvalorizar. Advém desta dimensão o levantamento dos seguintes diagnósticos de Enfermagem:

Diagnóstico de enfermagem	Foco	Juízo	Instrumento de avaliação
Comunicação (10004705)	Casal	Mantida	Entrevista APGAR Familiar de Smilkstein
Ansiedade (10002429)	Individuo	Alterado	Entrevista Escala de Holmes e Rahe EMPAG Escala de Tristeza
<i>Coping</i> familiar (10034736)	Casal	Potencial	Entrevista Escala FACES II

2.4. Influência dos determinantes de saúde e determinantes sociais de saúde

A Direção Geral da Saúde (2022) classificou os determinantes da saúde em: ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde.

Entre os determinantes de saúde demográficos, de acordo com Mendes et al (2016), em Portugal ocorre um adiamento notório da idade para se ser mãe ou pai, dados corroborados com os dados já apresentados pelo Pordata. Segundo Mendes et al (2016, p.28) *“Podemos concluir que as questões associadas aos contextos familiares e de conjugalidade,*

ao bem-estar da família e à idade de entrada no mercado de trabalho determinam indubitavelmente as decisões relativas ao tempo da fecundidade, isto é, à idade em que se tem o 1.º filho e ao espaçamento entre os nascimentos”.

O casal vivenciou essa experiência em 2018 quando adiaram o processo de gravidez, por segundo eles naquele momento não reunirem condições físicas, económicas, emocionais e psicológicas para se tornarem pais, recorrendo a uma Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG).

Segundo Rodrigues e Schiavo (2011) a gravidez é caracterizada por alterações emocionais, fatores sociais e psicológicos, que podem influenciar o decorrer da gestação, bem como o bem-estar físico da gestante e feto. Neste campo podem-se incluir fatores económicos, como instabilidade financeira ou desemprego; fatores de risco como consumos de substâncias, obesidade; fatores do foro emocional como gravidez não desejada ou não planeada; as alterações inerentes à gravidez como a presença de náuseas, enjoos, aumento de peso, alteração da imagem corporal, alteração do padrão de sono podem condicionar também o processo de transição para o papel maternal e parental.

Os serviços de saúde tendem a focar-se no indivíduo como alvo dos cuidados, contudo estes pertencem a uma família que é um sistema mais abrangente, pelo que os cuidados deverão ter a família como foco ou como cliente (Hanson, 2005). Quando o EEESF dirige os cuidados para a família e, analisa os dados colhidos relacionando-os com os determinantes sociais da saúde e os determinantes de saúde, enquadrando-os no contexto sócio -económico da família, está a aplicar a competência 1.3.3 e 1.4.4 do Regulamento de Competências nº428/2018 e de acordo com o Objetivo Desenvolvimento Sustentável nº 3- “Garantir o bem- estar e saúde para todos” e dando resposta ao indicador 3.1.1- diminuição da taxa de mortalidade materna e ao indicador 3.2.2- diminuição da taxa de mortalidade neonatal.

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007) citando a Organização Mundial de Saúde, esta define os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) como sendo as condições

sociais em que as pessoas vivem, desenvolvem-se e trabalham. Na família em análise, **uma família grávida**, Rodrigues e Schiavo (2011) referem que mais de 75% das gestantes revelam sinais de *stress*. Mencionam ainda, que quanto maior o nível de *stress* na gestação, este potencia o aparecimento de problemas temperamentais na criança o que pode conduzir a sintomas depressivos na mãe. Assim sendo, quanto mais informada estiver a grávida ou o casal, tiver conhecimento de suportes de apoio existentes, menor a probabilidade de riscos para a saúde. Devemos informar sobre a existência de curso de preparação para a parentalidade a funcionar no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Local, a partir das 30 semanas de gestação e que podem ser referenciados, se assim o entenderem; e informar sobre a existência de associações que têm parcerias com o SNS e o ACES como a Ajuda de Mãe e a Passo a Passo. A proteção da família no processo de transição situacional e de desenvolvimento, de acordo com a teoria de Meleis, de transição para a parentalidade acarreta tantas mudanças, alterações no seio familiar e na sua dinâmica que inclusive as entidades legislativas tendem a estar atentas e para isso a legislação tem vindo a proteger a família alargando a licença de parentalidade, incorporando cada vez mais o progenitor e reconhecendo-lhe a devida importância e as devidas competências. A última alteração surgiu com a Lei nº 13/2023.

2.5. Competências do enfermeiro especialista de saúde familiar

De acordo com o Regulamento nº140/ 2019 existem competências comuns aos enfermeiros especialistas independentemente das competências específicas da sua área de especialização, estas competências transversais estão relacionadas com responsabilidade profissional, conduta ética e legal, procura duma melhoria contínua de qualidade no desempenho das funções, capacidade de efetuar uma gestão de cuidados de excelência e baseia a sua praxis clínica em evidência científica. Serão estas as competências que deverão estar sempre presentes e cientes aquando do desempenho profissional. De acordo com o regulamento nº 428/ 2018 foram mobilizadas várias competências do EEESF nesta abordagem familiar como consta do apêndice 7.

3. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados tendo em conta as características, capacidades, crenças e necessidades da utente e família como alvo dos cuidados. Foram assinalados os que são considerados prioritários por modo a minimizar riscos ou diminuir o impacto dos mesmos no processo transição desenvolvimental que a família está a vivenciar. Os diagnósticos de enfermagem foram estruturados de acordo com a Taxonomia CIPE®.

- Animal doméstico- embora o casal tenha os cães há algum tempo, e tenham sentimentos de pertença familiar, mostram-se inseguros na inclusão do novo membro da família e futuro relacionamento com os animais;
- Gravidez- necessidade de aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com a gravidez e parto, alteração de papéis, alterações fisiológicas e responsabilidades inerentes à transição;
- Adaptação à parentalidade- necessidade de aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com o papel de prestador de cuidados e parentalidade;
- Ansiedade- identificar fatores de risco, que poderão desencadear *stress* e implementar precocemente medidas preventivas, para que o processo de gestação ocorra de uma forma saudável e tranquila.

Os diagnósticos e intervenções de enfermagem são apresentados em apêndice como plano de cuidados (apêndice 8).

4. Conclusão

Compete ao EEESF que seja capaz de mobilizar todas as suas competências gerais, específicas e acrescidas com o objetivo de orientar, encaminhar, capacitar e proteger famílias a vivenciarem situações complexas ou com esse risco potencial. A apreciação da família nas categorias estrutura, desenvolvimento e funcionamento, facilitou a elaboração de diagnósticos de enfermagem, para planejar as intervenções que contribuíram para desenvolver competências para gerir as transições familiares.

No entanto, para que qualquer intervenção de enfermagem seja eficaz, tem de assentar na base da confiança, do estabelecimento de uma relação empática com a família, na escuta ativa e efetiva, e numa comunicação clara e eficaz. De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2030 (2023, p. 15-16), *“profissional de saúde desempenha um papel fundamental nas diversas interações estabelecidas com os diferentes públicos, sendo mesmo um agente ativador e regulador da comunicação. (...), o profissional de saúde deve: - Ter uma linguagem acessível, assertiva, clara e positiva; - Ter controlo sobre a mensagem; - Disponibilizar informação simples, confiável e fidedigna; - Promover envolvimento; - Afirmar-se como um polo comunicativo dinâmico”*.

Em síntese final, o contato estabelecido com a família Jardim foi extremamente enriquecedor pois permitiu ter uma prática reflexiva, desenvolver a praxis e mobilizar conhecimentos e competências adquiridas em contexto académico e transpô-los efetivamente para a prática e ter o reconhecimento da família, valorizando a nossa intervenção e contributo na promoção do bem-estar familiar.

Referências Bibliográficas

Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). *A saúde e seus determinantes sociais*. Physis: revista de saúde coletiva, 17, 77-93.

Caeiro, R. (1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar*. Ministério da Saúde. Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.

Caníço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E. & Carvalho, A. (2010). *Novos Tipos de Família*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Carter, B., McGoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar- Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.). Artmed Editora.

da Silva Ferreira, M. D. J., & de Macedo Teixeira, Z. (2020). *Estudo preliminar da Escala do Medo do Parto antes da Gravidez numa amostra de estudantes universitários*. Revista de Enfermagem Referência, 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20002>

Decreto-Lei nº 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Presidência de Conselho de Ministros. *Diário da República*, 1ª Série (Nº157 de 16-08-2018), p. 4147 – 4182.

Decreto-Lei nº 118/2014 (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. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1ª Série (Nº 149 de 05-08-2014), p.4069-4071.

Direção Geral da Saúde (2023),

<https://pns.dgs.pt/pns-em-acao/determinantes-de-saude/>

Direção Geral da Saúde (2023). *Guia de Comunicação em Saúde Boas Práticas*. DGS – Direção Geral de Saúde / Plano Nacional de Saúde 2030.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

Figueiredo, M. (2011). *Manual de apoio à aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Editor: Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo, 989-20.

- Hanson, S.M.H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Lusociência.
- Lei nº13/2023 (2023). Altera o Código do Trabalho e legislação conexa, no âmbito da agenda do trabalho digno. *Diário da República*, 1ª Série (Nº66 de 03-04-2023), p.2-85.
- Lei nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 26 de 06-02-2019), p. 4744 – 4750.
- Lei nº 428/2018 (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. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº135 de 16-07-2018), p. 19354-19359.
- Loureiro, S. A. M. (2013). *O Medo do Parto*. Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Magalhães, C. S. P. (2013). *Ansiedade, qualidade do relacionamento conjugal e vinculação materna ao feto: estudo com grávidas primíparas e múltiparas* (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/10400.14/13745>
- Martins, A. R. R., & Sequeira, J. O. (2018). *Revisão Sistemática do ciclo vital da família*. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/854>
- Marau, J. (2007). *O desenho infantil e o círculo familiar de Thrower em Medicina Geral e Familiar*. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23(3), p.319-25.
- Mendes, M. F., Infante, P., Afonso, A., Maciel, A., Ribeiro, F., Tomé, L. P., & Freitas, R. B. (2016). *Determinantes da fecundidade em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE®-Versão 2015- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Lusodidacta.
- Piccinini, C. A., Lopes, R. S., Gomes, A. G., & De Nardi, T. (2008). *Gestação e a constituição*

da maternidade. Psicologia em estudo, 13, p. 63-72.

Pordata (2023), <https://www.pordata.pt/publicacoes/infografias/pais+tardios-255>

Pordata (2023),

<https://www.pordata.pt/portugal/idade+media+ao+primeiro+casamento++por+sexo-421>

Relvas, A.P. (2002). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva sistémica* (2ªed). Edições Afrontamento.

Rodrigues, O. M. P. R., & Schiavo, R. D. A. (2011). *Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 33,252-257.

<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/6XQsLKym7KG7ZnsSfvNVfpv/?format=pdf&lang=pt>

Wright, L.M., Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). Editora Roca.

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

Apêndices

Apêndice 1- Escala de Graffar, adaptado de Amaro (2001)

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr. industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA __/__/__
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA 15, 5, 23 = 11 extra Spage
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitación de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA __/__/__

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

Apêndice 2 - APGAR Familiar de Smilkstein

Apgar Familiar De Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X	X	
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		X
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X	X	
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X	X	
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X X		
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos
 Algumas vezes: 1 ponto
 Quase nunca: 0 pontos

7 a 10 – Família altamente funcional 4 a 6 – Família com moderada disfunção 0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Avaliação final:

Fonte: Figueiredo (2012, p.207). Aplicado a 17.05.23.

Legenda:

X - Respostas do casal

X - Respostas do casal face à família alargada, porque inicialmente ambos consideraram a família alargada como sendo a família que eles constituíram em 2022; ainda não se vêem como uma nova família.

Apêndice 3 - ESCALA de HOLMES & RAHE

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
TOTAL		

150-200: Menor probabilidade de incidência doenças

200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica

> 300 – 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.

Fonte: disponível no Programa Sclenic®. Aplicado a 17.05.2023.

Legenda:



Respostas da Camélia, foram as consideradas pois foi o total mais alto obtido= 101

Apêndice 4 - Escala FACES II

FACES II					
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					X
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.		X			X
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					X
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					X
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.		X			X
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					X
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.		X			X
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.				X	
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.				X	
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família				X	
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					X
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.	X				
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					X
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					X
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.	X				
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.	X				
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					X
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					X
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.	X				
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					X
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.				X	
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.				X	
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					X
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	X				

-Psicólogo

expectativa

25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	X				
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.				X	
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.				X	
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	X				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.			X		X
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					X

Nota:

- 1- Quase nunca
- 2- De vez em quando
- 3- Às vezes
- 4- Muitas vezes
- 5- Quase sempre

Fonte: Figueiredo (2012, p.204-205). Aplicado a 17.05.23.

Legenda:

X - Respostas do casal

X - Respostas do casal face à família alargada, porque inicialmente ambos consideraram a família alargada como sendo a família que eles constituíram em 2022; ainda não se vêem como uma nova família.

Resultados: Coesão = 25, **desmembrada** =1

Adaptabilidade= 46, **flexível**= 5

Coesão+ Adaptabilidade= $1+5=6/2=3$, **Família meio-termo**

Apêndice 5- Escala do Medo do Parto antes da Gravidez

Escala do Medo do Parto antes da Gravidez						
Itens	Discordo fortemente	Discordo	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo fortemente
1.Preocupa-me que a dor do parto possa ser demasiado forte					X	
2.Sinto que eu (ou a minha parceira) não vou ser capaz de aguentar a dor do nascimento					X	
3.Tenho medo que eu (ou a minha parceira) possa entrar em pânico e não saber o que fazer durante o parto				X		
4.Tenho medo do nascimento				X		
5.Tenho receio que algo de mal possa acontecer ao bebé					X	
6.Tenho medo que eu (ou a minha parceira) possa perder o controlo durante o parto						X
7.Tenho receio das complicações durante o parto					X	
8.O nascimento é algo imprevisível e arriscado						X
9.Tenho medo do que o parto e o processo de nascimento possam fazer ao meu corpo (ou ao da minha parceira)				X		
10.Tenho receio que o meu corpo (ou o da minha parceira) nunca mais seja o mesmo depois do parto			X			

Fonte: Ferreira, M.J. & Teixeira, Z.M. (2020, p.6). Aplicada à Camélia a 22.05.23.

Legenda:

- 1- Discordo fortemente
- 2- Discordo
- 3- Discordo parcialmente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo
- 6- Concordo fortemente

A cotação é realizada através do somatório dos itens, sendo que as pontuações mais elevadas representam um medo mais intenso em relação ao parto.

Apêndice 6- Escala de Tristeza do Programa SClinic®

Item	Sim	Não
Verbaliza tristeza	X	
Labilidade emocional	X	
Humor depressivo		X
Humor sub-depressivo	X	
Desleixo no autocuidado		X
Hipoatividade	X	
Isolamento		X
Ideação suicida		X
Sentimentos de desalento		X

Fonte: Programa SClinic®, efetuada avaliação a 17.05.23 pela enfermeira Sandra Jorge.


Apêndice 7 - Competências do EEESF

Competências do EEESF	
Atitude	Ação
- “Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.”	- Mostrar disponibilidade, estabelecer uma relação empática para construir uma relação de confiança, a partir destas primeiras etapas pode-se elaborar um plano de ação com a família (individualizado), para promover, manter e reforçar a saúde da mesma.
- “Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”.	- Utilizar instrumentos de avaliação e apreciação familiar, o que permite identificar os recursos internos e externos da família que facilitem os processos de transição.
- “Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica”.	- Elaborar com a família um plano de cuidados, capacitando a família para alcançar os seus objetivos, mobilizando a evidência científica e relacionando o impacto dos fatores ambientais e sociais na família.
- “Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”.	- Utilizar estratégias e técnicas motivacionais na relação com a família, desenvolver com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir os efeitos negativos em áreas da saúde familiar.
- “Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família”.	- Referenciar e orientar a família para outros profissionais de saúde, garantindo se necessário a continuidade de cuidados com outras unidades ou instituições.

Fonte: Lei nº 428/2018 (2018, p.19358-19359). 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. Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice 8- Plano de Cuidados à Família Jardim


Plano de cuidados à família Jardim, elaborado em parceria com a mesma


Data	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Resultados esperados	Avaliação
17.05	Animal doméstico (1006187)	<p><u>Afetivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilitar escuta ativa, mostrando disponibilidade; ✓ Facilitar a expressão de sentimentos, dúvidas e receios; ✓ Facilitar uma comunicação aberta; <p><u>Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar medos, receios e angústicas e lacunas; ✓ Conscientizar da importância da vacinação e vigilância do animal por técnico adequado; ✓ Conscientizar medidas preventivas acrescidas como por exemplo desparasitação atempada (antes do parto ocorrer); ✓ Facilitar alterações de rotina e actividades antes do bebé nascer; ✓ Importância do reconhecimento prévio do odor do recém-nascido(RN) e novos sons; <p><u>Comportamental:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Programar ida ao veterinário; ✓ Planear as alterações de rotina que iram ser implementadas antes do nascimento do bebé para não coincidirem com a chegada do bebé ao domicílio; ✓ Banhos e escovagens mais frequentes; ✓ Adquirir mais brinquedos para ocupar e entreter os cães ; ✓ Adquirir um objeto para obter o cheiro do 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que a família seja capaz de comunicar de uma forma aberta e eficaz sentimentos, dúvidas e receios ; ✓ Que a família programe consultas, vacinação e desparasitação atempadamente no veterinário; ✓ Que a família seja capaz de planear a interação entre animais e RN antecipadamente; ✓ Que a família estabeleça novas rotinas , se necessárias antes do parto ocorrer. <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">A médio, longo prazo: Setembro 2023</p>	<p>- A família após os contatos estabelecidos aparenta maior tranquilidade em relação à futura convivência entre animais e RN.</p> <p>- Não foi possível efetuar avaliação das ações , no entanto foi agendada consulta no veterinário pelo casal e referem ter consultado literatura sugerida.</p>

		RN e os cães fazerem o reconhecimento antes do RN ter alta para o domicílio;		
--	--	--	--	--

Data	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Resultados esperados	Avaliação
17.05	Gravidez (10015421)	<p>Afetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Encorajar a expressão de sentimentos, dúvidas, receios e expectativas; ✓ Permitir a expressão de sentimentos face à alteração do padrão sexual e labilidade emocional; ✓ Facilitar uma vivência saudável e positiva da gravidez estabelecendo atividades em conjunto, como caminhadas e pilatos; ✓ Valorizar a partilha de tarefas; <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover conhecimento sobre direitos sociais na gravidez e inerentes à parentalidade como a licença; ✓ Informar sobre alterações fisiológicas e corporais na gravidez, importância da vigilância da gravidez; ✓ Promover hábitos de vida saudáveis e vigilância adequada da gravidez, vacinação e higiene oral; ✓ Promover conhecimento sobre trabalho de parto; ✓ Informar sobre curso de preparação para o parto e existência do plano de parto da Ordem dos Enfermeiros; ✓ Informar sobre medidas não farmacológicas de alívio da dor, e medidas auxiliares do trabalho de parto como massagem perineal; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que a família seja capaz de comunicar de uma forma aberta e eficaz sobre sentimentos, dúvidas, receios e expectativas; ✓ Que o casal adira às consultas de vigilância da gravidez, efetue a vacinação recomendada e consultas de higiene oral; ✓ Que o casal tome conhecimento do processo psicológico associado à gravidez, alterações fisiológicas e corporais da gravidez, reconhecendo atenciosamente sinais de alarme; ✓ Que o casal adquira conhecimentos sobre as etapas do processo de parto, medidas associadas de relaxamento e preventivas, como a massagem perineal; ✓ Que efetuem 	<ul style="list-style-type: none"> - A gestante tem efetuado as consultas de vigilância e exames complementares de diagnóstico associados. - A gestante têm agendada vacina TdpaSNS. - Casal consultou e está a elaborar plano de parto da Ordem dos Enfermeiros em conjunto com o seu obstetra. - Casal já adquiriu creme para massagem do períneo com preparação para o parto, visando diminuir fator de <i>stress</i> do parto. - Casal já recebeu email com ficha de inscrição para o curso de parentalidade, vai analisar locais e horários. - Casal já iniciou visitas a creches e jardins de infância


		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilitar o envolvimento de outros familiares ou elementos de suporte familiar no planeamento e preparação da parentalidade; <p>Comportamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Auxiliar na reestruturação de tarefas quer domésticas quer na prestação de cuidados diretas ao RN; ✓ Facilitar a comunicação de preocupações entre o casal, através de momentos criados pelos próprios; ✓ Favorecer momentos de convívio entre o casal para 	<p>antecipadamente o plano de parto visando maior tranquilidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inscrição em curso de preparação para a parentalidade; ✓ Que o casal decida e programe antecipadamente jardim de infância e 	
--	--	--	---	--

Data	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Resultados esperados	Avaliação
17.05	Gravidez (10015421)	<p>Comportamental (Continuação):</p> <p>diminuir fatores de stress;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Planear atividades relacionadas com o RN, como inscrição em infantário e identificar elementos, rede de apoio; 	<p>familiares ou elementos de apoio ao RN;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reestruturação de tarefas para evitar sobrecarga de um elemento; <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">A médio, longo prazo: Entre as 30 e as 32 semanas de gestação- 26 de julho e 9 de agosto</p>	<p>da sua zona de residência para efetuar inscrição.</p> <p>- Já obtiveram informação sobre licença parental vão proceder à sua análise.</p>

Data	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Resultados esperados	Avaliação
17.05	Adaptação à parentalidade (10004284)	<p>Afetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a comunicação expressiva de emoções; ✓ Promover a comunicação do casal; ✓ Facilitar o suporte familiar; ✓ Valorizar a partilha de tarefas; <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar o casal sobre nova etapa do ciclo vital; ✓ Aconselhar sobre estratégias adaptativas relacionadas com a inclusão do novo membro; ✓ Facilitar a aquisição de conhecimentos sobre desenvolvimentos infantil e prestação de cuidados; ✓ Ensinar de acordo com as necessidades identificadas pelo casal; ✓ Fornecer assistência dos serviços de saúde e serviços comunitários; ✓ Monitorizar os problemas identificados para estabelecer ações; ✓ Encorajar a partilha de sentimentos com familiares e estruturas, redes de apoio. <p>Comportamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover partilha de dúvidas, receios e expectativas para estabelecer ações necessárias; ✓ Ensinar, instruir e treinar se necessário, de acordo com as necessidades encontradas; ✓ Proporcionar informação e aquisição de conhecimentos pelo serviços de saúde, grupos de apoio ou associações para um desempenho adequado, eficaz e seguro; ✓ Orientar para equipa multidisciplinar se necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que a família seja capaz de comunicar de uma forma aberta e eficaz sobre sentimentos, dúvidas, receios e expectativas; ✓ Que o casal seja capaz de planear a reestruturação de tarefas e redistribuição de papéis, bem como envolver suporte familiar no processo; ✓ Que a família adquira conhecimentos e competências para prestar cuidados adequados ao RN; ✓ Que a família seja capaz de identificar fatores, locais de risco para o RN e se antecipe na prevenção; <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">A médio, longo prazo: A partir de Outubro de 2023</p>	- Não foi possível efetuar avaliação dos resultados esperados.

