



**ANDREIA LIANE  
OLIVEIRA  
FERREIRA**

**Perceção das mulheres sobre o papel do  
enfermeiro de família na transição para a  
maternidade**



**ANDREIA LIANE  
OLIVEIRA  
FERREIRA**

**Perceção das mulheres sobre o papel do  
enfermeiro de família na transição para a  
maternidade**

**Women's perception on the role of family  
nurse in the transition to motherhood**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários da Unidade Curricular (UC) Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar do consórcio entre a Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Instituto Politécnico de Bragança, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Helena Loureiro e coorientação do Professor Doutor João Simões, Professores Adjuntos da Escola Superior de Saúde de Aveiro.

Dedico este trabalho ...

... aos meus pais

... aos meus irmãos

... à minha família

... aos meus amigos

... aos meus colegas de trabalho

... à equipa que me recebeu de braços abertos

... a todas as mães

... aos que sempre acreditaram

... e aos que sempre duvidaram

## **O júri**

Presidente

**Professora Doutora Marília dos Santos**

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Adília Fernandes**

Professora Adjunta da Universidade do Instituto Politécnico de Bragança

**Professora Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro**

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho não seria possível sem a colaboração e o apoio imprescindível de algumas pessoas a quem gostaria de expressar o meu agradecimento.

À minha orientadora Professora Doutora Helena Loureiro e coorientador Professor Doutor João Simões por toda a disponibilidade, entrega, pelos seus saberes e rigor científico. Por todas as críticas, sugestões, compreensão e confiança que depositaram em mim, dando-me oportunidade de com eles atingir mais um objetivo.

Às colegas de curso, pelo apoio e força quando apeteceu desistir e à Enfermeira Sandra Almeida por toda a disponibilidade e acompanhamento demonstrado ao longo do estágio.

Aos colegas de trabalho que têm tido um esforço acrescido para que seja possível a concretização deste mestrado e que apoiam incondicionalmente.

A todos os que aceitaram participar neste estudo, pela sua preciosa colaboração, pois sem ela não seria possível a sua concretização.

Uma palavra especial aos meus pais e irmãos que souberam gerir as minhas ausências, apoiando e colaborando em tudo o que estive ao alcance deles. Acreditaram e incentivaram quando eu própria me questioneei.

Aos amigos que mesmo não estando a par do que isto realmente é, funcionaram como estímulo para a realização de mais um objetivo pessoal. A todos eles, que respeitam e compreendem as ausências.

**Palavras-chave**

Saúde da Mulher, Saúde Materna, Maternidade, Transição, Enfermagem (DeCS)

**Resumo**

O presente relatório de estágio visa dar cumprimento aos objetivos propostos para a unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, do consórcio entre a Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Instituto Politécnico de Bragança. Debruça-se sobre a temática **“Perceção das mulheres sobre o papel do enfermeiro de família na transição para a maternidade”**, tendo como finalidade refletir sobre a aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar e compreender as vivências das puérperas face ao papel do enfermeiro de família na promoção da transição para a maternidade em contexto de estágio, no ano 2016/2017, na Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Tereza.

Relativamente às competências solicitadas para desenvolver em contexto de estágio foi realizada uma análise crítico reflexiva sobre as mesmas, como se procedeu e as limitações sentidas para o seu desenvolvimento. A realização do estudo empírico teve autorização da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro. Enquadra-se num paradigma de natureza qualitativa, com base numa metodologia fenomenológica descritiva que pretende responder à questão de investigação: *Qual a perceção das puérperas face às intervenções do enfermeiro de família na transição para a maternidade?*. Participaram neste estudo 11 utentes primíparas, que foram selecionadas de forma não probabilística e por conveniência, de acordo com critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Uma vez obtido o consentimento informado de todas as participantes, a colheita de informação foi conseguida por meio do preenchimento de um questionário de caracterização sociodemográfica e da condução de uma entrevista semiestruturada, gravada em registo audiográfico, posteriormente transcrito e analisado no programa webQDA, mediante a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

As evidências permitiram concluir que a maternidade, enquanto transição do ciclo vital, é abordada pelo Enfermeiro de Família de forma fragmentada. As mulheres percebem que este profissional de saúde tem um papel interventivo no “Ser Mulher” e no “Ser Mãe”, mas no que diz respeito ao “Ser Esposa” a intervenção ainda permanece pouco exígua. Ainda assim, ficou patente que assume uma função primordial nesta transição e que esta se prende essencialmente com o papel de promotor da saúde que lhe é atribuído pelas primíparas. Em conclusão, o relatório de estágio sensibilizou para a importância das competências relacionais na prestação de cuidados e para a necessidade de se prestar cuidados de forma holística, integrando a família como parceira no acompanhamento perinatal.

## Keywords

Women's Health, Maternal Health, Motherhood, Transition, Nursing

## Abstract

The present internship report aims to fulfill the objectives proposed for the Curricular Unit (UC) of Internship Professional Nature, of the Master Course in Family Health Nursing, of the consortium between the Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Instituto Politécnico de Bragança. It focuses on the **"Women's perception on the role of family nurse in the transition to motherhood"**, aiming to reflect on the acquisition and development of competencies of the Specialist Nurses in Family Health Nurses and understand the experiences of puerperal women in relation to the role of the family nurse in promoting the transition to maternity in an internship context, in the year 2016/2017, USF Rainha Tereza.

With regard to the competencies requested to develop in the context of an internship, the reflexive critical analysis was carried out on them, as well as the limitations felt for their development.

The accomplishment of the empirical study was authorized by the ARS Centro Ethics Committee. It is part of a paradigm of a qualitative nature, based on a descriptive phenomenological methodology that intends to answer the research question: What is the perception of puerperal women regarding the interventions of the family nurse in the transition to motherhood? Eleven mothers for the first time, who were selected in a non-probabilistic manner and for convenience, according to previously established inclusion and exclusion criteria, participated in this study.

Once the informed consent of all the participants was obtained, the information collection was obtained through the filling of a questionnaire of sociodemographic characterization and the conduction of a semi-structured interview, recorded in an audiographic record, later transcribed and analyzed in the webQDA program, through Bardin content analysis technique.

Evidence has led to the conclusion that motherhood, as a life cycle transition, is approached by the family nurse in a fragmented way. The women perceive that this health professional has an intervening role in the "Being Woman" and in the "Being Mother", but as far as the "Being Wife" the intervention still remains little exiguous. Nevertheless, it became clear that EF assumes the primordial function in this transition and that this is essentially related to the role of health promoter attributed to it by the mothers for the first time. In conclusion, the traineeship report sensitized the importance of relational skills in the delivery of care and the need to provide care in the holistic way, integrating the family as a partner in perinatal follow-up.

## **Abreviaturas e Siglas**

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde  
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde  
ARS – Administração Regional de Saúde  
CHBV – Centro Hospitalar Baixo Vouga  
CPP – Curso Preparação para o Parto  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DeCS – Descritores em Ciência da Saúde  
DGS – Direção Geral de Saúde  
EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar  
ESF – Enfermagem de Saúde Familiar  
EF – Enfermeiro de Família  
ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro  
Freq. Abs. – Frequência Absoluta  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
RN – Recém-Nascido  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
UF – Unidade Funcional  
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados  
USF – Unidade de Saúde Familiar  
USP – Unidade de Saúde Pública  
UC – Unidade Curricular  
UR – Unidades de Registo  
VD – Visita Domiciliária

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>CAPITULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	<b>17</b>
1. CONTEXTUALIZAÇÃO .....	19
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	24
<b>CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO</b> .....	<b>33</b>
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	35
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	37
2.1. Transição para a maternidade .....	38
2.2. Enfermagem de Saúde Familiar e a vigilância de saúde materna .....	40
3. METODOLOGIA .....	46
3.1. Tipo de estudo .....	46
3.2. Participantes .....	46
3.3. Problemática e Objetivos .....	48
3.4. Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados .....	49
3.5. Procedimentos Formais e Éticos .....	50
3.6. Procedimentos de análise de dados .....	52
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS .....	54
5. DISCUSSÃO .....	68
6. CONCLUSÕES DO ESTUDO .....	80
<b>SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO</b> .....	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>89</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>97</b>
ANEXO I - Instrumentos de Avaliação Familiar .....	98
ANEXO II - Plano de Sessão e Diapositivos de Apresentação .....	103
ANEXO III - Guião da entrevista semiestruturada .....	111
ANEXO IV - Pedido de Autorização USF Rainha D. Tereza .....	113
ANEXO V - Pedido Autorização Diretor Executivo ACeS Baixo Vouga .....	114
ANEXO VI - Parecer da Comissão de ética da ARS-Centro .....	115
ANEXO VII - Consentimento Livre e Informado .....	116

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa das freguesias do concelho de Albergaria-a-Velha .....	19
Figura 2 – Modelo Compreensivo Perceção do Cuidar .....	68
Figura 3 – Modelo Compreensivo Sugestões de Boas Praticas para Enfermagem de Saúde Familiar .....	69