Data	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Resultados esperados	Avaliação
19.05	Ansiedade (10002429)	<p>Afetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilitar escuta ativa, mostrando disponibilidade; ✓ Facilitar a comunicação de sentimentos, emoções e expectativas quanto ao processo de gravidez e mais especificamente o trabalho de parto; ✓ Estimular envolvimento da família; ✓ Incentivar relacionamento com outros familiares ou elementos significativos; <p>Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Auxiliar a identificar situações que causem ansiedade; ✓ Fornecer informação sobre estratégias de redução de stress e relaxamento; <p>Comportamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar sobre medidas e técnicas de relaxamento; ✓ Determinar o grau de apoio familiar ; ✓ Incentivar a participar em grupos de apoio para gestantes e pais; ✓ Orientar para outros profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que o casal seja capaz de comunicar de uma forma aberta e eficaz os seus sentimentos , receios e expectativas inerentes ao papel parental e processo de getação; ✓ Que o casal seja capaz de identificar precocemente sinais de ansiedade ; ✓ Que o casal seja capaz de solicitar apoio ; ✓ Que o casal se envolva no processo de cuidar e partilhe tarefas e responsabilidades. ✓ Manter contato regular com psicólogo como suporte; <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">A médio, longo prazo: Outubro de 2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A gestante mantém contato regular com o psicólogo como suporte de apoio. - A gestante aparenta maior tranquilidade pois vai adquirindo maior informação sobre os fatores que causam ansiedade e estabelecendo diferentes estratégias, planos de atuação. - Não foi possível efetuar avaliação de todos os itens dos resultados esperados.

Data	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Resultados esperados	Avaliação
19.05	<i>Coping</i> familiar (10034736)	<p>Afetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilitar escuta ativa, mostrando disponibilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que o casal seja capaz de comunicar de uma forma aberta e eficaz os seus sentimentos , receios 	Não foi possível proceder a esta avaliação.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilitar a comunicação de sentimentos, emoções e expectativas quanto à gravidez, parto e parentalidade; ✓ Estimular envolvimento da família; ✓ Incentivar relacionamento com outros familiares ou elementos significantes. <p><u>Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Auxiliar a identificar situações que causem ansiedade; ✓ Fornecer informação sobre estratégias de redução de <i>stress</i>; ✓ Explorar os possíveis recursos de saúde, sociais e comunitários; ✓ Determinar a adequação das redes sociais para o contexto familiar ; ✓ Ensinar sobre medidas e técnicas de relaxamento; <p><u>Comportamental:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar sobre medidas e técnicas de relaxamento; ✓ Determinar o grau de apoio familiar, parceiros ; ✓ Incentivar a participar em grupos de apoio para gestantes e pais; ✓ Avaliar impacto do <i>stress</i> no humor, sono, concentração e capacidade emocional. 	<p>e expectativas inerentes ao papel que desempenha;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Que o casal seja capaz de identificar precocemente sinais de ansiedade ; ✓ Que o casal seja capaz de solicitar apoio quer das instituições de saúde, de grupos de apoio ou pessoas significativas ; ✓ Que os elementos significativos para o casal se envolvam no processo de cuidar ou nas medidas de alívio de <i>stress</i> . ✓ Que haja uma gestão eficaz de eventuais conflitos. <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">A médio, longo prazo: A partir de Outubro de 2023</p>	
--	--	--	--	--

Apêndice VI- Estudo de caso realizado na USF

**Mestrado em Enfermagem Comunitária na
Área de Enfermagem de Saúde Familiar**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Capacitação da família jovem para uma
parentalidade positiva na conciliação com a
conjugalidade**

Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge



**Lisboa
fevereiro 2024**

**Mestrado em Enfermagem Comunitária na
Área de Enfermagem de Saúde Familiar**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**Capacitação da família jovem para uma parentalidade
positiva na conciliação com a conjugalidade**

Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge



Professor(es) Orientador(es):
Maria Emília Campos de Brito



**Lisboa
Fevereiro 2024**

Lista de Acrónimos e Siglas

DGS- Direção-Geral de Saúde

FACES- *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

USF- Unidade de Saúde Familiar

Índice

Introdução	6
1.Enquadramento Conceptual	8
1.1. Família	8
1.2. Conjugalidade.....	8
1.3. Parentalidade	9
1.4. Parentalidade positiva	9
1.5. Teoria das transições de Afaf Meleis.....	10
2.Caracterização da Família	11
3. Avaliação da Família	12
3.1. Dimensão estrutural	13
3.2. Dimensão de desenvolvimento	15
3.3. Dimensão funcional.....	17
4. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem	19
4.1. Discussão	23
Conclusão	25
Referências Bibliográficas	26
Apêndices	
Apêndice 1- Escala de Graffar	
Apêndice 2 Escala Faces II	
Apêndice 3 – APGAR Familiar de Smilkstein	

Índice de Figuras e Quadros

Figura 1- Matriz operativa do MDAIF	12
Figura 2- Genograma da família Amendoeira	13
Figura 3- Genograma com vínculos	13
Figura 4- Ecomapa da família Amendoeira	14
Quadro 1- Diagnósticos da dimensão desenvolvimento.....	17
Quadro 2- Diagnósticos da dimensão funcional	18
Quadro 3- Plano de cuidados.....	20

Introdução

Este trabalho foi elaborado no contexto da Unidade Curricular de Estágio com Relatório e pretende divulgar o contributo do enfermeiro de família no acompanhamento e orientação duma família para a transição para a parentalidade e na conciliação da sua conjugalidade com a transição.

Os estudos de caso são estudos efetuados na prática de cuidados de enfermagem, com o objetivo de aprofundar o conhecimento dos problemas e necessidades da pessoa, família e comunidade, dos quais emergem subsídios para que os enfermeiros estudem a melhor estratégia para solucionar ou reverter os problemas identificados (Galdeano, Rossi & Zago, 2003). Os estudos de caso não fornecem orientações ou normas que possam ser comuns, pois as intervenções adequadas deverão ser planeadas de forma personalizada, eles são um registo de interações clínicas que poderão ajudar a enquadrar as questões para posteriores estudos clínicos mais rigorosos

De acordo com os dados do Pordata (2023), atualmente em Portugal a idade materna ao nascimento do primeiro filho é de 30,9 anos, contrariando os dados de 2000 que era de 26,5 anos e em relação à idade média da mulher aquando do casamento os dados do Pordata (2023) apontam 33,7 anos para a mulher e 35,1 anos para o homem. O jovem casal, alvo de intervenção, contraria a tendência referida, o que se poderá traduzir em maior insegurança, mais receios e dúvidas e conseqüentemente ansiedade.

A família em análise, de acordo com Wright e Leahey (2005) encontra-se no estágio do ciclo de vida familiar famílias com filhos pequenos, o que para as autoras implica um ajuste no sistema conjugal, uma união no processo de educação dos filhos, na realização das tarefas domésticas e na gestão das finanças, para além da reformulação das relações com a família extensa para a inclusão do papel dos avós.

A transição para a parentalidade, mesmo que seja desejada e planeada pode não ser uma transição “calma e pacífica” e ter repercussões consideráveis na conjugalidade ou mais especificamente na manutenção da satisfação conjugal. Silva et al. (2021), salientam que no estudo desenvolvido emergiram fatores protetores e dificultadores da conjugalidade. São protetores da conjugalidade: o planeamento da gravidez, a compreensão e entreaajuda no casal, a comunicação conjugal e o apoio da família alargada. Sobressaíram como fatores dificultadores: a gestão dos momentos a sós, a

manutenção da sexualidade, o desempenho do papel parental, a intromissão da família alargada e a falta de apoio dos profissionais de saúde. O casal alvo deste estudo não planeou a sua gravidez embora manifeste que é desejada, assim sendo e de encontro ao referido por Silva et al. (2021) esse fato pode-se revelar um importante fator de *stress*. Em relação ao fator intromissão da família, o casal aparenta estar confortável por coabitarem com a mãe e o irmão do R. mas deverá ser um fator para o qual deveremos estar atentos. A falta de apoio por parte dos profissionais de saúde pode igualmente ser um fator condicionante pela negativa, quer da manutenção da conjugalidade quer da transição para a parentalidade, uma vez que o casal está inscrito numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e dispõe de equipa de saúde esse risco poderá ser minimizado.

De acordo com a Direção-Geral de Saúde (DGS, 2015) as mulheres, os companheiros e/ou família devem ser intervenientes nas decisões e ações que sejam necessárias para a vigilância da gravidez. Daí a importância de serem intervenientes no processo de construção do plano de cuidados. A otimização de resultados e ganhos em saúde durante este período será maior, se for enquadrada num conjunto alargado de intervenções, a iniciar na consulta pré-concepcional e a finalizar na consulta de puerpério.

O enfermeiro de família é definido no Decreto-Lei nº 118/ 2014 (2014, p. 4070), como sendo “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos de comunidade”.

Para efetuar a apreciação familiar da família em análise, identificar eventuais fatores de *stress* e de risco, elaborar diagnósticos de enfermagem e eventuais intervenções, foi aplicado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), suportado pela Teoria das Transições de Afaf Melies. Foram aplicadas escalas de avaliação de risco familiar, de modo a alcançar os objetivos elencados.

Este trabalho tem como objetivo geral efetuar a apreciação e intervenção a uma família de acordo com as necessidades identificadas. Como objetivos específicos, avaliar a família nas suas diferentes dimensões identificando eventuais fatores de risco; capacitar a família para efetuar uma parentalidade positiva e contribuir para a conciliação da conjugalidade com a parentalidade. Está estruturado em cinco capítulos: enquadramento conceptual, caracterização da família, avaliação da família, diagnósticos e intervenções de enfermagem e conclusão.

1. Enquadramento Conceptual

1.1. Família

Segundo Vilasboas (2020) o termo “família” é extremamente difícil de definir, uma vez que se trata de um conceito volátil, adaptável ao tempo e aos modelos sociais. O modelo familiar era o modelo patriarcal, segundo o qual havia um “centro de decisões”, um “líder”, o “chefe de família”, responsável pelas decisões familiares, cujas ordens deviam ser seguidas por todos. Era um modelo baseado no matrimónio, inexistindo qualquer outro meio de constituir uma família senão pelo casamento. Atualmente o sistema familiar passou a ser mais democrático, afastando-se da inflexibilidade, para dar origem a outras formas de constituição. No atual modelo do sistema familiar todos os membros têm igualdade no ambiente familiar, tendo como ponto comum a satisfação das suas necessidades e a busca da felicidade.

De acordo com Caniço et al. (2010) deveremos analisar as famílias quanto ao tipo de relacionamentos, considerando a família como um sistema dinâmico, sofrendo influência de fatores externos, elaborando um plano de cuidados individualizado à família, visando a promoção de relações conjugais e parentais saudáveis. De acordo com a classificação do tipo de relação familiar de Caniço et al. (2010) a família alvo do estudo pode ser denominada como sendo **uma família moderna** “Nestas famílias, a igualdade de género é a base da união, qualquer que seja o seu tipo. Consequentemente, são famílias mais igualitárias, no que toca à divisão de trabalho e às escolhas individuais de cada membro” (p.37). Assim, para compreender, cooperar e estabelecer um relacionamento empático com a família há que entender o que se define como conjugalidade e como a família em análise a vivencia.

1.2. Conjugalidade

De acordo com Domingues (2021) a temática da conjugalidade suscita um grande interesse, visto ser uma temática complexa e que faz parte do funcionamento das relações humanas e do quotidiano.

Domingues (2021) citando Norgren et al. (2004) e Robles et al. (2014), refere que temáticas relacionadas com a intimidade e conjugalidade tem assumido um papel central na vida das pessoas, quer a nível familiar como também a nível social, motivando vários

estudos, os quais têm comprovado que a qualidade conjugal está correlacionada com a saúde física e mental de homens e mulheres e a transição para a parentalidade.

Segundo Domingues (2021) citando Anton (2012) “a conjugalidade pode ser definida como um construto que se vai sedimentando individualmente por cada parceiro, sendo que é através da união conjugal que o casal procura maiores níveis de satisfação de desejos, necessidades de afeto, lealdade e intimidade” (p.10).

Embora o casal possa estar assim num percurso de sedimentação da sua conjugalidade, a vivenciar uma relação satisfatória e de qualidade, esta pode ser abalada com o nascimento do primeiro filho e com as alterações da dinâmica familiar que lhe são inerentes.

1.3. Parentalidade

O nascimento de um filho é um acontecimento de vida que gera um enorme impacto na vida de um casal, tendo mais impacto se for o do primeiro filho.

A transição para a parentalidade é um período do ciclo familiar marcado por mudanças significativas para a vida do casal. Nesta transição, o casal depara-se com uma nova realidade, onde surgem novas tarefas e responsabilidades, bem como o desempenho de novos papéis. A fase inicial da parentalidade pode ser acompanhada por períodos de incerteza, dúvida e desafios sendo essencial o casal estar dotado de competências, habilidades e grande flexibilidade que permitam ao mesmo ultrapassar situações de maior imprevisibilidade (Negrão, 2021).

De acordo com Negrão (2021) na parentalidade pretende-se que os progenitores sejam capacitados para assegurarem a saúde e segurança dos filhos, prestando-lhes cuidados básicos. É igualmente importante transmitir-lhes uma educação baseada em valores sociais e culturais contribuindo para uma melhor socialização e envolvimento dos mesmos (Negrão, 2021).

1.4. Parentalidade positiva

A parentalidade como tema de estudo pode ser definida como práticas que objetivam assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento infantil em ambiente seguro com a finalidade de promover a autonomia e preparar a criança para as situações físicas, económicas e psicossociais que surgirem ao longo da sua vida (Reticena et al., 2022)

De acordo com Reticena et al. (2022) as interações entre pais e filhos, quando desenvolvidas de forma positiva, promovem o desenvolvimento da autoestima, da autoconfiança e de relações sociais nas crianças. As primeiras experiências positivas proporcionadas pelos pais geram um impacto benéfico a longo prazo no desenvolvimento e na saúde da criança. As práticas parentais positivas que mais se destacam são: expressões de afeto positivas, envolvimento dos pais no brincar, reforço positivo, educar pelo exemplo.

1.5. Teoria das transições de Afaf Meleis

Para alguns autores o conceito de transição é diferente do conceito de mudança. A mudança está relacionada com a situação e a transição para a vivência da situação; a mudança está ligada a fatores externos e a transição a fatores internos. Assim, a mudança, seja ela desejada ou não, implica, por vezes, uma transição.

As transições podem ser definidas como experiências humanas, descritas como o conjunto de respostas, condicionadas por fatores pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar (Meleis, 2000).

As transições podem ser de variada ordem, as que estão relacionadas com o casal alvo do estudo são as do tipo:

- desenvolvimental – este tipo de transição está relacionado com eventos de desenvolvimento, individual ou familiar. São exemplos deste tipo de transição a passagem da infância à adolescência, da adolescência para o jovem, a união do casal;
- situacional- está associada a eventos que exigem a definição ou redefinição dos papéis desempenhados pelo indivíduo. São exemplos de transições situacionais a passagem de um papel “não parental” para um papel parental; a inclusão ou perda de um membro da família por nascimento ou morte; e o assumir o papel de prestador de cuidados.

Meleis (2000) refere que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar.

2.Caracterização da Família

A família Amendoeira (nome fictício) aqui apresentada foi acompanhada em consulta de vigilância da gravidez (de acordo com as orientações do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, 2015) na USF onde estava inscrita e na qual foi desenvolvido o estágio com relatório, no âmbito da frequência do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. O estágio decorreu em duas fases – a 1ª fase de 5 de junho a 14 de julho de 2023 e a 2ª fase de 25 de setembro de 2023 a 9 de fevereiro de 2024.

O primeiro contacto com a família ocorreu a 27 de junho, na primeira consulta de vigilância da gravidez, às oito semanas de gestação e a última consulta efetuada no contexto de estágio decorreu a 5 de fevereiro de 2024, que consistiu na primeira consulta do recém-nascido (com 9 dias de vida).

A família Amendoeira era uma **família grávida**, composta pela M. de 22 anos, com o ensino secundário completo e trabalha no comércio; é namorada do R. de 24 anos, com o ensino secundário completo, o qual exerce funções numa empresa do setor tecnológico. Desde a notícia da gravidez da M. que passaram a coabitar juntos na casa de família do R. Vivem num apartamento, com a família do R., que será a rede de apoio e suporte do jovem casal, numa zona urbana, com condições habitacionais adequadas.

De acordo com Caniço et al. (2010, p.17) **família grávida** é a “Família em que uma mulher se encontra grávida, independentemente da restante estrutura”. Caniço et al. (2010, p.18) refere ainda ser “uma fase específica no seio da família, em que se aguarda a vinda de um novo elemento, predominando os sentimentos de medo e/ou esperança, com desvio do centro de atenções e segurança”. O mesmo autor salienta que nesta fase deve-se estar atento às alterações físicas, emocionais e psicológicas nomeadamente a sinais de depressão quer no homem quer na mulher. Foi o que motivou este estudo, estar atento aos sinais que possam conduzir a disfuncionalidade familiar, ainda antes de a família os reconhecer.

Magalhães (2013) citando Camarneiro (2011), refere ser imprescindível promover o bem-estar psicológico da mãe na fase pré-natal, para que experiencie uma gravidez saudável e segura, o que potencia por sua vez a prestação de cuidados pós-natais adequados, com estabelecimento da ligação mãe-filho, gerando-se assim uma parentalidade e vinculação mais saudável, evitando-se futuras situações complexas.

3. Avaliação da Família

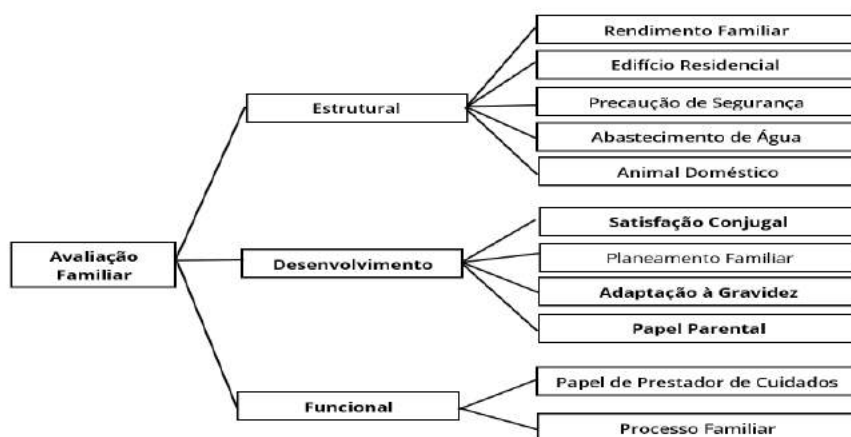
A DGS (2015) salienta que “a otimização de resultados e ganhos em saúde durante a gravidez só pode ir ainda mais longe se for enquadrada num conjunto alargado de intervenções, a iniciar na consulta pré-concepcional e a finalizar na consulta de puerpério” (p.11). No mesmo documento (DGS, 2015) emerge que as mulheres, companheiros e ou família devem ser ouvidos e fazer parte integrante das decisões e intervenções que sejam necessárias para a vigilância da gravidez. Do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (2015) salientam-se alguns dos objetivos específicos:

- *“Identificar e orientar precocemente complicações e fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto;*
- *Promover a saúde e a educação para a saúde ao longo da gravidez;*
- *Apoiar na preparação para o parto e parentalidade” (p.17).*

A avaliação da família apresentada, bem como a elaboração e efetivação do plano de cuidados teve como suporte de tomada de decisão clínica a matriz operativa do MDAIF, nomeadamente o conjunto de diagnósticos e intervenções propostos na mesma. A avaliação e intervenção familiar, desenvolvida, decorreu numa USF, entre junho de 2023 e fevereiro de 2024.

Compreender e estabelecer uma relação de empatia e de proximidade junto das famílias, é uma vantagem do enfermeiro de família, o que lhe permite prestar cuidados direcionados e avaliar a família enquanto sistema funcional (Figueiredo, 2012). Para compreender a família e identificar as suas necessidades, a apreciação familiar da mesma, foi elaborada de acordo com o referencial do MDAIF, nas três categorias: estrutural, desenvolvimento e funcional.