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caraterização Sociodemográfica e Clínica das participantes .....	48
--	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Pirâmide etária segundo o sexo e a idade dos utentes inscritos na USF Rainha D. Tereza a 20 de Setembro de 2016.....	21
<b>Gráfico 2</b> – Caracterização das sujeitas participantes relativamente à idade ...	47

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Resultados da análise de conteúdo da área temática Percepção do Cuidar Antes do Parto para a categoria SER MULHER .....	57
<b>Quadro 2</b> - Resultados da análise de conteúdo da área temática Percepção do Cuidar Pós-Parto para a categoria SER MULHER.....	59
<b>Quadro 3</b> - Resultados da análise de conteúdo da área temática Percepção do Cuidar Antes do Parto para a categoria SER ESPOSA/COMPANHEIRA.....	60
<b>Quadro 4</b> - Resultados da análise de conteúdo da área temática Percepção do Cuidar Pós-Parto para a categoria SER ESPOSA/COMPANHEIRA .....	60
<b>Quadro 5</b> - Resultados da análise de conteúdo da área temática Percepção do Cuidar Antes do Parto para a categoria SER MÃE .....	61
<b>Quadro 6</b> - Resultados da análise de conteúdo da área temática Percepção do Cuidar Pós-Parto para a categoria SER MÃE .....	62
<b>Quadro 7</b> - Resultados da análise de conteúdo da área temática Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Antes do Parto para a categoria SER MULHER .....	64
<b>Quadro 8</b> - Resultados da análise de conteúdo da área temática Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Momento do Parto para a categoria SER MULHER .....	64
<b>Quadro 9</b> - Resultados da análise de conteúdo da área temática Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Pós-Parto para a categoria SER MULHER .....	65
<b>Quadro 10</b> - Resultados da análise de conteúdo da área temática Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Antes do Parto para a categoria SER ESPOSA/COMPANHEIRA.....	66
<b>Quadro 11</b> - Resultados da análise de conteúdo da área temática Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Pós-Parto para a categoria SER ESPOSA/COMPANHEIRA.....	66
<b>Quadro 12</b> - Resultados da análise de conteúdo da área temática Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Antes do Parto para a categoria SER MÃE .....	67
<b>Quadro 13</b> - Resultados da análise de conteúdo da área temática Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Pós-Parto para a categoria SER MÃE .....	67

## INTRODUÇÃO

Na sequência da mais recente reestruturação dos cuidados de saúde primários (CSP), com a discussão existente na área da saúde sobre o Enfermeiro de Família (EF) e a implementação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) surgiu a motivação para a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, do consórcio entre a Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Instituto Politécnico de Bragança. No âmbito dessa frequência, na unidade curricular (UC) Estágio, pertencente ao primeiro semestre do segundo ano, foi realizado um estágio na USF Rainha D. Tereza, cuja experiência é descrita no presente relatório.

Este trabalho, denominado “Perceção das mulheres sobre o papel do enfermeiro de família na transição para a maternidade”, tem como principal objetivo a divulgação dos resultados obtidos no período de aprendizagem em contexto de estágio, relativamente às competências desenvolvidas e ao estudo empírico realizado no âmbito do EF e a transição para a maternidade.

Atualmente, o EF tem como competências cuidar da família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos, nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, e em articulação com outros profissionais de saúde. É considerado um recurso de proximidade, que presta cuidados de enfermagem ao seu grupo de famílias, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visita domiciliária (Decreto-Lei nº118/2014, de 05 de agosto do Ministério da Saúde). Permite também uma continuidade de cuidados que não existia até à recente reestruturação, pelo que o utente passou a ter um enfermeiro de referência, facilitando a relação de confiança enfermeiro/utente (ACSS, 2012).

A maternidade é uma transição normativa do ciclo vital que exige cuidados de saúde promotores. É considerada uma experiência única na vida de uma mulher, e a mesma, por vezes, idealiza a forma como quer que este acontecimento

decorra. “Gravidez, maternidade e paternidade, são conceitos que implicam mudança. Esta, por sua vez é geradora de stresse, que embora não esteja necessariamente associado a sofrimento, implica a existência de um processo de reorganização” (Graça, 2012, p.162). Existe uma mudança nos papéis desempenhados, deixa de ser única e exclusivamente mulher, companheira, esposa, filha e nasce uma mãe. As suas vivências têm de ser ajustadas à vinda de um novo ser humano, quer seja ou não planeado.

O nascimento de um filho exige uma mudança complexa, que tem efeitos na mulher e em toda a família. A chegada de um novo membro ao seio familiar caracteriza-se pela vivência de um período de incertezas e desafios, que necessita de novos recursos e flexibilidade para lidar com o imprevisível (Prati & Kooler, 2011).

Por conseguinte, a família enquanto sistema terá que se reorganizar, adotar estratégias de *coping* para ultrapassar a crise com que se depara. A crise é um período temporário de desorganização intrínseca que ocorre na família enquanto sistema aberto. “No contexto da gravidez, a crise é, então, algo que acontece de forma temporária na vida da mulher e que contribui para o desenvolvimento psicológico normal, implicando que a mesma seja capaz de mobilizar mecanismos de adaptação de forma a ser capaz de dar respostas às novas mudanças que se lhe deparam e de assumir um novo papel pessoal e social” (Graça, 2012, p.162).

Os profissionais de saúde, nomeadamente o EF têm um papel fundamental na promoção da saúde materna e por conseguinte na adaptação da mulher à maternidade (DGS, 2015). Nesse sentido, o EF deverá trabalhar com a mulher e família a adoção de estratégias para promover a vigilância pré-natal, a saúde e o bem-estar da grávida, do feto e do recém-nascido. Deverá também promover a saúde e bem-estar da família no novo processo de adaptação, informando e capacitando as mães para o desempenho do novo papel.

Do ponto de vista da organização, este relatório estrutura-se em dois capítulos, que embora distintos, são interdependentes.

No primeiro capítulo, com base no guia orientador de estágio e na consulta de toda a documentação da USF Rainha D. Tereza, das normas existentes e da documentação/ legislação referente ao EF, procede-se à contextualização do local de aprendizagem e à análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências específicas do EEESF, salvaguardando-se sempre os princípios do código deontológico inerente à profissão.

Num segundo capítulo, o *estudo empírico*, este encontra-se organizado em seis secções que contextualizam e apresentam as fases de desenvolvimento do estudo qualitativo proposto e que cumprem todas as considerações formais e éticas necessárias para a realização do mesmo. Na primeira e segunda secção apresentamos a contextualização do estudo e o seu enquadramento teórico. Posteriormente apresentamos o percurso metodológico do processo investigativo, no qual damos a conhecer o tipo de estudo, as sujeitas participantes, a problemática e os objetivos do estudo, o instrumento da recolha de dados e os procedimentos adotados para a obtenção dos mesmos, os procedimentos formais e éticos necessários para a realização do estudo e como se procedeu à análise da informação obtida. A secção quatro aborda a apresentação e análise da informação recolhida. Expõe-se na secção cinco a discussão dos resultados, no qual confrontamos os resultados obtidos no estudo com as perspetivas do quadro teórico de referência existente.

A última secção, refere-se às conclusões do estudo, em que se sintetiza a informação, apontando os principais aspetos a reter, os contributos e as propostas de intervenção para as boas práticas do EEESF e a síntese conclusiva do relatório.



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



## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Com vista a dar cumprimento à unidade curricular Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar do consórcio entre a Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Instituto Politécnico de Bragança, o mesmo decorreu na USF Rainha D. Tereza entre 19 de Setembro de 2016 e 09 de Fevereiro de 2017, ao longo de 480 horas. Este período de aprendizagem foi realizado sob a orientação da Professora Doutora Helena Loureiro e a tutoria da Enfermeira Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária.

A USF Rainha D. Tereza encontra-se localizada na cidade de Albergaria-a-Velha e, com a finalidade de efetuar uma caracterização da população inscrita na mesma, considerou-se pertinente fazer uma breve caracterização da cidade de Albergaria-a-Velha.

A cidade de Albergaria-a-Velha é sede de concelho com 158,83 km<sup>2</sup> de área e 25 252 habitantes (INE, 2011). A sua área geodemográfica encontra-se subdividida em 6 freguesias: Albergaria-a-Velha e Vale Maior, São João de Loure e Frossos, Branca, Ribeira de Fráguas, Alquerubim, Angeja. O município é limitado pelos municípios de Estarreja, Oliveira de Azeméis, Sever do Vouga, Águeda, Aveiro e Murtosa (figura1).