Figura 8- Matriz operativa do MDAIF



Fonte: Figueiredo (2012, p.104)

entre seus membros. Representa visualmente a constituição da família, assim como, fatos importantes como separações, adoções, nascimentos e mortes. Pode favorecer a identificação de quais intervenções devem ser realizadas, neste caso através da representação gráfica podemos nos aperceber de que teriam ocorrido mortes prematuras de irmãos do R. que suscitaram um foco de atenção e intervenção, que contribuiu para a realização de exames adicionais e complementares de diagnóstico na vigilância da gravidez.

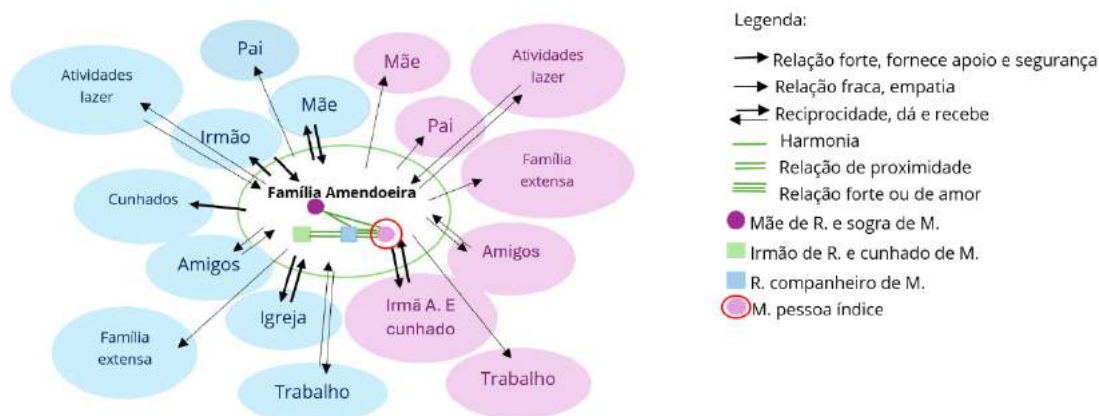
Após este achado, emergiram alguns benefícios de envolver cada membro da família neste processo de representação do seu próprio genograma e ecomapa, tais como: promoção de saúde familiar; redes de apoio; dinâmicas familiares e consciencialização de cada membro do casal do papel que desempenha e das suas responsabilidades e em medidas que favoreçam a saúde e o bem-estar dos mesmos.

A família Amendoeira é uma família alargada, constituída pelo casal que coabita com a mãe e o irmão de R.. Quer a M. quer o R. são provenientes de famílias numerosas e disfuncionais, ambos são os filhos mais novos (figura 2).

A M. mantém contacto regular com ambos os progenitores, embora detenha uma relação mais próxima com o pai; mantém um contacto regular com a família alargada principalmente em datas festivas (aniversários, Natal) e de maior proximidade com a irmã.

O R. tem uma relação de proximidade quer com a mãe quer com o irmão e detém uma relação de distância com o pai e a família reconstituída do mesmo, para isso contribuí o facto de não residirem em Portugal.

Figura 12- Ecomapa da família Amendoeira



Fonte: Elaborado a 16.10.2023 pela enfermeira Sandra Jorge

Através da análise dos vínculos existentes entre a família e os sistemas externos (figura 4), pode proceder-se à caracterização dos mesmos, o que permite a visão do sistema familiar face aos contextos com que interage.

Em relação aos sistemas mais amplos salientam-se as ligações de fluxo energético forte e as relações de proximidade da M. com a irmã A. e o cunhado R. e do R. com a mãe, o irmão, a irmã da M. e a igreja que frequenta. De salientar que a rede de apoio do casal foi identificada por ambos como sendo a mãe do R.

Relativamente às áreas de atenção familiares foram avaliadas todas as características e especificidades desta família respeitantes à dimensão estrutural:

- a) rendimento familiar e edifício residencial- foi aplicada a **escala de Graffar** para avaliação destes itens, a família enquadra-se na classe média (apêndice 1) e reúne condições habitacionais adequadas;
- b) precaução de segurança- não existem barreiras arquitetónicas identificadas e ou alterações no abastecimento de gás e aquecimento que causem preocupação;
- c) abastecimento de água- na habitação a família tem água canalizada e da rede pública;
- d) animal doméstico- a família não detém animais de estimação.

3.2. Dimensão de desenvolvimento

A avaliação na dimensão de desenvolvimento promove a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual. De acordo com Figueiredo (2012) a análise do contexto desenvolvimental do sistema familiar, implica entender o ciclo vital como um percurso pressuposto para todas as famílias e simultaneamente vivenciarem processos de evolução transacional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada uma.

De acordo com Wright e Leahey (2005) esta família encontra-se na terceira etapa do ciclo vital - famílias com filhos pequenos o que para as autoras implica um ajuste no sistema conjugal, uma união no processo de educação dos filhos, na realização das tarefas domésticas e na gestão das finanças, para além da reformulação das relações com a família extensa para a inclusão do papel dos avós.

Apesar da tendência atual dos casais portugueses retardarem o casamento e o nascimento do primeiro filho, segundo dados do Pordata (apresentados na introdução deste trabalho), este casal em análise não segue a tendência. Os casais que optam por terem filhos logo após o casamento têm relativamente pouco tempo para proceder aos ajustamentos necessários e são mais vulneráveis a sentimentos de insegurança e *stress*.

A Escala *FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales - Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar)* original foi desenvolvida por Olson, em 1985, com a finalidade de avaliar especificamente a Coesão e Adaptabilidade familiares, tendo sido desenvolvida para medir a dinâmica familiar.

Figueiredo (2012), no MDAIF aplicou a **FACES II**, para a avaliação familiar. Este instrumento permite compreender aspetos fundamentais, como a coesão, adaptabilidade e funcionamento da família, avaliando a perceção dos seus membros sobre a mesma. A *FACES II* é um questionário individual de autopreenchimento que classifica famílias.

Ao aplicar como instrumento de colheita de dados a *FACES II* (apêndice 2), pretendeu-se avaliar a Coesão e a Adaptabilidade da Família. Da aplicação da *FACES II*, surgem quatro níveis de coesão familiar: muito ligada, ligada, separada, desmembrada. E quatro níveis de adaptabilidade familiar: muito flexível, flexível, estruturada, rígida. Conduzindo a quatro tipos de famílias: muito equilibrada; equilibrada; meio-termo e extrema.

Da análise do resultado emergiu que estamos perante uma **família Rígida**. Nas famílias rígidas, um dos membros controla a dinâmica familiar, impondo uma rigidez de papéis e uma inflexibilidade nas regras (Olson, 2000). Este resultado implica uma necessidade de atenção para a família, a sua dinâmica e principalmente a comunicação.

Os diagnósticos formulados de acordo com a interpretação dos dados e o contexto familiar, permitiram identificar as forças e as necessidades da família, considerando as forças como os recursos internos do sistema familiar e cujo juízo/diagnóstico traduz empoderamento nessa área. No que se refere a esta família todas as áreas de atenção, exceto a Satisfação Conjugal, que se revela uma força da família, serão alvo de atenção podendo considerar-se comprometidas.

Advém desta dimensão o levantamento dos seguintes diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem):

Quadro 1- Diagnósticos da dimensão desenvolvimento

Diagnóstico de enfermagem	Foco	Juízo	Dimensões operativas	Instrumentos de avaliação
Satisfação conjugal (10011747)	Casal	Adequado	Relação dinâmica do casal Comunicação do casal Interação e função sexual do casal	Entrevista Escala Faces II
Adaptação à Gravidez- Gravidez (10015421)	Casal	Comprometido	Conhecimento Comunicação Comportamento de adesão	Entrevista
Papel Parental (10014068)	Casal	Comprometido	Conhecimento do papel Comportamento de adesão Adaptação ao papel	Entrevista

3.3. Dimensão funcional

De acordo com Wright e Leahey (2012) a avaliação funcional caracteriza-se sobre os detalhes do relacionamento entre os indivíduos." É o aspecto do aqui e agora na vida de uma família observado e apresentado por ela".

Segundo Figueiredo (2012) esta dimensão compreende as interações familiares, através das quais ocorre o desempenho das funções e tarefas familiares. Nesta dimensão integram-se duas dimensões do funcionamento da família, a instrumental e a expressiva, a primeira diz respeito às atividades quotidianas da família, enquanto a segunda enfatiza a relação, a comunicação, o apoio e a compreensão demonstrada visando a estabilidade da família.

De acordo com Porreca (2019) a construção da relação conjugal depende do que cada membro do casal traz para a relação, das suas vivências, bem como os seus ideais e crenças. As características individuais, irão influenciar a vida do casal, dependendo do grau de envolvimento de cada um, e da capacidade de adaptação. Assim o relacionamento conjugal construir-se-á a partir da soma das habilidades individuais, baseando-se num clima de cooperação e cumplicidade que fortalecerá a permanência da dupla conjugal.

Através da aplicação do **APGAR Familiar de Smilkstein** avalia-se a percepção que cada indivíduo tem do funcionamento da sua família, o resultado da sua aplicação: a família é **moderadamente disfuncional** (apêndice 3). Baseado neste resultado de funcionalidade da família, de acordo com Dias (2012), podemos definir a necessidade de intervenção nesta família e respetiva abordagem:

- a) Altamente funcional, não necessita de intervenção;
- b) **Moderadamente disfuncional, intervenção pela própria equipa de saúde;**
- c) Severamente disfuncional, intervenção específica de terapeutas familiares.

De acordo com Martins e Sequeira (2018) citando (Barnhill & Longo, 1978) a primeira fase da formação casal é a fase do namoro, do casamento, da lua-de-mel e a preparação para a parentalidade, ou seja, a fase do estabelecer um compromisso enquanto casal. Consiste no enamoramento, no agradar, nas cedências, na conquista do outro e o casal tende a partilhar objetivos, decisões, expectativas e opiniões, que corrobora o resultado obtido na aplicação do **APGAR Familiar de Smilkstein**. De igual modo é o despreendimento com a família de origem, o estabelecimento da autonomia, surgem divergências que terão que ser ultrapassadas e o casal deverá ser capaz de gerir estratégias para a resolução de eventuais conflitos.

Advém desta dimensão o levantamento dos seguintes diagnósticos de Enfermagem:

Quadro 2- Diagnósticos da dimensão funcional

Diagnóstico de enfermagem	Foco	Juízo	Dimensões operativas	Instrumentos de avaliação
Comunicação (10004705)	Casal	Mantida	Comunicação emocional Comunicação verbal e não verbal Comunicação circular	Entrevista APGAR Familiar de Smilkstein
<i>Coping</i> familiar (10034736)	Casal	Potencial	Comportamento de gestão de estratégias	Entrevista Escala FACES II

4. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

O planeamento das intervenções foi desenvolvido, considerando os recursos e forças da família, visando a capacitação da família no âmbito da adaptação à gravidez, papel parental e *coping* familiar, tendo como finalidade o bem-estar familiar.

Apresenta-se o plano de cuidados elaborado no quadro infra.

Quadro 3- Plano de cuidados

Diagnóstico	Objetivos	Critérios de resultados	Intervenções planejadas	Ações que concretizaram as intervenções
<p>Gravidez (10015421)</p>	<p>Conhecimento sobre gravidez</p>	<p><u>Afetivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Que o casal manifeste os receios sobre o parto e obtenha a informação necessária sobre o mesmo <p><u>Cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Que o casal reconheça as alterações físicas e emocionais decorrentes da gravidez <p><u>Comportamental:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Que o casal tome uma decisão informada sobre o Plano de parto 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Educação para a saúde, explicação sobre alterações físicas e emocionais decorrentes da gravidez ✓ Esclarecimento sobre fases do trabalho de parto, tipos de parto, medidas que podem contribuir para o parto sem dor ✓ Elaboração do plano de parto 	<p>Fornecido material de leitura adicional e links de acesso para curso de preparação para a parentalidade <i>online</i> e instituição com temas de conversa <i>online</i> com temas variados como preparação do enxoval ou massagem do bebê</p>

<p>Comunicação (10004705)</p>	<p>Comunicação</p>	<p><u>Afetivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Que o casal seja capaz de estabelecer uma comunicação eficaz ✓ Que o casal reconheça o impacto que os sentimentos têm em cada um dos membros da família ✓ Que o casal fique satisfeito com a forma como comunicam <p><u>Comportamental:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Que todos na família se expressem claramente verbal e não verbal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivado o casal a expressar abertamente e claramente os seus sentimentos, necessidades e expectativas por forma a que ninguém se sinta defraudado no relacionamento ✓ Enfatizar a importância da comunicação não verbal: que os gestos, o afeto, a atenção e a partilha de tarefas contam 	<p>Educação para a saúde, informação sobre métodos de comunicação, promover a capacitação da família</p>
<p>Adaptação à gravidez (10015421)</p>	<p>Comportamento de adesão à gravidez</p>	<p><u>Comportamental:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Que a grávida realize o número de consultas de vigilância consideradas adequadas e efetue revisão de parto ✓ Que a grávida efetue os MCDT para uma vigilância adequada da gravidez ✓ Que a grávida efetue vacinas recomendadas na gravidez 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agendar as consultas antecipadamente para agilizar a gestão do horário laboral ✓ Facilitar lista de locais onde pode realizar os exames e facultar credencias antecipadamente ✓ Ensinar sobre importância e vantagens da vacinação 	<p>A grávida efetuou todas as consultas de vigilância da gravidez e tem agendada consulta de revisão de parto</p> <p>A grávida realizou todos os exames necessários a uma vigilância adequada da gravidez</p> <p>A grávida efetuou vacina da gripe em campanha sazonal outono- inverno recomendada e vacina contra tosse convulsa, não efetuou reforço de vacina Covid</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que a grávida comunique atempadamente o nascimento do bebê para marcação do Diagnóstico Precoce 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilizar para a importância da realização do Diagnóstico Precoce 	O casal comunicou via email o nascimento do bebê ainda durante o internamento permitindo o agendamento do Diagnóstico Precoce atempadamente
Papel parental (10014068)	Conhecimento papel parental	<u>Cognitivo:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Que o casal compreenda as diferentes etapas e cuidados prestados ao Recém-nascido ✓ Que o casal identifique as vantagens da amamentação, pega adequada e sinais de alerta para complicações da amamentação 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensino sobre cuidados ao Recém-nascido: banho, cuidados ao coto, massagem abdominal, posição deitar, prevenção de acidentes e segurança nomeadamente transporte ✓ Sensibilizar para adesão à amamentação, ensino sobre cuidados com lactação, pega e sinais de alarme 	<p>Ambos os pais presentes na consulta, pai prestador de cuidados, esclarecidas dúvidas em relação a cuidados ao coto umbilical</p> <p>Mãe a amamentar, sem sinais de mastite, sem queixas, aparentemente motivada</p>
	Adaptação ao papel parental	<u>Afetivo:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Que o casal seja capaz de expressar dúvidas, receios e dificuldades sentidas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escuta ativa 	Esclarecidas dúvidas e reforço positivo aos pais
	Comportamento de adesão ao papel parental	<u>Comportamental:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mãe que amamenta ✓ Realização de Diagnóstico Precoce ✓ Adesão à vacinação da criança 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilização e ensino sobre as várias temáticas 	<p>Mãe a amamentar e aparentemente motivada</p> <p>Diagnóstico Precoce realizado ao 4º dia de vida do Recém-nascido</p> <p>Recém-nascido com primo vacinação efetuada e elegibilidade para BCG</p>

<p><i>Coping</i> familiar (10034736)</p>	<p><i>Coping</i> familiar</p>	<p><u>Comportamental:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Casal demonstra ser capaz de identificar as suas forças e recursos ✓ Casal demonstra ser capaz de mobilizar os seus recursos e encontrar soluções 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar para identificar forças e recursos, agilizar mobilização de recursos externos 	<p>Casal identificou rede de apoio</p>
--	-------------------------------	--	--	--

4.1. Discussão

Foi possível a efetivação deste estudo pela proximidade com a família e o seu enfermeiro de família, o que permitiu uma relação de proximidade, ficando a família mais confiante para expor as suas dúvidas e crenças, permitindo demonstrar a sua vulnerabilidade, nomeadamente relacionadas com a adaptação à gravidez (nas primeiras consultas) e o conhecimento do papel parental, na fase final da intervenção estabelecida. A participação do casal em todas as etapas permitiu uma recolha de dados completa, continuidade de cuidados e maior eficácia das intervenções, tal como é defendido por Figueiredo (2012).

O MDAIF possibilita aos enfermeiros o aperfeiçoamento das suas competências para uma abordagem personalizada à família, centrada na adaptação e nos processos de transição. Através da aplicação deste modelo, foi possível tentar dar resposta às necessidades identificadas da família, através da consciencialização e mobilização de recursos familiares e na aquisição de conhecimentos no âmbito da gravidez e do papel parental, tendo por base as prioridades, os valores e objetivos da família.

Em consequência da aplicação de instrumentos como o genograma foi possível identificar fatores de vulnerabilidade como mortes prematuras de elementos da família que os membros da família não tinham valorizado e com a representação visual e quando confrontados tomaram consciencialização de que todos os antecedentes e dados relativos à saúde podem ser de suma importância para o despiste, neste caso de malformações congénitas.

Verificaram-se alguns constrangimentos nomeadamente em termos de registos, uma vez que o sistema informático disponível na USF não permite a coleta de informação, nomeadamente os instrumentos de avaliação utilizados, como por exemplo o registo do genograma. Este facto requer uma documentação paralela, o que dificulta a sua realização, exigindo mais tempo e multiplicação de registos.

Conclusão

Compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar que seja capaz de mobilizar todas as suas competências gerais, específicas e acrescidas com o objetivo de orientar, encaminhar, capacitar e apoiar famílias a vivenciarem situações complexas ou com esse risco potencial. A apreciação da família nas categorias de estrutura, desenvolvimento e funcionamento, facilitou a elaboração de diagnósticos de enfermagem, para planejar as intervenções que contribuíram para desenvolver competências para gerir as transições familiares.

No entanto, para que qualquer intervenção de enfermagem seja eficaz, tem de assentar na base da confiança, do estabelecimento de uma relação empática com a família, na escuta ativa e efetiva, e numa comunicação clara e eficaz.

Em relação objetivo geral elencado para este estudo, efetuar a apreciação e intervenção a uma família de acordo com as necessidades identificadas foi plenamente cumprido como exposto ao longo deste trabalho. Os objetivos específicos estabelecidos: avaliar a família nas suas diferentes dimensões identificando eventuais fatores de risco; capacitar a família para efetuar uma parentalidade positiva e contribuir para a conciliação da conjugalidade com a parentalidade foram igualmente atingidos, pois as intervenções propostas com a família foram executadas.

Em síntese final, o contato estabelecido com a família Amendoeira foi extremamente enriquecedor pois permitiu ter uma prática reflexiva, desenvolver a praxis e mobilizar conhecimentos e competências adquiridas em contexto académico e transpô-los efetivamente para a prática e ter o reconhecimento da família, valorizando as intervenções de enfermagem e contribuindo para a promoção do bem-estar familiar.

Referências Bibliográficas

- Canijo, H., Bairrada, P., Rodríguez, E. & Carvalho, A. (2010). *Novos Tipos de Família*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Decreto-Lei nº 118/2014 (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. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1ª Série (Nº 149 de 05-08-2014), p.4069-4071.
- Dias, L. C. (2012). *Abordagem familiar*. Gusso, G.; Lopes, JMC Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 1, 221-232.
- Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.
- Domingues, S. I. A. (2021). *Efeitos da parentalidade na conjugalidade: a visão dos profissionais de psicologia clínica e psicoterapia* (Doctoral dissertation, Universidade Fernando Pessoa (Portugal)).
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Galdeano LE, Rossi LA, Zago MMF (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, maio-junho; 11(3):371-5
- Magalhães, C. S. P. (2013). *Ansiedade, qualidade do relacionamento conjugal e vinculação materna ao feto: estudo com grávidas primíparas e múltiplas* (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/10400.14/13745>
- Martins, A. R. R., & Sequeira, J. O. (2018). *Revisão Sistemática do ciclo vital da família*. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/854>
- Meleis, A., Sawyer, L.M., IM, E.O., Hilfinger Messias, D.K., Schumaker, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advanced Nursing Science*. Vol. 23(3), p. 12-28. Doi: 10.1097/00012272-200009000-00006. PMID: 10970036.

- Negrão, M. (2021). *Ser Mãe, Ser Pai: Os desafios da Parentalidade (Durante e Após a Pandemia)*. Ordem dos Psicólogos
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE®-Versão 2015- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Lusodidacta.
- Pordata (2023), <https://www.pordata.pt/publicacoes/infografias/pais+tardios-255>
- Porreca, W. (2019). Relação conjugal: Desafios e possibilidades do “nós”. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35nspe7.
- Reticena, K. D. O., Gomes, M. F. P., & Fracolli, L. A. (2022). PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA: PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 31.
- Silva, M. M., Gavinhos, M. S., Neves, V. F., & Camarneiro, A. (2021). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 20–32. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.183>
- Wright, L.M., Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). Editora Roca.
- Vilasboas, L. C. (2020). O novo conceito de família e sua desbiologização no direito brasileiro. *Revista Artigos. Com*, 13, e2864-e2864.

Apêndices

Apêndice 1- Escala de Graffar

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	<ul style="list-style-type: none"> - Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 ▲ ▼ 9	4 ▲ ▼ 7	3	I CLASSE ALTA DATA ___/___/___
2	<ul style="list-style-type: none"> - Médicos Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 ▲ ▼ 13	8 ▲ ▼ 10	4 ▲ ▼ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA ___/___/___
3	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médicos agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	14 ▲ ▼ 17	11 ▲ ▼ 13	7 ▲ ▼ 9	III CLASSE MÉDIA DATA 30/10/2023
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 ▲ ▼ 21	14 ▲ ▼ 16	10 ▲ ▼ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA ___/___/___
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	22 ▲ ▼ 25	17 ▲ ▼ 20	13 ▲ ▼ 15	V CLASSE BAIXA DATA ___/___/___

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º.8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Apêndice 2 - Escala Faces II

FACES II					
Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.		/	X		
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.				X	
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.			X		
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.				X	
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.			X		
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.			X		
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.		X			
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.			X		
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.			X	X	
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família		X			
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.				X	
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.			X		
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.		X			
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.				X	
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.			X		
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.			X		
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.			X		
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.				X	
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.				X	

20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.			<input checked="" type="checkbox"/>		
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.	<input checked="" type="checkbox"/>				
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.			<input checked="" type="checkbox"/>		
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros			<input checked="" type="checkbox"/>		
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.	<input checked="" type="checkbox"/>				
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros			<input checked="" type="checkbox"/>		
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.			<input checked="" type="checkbox"/>		
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.	<input checked="" type="checkbox"/>				
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.	<input checked="" type="checkbox"/>				
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.			<input checked="" type="checkbox"/>		
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros			<input checked="" type="checkbox"/>		

Scores:

Coesão:

- Desmembrada
 Separada
 Ligada
 Muito Ligada

Adaptabilidade:

- Rígida
 Estruturada
 Flexível
 Muito Flexível

Tipo de Família:

- Muito Equilibrada
 Equilibrada
 Meio-termo
 Extrema

Apêndice 3 – APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X	X	
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.		X	
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.		X	
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X	
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

Total:

7 a 10 – Família altamente funcional

4 a 6 – Família com moderada disfunção

0 a 3 – Família com acentuada disfunção

Apêndice VII- Apresentação do projeto de estágio intitulado “Conciliação da conjugalidade e parentalidade desde a gravidez ao primeiro ano de vida: contributo do enfermeiro de família”

Conciliação da conjugalidade e parentalidade desde a gravidez ao primeiro ano de vida: contributo do enfermeiro de família

Unidade Curricular Estágio

1º Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária na Área de Especialização em Saúde Familiar

Orientadora Pedagógica: Sr.ª Professora Maria Emília Brito de Campos
Orientadora Clínica: Sr.ª Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública Ana Paula Jaime Marinho
Discente: Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge n.º 11633

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

1

Índice

1. Identificação do projeto
2. Enquadramento
 - 2.1. Referencial teórico
 - 2.2. Estadio ciclo vital
3. Planeamento do projeto
 - 3.1. Objetivos do projeto
 - 3.2. Revisão Scoping
 - 3.3. População e amostra
 - 3.4. Recolha e tratamento de dados
 - 3.5. Diagnósticos prováveis
- 3.6. Síntese de objetivos, estratégias, recursos e avaliação
4. Cronograma de atividades
5. Reflexão
6. Referências bibliográficas

"A vida a dois inicia-se como duas cordas, sozinhas não têm força, podem ser inúteis; unidas tornam-se mais fortes, coesas, quase inquebráveis; com vários nós podem tornar-se uma escada, um degrau de cada vez para um percurso em união, a caminhada da vida".

Sandra Jorge

Fonte: <https://www.marina.com.br/boas-dicas/curiosidades/com-três-nós-é-que-se-fazem-1001118>
<https://www.marina.com.br/boas-dicas/curiosidades/com-três-nós-é-que-se-fazem-1001118>

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2

1. Identificação do projeto

Título	Conciliação da conjugalidade e parentalidade desde a gravidez ao primeiro ano de vida: contributo do enfermeiro de família
Palavras-chave	Conjugalidade; parentalidade; enfermeiro de família
Data de início	5 de junho de 2023
Duração	20 semanas

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

3

2. Enquadramento

- **Tem como finalidade:** contribuir para capacitar as famílias para o desempenho dum papel parental adequado conciliando-o com o papel conjugal, visando a manutenção da satisfação conjugal face aos desafios e às alterações provocadas pelo nascimento do primeiro filho e pelos desafios da sociedade dos dias de hoje.
- **Fundamentação:** Magagnin et al. (2003) transição da conjugalidade para a parentalidade como o período do ciclo vital familiar em que a atenção orientada para a díade marido-mulher é transferida para a relação pais-filhos. Quando este processo é equilibrado, os comportamentos podem ser ajustados, ocorrendo satisfação conjugal, no entanto, com o nascimento do primeiro filho, a orientação passa para o filho. As implicações emocionais inerentes à transição e a reestruturação da dinâmica familiar podem gerar conflitos os quais podem inviabilizar as suas relações, levando-os a um rompimento.

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

- Menezes e Lopes (2007) citando Rothman (2004), referem que num estudo efetuado com 114 casais foi possível concluir que a satisfação conjugal permaneceu inalterada durante a gravidez, mas decaiu significativamente durante a transição para a parentalidade.
- O apoio à parentalidade é de relevância nacional e internacional, conduzindo a mudanças na legislação. Deixou de ser leis de apoio à maternidade para passar a ser de apoio à parentalidade (Lei n.º 90/2019, de 4 de setembro - Reforço da proteção na parentalidade).
- De acordo com os dados do BI-CSP, em abril 2023 a USF [] tem 2043 mulheres em idade fértil, o que corresponde a 21,86 % do total de inscritos.

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2.1. Referencial teórico

- De acordo com Figueiredo (2012) o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) "pretendeu dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direccionadas à família, enquanto alvo dos cuidados de enfermagem,..." (p.15).
- Uma vez que o foco deste trabalho é a família e o papel do enfermeiro de família, no contexto dos CSP e nomeadamente numa USF, revela-se pertinente a escolha deste modelo como sustentação do mesmo.

2.2. Estadio do ciclo vital

- As famílias incluídas neste projeto encontrar-se-ão no estadio 3 "famílias com filhos pequenos" em termos de categoria do ciclo familiar (Carter & McGoldrick, 2011).

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

3. Planeamento do projeto

- A implementação deste projeto será baseada na metodologia de projeto. Esta metodologia assenta em investigar um problema real identificado como base, seguida da implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Estes procedimentos baseiam-se na pesquisa, análise e solução de problemas concretos identificados no contexto, resultando numa prática fundamentada e alicerçada por evidência, da qual resulta a divulgação dos resultados alcançados (Ruivo et al., 2010).
- Os dados de diagnóstico resultantes do desenvolvimento da prática clínica, são provenientes de entrevistas semiestruturadas e questionário realizados no decurso do contexto de estágio a decorrer na USF [] e de acordo com as necessidades identificadas junto da população alvo.



7

3.1. Objetivos do projeto

Objetivo geral:

- Desenvolver competências como mestre e enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de especialização de enfermagem de saúde familiar;
- Contribuir para a implementação de boas práticas na USF [] e motivar os profissionais para a importância do despiste precoce de sinais de alarme do foro psico-emocional ou disfuncionalidade conjugal, nas grávidas primíparas e pais de crianças até ao primeiro ano de vida, sustentado pela revisão na literatura de evidência destes benefícios.



8

Objetivos específicos:

- Caracterizar as dificuldades mais comuns na transição conjugalidade parentalidade e suas implicações no decorrer do ciclo vital familiar;
- Identificar precocemente alterações emocionais inerentes à gravidez, puerpério e sinais de alerta de depressão pós-parto;
- Identificar estratégias que facilitem a transição conjugalidade parentalidade;
- Identificar estratégias que facilitem e promovam o bem-estar físico e emocional das famílias;
- Promover a capacitação das famílias na identificação precoce das suas dificuldades e solicitar apoio;
- Implementar intervenções, baseadas na evidência, na deteção de sinais de alerta e acompanhamento de famílias em situação de vulnerabilidade;
- Avaliar o impacto do projeto na qualidade de vida e na satisfação das famílias e profissionais da USF [], com base na aplicação de um inquérito por questionário.



9

3.2. Revisão scoping

- Será efetuada uma revisão da literatura recorrendo a uma *Scoping Review* usando o método de *Joanna Briggs Institute*. De acordo com Vilelas (2017) "A revisão *scoping* é um processo de mapear a literatura ou evidência existente" (p. 118).
- Para mapear a evidência existente sobre o projeto a desenvolver será elaborada uma revisão que responda à questão "Qual o contributo de família na promoção, capacitação da conciliação da conjugalidade e parentalidade?" e deste modo desenvolver uma revisão intitulada "Expectativas das famílias sobre o contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade".
- Na pesquisa e identificação dos estudos, serão usadas as bases de dados MEDLINE Complete (via EBSCOhost) e CINAHL Complete (via EBSCOhost) e PubMed. A estratégia de pesquisa abrangerá artigos publicados em português, espanhol e inglês, com um limite temporal de 10 anos. Vai-se privilegiar fontes primárias e secundárias de informação.



3.3. População e amostra

- A população alvo deste estudo será selecionada da população inscrita na USF [], a sua seleção contará com o contributo da equipa da USF [].
- Prevê-se que serão incluídas no projeto famílias de grávidas primíparas e pais de crianças até ao primeiro ano de vida, o tamanho da amostra irá ser de cerca de 20 famílias, mas poderá ser redimensionada, por forma a ser representativa.

3.4. Recolha e tratamento de dados

Através de:

- Entrevista semiestruturada e questionário
- Instrumentos como : Escala de Graffar
Escala Medo do Parto Antes da Gravidez
Escala de Stress Parental
Escala de Rastreo de Ansiedade Perinatal
- Serão tratados estatisticamente recorrendo ao programa *Microsoft Office Excel*, de modo a responder às questões colocadas.



3.5. Diagnósticos prováveis

Diagnóstico de enfermagem	Foco	Juízo
Adaptação à gravidez (10015421)	Casal	Adequado/ Não adequado
Gravidez não planeada (10020292)	Casal	Adequado/ Não adequado
Adaptação à parentalidade (1004284)	Casal	Comprometido/Não comprometido
Papel parental (10014068)	Casal	Comprometido/ Não comprometido
Satisfação conjugal (10011747)	Casal	Alterado/ Mantido
Ansiedade (10002429)	Indivíduo	Alterado/ Mantido
Coping familiar (10034736)	Casal	Adequado/ Não adequado



3.6. Síntese de objetivos, estratégias, recursos e avaliação

Objetivo Geral - Cuidar da família, enquanto unidade de cuidado, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção			
Objetivos Específicos	Estratégias/ atividades	Recursos	Avaliação
Identificar os determinantes de saúde e doença em indivíduos, famílias e comunidades para estabelecer estratégias de intervenção e avaliação dos resultados dos serviços.	Realização de visitas domiciliares; Realização de pesquisas de avaliação comunitária sobre fatores determinantes de saúde e doença em nível de comunidade, família e indivíduo.	Profissionais capacitados; Incentivos materiais; Espaço de trabalho; Computador pessoal; Acesso à internet e infraestrutura de dados disponíveis pelo SUS.	Monitorar e documentar em registros os dados de Kinging Mestrado; Realizar e relatar de estágio.
Realizar consultas de enfermagem e prestar cuidados de saúde básicos na UBF de acordo com o plano.	Observação participante no atendimento de unidades dependentes de família, em diferentes fases do ciclo vital, incluindo ao SUS; Realização de acompanhamento familiar no nível de consultório e acompanhamento individualizado em domicílio, no território de cuidado.	Profissionais capacitados; Espaço de trabalho; Espaço de UBF; Incentivos e equipamentos de UBF.	Monitorar a atuação dos alunos em atividades de observação direta e relatar para o supervisor; Realizar e relatar de estágio; Realizar e relatar de estágio.
Realizar consultas de enfermagem e prestar cuidados de saúde básicos na UBF de acordo com o plano.	Observação participante no atendimento de unidades dependentes de família, em diferentes fases do ciclo vital, incluindo ao SUS; Realização de acompanhamento familiar no nível de consultório e acompanhamento individualizado em domicílio, no território de cuidado.	Profissionais capacitados; Espaço de trabalho; Espaço de UBF; Incentivos e equipamentos de UBF.	Monitorar a atuação dos alunos em atividades de observação direta e relatar para o supervisor; Realizar e relatar de estágio; Realizar e relatar de estágio.

Objetivos Específicos	Estratégias/ atividades	Recursos	Avaliação
Identificar os determinantes de saúde e doença em indivíduos, famílias e comunidades para estabelecer estratégias de intervenção e avaliação dos resultados dos serviços.	Realização de visitas domiciliares; Realização de pesquisas de avaliação comunitária sobre fatores determinantes de saúde e doença em nível de comunidade, família e indivíduo.	Profissionais capacitados; Incentivos materiais; Espaço de trabalho; Computador pessoal; Acesso à internet e infraestrutura de dados disponíveis pelo SUS.	Monitorar e documentar em registros os dados de Kinging Mestrado; Realizar e relatar de estágio.
Realizar consultas de enfermagem e prestar cuidados de saúde básicos na UBF de acordo com o plano.	Observação participante no atendimento de unidades dependentes de família, em diferentes fases do ciclo vital, incluindo ao SUS; Realização de acompanhamento familiar no nível de consultório e acompanhamento individualizado em domicílio, no território de cuidado.	Profissionais capacitados; Espaço de trabalho; Espaço de UBF; Incentivos e equipamentos de UBF.	Monitorar a atuação dos alunos em atividades de observação direta e relatar para o supervisor; Realizar e relatar de estágio; Realizar e relatar de estágio.
Realizar consultas de enfermagem e prestar cuidados de saúde básicos na UBF de acordo com o plano.	Observação participante no atendimento de unidades dependentes de família, em diferentes fases do ciclo vital, incluindo ao SUS; Realização de acompanhamento familiar no nível de consultório e acompanhamento individualizado em domicílio, no território de cuidado.	Profissionais capacitados; Espaço de trabalho; Espaço de UBF; Incentivos e equipamentos de UBF.	Monitorar a atuação dos alunos em atividades de observação direta e relatar para o supervisor; Realizar e relatar de estágio; Realizar e relatar de estágio.

3.6. Síntese de objetivos, estratégias, recursos e avaliação

Objetivo Geral - Contribuir para a implementação de boas práticas na UBF nos grêmios preparada no terceiro trimestre e para de crianças na primeira aula de aula.			
Objetivos Específicos	Estratégias/ atividades	Recursos	Avaliação
Identificar os determinantes de saúde e doença em indivíduos, famílias e comunidades para estabelecer estratégias de intervenção e avaliação dos resultados dos serviços.	Realização de visitas domiciliares; Realização de pesquisas de avaliação comunitária sobre fatores determinantes de saúde e doença em nível de comunidade, família e indivíduo.	Profissionais capacitados; Incentivos materiais; Espaço de trabalho; Computador pessoal; Acesso à internet e infraestrutura de dados disponíveis pelo SUS.	Monitorar e documentar em registros os dados de Kinging Mestrado; Realizar e relatar de estágio.
Realizar consultas de enfermagem e prestar cuidados de saúde básicos na UBF de acordo com o plano.	Observação participante no atendimento de unidades dependentes de família, em diferentes fases do ciclo vital, incluindo ao SUS; Realização de acompanhamento familiar no nível de consultório e acompanhamento individualizado em domicílio, no território de cuidado.	Profissionais capacitados; Espaço de trabalho; Espaço de UBF; Incentivos e equipamentos de UBF.	Monitorar a atuação dos alunos em atividades de observação direta e relatar para o supervisor; Realizar e relatar de estágio; Realizar e relatar de estágio.
Realizar consultas de enfermagem e prestar cuidados de saúde básicos na UBF de acordo com o plano.	Observação participante no atendimento de unidades dependentes de família, em diferentes fases do ciclo vital, incluindo ao SUS; Realização de acompanhamento familiar no nível de consultório e acompanhamento individualizado em domicílio, no território de cuidado.	Profissionais capacitados; Espaço de trabalho; Espaço de UBF; Incentivos e equipamentos de UBF.	Monitorar a atuação dos alunos em atividades de observação direta e relatar para o supervisor; Realizar e relatar de estágio; Realizar e relatar de estágio.

3.7. Cronograma de atividades



Apêndice VIII- Expectativas da família sobre o contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade: caracterização das famílias

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

Unidade Curricular de Estágio

**Expectativas da família sobre o contributo do
enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e
parentalidade: caracterização das famílias**

Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge



**Lisboa
janeiro 2024**

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

Unidade Curricular de Estágio

**Expectativas da família sobre o contributo do enfermeiro
de família na conciliação da conjugalidade e
parentalidade: caracterização das famílias**

Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge



Professor(es) Orientador(es):
Maria Emília Campos de Brito



Lisboa
janeiro 2024

Lista de Acrónimos e Siglas

- BI CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados Saúde Primários
- DGS- Direção-Geral da Saúde
- EMPAG - Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez
- ESP - Escala de *Stress* Parental
- PNVGBR - Programa Nacional de Vigilância para a Gravidez de Baixo Risco
- PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- SPSS - *Statistical Package for Social Science for Windows*
- USF - Unidade de Saúde Familiar

Índice

Introdução.....	6
1.Enquadramento Teórico e Conceptual	7
2.Metodologia	9
2.1. Tipo de estudo	9
2.2. População e amostra	10
2.3. Instrumentos de colheita de dados.....	11
2.4. Recolha de dados e procedimentos éticos	13
2.5. Tratamento de dados	13
3. Análise de Resultados.....	14
3.1. Caracterização sociodemográfica.....	14
3.2. Perceção das famílias sobre os cuidados do enfermeiro de família.....	15
3.3. Medo do parto antes da gravidez.....	18
3.4. <i>Stress</i> parental.....	20
3.5. Discussão de resultados.....	22
Considerações finais	25
Anexos	
Anexo I- Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez	
Anexo II- Escala de Stress Parental	
Anexo III- Pedido e autorização de utilização da Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez	
Anexo IV- Pedido e autorização de utilização da Escala de Stress Parental	
Anexo V - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	
Apêndices	
Apêndice I- Guião de inquérito por questionário	
Apêndice II- Cronograma de atividades	
Apêndice III- Consentimento informado	

Índice de Figuras

Figura 1- População da USF de estágio	10
Figura 2- População de inscritos dos grupos-alvo na USF de estágio	10

Índice de Tabelas

Tabela 1- Idade dos participantes no estudo	14
Tabela 2- Habilitações literárias dos participantes	15
Tabela 3- Tipo de habitação em que residem	15
Tabela 4- Situação financeira	15
Tabela 5- Resultados alcançados com os temas abordados.....	16
Tabela 6- Resultados alcançados com as consultas.....	16
Tabela 7- Recomendaria este tipo de consulta de preparação para a natalidade e parentalidade a outros	17
Tabela 8- Valorização da satisfação e manutenção da função conjugal	17
Tabela 9- Valorização de alguns temas antes da consulta ocorrer	18
Tabela 10- Resultados da Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez	18
Tabela 11- Compêndio das respostas obtidas na Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez	19
Tabela 12- Score do medo do parto por cada família.....	19
Tabela 13- Resultados da Escala de <i>Stress</i> Parental	21
Tabela 14- Caracterização do <i>score</i> obtido por cada família na Escala de <i>Stress</i> Parental	21

Introdução

Este trabalho foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio, integrada no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e consiste na caracterização das famílias do estudo desenvolvido com o título “Expectativas da família sobre o contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade”, cujo objetivo geral é analisar as expectativas dos casais face à intervenção do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade, desde o terceiro trimestre da gravidez até ao primeiro ano de vida do filho.

Nas últimas décadas do século XX, paralelamente a modificações sócio económicas, ocorreram mudanças profundas nos comportamentos e valores parentais, conjugais e familiares, bem como nas relações sociais de género. Estas mudanças suscitaram alterações nos direitos da família e nas políticas de família tanto em Portugal como noutros países europeus, motivando estudos das dinâmicas internas da família e dos processos de mudança que foram alvo.

Duarte e Zordan (2016) efetuaram um estudo com o objetivo de conhecer o impacto do nascimento do primeiro filho na satisfação conjugal e constataram que na transição para a parentalidade, a conjugalidade e a satisfação conjugal ficam em segundo plano e que os casais esperam conseguir retomar níveis de satisfação anteriores, mas muitos precisam de tempo, esforço e apoio para tal, por forma a evitar ruturas conjugais.

O enfermeiro de família pode assumir um papel fundamental na capacitação das competências parentais aliadas à satisfação conjugal. É sobre a intervenção do enfermeiro em relação às necessidades das famílias e que áreas de intervenção são identificadas pelas famílias como sendo vitais que se baseia o estudo em análise.

A estrutura deste documento assenta em três capítulos. Seguidamente à presente introdução, o primeiro capítulo aborda o enquadramento teórico para a fundamentação da temática abordada e os respetivos conceitos. No segundo capítulo é abordada a metodologia utilizada e no terceiro a análise dos resultados alcançados. Na conclusão emerge a súpula dos principais contributos que emergiram do estudo de investigação, posteriormente apresentam-se as referências bibliográficas que sustentaram a elaboração deste documento.

1. Enquadramento Teórico e Conceptual

No enquadramento conceptual é feita uma breve revisão teórica, de modo a introduzir de forma simples e clara o tema do presente estudo.

A Conjugalidade refere-se à díade conjugal e constitui em si uma etapa, um processo do desenvolvimento familiar, iniciando-se com a formação do casal. Assim, quando dois indivíduos estabelecem uma relação estável e duradoura, complementam-se e adaptam-se reciprocamente de modo a constituir um modelo de funcionamento conjugal (Sousa, 2006).