Figura 1- Mapa das freguesias do concelho de Albergaria-a-Velha

Fonte: [https://www.google.pt/search?q=concelho+albergaria+a+velha&client=firefox-b&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKewi40-ag-OPPAhWILMAKH\\_aIDMgQ\\_AUICcQB&biw=1366&bih=659#imgrc=Bdlgsi6THwJV-M%3A](https://www.google.pt/search?q=concelho+albergaria+a+velha&client=firefox-b&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKewi40-ag-OPPAhWILMAKH_aIDMgQ_AUICcQB&biw=1366&bih=659#imgrc=Bdlgsi6THwJV-M%3A)

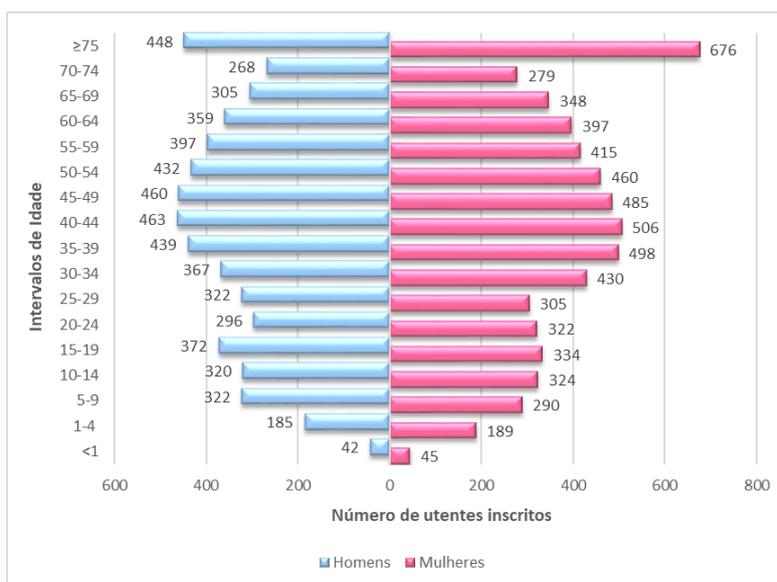
No município de Albergaria-a-Velha, a atividade económica que predomina é o sector secundário, constituindo 56,2% da população ativa (PORDATA, 2011). É um município de referencia, no que diz respeito à indústria de produtos metálicos, indústria têxtil e indústria de madeira.

Passando para a caracterização da USF Rainha D. Tereza, esta tem como área de influência, as freguesias de Albergaria-a-Velha e Valmaior com 10 568 habitantes e Alquerubim com 2 381 habitantes, embora estejam inscritos utentes das outras freguesias, assim como de outros concelhos. É uma Unidade Funcional (UF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Vouga, pertencente à Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro que dentro da sua área de influência dá resposta a 12.086 utentes inscritos. Enquanto UF do ACeS, articula-se com outras UF's e outras instituições de saúde, como a UCC, USP, URAP, Santa Casa da Misericórdia e Serviço Social. O edifício onde esta se encontra sediada é partilhado com a UCSP Albergaria, UCC e Atendimento Complementar e tem como horário de funcionamento, nos dias úteis, das 08h às 20h. Se surgir a necessidade de cuidados de saúde fora do horário de funcionamento da USF, os utentes inscritos na mesma deverão recorrer às alternativas assistenciais disponíveis, Linha Saúde 24, Atendimento complementar do Centro de saúde de Albergaria e Centro Hospitalar Baixo Vouga. A USF é constituída por sete micro equipas de família (médico e Enfermeiro de Família) e cinco assistentes técnicas. Cada microequipa tem atribuído um ficheiro com determinado número de famílias às quais presta cuidados de saúde nos diferentes programas de saúde ao longo do ciclo vital.

Conforme as necessidades identificadas para a população inscrita, a equipa de família intervém, baseando-se sempre na sua carteira básica de serviços, nomeadamente: saúde infantojuvenil; saúde da mulher; saúde do adulto e do idoso; cuidados de saúde a grupos vulneráveis e de risco; cuidados no domicílio/habitação permanente; articulação e colaboração com os cuidados especializados.

De acordo com os dados consultados, com a supervisão da Enf.<sup>a</sup> Sandra Almeida, no MIM@UF<sup>1</sup> a 26 de Setembro de 2016, em conformidade com a carteira básica de serviços da USF obtivemos os seguintes resultados (utentes inscritos por programa de saúde): Saúde da Família - 274; Saúde do Idoso – 1502; Saúde do Adulto – 10294; Saúde Materna – 84; Planeamento Familiar – 3578; Saúde Adolescentes - 419; Saúde Infantil – 873; Grupos vulneráveis e de Risco – 2228 (Hipertensos: 1248, Diabéticos: 980); Dependentes – 90 e Programa de Narcóticos de substituição – 37. Convém referir que o mesmo utente pode estar associado a mais do que um programa de saúde.

Com base na recolha de dados inerentes aos utentes inscritos por sexo e intervalos de idade procedeu-se à elaboração da seguinte pirâmide etária (Gráfico1).



**Gráfico 1** - Pirâmide etária segundo o sexo e a idade dos utentes inscritos na USF Rainha D. Tereza a 20 de Setembro de 2016

Analisando a pirâmide etária da população inscrita na USF Rainha D. Tereza (Gráfico 1) verifica-se que a base é retraída, confirmando a tendência nacional de envelhecimento da população.

<sup>1</sup> O acesso a todos os dados inerentes à USF Rainha D. Tereza e aos processos dos utentes, foram realizados com o tributo da Enf.<sup>a</sup> supervisora – Sandra Almeida

Após uma breve contextualização do local de estágio, identificamos os seguintes objetivos delineados pelo plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar para a concretização do mesmo:

- ✓ Cuidar a família como uma unidade de cuidados;
- ✓ Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- ✓ Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- ✓ Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- ✓ Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia;
- ✓ Elaborar o relatório de estágio.

A definição dos objetivos acima mencionados visava a aquisição e desenvolvimento das seguintes competências:

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

Como objetivo pessoal pretendeu-se o desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto ser humano e enfermeira. Pretendeu-se, também, aprofundar e adquirir novos conhecimentos no que diz respeito à Enfermagem de Família, para posteriormente praticar cuidados de enfermagem de família de forma teórica e cientificamente sustentada.

## 2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo iremos documentar o percurso de aprendizagem, realizando a descrição das atividades desenvolvidas para o desenvolvimento de competências exigidas e a autorreflexão sobre as mesmas.

A USF Rainha D. Tereza e a sua equipa multidisciplinar, enquanto contexto de estágio, foram facilitadores do processo de aprendizagem. A equipa multidisciplinar permitiu uma boa integração, manifestando disponibilidade e aceitação, principalmente a equipa de enfermagem e em concreto a Enf.<sup>a</sup> Sandra Almeida que supervisionou a experiência de aprendizagem. A metodologia de trabalho, segundo o modelo equipa de família, e a minha experiência profissional numa USF elevaram as expectativas em relação ao estágio a realizar. No entanto, considera-se que devido à integração e ao contexto profissional onde desempenho funções, as competências já adquiridas, a autonomia e a confiança na prestação de cuidados e os conhecimentos prévios, foram fatores facilitadores para alcançar o sucesso nesta unidade curricular.

Com a reestruturação dos CSP, os enfermeiros das USF's e UCSP's passaram a ser automaticamente denominados por "enfermeiros de família". Apesar de desempenhar funções numa USF, surgiu a seguinte questão no início da frequência deste Mestrado: "*Seremos nós, efetivamente, enfermeiros de família?*". As temáticas iam sendo abordadas e a questão mantinha-se. Ficou-se, desde então, mais desperta para uma nova abordagem na prestação de cuidados de enfermagem que até ao momento realizava, englobando o contexto da família e a envolvimento da mesma na prestação de cuidados.

Chegando ao local de estágio com as competências anteriormente mencionadas para desenvolver, o primeiro obstáculo foi não haver por parte de muitos utentes o reconhecimento do seu EF ou, até mesmo, de saberem da existência do mesmo. A questão inicial voltou a surgir: "*Seremos nós, efetivamente, enfermeiros de família?*". Após observação, análise e reflexão sobre a postura dos utentes e os cuidados prestados, direcionados em grande parte para o individuo de forma singular, reforçou-se a ideia que esse iria ser um grande

obstáculo diário a superar, sendo uma dificuldade sentida ao longo de todo o estágio.

Os cuidados à família, segundo Figueiredo (2012), desenvolveram-se ao mesmo tempo que os cuidados de enfermagem. A dificuldade de prestar cuidados à família reside no facto de que cuidar da mesma é intervir num todo sistémico que é muito mais do que a soma dos seus elementos, porque compreende toda a complexidade de relações que nela existem. Pela dificuldade acima mencionada, a família continua a ser encarada por alguns enfermeiros como contexto de prestação de cuidados e não como alvo de cuidados.

O não reconhecimento por parte do utente da existência de um EF e a família ser vista de forma fragmentada foram os obstáculos iniciais identificados, mas que foram diminuindo de intensidade ao longo do desenvolvimento do estágio. Como estratégias, passou-se a identificar o EF aos utentes/famílias a quem se prestou cuidados de enfermagem, explicou-se o seu papel e identificou-se a necessidade de refletir com a equipa a temática “*O que é ser enfermeiro de família?*”. Essa reflexão veio a concretizar-se numa formação interna planeada com o Conselho Técnico da USF Rainha D. Tereza (Anexo II), com o intuito de refletir em conjunto sobre a temática, tendo por base as evidências que foram emergindo das entrevistas do estudo que se encontrava a desenvolver na USF.

A frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar e a convivência com a temática levou, na prática enquanto profissional e aluna, a estar desperta para a família como unidade de cuidados e parceira de cuidados de enfermagem a prestar. Sendo assim, as competências, **“Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica”** e **“Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital”**, consideraram-se desenvolvidas ao longo deste percurso. Para o seu desenvolvimento, colaborou-se na prestação de cuidados em contexto domiciliário, uma vez que este contexto facilita a conhecimento da família e a forma como esta se organiza no

seu ambiente de desenvolvimento. O contexto de visita domiciliária (VD) também permitiu perceber os recursos e as forças da família, de forma a capacitá-la para a satisfação das necessidades identificadas. Em contexto de ambulatório, nas consultas programadas de vigilâncias e nos tratamentos continuados, procurou-se estabelecer uma relação de proximidade com os elementos da família de forma individual e coletiva e sempre que existia outro elemento da família, tentou-se envolvê-lo no processo de saúde/doença do seu familiar. No entanto, foi difícil envolver a família, uma vez que a maior parte dos utentes em contexto domiciliário se encontravam apenas acompanhados por uma pessoa, que nem sempre era membro da mesma (ou considerado como tal) e os utentes aos quais foram prestados cuidados de enfermagem em contexto ambulatório deslocavam-se sozinhos à USF.

No que diz respeito à família, cada família só dá a conhecer de si o que quer que se conheça. E, por vezes, a complexidade, a maneira como se organizam e as relações estabelecidas entre os seus membros são difíceis de identificar/percecionar se a família não quiser partilhar, ou se não houver uma relação de confiança previamente estabelecida. Inicialmente, sentiu-se dificuldade devido à falta de proximidade e de ser um elemento estranho às famílias que prestava cuidados. No decorrer do estágio, com a proximidade que se foi criando, a continuidade de cuidados e a relação de confiança estabelecida considera-se que essa dificuldade foi ultrapassada, não criando obstáculos no desenvolvimento destas competências.

Para desenvolver a competência **“Realiza a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento”**, selecionaram-se famílias vulneráveis para a aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) em contexto de consulta de enfermagem domiciliária ou em ambulatório. A metodologia utilizada foi a avaliação familiar, com recurso às estratégias de observação e entrevista semiestruturada, utilizando um protocolo de recolha de dados baseado no MDAIF. Percecionou-se, na aplicação do MDAIF a existência de perguntas bastante pessoais, que quando a relação de

confiança não está estabelecida, as mesmas não são respondidas, ou são respondidas sem a veracidade pretendida. Para além disso, constatou-se que para a aplicação do MDAIF é necessário possuir boas competências comunicacionais, ponto esse que levou à necessidade de refletir com a supervisora sobre estratégias para abordar determinadas famílias.

A avaliação familiar foi realizada em transições normativas das diferentes fases do ciclo vital sem riscos diagnosticados (primeira consulta de saúde materna e saúde infantil) e em situações de patologia diagnosticada (feto com má formação congénita) e, ainda, em transição saúde-doença (diagnóstico de doença oncológica e de demência) e em algumas situações de doença crónica relacionadas com estilos de vida (diabetes, hipertensão e obesidade infantil). A execução das mesmas permitiu um conhecimento aprofundado das famílias a que se prestava cuidados e das famílias que se pretendiam conhecer para a realização do estudo integrado no estágio que se apresenta no capítulo seguinte. Procedeu-se à elaboração manual do Genograma e do Ecomapa, assim como à aplicação dos instrumentos de avaliação: Apgar Família<sup>2</sup> FACES II<sup>3</sup>, Escala de Graffar<sup>4</sup>, Escala de Sobrecarga do Cuidador<sup>5</sup> e Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe<sup>6</sup> (Anexo I). Efetuaram-se com a Enf.<sup>a</sup> Supervisora os registos possíveis no SClínico para a avaliação do “Processo Familiar” e a “Saúde da Família” que não conseguem de momento traduzir o trabalho realizado em contexto prático.

O desenvolvimento desta competência teve como fatores limitadores o tempo que exige para a sua realização e a complexidade do MDAIF. Realizar uma avaliação familiar é algo extremamente útil, mas bastante demorado. Quando se faz referência a tempo, referimo-nos não só à disponibilidade do profissional, mas também à disponibilidade por parte da família para nos ceder a informação requerida. Na maioria dos contextos, a avaliação foi realizada apenas com um

---

<sup>2</sup> Avalia a satisfação dos membros da família, permitindo a classificação da família como funcional ou disfuncional. Fonte: Smilkstein in Figueiredo (2013). Anexo I

<sup>3</sup> Permite avaliar a adaptabilidade e coesão familiar. Fonte: Olson *et al* versão Portuguesa Fernandes (1995) in Figueiredo (2013). Anexo I

<sup>4</sup> Permite avaliar as condições socioeconómicas da família e identificar a sua classe social. Fonte: Graffar adaptada in Figueiredo (2013). Anexo I

<sup>5</sup> Permite a avaliação da sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Fonte: Zarit in Sequeira (2007). Anexo I

<sup>6</sup> Permite a avaliação dos eventos significativos da família no período de um ano, determinando a probabilidade de algum membro desenvolver doença. Fonte: Holmes & Rahe in Figueiredo (2013). Anexo I

membro da família. Este dá-nos a sua perceção, mas não a realidade, pois a realidade seria a soma da perceção de todos os membros da família. O contexto domiciliário, comparativamente ao contexto ambulatório, é facilitador da aplicação do MDAIF, uma vez que existem itens que se percebem de forma automática neste contexto. Enquanto aluna foi-me permitido tempo para a aplicação do MDAIF e dos instrumentos de avaliação familiar (Anexo I) e constatou-se que são extremamente úteis para conhecer as famílias. Mas a perceção enquanto aluna e profissional é que é um modelo de difícil implementação devido à sua complexidade e ao tempo que leva a avaliação e planificação de cuidados com a mesma. Após a aplicação do MDAIF e dos instrumentos de avaliação tentou-se proceder aos registos no Sclínico, mas não foi possível. O programa de registos não apresenta um estado de parametrização que permita o completo acordo com os diagnósticos CIPE familiar. Permite efetuar uma avaliação do processo familiar, mas que não vai de encontro ao MDAIF. Não é possível elaborar um genograma e ecomapa e no que diz respeito às etapas do ciclo vital, o MDAIF baseia-se na classificação de Relvas (Figueiredo, 2012) e o Sclínico na classificação de Duvall. Apesar das dificuldades encontradas considera-se que a competência **“Realiza a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento”**, foi desenvolvida ao longo deste estágio. Reconheceu-se a necessidade de explorar com a equipa de enfermagem a importância do MDAIF e os possíveis campos de registo que o aplicativo informático permitia nesse presente momento (Anexo II).

As competências seguintes, **“Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo”**, **“Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar”** e **“Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar”**, surgiram na sequência do desenvolvimento da competência anterior. Para a aquisição destas competências o fator tempo, foi também a única barreira encontrada, mas que foi superada. Reconhece-se que nem sempre é possível

ou se justifica aplicar o MDAIF, no entanto é pertinente envolver a família na prestação de cuidados. Desenvolveu-se esta competência em várias consultas de vigilância programadas, nomeadamente nas consultas de diabetes, nas consultas de saúde materna e nas consultas de saúde infantil em que se incentivou a presença de outro elemento da família e se verificou nas consultas seguintes a presença do mesmo. Nas consultas de diabetes, reconheceu-se em várias situações que era necessário o cônjuge (pessoa que confeciona as refeições) estar presente nas consultas, para que fosse possível negociar um contrato de saúde e modificar comportamentos. Nas consultas de saúde materna as grávidas apresentavam-se maioritariamente sozinhas, incitou-se à presença do pai nas consultas seguintes para que o acompanhamento da gravidez e a sua promoção fosse partilhada pelo casal. Nestas consultas foi onde se verificaram as maiores mudanças significativas, nomeadamente a presença do pai nas consultas seguintes e o seu envolvimento na consulta, quando questionando. Este facto pode ser justificado pela periodicidade com que se efetuam as consultas nesta área. Na realização das consultas de saúde infantil reconheceu-se a importância da presença do pai e da mãe para que ambos se envolvessem no desenvolvimento saudável do seu filho (prevenção de acidentes, hábitos de vida saudáveis, atividades promotoras). Após a elaboração do plano de cuidados com a família foi-se monitorizando os resultados perante as intervenções implementadas e renegociando ou reajustando a implementação de novas intervenções de acordo com a identificação de necessidades e forças da família.