A parentalidade refere-se ao desempenho das funções de proteção, educação e integração na cultura familiar dos novos elementos (Sousa, 2006). Embora, o subsistema parental comece por construir um modelo de parentalidade resultante do executado pelas famílias de origem, é a dinâmica, percurso e objetivos da família aliados aos contextos e vivências da própria família que vão desenvolver o modelo de parentalidade (Sousa, 2006).

O processo de transição da conjugalidade para a parentalidade é um dos momentos de maior vulnerabilidade na vida do casal quer pela mudança na relação conjugal, na dinâmica familiar, quer pela reestruturação de papéis (Silva et al., 2022). Cada casal supera a transição para a parentalidade de uma forma única, se o papel atribuído à satisfação conjugal não se resumir ao romance e à atividade sexual, os casais podem reconhecer nesta etapa um acréscimo da mesma, através do companheirismo e parceria, baseada numa comunicação eficaz e no suporte emocional mútuo. A díade estende-se a uma tríade, o que se traduz em alterações no próprio casal, nas relações que mantém com as suas famílias de origem e nas relações com os contextos envolventes mais significativos (Silva et al., 2022). Quando este processo é estruturado, organizado e equilibrado, os comportamentos parecem ser ajustados, ocorrendo satisfação conjugal.

Os cuidados de enfermagem da área da saúde familiar têm o seu foco na família.

Cada família é única e como tal as intervenções direcionadas para uma família podem não se adequar a outras. Compete ao enfermeiro, face aos objetivos definidos com a família, tendo em consideração as suas fragilidades e forças, determinar a intervenção adequada a cada contexto. Porque as famílias passam por processos de transição, a mudança num dos níveis de funcionamento implica habitualmente uma mudança da dinâmica familiar. A avaliação dos resultados deverá ser um processo

contínuo fundamentado nos objetivos estabelecidos e traduzido pelas mudanças ocorridas no funcionamento familiar, considerando a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental que implica novas histórias, novas relações e novos comportamentos (Figueiredo, 2009).

A utilização dos instrumentos de avaliação familiar favorece a comunicação terapêutica, possibilita a compreensão da funcionalidade familiar e permite estabelecer uma relação empática. Contudo, estes instrumentos, devem ser integrados numa avaliação aprofundada das diversas áreas da vida familiar, possibilitando a formulação de diagnósticos congruentes com os problemas sentidos pela Família (Hanson, 2005).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo (2012) é exemplo de um modelo de enfermagem que utiliza instrumentos que permitem avaliar vários dados do agregado familiar:

- estrutural -rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança abastecimento de água, animal doméstico;
- desenvolvimento- satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez, papel parental;
- funcional -papel do prestador de cuidados, processo familiar.

O enfermeiro de família é o profissional de saúde que detêm o foco da sua intervenção na família. Com as suas competências pode orientar e capacitar as famílias para o autocuidado, no sentido de desenvolverem recursos internos que lhes permitam resolver e ultrapassar os seus momentos de “crise”.

Compreender o contexto e a dinâmica de cada família, os seus objetivos, as suas dificuldades e crenças é um privilégio do enfermeiro de família, através da interação com a família poderá efetuar a colheita de dados e definir intervenções de enfermagem baseada em modelos de intervenção que permitem prestar cuidados orientados para a multidimensionalidade, complexidade e diversidade. As famílias se capacitadas para o autocuidado podem desenvolver comportamentos de saúde que lhes irão possibilitar a tomada de decisões conscientes, sustentadas e apoiadas pelos enfermeiros de família.

2. Metodologia

Do decorrer da prática clínica emergiu o interesse de efetuar pesquisa científica sobre esta temática e motivar os pares para a pertinência de explorar mais este campo. O processo de desenvolvimento de conhecimentos e estudo de investigação na prática clínica da enfermagem, na abordagem à família como cliente, dão consistência à evidência científica nesta temática. Assim sendo, sobreveio o interesse de desenvolver este estudo. Por forma a dar resposta à questão de investigação foram elencados os seguintes objetivos:

- **Objetivo geral:** analisar as expectativas das famílias em relação ao contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade.
- **Objetivos específicos:**
 - a) identificar as expectativas das famílias face à intervenção do enfermeiro família;
 - b) identificar a importância atribuída à intervenção do enfermeiro de família na conciliação conjugalidade e parentalidade;
 - c) identificar quais os medos existentes antes do parto;
 - d) identificar quais os indicadores existentes de *stress* parental.

2.1. Tipo de estudo

Este é um estudo do tipo quantitativo, uma vez que estes pretendem e permitem a determinação de indicadores, identificar e analisar tendências atuais, ou seja, dados representativos e objetivos (Freitas et al., 2019). Este tipo de estudos utiliza instrumentos para recolha de dados, os quais são escolhidos pelo investigador como sendo os mais adequados e de acordo com os objetivos permitem igualmente relacionar diferentes variáveis e são habitualmente descritivos. Neste caso utilizaram-se duas escalas validadas para a população portuguesa.

De acordo com Aragão (2011) os estudos descritivos descrevem a realidade, não a explicam ou tem ação interventiva, sendo frequentes na área da saúde. O estudo desenvolvido obedeceu a este princípio, sendo assim descritivo.

Este estudo foi efetuado num determinado momento e por isso é considerado transversal de acordo com Aragão (2011) que refere que os estudos transversais são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento.

2.2. População e amostra

a) **População:** “Como raramente é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se a população que está acessível,” refere Fortin (2009, p. 70).

A população alvo deste estudo foi selecionada da população inscrita na Unidade de Saúde Familiar (USF) onde decorreu o estágio e nomeadamente das mulheres em idade fértil e famílias com crianças com idades < 1 ano, como pudemos observar nas figuras 1 e 2.

Figura 1- Pirâmide etária da USF

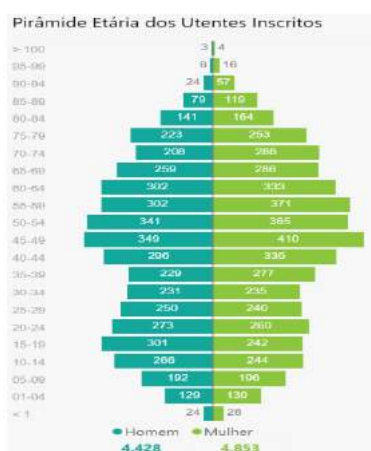


Figura 2- População de inscritos dos grupos-alvo na USF de estágio

Grupos Específicos				1.999	
				Mulheres em Período Fértil	
				15 - 54 Anos	
Crianças					
Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
Crianças no 1º ano de vida	< 1 Ano	24	28	52	78,00

Fonte: Bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) a 31.12.2023

A população alvo foram famílias de grávidas primíparas no terceiro trimestre de gravidez e pais com crianças (primogénitos) até ao primeiro ano de vida.

b) **Amostra:** A amostra selecionada para este estudo foi uma amostra por conveniência, dos utentes que assumiram um compromisso de vigilância do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) ou Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) com a USF. A USF teve 56 crianças nascidas e inscritas na unidade em 2022, segundo dados do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), sendo esta a base de cálculo da amostragem.

Como **critérios de inclusão:** casais com grávidas primíparas no terceiro trimestre de gravidez e casais com um único filho até ao primeiro ano de vida. **Critérios de exclusão:** casais com grávidas múltíparas, casais com mais do que um filho, casais com grávidas que não estejam incluídas no PNVGBR.

Seleção da amostra: Foram intervenientes no processo de seleção das famílias a equipa da USF, sendo o enfermeiro de família o elo de ligação entre os diferentes intervenientes no processo.

2.3. Instrumentos de colheita de dados

Foi criado um inquérito por questionário (apêndice I), utilizado como instrumento de colheita de dados. Este inquérito é composto por duas partes, na primeira parte consta a avaliação dos fatores sociodemográficos da família e questões relacionadas com a perceção das famílias em relação ao contributo do enfermeiro de família. Relativamente às questões, estas resultaram duma pesquisa anteriormente efetuada junto dos casais, emergindo como os temas de relevância para os mesmos. Para a realização deste estudo, no qual se sustenta a elaboração deste documento, aplicaram-se a Escala de *Stress Parental* (ESP) e a Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez (EMPAG), aplicadas na segunda parte do inquérito.

- **Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez-** escala traduzida para português por Ferreira e Teixeira (2020);

A EMPAG (anexo I) resulta num instrumento de autopreenchimento que tem por objetivo avaliar o medo do parto em jovens adultos, de ambos os sexos, que planeiam ter filhos, baseado em três dimensões: o medo da dor do parto, medo da ocorrência de danos corporais e o medo de eventuais complicações principalmente relacionadas com o bebé. Ferreira e Teixeira (2020) traduziram esta escala para português e num estudo sobre o Medo do Parto e da avaliação após a aplicação da EMPAG, referem que as expectativas em relação ao parto variam entre uma dimensão positiva e uma negativa, envolvendo sentimentos contraditórios, alegria/ tristeza, euforia/ ansiedade, contentamento/ medo. Ferreira e Teixeira (2020, p.2) referem que “medidas de avaliação e intervenção sobre o parto contribuem para a desmistificação de medos e crenças erróneas, contribuindo para o bem-estar e qualidade de vida”.

A EMPAG é composta por 10 itens, numa escala tipo *likert*, variando as respostas do 1-discordo fortemente; 2- discordo; 3 - discordo parcialmente; 4-concordo parcialmente; 5-concordo ao 6-concordo fortemente. A cotação

é realizada através do somatório dos pontos inerentes a cada opção de resposta, oscilando assim entre os 0 e os 60 pontos, sendo que os estados afetivos mais negativos estão associados a pontuações mais elevadas.

- **Escala de *Stress Parental***- escala traduzida para português por Susano e Cruz (2007). A ESP desenvolvida por Berry e Jones em 1995, foi adaptada para a versão portuguesa por Susano e Cruz (2007), esta escala permite obter dados sobre os sentimentos e perceções, quer sejam considerados positivos ou negativos, dos pais no decurso da função parental. A escala é composta por 18 itens, de autopreenchimento, respondidos numa escala tipo *Lickert* e permite identificar o nível de *stress* e ansiedade dos pais e planejar a necessidade e o tipo de atuação junto dos mesmos (anexo II). A escala varia nas suas respostas entre 1- discordo totalmente e 5- concordo totalmente. A escala pode ser aplicada ao pai ou à mãe, de crianças saudáveis ou doentes. Esta escala está organizada em quatro dimensões ou fatores: a) Preocupações Parentais (fator I – itens 8, 9, 10, 11 e 12);
b) Satisfação (fator II itens 2, 5, 6, 7, 17 e 18);
c) Falta de Controlo (fator III – itens 1, 13, 14, 15 e 16);
d) Medos e Angústias (fator IV – itens 3 e 4).

Os itens são pontuados de acordo com os níveis de *stress* ou sentimentos negativos, pelo que os oito itens formulados na positiva devem ser invertidos aquando da sua pontuação (nomeadamente 1, 2, 5, 6, 7, 16, 17 e 18). Maior cotação significa maior *stress* e podem-se identificar as áreas de maior significância para os pais por se encontrarem estruturadas de forma distinta e com questões atribuídas a cada área. Os autores da versão original referem que *scores* mais altos se relacionam com níveis de *stress* parental mais elevados. Os resultados do somatório de todos os itens podem ser distribuídos por três categorias: baixo (até 42), intermédio (de 43 a 66) e elevado (acima de 67).

Foram solicitadas autorizações de utilização das escalas supramencionadas aos autores da sua tradução e adaptação para a população portuguesa, conforme consta dos anexos III e IV.

2.4. Recolha de dados e procedimentos éticos

A operacionalização da colheita de dados decorreu durante as consultas dos Programas Nacionais de Vigilância (PNVGBR e PNSIJ) ou oportunisticamente (momentos de vacinação) através da aplicação de um inquérito por questionário (apêndice I).

A recolha de dados ocorreu na USF onde decorreu o contexto de estágio após a obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (anexo V) e de acordo com o cronograma de atividades alicerçado (apêndice II).

De acordo com Nunes (2020) os procedimentos éticos na investigação devem respeitar quer os princípios quer os valores humanos desde o início ao fim do processo de investigação, isto é, desde a pertinência e definição do questão de partida à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, passando pela escolha da metodologia adequada aos instrumentos utilizados para a colheita de dados e respetiva análise, da confrontação de resultados com outros estudos, até à partilha e disseminação dos resultados. Entre os requisitos básicos a considerar emergem a relação risco-benefício e a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente o consentimento informado, esclarecido e livre bem como o anonimato dos sujeitos e a proteção dos dados) em todas as fases do estudo.

Salvaguardaram-se neste estudo os princípios e valores, atuando-se de acordo com os direitos subjacentes como o sigilo, intimidade e privacidade dos utentes, para tal foram solicitadas as devidas autorizações e pareceres, bem como o preenchimento do consentimento livre e informado (apêndice III).

Todos os dados obtidos foram identificados através da atribuição de um código a cada participante (F1 a F10), que apenas é do conhecimento do investigador, o processo de recolha de dados (inquérito por questionário) foi realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicações de carácter científico, garantindo e salvaguardando o anonimato e a confidencialidade.

2.5. Tratamento de dados

Os dados obtidos foram tratados e analisados recorrendo ao programa informático *Statistical Package for Social Science for Windows*.

3. Análise de Resultados

Ao longo deste capítulo serão apresentados os resultados obtidos, que resultaram da análise estatística resultante da aplicação de um questionário composto por duas partes. Na avaliação das famílias foram aplicadas escalas e os resultados serão apresentadas num subcapítulo deste capítulo.

3.1. Caracterização sociodemográfica

A amostra foi constituída por 10 famílias, divididas em dois grupos. Foram selecionadas 4 famílias com mulheres grávidas (primíparas) e 6 famílias de pais com filhos (primogénitos) com idade < 1 ano.

Pudémos constatar que em relação à idade, estas são muito semelhantes em ambos os sexos. As idades mais jovens correspondem a dois casais jovens para os quais a gravidez embora desejada não foi planeada. A idade média dos participantes é de 32,7 anos para o homem e 31,1 anos para as mulheres.

Tabela 1- Idade dos participantes no estudo

Famílias	N	Idade homem	Idade média homem	Idade mulher	Idade média mulher
F1	10	27	32,70	22	31,10
F2		42		41	
F3		24		22	
F4		37		38	
F5		31		36	
F6		29		25	
F7		35		29	
F8		31		28	
F9		33		34	
F10		38		36	

Em relação às habilitações literárias verificou-se que um dos participantes que era detentor do terceiro ciclo de escolaridade e todos os outros se dividiam entre o ensino secundário e o ensino superior, não se verificando diferenças entre os géneros.

Tabela 2- Habilitações literárias dos participantes

Escolaridade	N	3º Ciclo	%	Secundário	%	Ensino Superior	%
Sexo							
Homem	10	1	10%	4	40%	5	50%
Mulher		0	--	5	50%	5	50%

Quanto ao tipo de habitação verificou-se que 4 dos casais inquiridos (40%) residem em moradias próprias conforme demonstrado na tabela seguinte.

Tabela 3- Tipo de habitação em que residem

N	Moradia própria	%	Moradia alugada	%	Apartamento próprio	%	Apartamento alugado	%
10	4	40%	2	20%	2	20%	2	20%

A percepção dos casais em relação aos seus rendimentos revelou que a globalidade dos casais refere não ter dificuldades económicas, no entanto 5 dos casais inquiridos (50%) refere não conseguir ter economias.

Tabela 4- Situação financeira

Percepção	Número de respostas	N	%
Viver tranquilamente e com economias	5	10	50%
Viver confortável mas sem economias	5		50%
Viver com dificuldades	0		---

3.2. Percepção das famílias sobre os cuidados do enfermeiro de família

Este estudo teve como objetivo geral analisar as expectativas das famílias em relação ao contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade, promovendo a capacitação das famílias. Para que este processo seja estruturado, organizado e equilibrado é necessária a aquisição de competências adquiridas nos temas de maior interesse. Os resultados obtidos sobre a aquisição de ferramentas de acordo com os vários temas abordados figuram nas tabelas (5 e 6) abaixo apresentadas:

Tabela 5- Resultados alcançados com os temas abordados

Temas	N	Nível de satisfação					Média	Desvio padrão
		Insatis.	Pouco	Satis.	Muito	Total.		
Sobre direitos relacionados com a parentalidade	10	0	0	2	4	4	4,2	0,789
Sobre direitos relacionados com a maternidade		0	0	3	2	5	4,2	0,919
Cuidados diretos ao recém-nascido, latente, criança		0	0	0	3	7	4,7	0,483
Dúvidas ou dificuldades com a amamentação ou aleitamento		0	0	1	3	6	4,5	0,707
Papel parental		0	0	0	4	6	4,6	0,516
Stress relacionado com o papel parental		0	0	2	3	5	4,3	0,823
Alterações emocionais		0	0	0	4	6	4,6	0,516
Importância da satisfação conjugal		0	0	0	2	8	4,8	0,422
Papel conjugal		0	0	0	3	7	4,7	0,483

Pudémos verificar que os resultados variam entre satisfeito e totalmente satisfeito, isto é, em média os casais ficaram acima do **muito satisfeito**.

Em relação aos efeitos alcançados com a intervenção do enfermeiro foram obtidos os resultados que se apresentam na tabela 6.

Tabela 6- Resultados alcançados com as consultas

Resultados	N	Nível de satisfação					Média	Desvio padrão
		Insatisf.	Pouco	Satis.	Muito	Total.		
Diminuição da ansiedade	10	0	0	0	5	5	4,50	0,527
Perceção e consciencialização dos fatores stressores		0	0	1	4	5	4,40	0,699
Perceção e consciencialização dos fatores protetores		0	0	1	4	5	4,40	0,699
Aumento de conhecimentos		0	0	1	2	7	4,60	0,699
Ganho de estratégias		0	0	1	2	7	4,60	0,699

Neste parametro, as respostas variaram entre o satisfeito e o totalmente satisfeito com os resultados alcançados com as consultas de enfermagem, o que corresponde a um nível de satisfação em média de **muito satisfeito**.

Em relação à questão colocada “Recomendaria este tipo de consulta num registo de maior proximidade e , de preparação da natalidade e parentalidade a outros” a resposta foi unanime: os dez participantes (100%) responderam Sim.

Tabela 7- Recomendaria este tipo de consulta de preparação para a natalidade e parentalidade a outros

N	Respostas		%
10	Sim	10	100%
	Não	----	---

Relativamente à questão seguinte , que procura dar resposta à questão de partida do estudo, relacionada com a conciliação da conjugalidade e parentalidade, a valorização do casal a estes itens aquando do nascimento do primeiro filho traduz-se no resultado encontrado: 9 casais já se preocupavam com esta questão conforme consta na tabela abaixo.

Tabela 8- Valorização da satisfação e manutenção da função conjugal

N	Respostas		%
10	Sim	9	90%
	Não	1	10%

Existem fatores que podem ser considerados de facilitadores e protetores da conjugalidade na transição para a parentalidade, como refere Silva et al.(2021) sobressaindo a importância de conhecer a dinâmica conjugal , a interação com a família alargada, a existência de redes de apoio e conhecimento de respostas da comunidade, revelando-se essencial sustentar as intervenções do enfermeiro de família neste contexto, contribuindo, assim, para a melhoria dos cuidados.

Dois casais referiram que não se tinham debruçado sobre estas matérias , as quais podem interferir na conciliação da conjugalidade com a parentalidade, na satisfação conjugal acarretando maior vulnerabilidade, *stress* e podendo condicionar o desempenho conjugal e parental, conforme tabela 9.

Tabela 9- Valorização de alguns temas antes da consulta ocorrer

N	Respostas		%
10	Sim	8	80%
	Não	2	20%

O questionário comportava ainda uma pergunta aberta “Deixe-nos alguma recomendação, comentário ou sugestão por favor” à qual responderam dois participantes: *“Nada a acrescentar pois foi bastante esclarecedor”* (F4) e *“Acho importantíssimo a apoio dado às mães em relação à amamentação”*(F9).