No decorrer deste estágio, e para desenvolver as competências anteriormente descritas, foi percecionada a importância da realização da consulta de enfermagem domiciliária de carácter promotor. Por não ser habitual, os utentes demonstravam-se pouco recetivos às mesmas. A não implementação deste tipo de consulta, dificultou o desenvolvimento de algumas competências, uma vez que o domicílio é um contexto considerado facilitador para um melhor conhecimento das famílias no seu meio ambiente. Nesta sequência, e verificando nas consultas de saúde materna que a VD à puérpera e ao recém-nascido (RN) não é uma prática implementada por todos os EF's da USF, foi apresentada na formação interna a proposta da normatização de VD à puérpera

e ao recém-nascido pelo EF para toda a equipa, assim como iniciar a maior sensibilização para a presença do pai nas consultas de vigilância (Anexo II). Reforçou-se na formação as orientações do Programa Nacional Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) que refere que é importante avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido bem como a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel e que é importante a realização de visita domiciliária no puerpério, principalmente nas famílias ou situações identificadas como risco.

Ao longo deste estágio também se constatou a importância de a família ser aliada dos profissionais de saúde na arte do cuidar, evidenciando-se a capacitação da família, otimizando os recursos e as forças que dispõe para gerir a sua saúde. Percecionou-se a pertinência da utilização de modelos de avaliação e intervenção familiares, na prática em contexto real de cuidados de enfermagem de saúde familiar, assim, como algumas limitações que se realçam, a disponibilidade de tempo deficiente, a dificuldade na documentação nos sistemas de informação, a exigência de treino em relação à entrevista familiar e o facto de a família ser uma estrutura que está em constante mudança e evolução.

Em síntese, os objetivos delineados e as competências que era necessárias desenvolver, confirmaram a necessidade de formação que sentia neste específico domínio da enfermagem para desempenhar funções de EF e não ser uma mera designação atribuída devido à reestruturação dos CSP. Reconhece-se desta forma a pertinência e a necessidade de formação inerente à saúde familiar para todos os profissionais que desempenham funções nesta área. Constatou-se a importância de uma relação de confiança, pois foi difícil a adaptação diária a relações/situações sem qualquer tipo de contextualização. Salienta-se assim a importância das competências relacionais em paralelo com as competências técnicas para cuidados de enfermagem de saúde familiar atualizados e de qualidade.

A este âmbito, após reflexão sobre os conhecimentos adquiridos no decorrer da frequência do Mestrado de Enfermagem em Saúde Familiar, sobre a prática de cuidados de enfermagem observados, a aplicação do MDAIF nas situações

anteriormente descritas e uma preferência pessoal, enquanto profissional, pela área da saúde materna, surgiu a motivação para elaborar o estudo solicitado na área da Saúde da Mulher, mais concretamente na área da Saúde Materna.



## **CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO**



## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi solicitado no âmbito da UC Estágio, inserida no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar do consórcio entre a Universidade de Aveiro, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e Instituto Politécnico de Bragança e teve como contexto a USF Rainha D. Tereza.

A transição para a maternidade é um acontecimento que implica mudança e desenvolvimento humano, é um processo com um início e um fim, em que os mesmos não ocorrem simultaneamente. No decorrer deste acontecimento, a díade familiar tem de se adaptar à tríade e a mulher, para além de mulher que era também esposa, acresce o papel de mãe. De acordo com Wright & Leahey (2011) fazendo referência a Carter e McGoldrick (1999) é no estágio dois do ciclo vital: casamento – união de famílias que ocorrem as decisões sobre a Paternidade. A decisão de serem pais, implica um ajuste no sistema conjugal para passar ao estágio três: famílias com filhos pequenos. A passagem de um estágio para outro, implica mudanças de papéis na mulher e reajustes nas dinâmicas familiares. Para Hanson (2005) o sistema familiar é influenciado por qualquer mudança ocorrida nos seus membros. O EF deverá definir com a família, quais as pessoas que consideram fazer parte dela e ter o sistema familiar como alvo de prestação de cuidados de enfermagem. O período de passagem de mulher a mãe, sobretudo quando se trata do primeiro filho, exige à mulher grandes mudanças e adaptações ao nível biológico, psicológico, social e relacional, as quais vão pôr à prova a sua capacidade para lhe fazer face (Canavarro, 2001).

Após abordagem teórica em contexto de sala de aula sobre a Teoria das transições de Meleis (2010), reflexão sobre a minha prática e pesquisa sobre a área da saúde materna enquanto transição, por ser uma área de interesse pessoal enquanto enfermeira, constatou-se como problemática a carência de estudos sobre esta temática. Existem vários estudos sobre esta temática na área da psicologia, mas na área de enfermagem, a pesquisa realizada constatou a

sua escassez. Segundo Fortin (2009), qualquer investigação tem por base uma situação considerada como problemática, que por consequência exige uma melhor compreensão do fenómeno observado. Assim, surgiu a preocupação de compreender a percepção das puérperas face aos cuidados de enfermagem, do seu EF. Desta reflexão, procedeu-se ao desenvolvimento do estudo intitulado: “Percepção das mulheres sobre o papel do enfermeiro de família na transição para a maternidade”.

A realização deste estudo pretendeu responder à seguinte questão de investigação *“Qual a percepção das puérperas face às intervenções do enfermeiro de família na transição para a maternidade?”* e teve como objetivo geral *“Compreender as vivências das puérperas face ao papel do enfermeiro de família na promoção da transição para a maternidade”*.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O conceito de maternidade tem sofrido alterações ao longo do tempo. Deste modo, para compreender a questão da maternidade atualmente, passaremos a abordar as mudanças na representação da maternidade, através de uma breve perspectiva histórica.

Segundo Correia (1998) até ao séc. XVII a maternidade era vivenciada exclusivamente pela mulher, sendo excluídos os homens desta vivência. O séc. XIX marca a origem de uma nova mulher: educadora, mãe e criadora da sociedade futura. Exige-se à mulher que, antes de tudo, seja mãe. É nesta altura que surge o conceito de amor materno e a amamentação é um dos indicadores de mudança de comportamento. Neste século a maternidade começou a ter um novo sentido, que se estendia ao envolvimento de toda a família para além dos nove meses. O papel de mãe assume maior responsabilidade e o de pai (papel autoritário) perde importância. No séc. XX, com a I Guerra Mundial, a mulher ocupou o lugar do homem e constatou que tinha mais capacidades, para além daquelas que eram as de ter filhos e educá-los. Nesta altura ela assegura a sua independência através da atividade profissional, o que altera o tipo de relação que tem com o conjugue/pai.

Com o movimento feminista, dos anos 60, o mito de que a mulher era passiva destrói-se. Passa a recusar a maternidade como a única razão da sua felicidade e realização e exige ao homem a partilha da maternidade e educação.

Delassus, Carlier & Boureau-Louvet (2010) referem que a maternidade é um tema bastante atual, mas que se continua a ignorar o seu verdadeiro significado humano e a associá-la apenas à sua parte física e fisiológica. Atualmente, em consequência do papel familiar e social que a mulher adquiriu ao longo dos tempos, a maternidade exige a envolvimento do casal para o planeamento e preparação da chegada de um novo membro ao seio familiar. (DGS, 2015).

## 2.1. Transição para a maternidade

Um dos acontecimentos mais importantes e marcantes na vida de um casal e da família é o nascimento de um filho, que, particularmente no caso de ser o primeiro, assinala o início de uma nova fase de transição do ciclo vital, movendo-se da função conjugal para a parental (Relvas, 2004). Sendo o nascimento de um filho considerado um acontecimento normativo, comum e habitualmente esperado e desejado, este modifica decisivamente a identidade, papéis e funções dos progenitores e de toda a família (*idem*).

Para Schlossberg, Waters & Goodman (1995), a transição ocorre quando um acontecimento produz mudanças pelo menos numa das seguintes áreas: rotinas, papéis, relações interpessoais, auto e/ou hétero conceito. A maternidade é um acontecimento caracterizado por um compromisso intenso e complexo que engloba uma reestruturação da identidade da mulher, a aceitação do bebé, a reorganização da relação que estabelece com a família, com o marido/companheiro e amigos, e preconiza o reajuste das tarefas pessoais que desempenha.

A Teoria das Transições de Meleis (Meleis, 2010, p. 76) defende que “transição é a passagem de uma fase de vida, condição ou estágio para outro”, que diz respeito tanto ao processo como ao resultado da interação entre a pessoa e o seu ambiente. Sendo assim, implica que a mulher assimile novos conhecimentos, altere um comportamento, alterando a definição de si no seu contexto social. Engloba sempre uma mudança e uma adaptação a uma nova realidade (*idem*). Desta forma, durante este período, é exigido à mulher um reajustamento biofisiológico que ocorre em simultâneo com um reajustamento psicológico, ao nível da imagem do corpo, do papel social exercido e do papel desempenhado enquanto membro da família (Camarneiro, 2007). É um desafio para a preparação de uma relação triádica e, ao mesmo tempo, na continuação de uma relação diádica com o companheiro (Silva & Figueiredo, 2005). Na sociedade atual a maternidade reflete a interligação entre as responsabilidades de ser mãe, interiorização das expectativas dos membros da família, amigos e

sociedade relativamente aos comportamentos apropriados e inapropriados no que diz respeito ao papel de grávida e de mãe (ICN, 2011).

Ao longo da gravidez a mulher está sujeita a modificações físicas e psicológicas que potenciam nela medos e receios no que diz respeito à associação dos diferentes papéis que desempenha. Continua a ser mulher, a ser esposa/companheira e acresce o papel de mãe. Para Pinquart & Teubert (2010) a parentalidade está associada a um maior número de mudanças na vida das mães do que dos pais, uma vez que culturalmente existe o pressuposto de que estas são as principais cuidadoras. As prioridades mudam, ela tende a focar-se na gravidez, no bebé que nasce e coloca por vezes de parte a mulher e esposa que era. Graça (2012, p.633) afirma que “a mulher, durante a gravidez, tem uma vulnerabilidade acrescida pelo facto de não ter uma ideia precisa dos limites do seu corpo, nem do reflexo da sua aparência perante os outros.” O programa de saúde mental na gravidez e 1ª infância da DGS (2005, p.4) defende que a gravidez introduz mudanças (emocionais, relacionais, sociais e económicas) no pai, no casal parental e na família mais alargada. Salienta que é importante dar suporte ao casal e estar atento aos estados emocionais da mulher grávida. A promoção da saúde passa pela promoção da saúde mental da grávida e deve implicar que sejam desenvolvidos cuidados abrangentes, físicos, psíquicos e sociais, nos períodos pré e pós-natal.

No decorrer desta vivência, a mulher pode sofrer alterações comportamentais que interferem com as suas relações interpessoais de acordo com o trimestre em que se encontra. Hernandez & Hutz (2008, p.133) mencionam que “O primeiro trimestre de gravidez é um período de fusão no qual a mãe percebe o feto como uma parte fisicamente integrada de si mesma”. Quando se confirma a gravidez, desperta-se na mãe medos e anseios sobre o desenvolvimento do feto, capacidade de aceitação dela por ela própria e de quem a rodeia no que toca à sua gravidez. É um período caracterizado por uma mistura de sentimentos que parecem estar associadas às modificações fisiológicas e sintomas intensos (Brazelton & Cramer, 1993), nomeadamente: hipersónia, náuseas e vômitos, distúrbios de apetite, alterações no desejo sexual, mudanças de humor e

aumento da sensibilidade (Soifer, 1991). No segundo trimestre, a grávida está mais sensível devido a fatores hormonais. Com a percepção e apreciação dos movimentos fetais, a grávida fica emocionalmente mais tranquila e feliz. É a fase em que a mulher se sente mais confiante em relação à gravidez, os sintomas físicos que incomodavam tendem a desaparecer, o risco de abortar diminui, tornando-se o bebê uma realidade. No terceiro trimestre, a futura mãe encontra-se preocupada: “Como vai ser o parto?”, “Serei capaz de amamentar?”, “Será que vai nascer perfeito?”. Encontra-se cansada e ansiosa com a proximidade do parto. Quer que a gravidez termine, deseja o bebê, mas teme o nascimento. Tem medo do “Ser Mãe”. Neste trimestre há um aumento da ansiedade provocada pela proximidade do parto e pelas mudanças que o nascimento do bebê implicará na sua vida (Lourenço, 2013). Os últimos dias que antecedem o parto são caracterizados pelo medo do parto, concretamente sobre morte no parto, dela ou do bebê, pelo medo da dor e medo de complicações que possam ocorrer nesse momento (Isserlis, Dallay Sutter, Dugnat & Glangeaud-Freudental, 2008 *apud* Lourenço, 2013). Este trimestre, é caracterizado pela “(...) separação psicológica e pelo crescimento da curiosidade das mulheres acerca do encontro com o bebê. Além da adaptação ao feto e ao bebê recém-nascido, geralmente, a primeira gravidez traz implicações no relacionamento das mulheres com os seus parceiros” (Hernandez & Hutz, 2008, p. 133).

Martins, Abreu & Figueiredo (2014) referem que durante esta transição as mulheres precisam aprender a dividir com o homem a vivência da maternidade, envolvendo-o nos cuidados desde o início da gravidez, uma vez que durante esta transição, os conflitos entre o casal tendem a crescer.

## **2.2. Enfermagem de Saúde Familiar e a vigilância de saúde materna**

Segundo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho do Ministério da Saúde p. 3128, “os cuidados de saúde constituem um elemento central do SNS e assumem, numa perspetiva integrada e de articulação com outros serviços para a continuidade de cuidados, importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, de prestação de cuidados de saúde, e no acompanhamento de qualidade e proximidade às populações.”

O conceito de “Enfermeiro de Família” é relativamente recente em Portugal, tendo vindo esta designação a ter um desenvolvimento considerável nos últimos 15 anos, mais particularmente, com a reestruturação dos CSP. Com o aparecimento das USF’s e posteriormente das USCP’s passou-se de uma prestação de cuidados em que não existia obrigatoriamente continuidade de cuidados para o modelo de EF em que existe continuidade de cuidados prestados e uma maior proximidade. Neste novo paradigma o EF deve centrar-se no sistema familiar como elemento em que o todo e as partes se influenciam mutuamente nos processos de saúde, na saúde familiar (Figueiredo, 2012).

A ênfase crescente da família como foco dos cuidados de enfermagem é uma temática que se tem salientado em vários documentos legais. Segundo a OMS (2000), o EF é um profissional integrado numa equipa multidisciplinar de saúde que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade.

O atual quadro legislativo dos CSP Portugueses evidencia o EF como agente de mudança, tendo por base um contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias, em que estas são o alvo da prestação de cuidados. Neste contexto, a OE (2010) definiu competências para o EEESF.

Atualmente os enfermeiros a desempenhar funções nas USF’s devem deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar (Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho do Ministério da Saúde procede à alteração ao Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto do Ministério da Saúde). No contexto prático, são denominados como tal, mas a especialidade nesta área é algo, até ao momento, legalmente inexistente.

Figueiredo & Martins (2009) salientam que a enfermagem de família é um contexto específico da enfermagem que dá ênfase às interações dos elementos da família, e que esta deverá ser envolvida no seu processo de saúde e capacitada pelo EF na promoção de autonomia enquanto sistema. Os cuidados de enfermagem devem centrar-se no cuidado ao ser humano, que durante o ciclo

de vida é confrontado com a vivência de transições que os colocam em situações de maior vulnerabilidade e risco para a sua saúde (Meleis, 2010). Relativamente ao EF, Wrigth e Leahey (2011) distinguem enfermeira de família como profissional que centra a sua intervenção na família, enquanto unidade de cuidados. O EF intervém simultaneamente no indivíduo e na família e o foco de atenção é a interação e a reciprocidade. A este respeito Graça (2012, p.162) refere que “(...) o campo de competência da enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torna-la competente e capaz de utilizar os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos”.

Por conseguinte, centrando-se o presente estudo na transição para a maternidade, e sendo esta considerada uma transição normativa do ciclo vital, o EF deverá ter em atenção as tarefas desta etapa do ciclo vital e planificar as suas intervenções em conformidade com a mesma.

Nos CSP, as consultas de vigilância em saúde materna são o espaço principal destinado à prestação de cuidados do EF nesta área. Estas consultas têm como guia orientador o Programa Nacional Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) que alega que a forma como se vive esta transição é individual e única, e que durante a gravidez as mulheres e seus companheiros e/ou família devem ser considerados parceiros nas decisões e intervenções que sejam necessárias nesta fase. Neste processo de mudança, durante as consultas, o EF deverá identificar as forças e recursos da família, envolvendo-a para que a transição culmine de forma positiva.

Os cuidados de enfermagem prestados nestas consultas pelo EF, visam o bem-estar da utente e da família assim como o envolvimento de ambos na promoção da sua saúde e prevenção da doença. A grávida deverá ser abordada enquanto ser biopsicossocial e espiritual, deve-se ter em atenção o seu estado emocional, e não dar somente atenção a questões físicas (Barretto & Oliveira, 2010; DGS, 2005). Esta vigilância preconiza a realização de uma consulta pré-concepcional, consulta que não é ainda procurada pelas mulheres/ casais de forma desejada.

O esquema cronológico recomendado para a vigilância durante a gravidez (DGS, 2015) consiste na realização da primeira consulta o mais precocemente até às 12 semanas. As consultas seguintes têm o intervalo de 4-6 semanas até às 30 semanas; 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas e 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto. Entre as 36 semanas e as 40 semanas deve ser programada uma consulta no hospital onde virá a ocorrer o parto. Por último, realiza-se a consulta de puerpério entre as 4 e 6 semanas pós-parto. A abordagem necessária e aconselhada para cada consulta, encontra-se bem definida neste programa da DGS. A realidade do ACeS Baixo Vouga, da qual a USF Rainha D. Tereza é parte integrante, consiste na existência de um protocolo entre o ACeS e o CHBV onde estão bem definidos os *timings* das consultas nas UF's e no CHBV, os temas de educação para a saúde a abordar e o que é necessário para cada uma delas referente à consulta de enfermagem e à consulta médica. Não se verifica neste protocolo a existência de qualquer intervenção direcionada para a família.