3.3. Medo do parto antes da gravidez

Os resultados recolhidos encontram-se expostos nas tabelas seguintes:

Tabela 10- Resultados da Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez

Itens	N	Medo do Parto Antes da Gravidez						
		Discordo fortemente	Discordo	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo fortemente	
1. Preocupa-me que a dor do parto possa ser demasiado forte	10		3	1	1	3	2	
2. Sinto que eu (ou a minha parceira) não vou ser capaz de aguentar a dor do nascimento		3	3					
3. Tenho medo que eu (ou a minha parceira) possa entrar em pânico e não saber o que fazer durante o parto		1	3	1	1		1	
4. Tenho medo do nascimento		1	4	2	2		1	
5. Tenho receio que algo de mal possa acontecer ao bebé			1	1	1	3	4	
6. Tenho medo que eu (ou a minha parceira) possa perder o controlo durante o parto				5			3	
7. Tenho receio das complicações durante o parto					1	1	3	3
8. O nascimento é algo imprevisível e complicado				2	1	1	2	
9. Tenho medo do que o parto e o processo de nascimento possam fazer ao meu corpo (ou ao da minha parceira)			1	3	2	2	1	1

Tabela 11- Compêndio das respostas obtidas na Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez

Itens	N	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio padrão
1. Preocupa-me que a dor do parto possa ser demasiado forte	10	2	6	4,30	1,494
2. Sinto que eu (ou a minha parceira) não vou ser capaz de aguentar a dor do nascimento		1	4	2,60	1,350
3. Tenho medo que eu (ou a minha parceira) possa entrar em pânico e não saber o que fazer durante o parto		1	6	3,30	1,410
4. Tenho medo do nascimento		1	6	3,10	1,595
5. Tenho receio que algo de mal possa acontecer ao bebé		2	6	4,70	1,337
6. Tenho medo que eu (ou a minha parceira) possa perder o controlo durante o parto		2	6	3,80	1,932
7. Tenho receio das complicações durante o parto		3	6	4,90	1,197
8. O nascimento é algo imprevisível e complicado		2	5	3,70	1,160
9. Tenho medo do que o parto e o processo de nascimento possam fazer ao meu corpo (ou ao da minha parceira)		1	6	3,40	1,578

Tabela 12- *Score* do medo do parto para cada família

Família	<i>Score</i> obtido
F1	42
F2	34
F3	33
F4	32
F5	45
F6	23
F7	28
F8	48
F9	32
F10	39

Após análise dos resultados expressos na tabela supra, verificou-se que:

- a maior cotação é da F8 com um total de 48 pontos (dum máximo de 54 pontos) e a menor cotação corresponde às F6 e F7 com um somatório de 23 e 28 pontos respectivamente;
- em relação ao medo das complicações do parto, o item 5 “tenho receio que algo de mal possa acontecer ao bebé” é aquele que detem a maior cotação com 4 das 10 famílias a atribuir a cotação máxima de 6- concordo fortemente;

- em relação ao medo das alterações físicas , avaliado pelo item 9, nenhuma das famílias avaliou com 6 (pontuação máxima);
- relativamente ao medo relacionado com a dor e o medo de perder o controlo o **item 6** “tenho medo que eu (ou a minha parceira) possa perder o controlo durante o parto” foi o que obteve um maior resultado, com 3 das 10 famílias a classificarem-no com o valor máximo.

Da análise da escala no que corresponde às dimensões do medo do parto:

- medo das complicações do parto** (composto pelos itens 5, 7 e 8); as médias encontradas foram as mais altas, entre 3,70 e 4,90, com um desvio padrão entre 1,160 e 1,337. Estes resultados sugerem que as famílias receiam as complicações inesperadas que possam advir do parto e que possam influenciar o bem-estar materno infantil.
- medo das alterações físicas após o nascimento** (composto pelo item 9); a média encontrada foi de 3,40 com um desvio padrão de 1,578. Os resultados sugerem uma tendência das famílias (6 em 10 famílias) numa menor preocupação face ao corpo e eventuais alterações físicas face à vertente saúde e conseqüente qualidade de vida.
- medo da dor e de perder o controlo** (composto pelos itens 1, 2, 3, 4 e 6); a médias encontradas variaram entre 2,60 e 4,30 com um desvio padrão entre 1,350 e 1,494. Os achados preconizam que as famílias receiam o momento do parto, o receio de perder o controlo sobre si mesmo e a situação e da dor subjacente.

3.4. *Stress* parental

Os resultados obtidos no preenchimento da escala encontram-se expostos na tabela 13 e na tabela 14 encontra-se o *score* obtido para cada família participante no estudo. Esta escala foi aplicada a 6 casais com filhos primogénitos no primeiro ano de vida.

Tabela 13- Resultados da Escala de *Stress* Parental

Itens	N	Stress Parental				
		Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Estou contente com o meu papel de pai/mãe	6					6
2. Não há nada ou quase nada que eu não faça pelo(a) meu (minha) filho(a) se for necessário						6
3. Cuidar do(a) meu (minha) filho(a) às vezes requer mais tempo e energia do que a que tenho		1	1	1	1	2
4. Às vezes questiono-me se estou a fazer o suficiente pelo(a) meu (minha) filho(a)		1			3	2
5. Eu sinto-me próximo do (a) meu (minha) filho(a)					2	4
6. Agrada-me passar o tempo com o(a) meu (minha) filho(a)						6
7. O(a) meu (minha) filho(a) é (são) uma fonte importante de afecto para mim						6
8. Ter filhos dá-me uma visão mais objetiva e optimista do futuro					1	5
9. A maior causa de <i>stress</i> na minha vida é o(a) meu (minha) filho(a)		3	1	2		
10. Ter filhos deixa-me pouco tempo livre e sem flexibilidade			1	5		
11. Ter filhos tem sido um grande encargo financeiro			1	4		1
12. Tem sido difícil equilibrar diferentes responsabilidades por causa do(a) meu (minha) filho(a)		3	1	1		1
13. O comportamento do(a) meu (minha) filho(a) é frequentemente embaraçoso ou stressante		3	1	2		
14. Se eu pudesse voltar a escolher, talvez decidisse não ter filhos		6				
15. Eu sinto-me sobrecarregado com a responsabilidade de ser pai/mãe		4	2			
16. Ter filhos também significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida		3	3			
17. Sinto-me satisfeito como pai/mãe						6
18. Eu considero o(a) meu (minha) filho(a) agradável/ simpático(a)/ divertido(a)						6

Tabela 14- Caracterização do *score* obtido por cada família na Escala de *Stress* Parental

Família	<i>Stress</i> parental	
	<i>Score</i>	Nível correspondente
F5	43	Intermédio
F6	44	Intermédio
F7	29	Baixo
F8	40	Baixo
F9	33	Baixo
F10	38	Baixo

Nenhuma das seis famílias participantes no estudo apresentou níveis de *stress* elevado. As famílias **F5** e **F6**, incluídas neste estudo, revelaram um nível de *stress* intermédio com *scores* obtidos de 43 e 44 respectivamente.

Analisando os resultados obtidos face às diferentes dimensões que compõem a ESP para a dimensão **Preocupações parentais** o item 8 “ter filhos dá-me uma visão mais

objetiva e otimista do futuro” foi o que para esta dimensão obteve uma classificação maior por parte de todos os casais, entre o 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente). Oliveira et al. (2023) após o estudo desenvolvido enfatizam a ideia de que as intervenções com casais são uma forma promissora de promover a saúde mental individual e familiar com benefícios futuros e claros para a tríade, ajudando a perspetivar e desenhar um futuro. Os casais que não tinham metas e objetivos passam a ter objetivos, metas e propósitos de realização quer pessoal quer familiar. Quanto à dimensão **Satisfação**, esta foi aquela para a qual a resposta foi unânime para todos os casais em 5 dos 6 itens que a constituem, isto é, os casais sentem-se satisfeitos com a sua nova condição e ou papel de país. Em relação à dimensão **Falta de controlo** o item 13 “ O comportamento do meu (minha) filho(a) é frequentemente embaraçoso ou stressante” as respostas assinaladas correspondentes a “Não concordo nem discordo” pertencem aos casais que obtiveram *scores* mais altos de *stress*. Pinto et al.(2023) referem que promover o fortalecimento do relacionamento do casal durante a transição para a paternidade pode ajudar a prevenir problemas emocionais e comportamentais das crianças; realçando assim a importância do trabalho efetuado junto e com casais durante a transição para a parentalidade. A dimensão **Medos e angústias** foi a que registou uma maior disparidade no tipo de resposta por parte dos casais. Podem-se relacionar os dois itens que a compõe com insegurança, ansiedade, apoios e ou recursos internos e externos e daí a desigualdade nas respostas, variando do 1- discordo totalmente ao 5 – concordo totalmente. Tralhão et al (2020) salientam no estudo que desenvolveram que a promoção da saúde através da informação atempada e adequada é importante na medida em que apoia, tranquiliza e capacita os pais, nesta nova fase do seu ciclo de vida. As intervenções de apoio à paternidade, mesmo que breves, afetam positivamente a saúde e o desenvolvimento da criança, a satisfação conjugal e a estabilidade da dinâmica familiar.

3.5. Discussão de resultados

A caracterização das famílias participantes no estudo de investigação revelou uma média de idades de 31,1 anos para as mulheres e de 32,7 anos para os homens, dados sobreponíveis com os dados do Instituto Nacional de Estatística (2020), o qual refere que a idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho tem vindo a aumentar em Portugal. Em 2020, a idade média foi de 30,2 anos.

A caracterização das famílias através da aplicação do inquérito por questionário, sugere que os casais procuram a aquisição de conhecimentos e de competências relacionadas com a fase do ciclo vital em que se encontram e estão recetivos à intervenção por parte do enfermeiro de família nesse processo, como elemento facilitador; assim os temas que emergiram como necessidade de abordagem em consulta de enfermagem são os que figuraram no questionário (temas relacionados com licenças, direitos, relacionados com a parentalidade e cuidados direitos, entre outros). Subsequente surgiu o resultado de 100% de Sim para a questão: "Recomendaria este tipo de consulta de preparação para a natalidade e parentalidade a outros"?

Segundo Tralhão et al. (2020) é previsível que no decorrer da transição para a parentalidade, o casal adote comportamentos de ajustamento à gravidez e pretenda adquirir competências para desempenhar o papel parental. De acordo com os autores o enfermeiro deve promover a adaptação dos futuros pais, promovendo a adaptação à gravidez, a reorganização das relações (conjugal e familiar), a promoção da vinculação ao bebé e na preparação para o nascimento. A promoção da saúde através da informação atempada e adequada é importante na medida em que apoia, tranquiliza e capacita os pais, nesta nova fase do seu ciclo de vida. As intervenções de apoio à parentalidade, mesmo que breves, afetam positivamente a saúde e o desenvolvimento da criança, a satisfação conjugal e a estabilidade da dinâmica familiar, o que pode explicar os resultados alcançados.

Da análise dos resultados obtidos através da EMPAG emergiu que a maioria das grávidas/casais/famílias desejam que o parto decorra sem complicações e que a gravidez e o desenvolvimento da criança sejam saudáveis. Contudo, quando este processo se revela diferente das suas expectativas pode afetar a saúde mental das mulheres tornando-as mais vulneráveis como referido por Lima et al. (2019). Os mesmos autores salientam que se o parto for vivenciado com dor, angústia e receio pode conduzir a distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais, podendo influenciar negativamente o relacionamento mãe/filho para além da satisfação conjugal.

Os dados recolhidos através da EMPAG sugerem que os casais consideram que o parto embora seja um evento normal e fisiológico, possa ser imprevisível e como tal fator de *stress*. Lopes e Silva (2021) no seu estudo apontam a valorização por parte dos pais

participantes, da importância da qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde.

As famílias apresentaram uma consistência nas respostas em relação ao domínio “Satisfação” da ESP o que sugere que o adiar do nascimento do primeiro filho se traduz em maturidade, estabilidade financeira e laboral o que permite o desempenho de uma coparentalidade, sem sobrecarga para nenhum membro do casal com manutenção da satisfação conjugal, tal como refere Santos (2019), que uma das vantagens de optar por uma gravidez após os 35 anos será a maturidade emocional e menciona que emergiu da sua pesquisa que os filhos de casais mais velhos são mais desejados, desfrutam duma maior estabilidade familiar, assim como de maior segurança económica.

A maior diversidade de respostas surgiu no domínio “Medos e Angústias” no item 3 “Cuidar do meu filho as vezes requer mais tempo e energia do que a que tenho” com respostas em todos os campos da escala *Likert*, o que poderá estar relacionado com fatores tão distintos e variados como a existência da família alargada, rede de apoio ou conhecimento dos recursos da comunidade. Silva et al. (2021) reforçaram através do estudo efetuado que alguns dos fatores que facilitavam o processo de transição para a parentalidade seriam a gravidez planeada, a comunicação conjugal, a compreensão e entreadjuada entre o casal e a família alargada.

Silva et al. (2021) identificaram que para os casais era fulcral o acompanhamento profissional, sendo que para estes nas consultas de vigilância de saúde materna e de saúde infantil deveriam, igualmente, focar a conjugalidade para além da adaptação parental.

Os resultados alcançados realçam a importância do papel do enfermeiro como elo de referência das famílias, mediante as necessidades identificadas, entre profissionais, serviços de saúde ou instituições comunitárias.

Considerações finais

Da análise efetuada às 10 famílias elegíveis para o estudo desenvolvido e com base nos objetivos elencados, foi possível proceder à sua caracterização e identificar algumas das suas expectativas.

Quanto à caracterização dos casais, observou-se uma média de idade de 31,9 anos, divididos entre a escolaridade secundária concluída ou com o ensino superior, vivendo sem dificuldades económicas e com condições habitacionais.

A caracterização das famílias, sugere que os casais procuram a aquisição de conhecimentos e de competências relacionadas com a gravidez, a transição para a parentalidade, a satisfação conjugal e a conciliação dos diferentes papéis. A compreensão destas necessidades e expectativas é fundamental para a adequação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, permitindo uma abordagem direcionada e individualizada às necessidades de cada família.

Embora nas famílias em análise não se tenham verificado níveis de *stress* parental elevado, a vulnerabilidade inerente ao processo de gravidez, à transição para a parentalidade e da manutenção da satisfação conjugal é consensual na literatura consultada, em que o enfermeiro de família deve estar atento a sinais precoces de depressão pós-parto ou disfunção familiar. Conhecer e compreender as variáveis que podem ter um impacto negativo nas famílias, a sobrecarga a que podem estar sujeitas, é fundamental para a prevenção e/ou redução dos fatores de *stress* parental que podem pôr em causa a conciliação da conjugalidade na parentalidade.

Os dados recolhidos através da EMPAG sugerem que embora o parto seja um evento normal e fisiológico, este pode ser imprevisível o que pode ser um importante fator de *stress*. Da recolha de dados obtidos na EMPAG emergiu que a maior preocupação dos casais é em relação ao bem-estar fetal e da importância dada a manutenção do controlo durante o processo do parto. Na caracterização das famílias relacionado com a ESP observou-se que os casais estão satisfeitos com a condição do seu papel enquanto pais, mas receosos da qualidade do seu desempenho, verificando-se medos e receios associados à forma como desenvolvem este papel. Foram apontadas lacunas de informação, falta de apoio quer da família alargada quer da comunidade e dificuldade na reorganização do tempo. Assim sendo, os resultados obtidos sugerem que estratégias

eficazes de informação, encaminhamento e apoio podem desempenhar um papel crucial na gestão da adaptação à gravidez, satisfação conjugal e papel parental.

De realçar, no entanto, que as dimensões da amostra limitam a generalização das conclusões deste estudo.

Referências Bibliográficas

- Aragão, J. (2011). Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. *Revista práxis*, 3(6). <https://doi.org/10.25119/praxis-3-6-566>
- BI CSP, Serviço nacional de saúde, *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30030/3110572/Pages/default.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/em_destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx
- Duarte, E. D. L., & Zordan, E. P. (2016). *Nascimento do primeiro filho: transição para a parentalidade e satisfação conjugal*. PERSPECTIVA, Erechim. v. 40, n.152, p. 65-76. https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/152_595.pdf
- Ferreira, M. de J., & de Macedo Teixeira, Z. (2020). Estudo preliminar da Escala do Medo do Parto antes da Gravidez numa amostra de estudantes universitários. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(3), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20002>
- Figueiredo, M.H. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar- Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem*. Lusociência.
- Fortin, M.-F., José, C., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Freitas Mussi, R. F., Mussi, L. M. P. T., Assunção, E. T. C., & Nunes, C. P. (2019). Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. *Revista Sustinere*, 7(2), 414-430. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2019.41193>

- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed.). Lusodidata.
- Lima, A. P. A., Lima, M. M.S., & de Lucena, G. P. (2019). Medo e dor no trabalho de parto e parto. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 9(28), 55-63.
<https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.28.55-63>
- Lopes, M., & Silva, T. (2021). As expectativas do casal grávido sobre o trabalho de parto. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 4-19.
<https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/issue/view/27/2>
- Nazaré, P. F. (2019). *Adiar a maternidade: uma questão demográfica e contemporânea* (Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra). Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/89675>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. <http://hdl.handle.net/10400.26/32782>
- Pinto, T. M., Míguez, M. C., & Figueiredo, B. (2023). Couple's Relationship during the Transition to Parenthood and Toddler's Emotional and Behavioral Problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1).
<https://doi.org/10.3390/ijerph20010882>
- Silva, M. M., Gavinhos, M. S., Neves, V. F., & Camarneiro, A. (2022). Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 20-32. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.183>
- Sousa, J. (2006). As famílias como projetos de vida: O desenvolvimento de competências resilientes na conjugalidade e na parentalidade. *Saber (e) Educar* (11), 41- 47. Repositório Institucional da ESE de Paula Frassinetti.
<https://hdl.handle.net/20.500.11796/696>

Susano, C., & Cruz, O. (2013). *PSS: Escala de Stress Parental*. Instrumentos de investigação desenvolvidos, adaptados ou usados pelo Grupo de Investigação Desenvolvimental, Educacional e Clínica com Crianças e Adolescentes= Research instruments developed, adapted or used by the Developmental, Educational and Clinical Research with Children and Adolescents Group. <https://hdl.handle.net/10216/71048>

Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J. A., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UI_IPSantarém*, 8(1), 17-30. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874>

Anexos

Anexo I- Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez

Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez

Itens	Discordo fortemente	Discordo	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo fortemente
1.Preocupa-me que a dor do parto possa ser demasiado forte						
2.Sinto que eu (ou a minha parceira) não vou ser capaz de aguentar a dor do nascimento						
3.Tenho medo que eu (ou a minha parceira) possa entrar em pânico e não saber o que fazer durante o parto						
4.Tenho medo do nascimento						
5.Tenho receio que algo de mal possa acontecer ao bebé						
6.Tenho medo que eu (ou a minha parceira) possa perder o controlo durante o parto						
7.Tenho receio das complicações durante o parto						
8.O nascimento é algo imprevisível e arriscado						
9.Tenho medo do que o parto e o processo de nascimento possam fazer ao meu corpo (ou ao da minha parceira)						

Anexo II- Escala de Stress Parental

Escala de Stress Parental

As frases seguintes descrevem sentimentos e percepções dos pais. Pense em cada item atendendo à relação que normalmente estabelece com os seus filhos.

Por favor indique em que grau concorda ou discorda de cada afirmação, colocando o número apropriado no local adequado.

1= Discordo totalmente

2= Discordo

3= Não concordo nem discordo

4= Concordo

5= Concordo totalmente

- ___ 1. Estou contente com o meu papel de Pai/Mãe.
- ___ 2. Não há nada ou quase nada que eu não faça pelo(a) meu(minha) filho(a) se for necessário.
- ___ 3. Cuidar do(a) meu(minha) filho(a) às vezes requer mais tempo e energia do que a que tenho.
- ___ 4. Às vezes questiono-me se estou a fazer o suficiente pelo(a) meu(minha) filho(a).
- ___ 5. Eu sinto-me próximo do(a) meu(minha) filho(a).
- ___ 6. Agrada-me passar o tempo com o(a) meu(minha) filho(a).
- ___ 7. O(a) meu(minha) filho(a) é (são) uma fonte importante de afecto para mim.
- ___ 8. Ter filhos dá-me uma visão mais objectiva e optimista do futuro.
- ___ 9. A maior causa de stress na minha vida é o(a) meu(minha) filho(a).
- ___ 10. Ter filhos deixa-me pouco tempo livre e sem flexibilidade.
- ___ 11. Ter filhos tem sido um grande encargo financeiro.
- ___ 12. Tem sido difícil equilibrar diferentes responsabilidades por causa do(a) meu(minha) filho(a).
- ___ 13. O comportamento do(a) meu(minha) filho(a) é frequentemente embaraçoso ou stressante.
- ___ 14. Se eu pudesse voltar a escolher, talvez decidisse não ter filhos.
- ___ 15. Eu sinto-me sobrecarregado com a responsabilidade de ser Pai/Mãe.
- ___ 16. Ter filhos também significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida.
- ___ 17. Sinto-me satisfeito como Pai/Mãe.
- ___ 18. Eu considero o(a) meu(minha) filho(a) agradável/simpático(a)/divertido(a).

Anexo III-Pedido e autorização de utilização da Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez

Pedido de autorização para utilização da EMPAG em projeto de investigação e no âmbito de estágio



📎 1 anexo ▾



Marlene Ferreira

<marlene.silva.ferreira11@gmail.com>



Para: Sandra Jorge | USF Monte da Lua

qua, 12/07/2023 09:24

Exma Sra. Enfermeira Sandra Jorge,

Autorizo a utilização da Escala do Medo do Parto antes da Gravidez (EMPAG) no estudo descrito no anexo que me foi endereçado.

Disponho-me para qualquer informação que possa necessitar.

Com os melhores cumprimentos,
Marlene Ferreira

Anexo IV-Pedido e autorização de utilização da Escala de Stress Parental

Pedido de autorização para utilização em projeto de investigação e contexto clínico de estágio da ESP



3 anexos



Orlanda Cruz <orlanda@fpce.up.pt>



Para: Sandra Jorge | USF Monte da Lua

qua, 12/07/2023 13:58



StressParental99-100.pdf

102 KB



Mostrar os 2 anexos (138 KB)



Guardar tudo no OneDrive - SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE



Transferir tudo

Boa tarde

Suponho que se refere ao instrumento que envio em anexo. Da nossa parte tem autorização para utilizar a escala. Desejo-lhe as maiores felicidades para seu trabalho.

Orlanda Cruz

Anexo V - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional
de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Exma. Senhora

Dr.ª Sandra Jorge

sjorge1@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

5435/CES/2023

Assunto: Expectativas da família sobre o contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação do dia 13.10.2023 e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

 O Conselho Directivo


LAURA SILVEIRA
Vice Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Apêndices

Apêndice I- Guião de inquérito por questionário

Caro Sr. °/ Sr.ª

A discente do 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge, solicita a sua participação no preenchimento de um questionário que pretende analisar em que medida o papel do enfermeiro de família pode ser ou é um elemento facilitador na transição da função conjugal para a parental, no desempenho do papel parental e na consciencialização da importância da conciliação deste com a satisfação conjugal.