Relativamente às consultas de enfermagem de saúde materna nos CSP, para Graça, Figueiredo & Carreira (2011) estas não têm efeitos significativos nem efeitos adversos na transição para a maternidade. No entanto consideram que o pai deverá ser incluído desde a pré-natalidade até ao pós-parto, de forma estruturada para facilitar a transição positiva para a maternidade. Em contrapartida Costa (2013) revela que os pais consideram importante o atendimento ser realizado pelo EF e que as suas intervenções são importantes face aos ensinamentos na promoção da Parentalidade.

Para que seja possível envolver a família nesta etapa do ciclo vital, o EF deverá estabelecer, com a mesma, uma relação de ajuda eficaz. O EF deve promover a presença do pai nas consultas, salvaguardando e respeitando sempre a decisão da grávida (DGS, 2015). Segundo Queirós (1999), o estabelecimento desta relação permite compreender a utente e ajudá-la a corrigir as suas perceções para que este se sinta confiante, tenha o sentimento de que é importante neste processo e para que participe no mesmo. Nas consultas, para que esta relação seja estabelecida, o EF deverá manifestar escuta ativa, empatia

e congruência, uma vez conseguida, a relação de ajuda permite uma melhor adaptação à transição.

O estabelecimento desta relação de ajuda com a família nem sempre é possível, pelo facto de se verificar que as grávidas vão sozinhas às consultas. Araújo (2014) conclui no seu estudo que há por parte do EF demonstração de interesse pelos elementos da família das pessoas que participaram, no entanto não se evidenciam intervenções que consideram a família como unidade. Justifica esta situação com a escassez da formação dos profissionais na área da saúde.

A comunicação é um dos veículos que permite estabelecer esta relação e diz respeito à utilização de estratégias que permitem influenciar o papel do utente na promoção da sua saúde. Também tem a finalidade de informar e educar para a saúde. O utente necessita mais do que de cuidados físicos, necessita que estejam também atentos ao seu bem-estar psicológico, medos específicos e ansiedades específicas relacionadas com a sua saúde. Sempre que não há uma resposta adequada a essas necessidades, há insatisfação por parte dos utentes em relação ao profissional de saúde que o atende (Teixeira, 2004). Deste modo, a comunicação pode ser um problema, nas consultas, entre o EF e o utente. Davis, Day & Bidmead (2002) salientam a importância das competências comunicacionais que devem ser o veículo da prestação de cuidados que envolvem os pais.

Segundo o estudo de Coutinho, Rocha & Silva (2015) se a realidade dos CSP não for ao encontro das expectativas da mulher, a sua adaptação será mais complicada; as expectativas das mesmas recaem sobre o bom atendimento dos profissionais, informação sobre o trabalho de parto, valorização e atenção das suas necessidades. O mesmo estudo salienta a satisfação das mães com os profissionais de saúde de CSP, em geral no processo de adaptação, as suas expectativas foram concretizadas no que diz respeito ao bom atendimento e ao apoio dos profissionais de saúde. No entanto, refere a falta de apoio domiciliário médico ou de enfermagem como necessidade não satisfeita.

A OMS/UNICEF (2009) recomendam a VD ao RN durante a primeira semana de vida para diminuir a mortalidade e morbidade dos mesmos. O Programa Nacional Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015) também defende que é importante avaliar o estado de saúde da mulher e do RN, bem como a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel. Para tal, é importante a realização de VD no puerpério, principalmente nas famílias ou situações identificadas como risco. Apesar das orientações existentes sobre a realização de VD, esta realidade não era executada em todas as USF's, como se observou em contexto de estágio.

Em síntese, o EF integra uma equipa multidisciplinar, onde presta cuidados de enfermagem autónomos e interdependentes, é o elo de ligação com outros profissionais de saúde e deverá estabelecer uma relação de ajuda com os utentes de forma a ter uma relação de proximidade e confiança que permita a partilha de responsabilidades com o utente/família no seu processo de saúde/doença. Nas consultas de vigilância de saúde materna tem um papel primordial na transição para a maternidade desempenhando intervenções que visam a promoção da saúde dando cumprimento às normas existentes, envolvendo a grávida e a família de forma a capacitá-la através da educação para a saúde. Esta capacitação deverá ter em atenção as necessidades mencionadas pela grávida/família e delinear estratégias de atuação identificando e potenciando as forças que as mesmas possuem

### **3. METODOLOGIA**

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

O estudo realizado inseriu-se num paradigma compreensivo e interpretativo, desenvolvido num estudo de carácter qualitativo, assumindo-se ainda com base numa metodologia fenomenológica descritiva. Segundo Streubert & Carpenter (2011, p.22) “A finalidade da investigação qualitativa é proporcionar uma visão da realidade que é importante para os participantes e não para os investigadores.”, logo a escolha de uma abordagem qualitativa está relacionada com o facto de se pretender explorar a percepção das puérperas face às intervenções do EF na transição para a maternidade de acordo com a experiência das mesmas.

Neste enquadramento elegeu-se a metodologia fenomenológica descritiva uma vez que se pretende desvendar o fenómeno, bem como o significado que lhe é atribuído pelas participantes através de explorações diretas, análise do fenómeno e descrição do mesmo. Este tipo de abordagem é também reconhecido como estratégia aplicável ao estudo de fenómenos em enfermagem (Streubert & Carpenter, 2011). Ao descrever-se as percepções das participantes relativas a determinada experiência significativa para a prática de enfermagem, consegue-se compreender e conhecer a realidade na perspetiva de quem usufruiu dos cuidados de enfermagem.

#### **3.2. Participantes**

Para Fortin (2009, p.311), “A população define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. (...) é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente”.

Na USF Rainha D. Tereza, aquando da realização do diagnóstico inicial (setembro/2016), identificaram-se 27 grávidas, sendo que destas apenas 11

respeitavam os critérios de inclusão. As grávidas mencionadas (n=11) foram entrevistadas no período compreendido entre setembro/2016 e fevereiro/2017, em contexto ambulatorio ou domiciliário. Tratou-se, por conseguinte, de uma amostragem do tipo não probabilístico e de seleção por conveniência, realizada de forma intencional, por forma a aceder ao discurso de mulheres que tivessem protagonizado a vivência em estudo (Streubert & Carpenter, 2011)

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: mulheres que tivessem realizado o acompanhamento de saúde materna na USF; estivessem a vivenciar a maternidade pela primeira vez (primíparas); que se encontrassem no puerpério (até seis semanas pós-parto). Os critérios de exclusão definidos foram: mulheres que constituíam uma família monoparental; IVG anteriores; nascimento de um nado morto. Definiram-se estes critérios com o intuito de não haver influência de experiências anteriores na vivência atual.

De acordo com os dados colhidos, a idade das participantes variou entre 16 e 40 anos, numa média de 25,5 anos (Gráfico 2).



**Gráfico 2** – Caracterização das sujeitas participantes relativamente à idade

Podemos verificar na tabela 1 que as participantes maioritariamente eram solteiras (0,66%), mas coabitavam com o pai do seu filho. No que diz respeito à escolaridade 5 das participantes possuíam o 9º ano (45,5%), 4 o 12º ano (36,4%) e 2 eram licenciadas (18,2%). Relativamente à profissão, apenas 6 (54,5%) se encontram no ativo, as restantes encontram-se desempregadas ou a estudar. Entre as participantes profissionalmente ativas, e de acordo com a Classificação

Portuguesa das Profissões (CPdP) (INE, 2011), duas (33,3%) enquadram-se no Grupo 2 - Especialistas das atividades intelectuais e científicas, outras duas (33,3%) no Grupo 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, e as restantes duas (33,3%) no Grupo 8 - Operadores de Instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.

Em relação ao nível social e segundo a Escala de Graffar - adaptada (Anexo I), três participantes pertenciam à classe baixa (27,3%), três à classe média baixa (27,3%), duas à classe média (18,2%) e, três à classe média alta (27,3%).

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica e clínica das participantes

Entrevista	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	CPdP	Posição Social	História Clínica
E1	Solteira	12º ano	Operária Fabril	Grupo 8	Classe Média Baixa	-
E2	Casada	Licenciatura	Professora	Grupo 2	Classe Média Alta	Morte de familiar durante a gravidez/ Diabetes Gestacionais
E3	Solteira	9º ano	Estudante	-	Classe Baixa	-
E4	Solteira	9º ano	Estudante	-	Classe Baixa	-
E5	Casada	9º ano	Operária Fabril	Grupo 8	Classe Média Baixa	Complicações intraparto/ PCR RN
E6	Solteira	12º ano	Desempregada	-	Classe Média	-
E7	União de Facto	12º ano	Operadora de Caixa	Grupo 5	Classe Média	Gestação Gemelar
E8	Solteira	9º ano	Desempregada	-	Classe Baixa	Depressões anteriores
E9	Casada	9º ano	Desempregada	-	Classe Média Baixa	-
E10	Solteira	Licenciatura	Contabilista	Grupo 2	Classe Média Alta	Tratamento de Fertilidade
E11	União de Facto	12º ano	Cabeleireira	Grupo 5	Classe Média Alta	-

### 3.3. Problemática e Objetivos

A questão de investigação deve ser “um enunciado interrogativo e não equívoco que precisa os conceitos chave, especifica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2009, p. 51). Com base neste propósito e de sistematizar a metodologia do presente estudo, formulou-se a seguinte questão de investigação:

*Qual a percepção das puérperas face às intervenções do enfermeiro de família, na transição para a maternidade?*

Partindo da questão de investigação, definiu-se o seguinte objetivo geral:

*Compreender as vivências das puérperas face ao papel do enfermeiro de família na promoção da transição para a maternidade.*

Para se atingir este objetivo, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- *Compreender a percepção da puérpera sobre o acompanhamento realizado pelo EF no processo de adaptação à transição para a maternidade;*
- *Descobrir evidências que possam sustentar boas práticas do EF no acompanhamento da mulher na transição para a maternidade.*

### **3.4. Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados**

Dependendo do fenómeno, dos objetivos e das características da população alvo de estudo, deverá ser selecionado o método de colheita de dados mais adequado para o estudo que se pretende realizar (Fortin, 2009).