Este questionário está dividido em duas partes, a primeira com questões sociodemográficas e a segunda parte composta por duas escalas de avaliação, respetivamente a Escala do Medo Antes do Parto e a Escala de Stress Parental.

O preenchimento deste questionário tem a duração máxima de cerca de 10 minutos.

A informação recolhida é confidencial e anónima. Agradecemos desde já a sua colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente

Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge

Parte I

Data:

Codificação n:

1. Caracterização de dados sociodemográficos:

Idade	Homem	
	Mulher	

Habilitações literárias	Homem	
	Mulher	

Tipo de habitação

	Próprio	Alugado
Apartamento		
Moradia		
Outro		

Rendimento do casal permite

	Sim	Não
Viver tranquilamente e com economias		
Viver confortável, mas sem economias		
Com algumas dificuldades		

2. Em cada uma das questões, assinale com um X, a sua opinião na seguinte escala de avaliação:

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
1	2	3	4	5

Em relação aos temas abordados na consulta de enfermagem em que medida lhe permitiram tomar consciência, esclarecer, informar e apoiar:

Sobre direitos relacionados com a parentalidade	1	2	3	4	5
Sobre direitos relacionados com a maternidade	1	2	3	4	5
Cuidados diretos ao Recém-nascido/latente/ criança	1	2	3	4	5
Dúvidas ou dificuldades com a amamentação ou aleitamento	1	2	3	4	5
Papel parental	1	2	3	4	5
Stress relacionado com o papel parental	1	2	3	4	5
Alterações emocionais	1	2	3	4	5
Importância da satisfação conjugal	1	2	3	4	5
Papel conjugal	1	2	3	4	5

Em relação aos efeitos/ resultados das consultas:

Diminuição da ansiedade	1	2	3	4	5
Perceção e consciencialização dos fatores <i>stressores</i>	1	2	3	4	5
Perceção e consciencialização dos fatores protetores	1	2	3	4	5
Aumento de conhecimentos	1	2	3	4	5
Ganho de estratégias	1	2	3	4	5

3. Recomendaria este tipo de consulta num registo de maior proximidade, e de preparação da natalidade e parentalidade a outros:

Sim Não

4. Antes desta consulta tinha valorizado, dado atenção à satisfação conjugal e à manutenção da função conjugal, após o nascimento do seu filho:

Sim Não

5. Antes desta consulta tinha(m) debruçado a sua (vossa) atenção para temáticas como rede de apoio, pessoas de referência, apoios da comunidade, licença parental ainda durante a gravidez ou outras:

Sim Não

Se sim, quais a que já tinha feito algum tipo de preparação ou pesquisa por sua iniciativa _____ Se não, quais foram as temáticas abordadas que o conduziram a uma maior reflexão _____

6. Deixe-nos alguma recomendação, comentário ou sugestão, por favor:

Muito obrigada pela sua colaboração

Parte II- Assinale para cada questão a resposta que lhe parecer mais adequada, uma por cada item

Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez						
Itens	Discordo fortemente	Discordo	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo fortemente
1.Preocupa-me que a dor do parto possa ser demasiado forte						
2.Sinto que eu (ou a minha parceira) não vou ser capaz de aguentar a dor do nascimento						
3.Tenho medo que eu (ou a minha parceira) possa entrar em pânico e não saber o que fazer durante o parto						
4.Tenho medo do nascimento						
5.Tenho receio que algo de mal possa acontecer ao bebé						
6.Tenho medo que eu (ou a minha parceira) possa perder o controlo durante o parto						
7.Tenho receio das complicações durante o parto						
8.O nascimento é algo imprevisível e arriscado						
9.Tenho medo do que o parto e o processo de nascimento possam fazer ao meu corpo (ou ao da minha parceira)						

Escala de Stress Parental

As frases seguintes descrevem sentimentos e percepções dos pais. Pense em cada item atendendo à relação que normalmente estabelece com os seus filhos.

Por favor indique em que grau concorda ou discorda de cada afirmação, colocando o número apropriado no local adequado.

1= Discordo totalmente **2= Discordo** **3= Não concordo nem discordo**
4= Concordo **5= Concordo totalmente**

- ___ 1. Estou contente com o meu papel de Pai/Mãe.
- ___ 2. Não há nada ou quase nada que eu não faça pelo(a) meu(minha) filho(a) se for necessário.
- ___ 3. Cuidar do(a) meu(minha) filho(a) às vezes requer mais tempo e energia do que a que tenho.
- ___ 4. Às vezes questiono-me se estou a fazer o suficiente pelo(a) meu(minha) filho(a).
- ___ 5. Eu sinto-me próximo do(a) meu(minha) filho(a).
- ___ 6. Agrada-me passar o tempo com o(a) meu(minha) filho(a).
- ___ 7. O(a) meu(minha) filho(a) é (são) uma fonte importante de afecto para mim.
- ___ 8. Ter filhos dá-me uma visão mais objectiva e optimista do futuro.
- ___ 9. A maior causa de stress na minha vida é o(a) meu(minha) filho(a).
- ___ 10. Ter filhos deixa-me pouco tempo livre e sem flexibilidade.
- ___ 11. Ter filhos tem sido um grande encargo financeiro.
- ___ 12. Tem sido difícil equilibrar diferentes responsabilidades por causa do(a) meu(minha) filho(a).
- ___ 13. O comportamento do(a) meu(minha) filho(a) é frequentemente embaraçoso ou stressante.
- ___ 14. Se eu pudesse voltar a escolher, talvez decidisse não ter filhos.
- ___ 15. Eu sinto-me sobrecarregado com a responsabilidade de ser Pai/Mãe.
- ___ 16. Ter filhos também significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida.
- ___ 17. Sinto-me satisfeito como Pai/Mãe.
- ___ 18. Eu considero o(a) meu(minha) filho(a) agradável/simpático(a)/divertido(a).

Apêndice II- Consentimento informado

Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

De acordo com a Declaração de Helsínquia ¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que alguma informação está incorreta ou não está clara, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

TÍTULO DO ESTUDO: “Expectativas da família sobre o contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade”.

ENQUADRAMENTO: Este projeto surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado na USF [REDACTED], sob a orientação da Sra. Professora Maria Emília Campos de Brito e da Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública Ana Paula Jaime Marinho.

EXPLICITAÇÃO DO ESTUDO: A realização deste estudo tem como finalidade estudar o papel do enfermeiro na capacitação das famílias para o desempenho dum papel parental adequado conciliando-o com o papel conjugal.

Para a realização deste estudo, é necessário a recolha de dados através da realização de uma consulta semiestruturada e de um questionário.

A recolha da informação tem como objetivo geral analisar quais as expectativas dos casais face à intervenção do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade, desde a gravidez até ao primeiro ano de vida do filho.

CONDIÇÕES: A sua participação neste estudo é voluntária, anónima e pode recusar participar sem qualquer prejuízo nos seus direitos assistenciais. Se decidir participar poderá sempre abandonar o estudo a qualquer momento.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Como resultado do estudo a sua participação pode contribuir para o aumento da qualidade dos cuidados prestados pela USF [REDACTED]. Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema ao participar neste estudo.

CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos, através da

¹ https://www.cneqv.pt/pt/deliberacoes/pareceres/34cneqv2001?download_document=3028&token=4f6424a9cb320105db9919e0e94acb57

²

https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf

atribuição de um código a cada participante. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicações de carácter científico, mas sempre mantendo o anonimato e a confidencialidade.

Agradeço a sua participação

Enfermeira Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge

sandraj@arslvt.min-saude.pt

Consentimento Informado

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela enfermeira que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de prejuízo em relação aos meus direitos assistenciais.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço e que não serei identificado em nenhuma publicação dos resultados, confiando em que apenas serão utilizados os dados para esta investigação e nas garantias da confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Como resultado do estudo posso contribuir, através da minha participação, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela USF. Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema para mim ao participar neste estudo.

Nome: _____

Assinatura do participante:

Data: __/__/__

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME: _____

BI/CC Nº _____ DATA OU VALIDADE: __/__/_____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

Uma cópia do Consentimento Informado será entregue à pessoa que consente e a outra será arquivada no processo deste estudo. Findo o estudo, a cópia em poder do investigador será destruída.

Apêndice IX- Guia da Gravidez e pós-parto

Sinais de alarme

Deve contactar a linha do SNS Saúde 24 ou o seu médico assistente em caso de :

- Perda de sangue pela vagina
- Perda de líquido pela vagina (rotura da “bolsa de águas”)
- Alteração do corrimento vaginal
- Comichão ou ardor vaginal
- Dor de barriga intensa e regular
- Febre ou mal estar generalizado
- Dor ou ardor quando urinar
- Vômitos persistentes ou dores de estômago
- Diminuição dos movimentos do/a bebé

Elaborado por:

Sandra Jorge, discente do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Especialização de Saúde Familiar da ESEL

Orientado por:

Enfermeira EESMO, Maria Conceição Sousa e Enfermeira especialista em Enfermagem Saúde Comunitária e Saúde Pública Ana Paula Marinho

Novembro 2023



Guia da Gravidez e pós parto



A vigilância é fundamental para uma gravidez saudável e para o seu bem-estar, do seu bebé e da sua família.



1 Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

A gravidez é um processo fisiológico, natural, vivenciado por muitos milhões de mulheres ao longo da história. A gravidez não é por isso, um estado de doença que necessite tratamento, no entanto, deve implicar uma



vigilância adequada deste processo para garantir o bem estar materno fetal.

2 O que esperar das consultas

Nas consultas são esclarecidas dúvidas por parte do seu enfermeiro e médico, transmitidos conselhos, feito o exame físico, o qual consiste na avaliação da tensão arterial, da medição da altura e largura da barriga, entre outras avaliações necessárias.

A cada trimestre da gravidez são pedidas análises e ecografias, adequadas à fase de gestação, podendo ser solicitados outros exames para complementar a avaliação.

É do interesse da grávida e da equipa de saúde da USF que se construa uma relação de proximidade/ confiança. Veja a sua equipa como quem está disponível para esclarecer dúvidas, orientar e acompanhar da melhor forma possível).

Conte e cumpra com o mínimo de oito consultas de vigilância da gravidez desde o início até ao final da mesma, é do interesse da família que o casal esteja presente.

A gravidez é uma etapa do seu ciclo de vida e do seu desenvolvimento familiar, não deve ser vivenciado sozinha, o seu companheiro (a) ou pessoa mais significativa deve acompanhá-la e estar presente na consulta. Solicite a sua presença!

Recomendações

Licença parental

Após o nascimento da criança, os progenitores têm direito a requerer licença parental. O período de licença e o valor pago pela segurança social varia consoante as circunstâncias, por exemplo, de acordo com o número de nascituros e caso optem por partilhar a licença. Informe-se junto da sua equipa de saúde e/ou consulte o Decreto-lei nº 53/2023, de 5 julho.

Primeiras consultas após o parto

Quando o seu bebé nascer, marque na sua unidade de saúde:



- O teste do pezinho, que deve ser feito entre o 3º e o 6º dia de vida;
- A primeira consulta de saúde infantil do seu bebé, que idealmente deve ocorrer nos primeiros 15 dias de vida;
- A sua consulta de revisão de puerpério, idealmente entre as 4 e as 6 semanas após o parto.

Consulta pós-parto “revisão do puerpério”

Nesta consulta habitualmente é feita a:

- Avaliação do bem-estar físico, emocional e social da mulher, do bebé e da família;
- Promoção e auxílio no aleitamento materno;
- Avaliação ginecológica e de perdas sanguíneas;
- Promoção do início de contraceção e esclarecimento de questões sobre a sexualidade.



Aleitamento materno

O aleitamento materno exclusivo é o alimento adequado nos primeiros 6 meses de vida:

- O seu leite tem todos os nutrientes de que o seu bebé precisa nos primeiros 6 meses de vida;
- Diminui o risco de o seu bebé ter doenças como infeções respiratórias, asma e obesidade;
- Diminui o seu risco de desenvolver cancro da mama e ovário.

Horário de amamentação

Pode amamentar o bebé em **horário livre**, ou seja, sempre que mostrar vontade de mamar.

Recomendações sobre a amamentação

- Colocar o corpo do/a bebé junto ao seu, de forma a que o nariz esteja à altura do mamilo e a cabeça sobre o seu antebraço;
- Estimular o/a bebé para que abra bem a boca, e, quando a abrir, aproxime-a do mamilo;
- Introduzir o mamilo e parte da aréola na boca do/a bebé. O nariz e o queixo do/a bebé devem estar encostados à mama;
- Verificar se o lábio inferior do/a bebé está virado para fora.



Apoio familiar

- Nas últimas décadas, em estudos efetuados a importância do **apoio físico emocional da grávida têm sido um dos fatores importantes para uma vivência saudável da gravidez e na transição para o papel de mãe, diminuindo o risco de ocorrer depressão pós parto**, com consequências inevitáveis para o bebé, a mãe e a família.
- O apoio pode ser dado quer pelo companheiro (a), pela família ou mesmo pela comunidade. **O isolamento é um fator de risco para a grávida- evite-o !**
- A vinculação e a ligação ao bebé deve ser feita e promovida desde o primeiro momento, quer pela mãe, quer pelo pai. O papel parental adequado é imprescindível para o desenvolvimento harmonioso da criança.
- A legislação portuguesa permite ao pai atualmente, passar mais tempo com o bebé e construir desde cedo uma forte ligação com ele- **não prescinda dos seus direitos!**



3 Recomendações gerais



Cuidados alimentares e doenças infecciosas.

São necessários alguns cuidados na preparação dos alimentos para prevenir infeções como a **toxoplasmose**. Estas infeções podem ter consequências graves na sua gravidez, como aborto ou parto pré-termo (parto prematuro), ou provocar malformações no/a bebé.

- **Cozinhe muito bem** a carne, o peixe, os ovos e lave bem as mãos e o material que entrar em contato com carne crua;
- **Os vegetais** devem ser bem cozidos, ou quando consumidos crus, **muito bem lavados em água corrente** e demolhados durante 15 minutos em água e vinagre ou produto próprio de desinfeção alimentar;
- Opte por leite e queijo **pasteurizados**;
- Opte por cozidos e grelhados;
- Evite sal e condimentos (temperos) em excesso;
- **Quando mexer em terra, use luvas** e depois lave bem as mãos;
- **Evite mudar a areia dos gatos ou use luvas**, porque a areia pode estar contaminada;
- Evite estar com pessoas que tenham infeções respiratórias.

Puerpério

O período pós-parto, também designado de **puerpério**, corresponde à fase em que o corpo da mulher se reajusta à sua condição anterior à gravidez.

Esta fase inicia-se após o parto e termina quando o corpo da mulher retorna à forma anterior, o que nem sempre ocorre de forma linear.

Normalmente, **o puerpério dura 6 a 8 semanas**, culminando na primeira ovulação e no retorno da menstruação. Para evitar complicações durante este período, **há alguns cuidados que deve ter:**

- Nesta fase, a massa muscular do útero diminui e o endométrio que reveste o útero é restabelecido. Ao mesmo tempo, as mamas iniciam a lactação. Inicialmente, através do colostro, designação dada ao primeiro leite produzido pela mulher, o qual é especialmente rico em proteínas e que, posteriormente, vai dar lugar ao leite materno que tem menos proteína, mas mais gordura.
- O cuidado perineal pós-parto é outro aspeto essencial, mesmo quando não há complicações de maior a registar. Este cuidado traduz-se na higiene diária da região e na aplicação de compressas frias ou gelo na zona para evitar a dor e o edema (inchaço).
- Estar atenta ao corpo e à mente durante o puerpério é a melhor maneira de garantir uma boa e rápida recuperação e de detetar eventuais complicações
- que possam surgir.



- **Parto por cesariana** - chama-se cesariana ao parto cirúrgico através de uma incisão no abdómen e no útero. Sem dúvida, a maioria das mães optaria por um parto vaginal, mas seguramente todas concordariam que ter um filho saudável é mais importante que a forma como acaba a gravidez.
- A grávida é transferida para a sala de operações. Será algaliada (catéter na bexiga) para drenar a urina durante a cirurgia, e será colocado um soro numa veia, por onde passarão os medicamentos que forem necessários. Após a desinfeção da parede abdominal, realiza-se uma incisão (corte), horizontal ou vertical, por cima da zona púbica. A segunda incisão realiza-se no segmento do útero. Depois, usando uma pinça ou simplesmente com o dedo, rompe-se a bolsa e extrai-se o bebé. No passo seguinte extrai-se a placenta e sutura-se o útero e a incisão no abdómen. A intervenção demora aproximadamente 30 a 60 minutos. Logo que possível, a mãe terá oportunidade de pegar no bebé tal como se tivesse nascido de parto vaginal.



4 Exercício físico

Benefícios

- Físicos- menor probabilidade de desenvolver diabetes gestacional, menor risco de pré-eclampsia, evitar o aumento excessivo de peso, diminuição de desenvolver varizes, fadiga e edema das extremidades.
- Psicológicos- menor risco de depressão, ansiedade e insónias.



Atividade física

Recomendada

Alongamentos
Caminhadas
Ciclismo

Natação
Localizada
Hidroginástica

Não Recomendada

Equitação, skate e ski
Ginástica aeróbica
Corrida ou atividades em elevada altitude
Mergulho
Basquetebol
Desportos de contacto e impacto

5 Uso de substâncias



As drogas, o álcool e o tabaco prejudicam a sua saúde e a do seu bebé. Aproveite a oportunidade para abandonar estes hábitos. Peça ajuda à sua equipa de saúde, **pode ser referenciada para uma consulta de cessação tabágica.**

6 Vacinas

- **Recomenda-se a vacinação durante a gravidez** com uma dose de vacina combinada **contra a tosse convulsa**, o tétano e a difteria, em doses reduzidas (Tdpa), **entre as 20 e as 36 semanas** de gestação, idealmente até às 32 semanas. A vacinação deve ocorrer após a ecografia morfológica (recomendada entre as 20 e as 22 semanas + 6 dias).
- Na altura de **campanha sazonal de outono** (campanha de vacinação contra a gripe sazonal e reforço vacinal contra a Covid-19) **é igualmente recomendada a vacinação da grávida.**



7 Uso de cinto de segurança na gravidez

Deve colocar o cinto de três pontos normalmente, puxando **a parte inferior o mais para baixo possível**. Assim, em caso de travagem, a força será exercida sobre as ancas e não acima delas;



Tipos de parto

- **Parto eutócico**- considerado o parto normal (via vaginal ou “baixa”). Na gravidez aguarda-se que o parto se inicie espontaneamente entre as 37 e as 42 semanas, evitando-se a realização de intervenções desnecessárias. Poderá ser necessário induzir o parto nalgumas situações da gravidez, o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia ou o obstetra informá-la-á se for esse o caso.



- **Parto distócico**- é um parto por via vaginal (“baixa”) mas com recurso a instrumentos (como o caso dos fórceps ou ventosas).

O fórceps é um dispositivo metálico semelhante às colheres utilizadas para servir uma salada que se aplica sobre ambos os lados da cabeça do feto e que permite, mediante suaves manobras de rotação e extração, auxiliar a saída do bebé.

A ventosa é um objeto em forma de cone que é colocado na cabeça do bebé. Com a ajuda de uma bomba, cria-se vácuo para que adira completamente à cabeça, depois roda-se ou puxa-se a cabeça para fora do corpo da mãe.



Fórceps

Ventosa

Fases do trabalho de parto

- **Fase latente**- em regra a parte mais longa do trabalho de parto, durante o colo do começa a ficar mais “fino” (apagado) e dilata entre 3 a 4 cm. As contrações são geralmente espaçadas na sua frequência e curtas, quanto à duração.
- **Fase ativa**- o colo começa a dilatar-se mais rapidamente. As contrações ficam mais frequentes menos e com maior intensidade.
- **Fase expulsiva**- período entre a dilatação cervical completo e a expulsão do feto. À medida que o bebê é empurrado para a pélvis poderá sentir dor na parte inferior das costas e ou no períneo.



- Faça passar a parte superior do cinto pelo meio do peito e por cima da barriga (não pela frente da barriga);
- Não passe a parte superior do cinto por baixo do braço;
- Se o cinto não tiver comprimento suficiente, considere comprar uma extensão para o mesmo. Considere comprar um adaptador para gestantes que permitirá manter o cinto na posição devida;
- Não coloque nenhuma das partes do cinto por detrás do corpo, quer seja a superior ou a inferior.

8 Viagens



- Deve **evitar efetuar viagens longas**, se for necessário, **faça pausas de 2 em 2h**, levante-se e ande um pouco para ativar a circulação e evitar inchaço das pernas. Em caso de viagens de avião siga as recomendações e informe a equipa de bordo que está grávida, use o cinto adequado.



9 Transformações habituais na gravidez

Cansaço

Habitual na gravidez, devido ao aumento de algumas hormonas (estrogénio e progesterona), da diminuição dos valores de hemoglobina e do aumento de peso.

Recomendações:

Deve procurar descansar com frequência, alternando períodos de atividade com repouso.



Sensação de tontura, desmaio ou dor lombar

Recomendações:

- Manter-se hidratada, ingira pelo menos cerca de 1,5 l de água por dia;
- Deve usar chapéu nos dias de mais sol;
- Evitar mudanças súbitas de posição ou estar muito tempo em pé e parada;
- Usar sapatos confortáveis com salto entre 2 a 5cm (evite saltos muito altos);
- Manter uma postura correta com as costas direitas e os ombros para trás, dobrar as pernas ao abaixar-se em vez de inclinar as costas;
- Fazer uma massagem suave e aplicar calor local nas costas para aliviar a dor.

Sinais de parto

Existem vários sinais que nos indicam que o parto poderá estar a aproximar-se:

- **Expulsão do rulhão mucoso** – corrimento gelatinoso rosado ou acastanhado que poderá notar na cueca ou quando se limpa após ir à casa de banho - isto poderá ocorrer dias ou horas antes do parto;
- **Dor lombar ou dores semelhantes às que tem quando está menstruada;**
- **Contrações do útero** - dor intensa que não alivia com o repouso e que, à medida que se aproxima do trabalho do parto, se repete em intervalos mais regulares e mais curtos; pode também notar barriga a “apertar” ou ficar “dura”;
- **Rotura da “bolsa de águas”** - saída de líquido claro, transparente e sem odor pela vagina.

Algumas medidas para alívio da dor



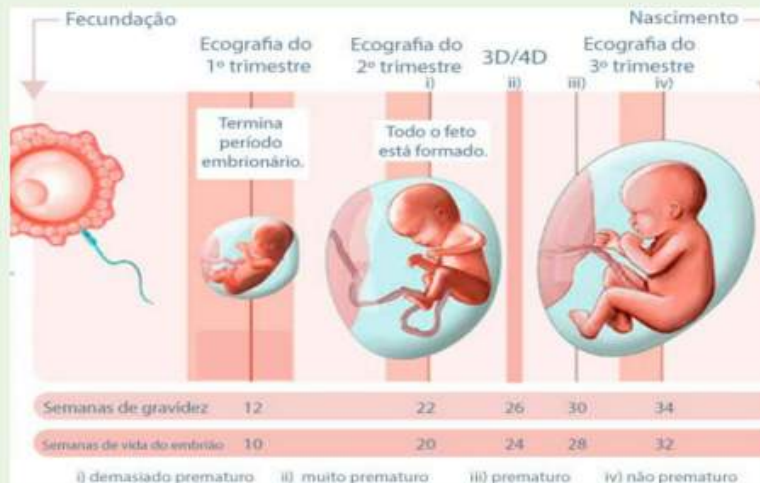
Quando devo fazer o plano de parto ?

Desde as 28 semanas de gestação até ao momento do parto, pode ser elaborado o plano de parto.

Informe-se junto da equipa de saúde que vigia a sua gravidez.

É importante saber que, se necessário, ele pode ser reformulado.

Evolução da gravidez



Sangrar das gengivas



Recomendações:

- Lavar os dentes pelo menos duas vezes por dia;
- Utilizar uma escova de dentes com cerdas macias;
- Não se esqueça de utilizar o cheque dentista (passado pelo seu médico de família, geralmente após as 12 semanas de gestação).

Aumento do volume da mama e da sensibilidade mamária



Recomendações:

Deve utilizar um soutien com suporte adequado, sem aros e, se possível, de algodão (tipo desportivo ou de amamentação).

Alterações da pele

Com o aumento do volume da barriga, coxas e peito, podem **aparecer estrias**, **deve** aplicar creme hidratante diariamente e reforçar a ingestão de água. A pele em redor da boca, na testa, nos mamilos e na linha média da barriga pode escurecer, desaparecendo gradualmente após o parto.

Se tem sinais, vigie-os, se alterarem de forma, tamanho ou cor durante a gravidez ou no pós parto, informe o seu médico.

Inchaço (retenção de líquidos)

Pode ser mais evidente nos tornozelos e nas mãos.

Recomendações:

- Deve descansar com as pernas elevadas e utilizar meias de descanso;
- Dormir de preferência sobre o lado esquerdo do corpo;
- Evite permanecer muito tempo sentada, alterne períodos sentada e em pé, se possível caminhe um pouco ;
- Fazer exercício físico regular.



Varizes

Recomendações:

- Procure usar roupas confortáveis, evitando peças muito apertadas na barriga ou pernas;
- Deve evitar estar em pé durante muito tempo; utilize meias de descanso;
- Deve caminhar diariamente e elevar as pernas quando descansa.



Plano de parto

Plano de parto, o que é?



O **plano de parto** é um documento **elaborado pelo casal** durante a gravidez, que serve de eixo mediador na relação entre o casal e o serviço de saúde onde irá ocorrer o nascimento do bebê.

As escolhas de nascimento e adaptação à parentalidade dos casais são o reflexo das expectativas individuais, dos valores familiares, da cultura, da forma de estar na vida e da informação que obtêm sobre o processo do trabalho de parto e parto.

Como é feito o plano de parto?

- Pode ser um documento **redigido de forma simples**, onde se descreve a vontade do que se pretende;
- **Podem ser tópicos** (frases curtas) onde se manifestam as vontades/ desejos do casal face ao decorrer do parto;
- Pode ser **descrito oralmente** à equipa de saúde.

Que opções posso tomar?

- Obter consentimento informado sobre os procedimentos que irão decorrer;
- Início espontâneo de contrações, sem utilização de medicamentos;
- Liberdade de movimentos;
- Possibilidade de recorrer a outros métodos que não medicação para alívio da dor;
- Corte do cordão umbilical por pessoa significativa, entre outras medidas.

Exames a realizar no 3º trimestre



- **Ecografia obstétrica**, a realizar entre as 30 e as 32 semanas e 6 dias.
- **Análises ao sangue**, a realizar entre as 32 e as 34 semanas e 6 dias. Pesquisa da bactéria Streptococcus grupo B, entre as 35 e as 37 semanas e 6 dias (esta pesquisa é feita passando uma cotonete na vagina e reto).

MALA PARA A MATERNIDADE

Recomenda-se incluir nesta mala:



- Os seus documentos de identificação;
- O boletim de Saúde da Grávida e os exames que fez durante a gravidez;
- Roupa e acessórios de higiene pessoal para si, para 2 ou 3 dias, por exemplo, 2 ou 3 camisas de dormir de preferência abertas à frente para a amamentação, chinelos, cuecas e pensos higiénicos, soutiens e discos de amamentação, produtos de higiene pessoal oral e corporal, muda de roupa para a saída da maternidade e saco para a roupa suja;
- Roupa e acessórios de higiene pessoal para o seu bebé para 2 ou 3 dias, por exemplo, fraldas descartáveis, mudas de roupa, agasalho, manta, produtos de higiene corporal adequados para bebés. **A cadeira de transporte deve ser levada para a maternidade no dia da alta médica.**

Azia, náuseas e vômitos

Mais frequentes no período da manhã e nos primeiros meses de gravidez

Recomendações:

- Procure comer em pequenas quantidades e a cada 3 horas;
- Deve comer alimentos com pouca gordura; evitar alimentos com cheiros e sabores intensos;
- Evite estar sem comer (jejum) mais de 8 horas seguidas;
- Evite bebidas com gás;
- Evite deitar-se nas duas horas logo após comer;
- Tente dormir com a cabeceira da cama ligeiramente elevada (ex. colocando duas almofadas por baixo do colchão).

Obstipação (prisão de ventre) e hemorroidas

Ocorrem frequentemente na gravidez



Recomendações:

- Tente beber 1,5 a 2 litros de água por dia e comer alimentos ricos em fibras (verduras e frutas);
- Praticar exercício físico (ex. caminhar, nadar);
- Tente criar um horário regular.

Alterações de humor

São frequentes ao longo da gravidez e após o parto, mas habitualmente são temporárias, no entanto é importante falar de como se sente com os profissionais e família.

Recomendações:

- Garantir uma rede de suporte emocional e social, é importante, envolva o seu companheiro/a em todo o processo;
- Não se isole, procure hobbies da sua preferência;
- **Caso se sinta triste com frequência procure ajuda junto da sua equipa de saúde**, caso seja necessário será encaminhado para outros profissionais.

A sexualidade na gravidez

As alterações físicas e psicológicas da gravidez podem ter impacto na intimidade do casal. Procure falar abertamente com o seu/sua companheiro/a.

Caso raras exceções e por indicação do seu médico, a gravidez em si, não é impeditiva de manter uma sexualidade ativa.



3º Trimestre

Vigilância Pré-natal 3º Trimestre (28 até ao fim da gravidez)

Os **movimentos do** seu bebé são especialmente importantes para percebermos se está bem. Nas primeiras 12 horas do dia, deve contar pelo menos 10 conjuntos de movimentos do seu bebé; se tiver dúvidas deite-se de lado durante 30 minutos a seguir a uma refeição e faça a contagem. No boletim de Saúde da Grávida tem uma tabela que deverá preencher com esta informação.

Isoimunização RhD



Às **28 semanas**, se o seu sangue for Rh- (negativo), pode ter indicação de fazer uma injeção de imunoglobulina.

Referenciação para obstetrícia



Será referenciada pelo seu médico de família, geralmente depois das 32 semanas, para um serviço de obstetrícia. Receberá em casa uma carta com o local e a hora da consulta ou um SMS.

Exames a realizar no 2º trimestre



- **Ecografia obstétrica**, que deve ser realizada entre as 20 e as 22 semanas e 6 dias de gravidez.
- Se não for imune à rubéola, análises ao sangue entre as 18 e as 20 semanas.
- **Análises ao sangue do 2º trimestre** que deve realizar entre as 24 e as 28 semanas e 6 dias; terá de ir em jejum desde a noite anterior e vai beber um líquido açucarado para testar a diabetes na gravidez. Este exame requer a sua presença no centro de análises durante cerca de 2 horas.

ATENÇÃO:

Entre as 17 e as 20 semanas começa a sentir os movimentos do seu bebé. Se deixar de os sentir contate a sua equipa de saúde ou o seu médico assistente!

Referenciação para o curso de preparação para a parto

A referenciação **deverá ser feita entre as 20 e 22 semanas de gravidez, fale com o seu enfermeiro de família.**

1º Trimestre

Vigilância Pré-natal 1º Trimestre (1 a 13 semanas)

Na primeira consulta é importante informar a sua equipa de saúde sobre:

- Os seus problemas de saúde (ex. hipertensão arterial, diabetes, epilepsia, entre outros);
- Se teve gravidezes anteriores, incluindo as que não evoluíram, e eventuais complicações;
- As cirurgias ou intervenções realizadas (ex. procedimentos nos genitais, transfusões de sangue);
- A medicação habitual, incluindo produtos de ervanárias e medicamentos que toma sem prescrição médica;
- Se fuma e consome bebidas com álcool ou outras drogas.

Suplementos vitamínicos

O ácido fólico é importante para o bom desenvolvimento do sistema nervoso do bebé e é recomendado durante o primeiro trimestre. Se for considerado necessário, o seu médico poderá ainda prescrever outras vitaminas (ex. iodo e ferro) e medicamentos para prevenir, por exemplo, as náuseas e os vómitos.

Cheque dentista

Este documento, passado pelo médico de família é válido até 60 dias pós parto. Permite-lhe, se for caso disso, ter uma consulta grátis de medicina dentária em cada trimestre.

Exames a realizar no 1º trimestre

Para saber se está tudo bem consigo e com o seu bebé, serão pedidos :



- **Ecografia obstétrica**, que deve ser realizada entre as 11 e as 13 semanas e 6 dias de gravidez e que vai confirmar a data provável do parto;
- **Análises ao sangue e à urina que deve realizar até às 13 semanas.**

BOLETIM DE SAÚDE DA GRÁVIDA

Este boletim ser-lhe-á entregue e nele serão anotados, por parte dos profissionais de saúde, os dados considerados importantes, relacionados com o desenrolar da sua gravidez. O boletim deve estar sempre consigo ao longo da sua gravidez e após o parto.



2º Trimestre

Vigilância Pré-natal 2º Trimestre (14 a 27 semanas)

A partir do segundo trimestre é possível avaliar:

- O crescimento do seu útero, pela medição da altura e largura da sua barriga com uma fita métrica ;
- O batimento cardíaco do seu bebé, para tal deverá destapar totalmente a sua barriga e idealmente ter a bexiga vazia.

Abono pré-natal

Este abono pretende incentivar a maternidade ajudando a compensar alguns gastos que irá ter com o nascimento do seu bebé. O abono pré-natal é atribuído por 6 meses e o valor varia de acordo com os rendimentos do agregado familiar. **A partir da 13ª semana de gravidez**, deverá pedir ao seu médico de família um documento a certificar a gravidez e entregá-lo na **Segurança Social** da sua área de residência.

Apêndice X - Apresentação do trabalho de investigação: Expectativas da família sobre o contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade: caracterização das famílias

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Área de Saúde Familiar

Expectativas da família sobre o contributo do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade: caracterização das famílias

Dados trabalho de investigação

Professora orientadora: Maria Emília Campos de Brito
 Enfermeira Orientadora: Ana Paula Jaime Marinho
 Discente: Sandra Teresa Rasquinho Furtado Jorge nº 11633

ESEL
 Fevereiro 2024

1

Breve resumo

- Escolha do tema adveio da prática reflexiva que conduziu à percepção da vulnerabilidade inerente a esta etapa; do interesse próprio; da realização de uma revisão *scoping* sobre esta temática.
- Para se proceder ao estudo de investigação foi solicitado parecer à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARSLVT que foi positivo a 13 de outubro 23.

Sandra Jorge

2

- Objetivo geral:** analisar as expectativas dos casais face à intervenção do enfermeiro de família na conciliação da conjugalidade e parentalidade, desde o terceiro trimestre da gravidez até ao primeiro ano de vida do filho.
- Objetivos específicos:**
 - identificar as expectativas das famílias face à intervenção do enfermeiro família;
 - identificar a importância atribuída à intervenção do enfermeiro de família na conciliação conjugalidade e parentalidade;
 - identificar quais os medos existentes antes do parto;
 - identificar quais os indicadores existentes de stress parental.

Sandra Jorge

3

Metodologia

- Estudo do tipo quantitativo, descritivo, transversal, de amostragem por conveniência.
- A população alvo foram famílias de grávidas primíparas no terceiro trimestre de gravidez e pais com crianças (primogénitos) até ao primeiro ano de vida.
- Critérios de inclusão:** casais com grávidas primíparas no terceiro trimestre de gravidez e casais com um único filho até ao primeiro ano de vida.
- Critérios de exclusão:** casais com grávidas múltiparas, casais com mais do que um filho, casais com grávidas que não estejam incluídas no PNGBR.

Sandra Jorge

4

- Instrumentos de recolha de dados:**
 - Entrevista;
 - Questionário;
 - dados sociodemográficos e questões relacionadas com temas abordados em contexto de consulta enfermagem;
 - Escala do Medo do Parto Antes da Gravidez;
 - o medo da dor do parto, medo da ocorrência de danos corporais e o medo de eventuais complicações principalmente relacionadas com o bebé;
 - Escala de Stress Parental
 - permite identificar o nível de stress e ansiedade dos pais.

Sandra Jorge

5

Idades homem e mulher

Sandra Jorge

6

□ Habilitações Literárias homem e mulher

Habilitações literárias homem				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Válida - P.Colo	1	10,0	10,0	10,0
Secundário	4	40,0	40,0	50,0
Ensino Superior	5	50,0	50,0	100,0
Total	10	100,0		

Habilitações literárias mulher				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Válida - Secundário	5	50,0	50,0	50,0
Ensino Superior	5	50,0	50,0	100,0
Total	10	100,0		

□ Tipo de habitação

Tipo de habitação				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Válida - apartamento próprio	2	20,0	20,0	20,0
apartamento alugado	2	20,0	20,0	40,0
moradia própria	4	40,0	40,0	80,0
moradia alugada	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0		

Sandra Jorge



7

□ Rendimento do casal permite

Rendimento do casal permite				
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
Válida - Ver Desempenho a curto prazo	5	50,0	50,0	50,0
Ver confortável mas sem economias	5	50,0	50,0	100,0
Total	10	100,0		

□ Temas abordados em CE permitiram -lhe aquisição conhecimentos, tomar consciência

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Quanto de tempo dedicamos ao trabalho	10	3	5	4,20	1,09
Quanto de tempo dedicamos ao trabalho fora do horário	10	3	5	4,20	1,09
Quanto de tempo dedicamos ao trabalho fora do horário	10	4	5	4,70	0,69
Quanto de tempo dedicamos ao trabalho fora do horário	10	3	5	4,30	1,07
Quanto de tempo dedicamos ao trabalho fora do horário	10	4	5	4,60	0,74
Quanto de tempo dedicamos ao trabalho fora do horário	10	3	5	4,30	0,93
Quanto de tempo dedicamos ao trabalho fora do horário	10	4	5	4,60	0,74
Quanto de tempo dedicamos ao trabalho fora do horário	10	4	5	4,60	0,74
Quanto de tempo dedicamos ao trabalho fora do horário	10	4	5	4,70	0,69
Quanto de tempo dedicamos ao trabalho fora do horário	10	4	5	4,90	0,57

Sandra Jorge



8

□ Subsídios obtidos com a intervenção do enfermeiro

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Diminuição da ansiedade	10	4	5	4,50	,527
Perceção e consciencialização dos fatores stressores	10	3	5	4,40	,699
Perceção e consciencialização dos fatores protetores	10	3	5	4,40	,699
Aumento de conhecimentos	10	3	5	4,60	,699
Ganho de estratégias	10	3	5	4,60	,699
N válido (de beta)	10				

Antes desta consulta tinha sabido a situação correta e a manutenção da função cardíaca

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Válida - Sim	8	300,0	300,0	300,0	0,000
Não	2	1,000,0	1,000,0	1,000,0	0,000
Total	10	1,300,0	1,300,0		

Antes desta consulta tinha dado atenção particular com o uso de água, gelos e referências, após a consulta

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Válida - Sim	8	300,0	300,0	300,0	0,000
Não	2	1,000,0	1,000,0	1,000,0	0,000
Total	10	1,300,0	1,300,0		

Sandra Jorge



9

□ Dados da EMPAG

✓ Escala de auto-preenchimento, tipo *likert*, variando entre 1- discordo fortemente e 5- concordo fortemente.

✓ Escala baseada em três dimensões:

- o medo da dor do parto,
- o medo da ocorrência de danos corporais,
- o medo de eventuais complicações principalmente relacionadas com o bebé.

Em relação ao medo das complicações do parto, o item 5 "tenho receio que algo de mal possa acontecer ao bebé" é aquele que detém a maior cotação com 4 das 10 famílias a atribuir a cotação máxima de 6- concordo fortemente.

Sandra Jorge



10

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1. Tenho receio de sofrer de dor durante o parto	10	1	5	3,20	1,418
2. Tenho receio de sofrer de dor durante o parto	10	1	4	2,80	1,163
3. Tenho receio de sofrer de dor durante o parto	10	1	5	3,80	1,418
4. Tenho receio de sofrer de dor durante o parto	10	1	5	3,10	1,346
5. Tenho receio de sofrer de dor durante o parto	10	1	5	4,70	1,347
6. Tenho receio de sofrer de dor durante o parto	10	1	5	3,80	1,347
7. Tenho receio de sofrer de dor durante o parto	10	1	5	3,70	1,346
8. Tenho receio de sofrer de dor durante o parto	10	1	5	4,00	1,163
9. Tenho receio de sofrer de dor durante o parto	10	1	5	3,80	1,346
10. Tenho receio de sofrer de dor durante o parto	10	1	5	3,80	1,346

□ a maior cotação é da F8 com um total de 48 pontos (dum máximo de 54 pontos) e a menor cotação corresponde às F6 e F7 com um somatório de 23 pontos. Curiosamente estas três famílias são famílias em que a gravidez foi desejada e planeada e não correspondem aos casais mais jovens;

Sandra Jorge



11

□ Dados da Escala de Stress Parental

✓ A escala pode ser aplicada ao pai ou à mãe, de crianças saudáveis ou doentes. Esta escala está organizada em quatro dimensões ou fatores:

- Preocupações Parentais (fator I - itens 8, 9, 10, 11 e 12);
- Satisfação (fator II itens 2, 5, 6, 7, 17 e 18);
- Falta de Controlo (fator III - itens 1, 13, 14, 15 e 16);
- Medos e Angústias (fator IV - itens 3 e 4).

Sandra Jorge



12

As famílias F5 e F6, as famílias que neste estudo revelaram um nível de **stress** intermédio (de registar que nenhuma das família revelaram elevados níveis de **stress**), foram as que tiveram uma pontuação distinta nas questões:

- Item 3- " Cuidar do(a) meu (minha) filho(a) às vezes requer mais tempo e energia do que a que tenho";
- Item 4- " Às vezes questiono-me se estou a fazer o suficiente pelo (a) meu (minha) filho(a)";
- Item 9- " A maior causa de **stress** na minha vida é o (a) meu (minha) filho (a)";
- Item 12- " Tem sido difícil equilibrar diferentes responsabilidades por causa do meu (minha) filho (a)";

as duas primeira relacionadas com a **dimensão Medo e Angústias** e outras duas com a **dimensão Preocupações Parentais**.

Sandra Jorge



13

Resultados obtidos do estudo decorrido na USF

- ✓ Os dados recolhidos através da **EMPAG** sugerem que os casais consideram que o parto embora seja um evento normal e fisiológico, possa ser imprevisível e como tal **fator de stress**.
- ✓ Em relação à **ESP** a maior diversidade de respostas surgiu no domínio "**Medos e Angústias**" no item 3 "Cuidar do meu filho as vezes requer mais tempo e energia do que a que tenho" ,o que poderá estar relacionado com fatores tão distintos e variados como a **existência da família alargada, rede de apoio ou conhecimento dos recursos da comunidade**.
- ✓ **Revisão Scoping** : A promoção da saúde através da informação atempada e adequada é importante na medida em que apoia, tranquiliza e capacita os pais, aliada à importância da comunicação e partilha de emoções.

Sandra Jorge



14



A vida faz-se de percursos , facilitar a caminhada pode ser o nosso papel!

Obrigado!

Sandra Jorge



15