Optou-se pela entrevista semiestruturada (Anexo III) como método de colheita de dados, dado que este estudo ambiciona aceder à essência da percepção das mulheres sobre as vivências e o papel do EF na promoção da transição para a maternidade. Enquanto método de colheita de dados, este é o mais adequado para compreender o significado de um acontecimento ou fenómeno segundo cada participante e sobre a sua vivência (Fortin, 2009).

A entrevista é um tipo de comunicação composta por expressão verbal entre duas pessoas (Fortin, 2009), neste caso foi realizada entre o entrevistador e a participante.

A realização da mesma, sustentou-se num guião pré-elaborado construído para este efeito (Anexo III). Esta conceção teve em consideração as orientações sobre o planeamento de colheita de dados de Streubert & Carpenter (2011) e

antes da sua aplicação no estudo foi realizada uma entrevista pré-teste na USF Terras do Antuã (pela acessibilidade ao investigador). Na realização deste pré-teste percebeu-se que a relação de confiança existente facilitou a aplicação da mesma, identificou-se a necessidade de realizar as questões de forma aberta, permitindo tempo para os silêncios e hesitações e a pertinência de ser o entrevistado a escolher o local para a realização da entrevista. Foram realizadas mais duas entrevistas de forma a treinar as técnicas de comunicação e estratégias de abordagem.

Recorreu-se ao gravador para registar na íntegra sem interpretações indevidas as respostas fornecidas pelas participantes. Do guião consta na primeira parte uma breve explicação do estudo e um questionário que permite a caracterização sociodemográfica das participantes através da colheita de dados referentes a: idade, estado civil, escolaridade, profissão e aplicou-se a Escala de Graffar – adaptada para caracterizar o nível socioeconómico da família. Na segunda parte encontram-se os três blocos temáticos que orientam a entrevista, são eles: Bloco A – Legitimação da entrevista e caracterização do entrevistado; Bloco B – Fase de Desenvolvimento e Bloco C – Fase de Encerramento (Anexo III).

Após a identificação das puérperas com critérios para serem incluídas no estudo, foi realizado um contato telefónico com cada uma delas, para apresentar o estudo, obter oralmente a aceitação para participarem no mesmo, onde foi explicado o objetivo e a forma de recolher informação. Depois de se obter o consentimento verbal, foi marcado um dia, hora e local para a realização da entrevista. Após a obtenção do consentimento livre e esclarecido, as puérperas da USF Rainha D. Tereza foram entrevistadas em contexto ambulatório ou domiciliário de acordo com a vontade das mesmas.

### **3.5. Procedimentos Formais e Éticos**

Para a concretização do presente estudo foi essencial dar cumprimento a todos os procedimentos formais e éticos exigidos. Desta forma, solicitou-se autorização para a aplicação do mesmo à coordenadora da USF Rainha D. Tereza (Anexo IV) e posteriormente ao ACeS Baixo Vouga (Anexo V). Após

avaliação e parecer do Diretor Executivo do ACeS, o pedido foi encaminhado para a comissão de ética da ARS Centro, que deu o seu parecer favorável para a aplicação do mesmo (Anexo VI).

Em contexto de estágio, para a planificação e realização do mesmo, foi necessário aceder a dados da USF nos programas indicados (MIM@UF, SINUS e SClínico). A consulta de dados necessários foi executada com o tributo da Enf.<sup>a</sup> Sandra Almeida.

Posteriormente à colheita de dados inerentes à população da USF, à sua análise e seleção das participantes, procedeu-se à realização das entrevistas. Na realização das mesmas, após discussão, e de mútuo acordo, a enfermeira supervisora não compareceu. Esta decisão, teve como principal motivo o facto da sua presença, enquanto profissional da USF, poder interferir na informação revelada pelas participantes.

Contemplando as entrevistas questões do foro íntimo da mulher, tornou-se importante informar que o enfermeiro tem o dever do sigilo no artigo 85º do seu código deontológico e no artigo 86º o dever do respeito pela intimidade.

Para respeitar estes princípios, todas as participantes foram informadas e esclarecidas sobre os objetivos do estudo e da sua participação no mesmo, assinando cada uma delas o consentimento livre e informado (Anexo VII).

Fazendo referência a Fortin (2009), o direito e a capacidade da pessoa decidir por ela própria manifesta o respeito das pessoas à escolha esclarecida, sendo assim, a obtenção do consentimento informado foi o culminar da autonomia das participantes. Estas, depois de devidamente informadas e esclarecidas decidiram de forma livre e responsável colaborar ou não no estudo.

Para proceder à transcrição das entrevistas, a fim de manter o anonimato das participantes, atribui-se uma codificação inicial com o seguinte registo: (E-Entrevista, Numeração – ordem do entrevistado). O texto final foi revisto para assegurar que não era possível identificar a participante. As referências a pessoas ou a serviços por elas mencionadas foram “omitidas” para dar

cumprimento ao princípio da confidencialidade. Depois da transcrição das entrevistas estar concluída e revista, procedeu-se à eliminação das gravações.

### **3.6. Procedimentos de análise de dados**

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, de acordo com o processo metodológico de Bardin (2011). Para o tratamento dos dados referentes à caracterização sociodemográfica das participantes, utilizou-se uma abordagem quantitativa.

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo encontra-se organizada nas seguintes fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Esta técnica permite passar da descrição dos dados à sua interpretação através da dedução, ou seja, compreender um determinado relato para além do seu significado imediato. No entanto, é necessário um grande empenho do investigador, de forma a compreender o que não é explícito, o que se encontra em “segundo plano” (*idem*).

Após a realização das entrevistas deu-se cumprimento à primeira fase de análise, transcrevendo as mesmas de forma célere. A transcrição permitiu a constatação de erros, ajustes necessários, verificar se a descrição fazia sentido e se havia necessidade de realizar nova entrevista. Posteriormente, validou-se as transcrições ouvindo as gravações, as vezes necessárias, ao mesmo tempo que se lia e relia as narrativas. Streubert & Carpenter (2011) referem que a análise de dados na abordagem qualitativa, começa no mesmo momento que se inicia a colheita de dados, na medida que os investigadores fazem as entrevistas, revêm constantemente as descrições para descobrir a necessidade de realizar outras perguntas ou para apresentar descrições dos achados. Efetivamente, o ato de ouvir, ler e reler as descrições das entrevistas, ajudou a familiarização com os dados, com os conceitos e a imergir no fenómeno que se pretendia compreender.

Para efetuar as transcrições servimo-nos de algumas convenções como as aspas simples (“ ”) para os comentários das participantes, as reticências (...) como forma de registar os momentos de pausa, silêncio e de ((...)) para identificar os relatos não relevantes. De forma a facilitar a localização dos dados, codificou-se as entrevistas com a letra “E”, procedida do número que corresponde à ordem cronológica da sua realização (ex. E<sub>1</sub>).

O processo de transcrição deu origem a uma grande quantidade de dados, sendo necessário a sua organização e codificação para dar resposta à questão de investigação e aos objetivos propostos. Passamos desta forma à segunda fase, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Nesta etapa, recorreremos ao software de acesso online webQDA que auxilia na análise qualitativa e que permite anexar as entrevistas realizadas, obtendo maior eficácia na organização da informação. Primeiramente, foi necessário, introduzir as entrevistas devidamente transcritas para formato Word. Posteriormente passou-se à codificação, onde se construíram subcategorias no decorrer do processo de análise, utilizando uma abordagem indutiva. Para esta etapa utilizou-se como critério a semântica originando categorias temáticas em conformidade com a linguagem CIPE. Neste processo de codificação, para dar resposta aos objetivos propostos, a transformação dos dados brutos em unidades de análise foi reformulada por diversas vezes ao longo do estudo de forma cíclica, revendo e aperfeiçoando constantemente as subcategorias através de releituras constantes. A categorização pretendeu a síntese da comunicação, destacando os aspetos mais importantes para este estudo.

A utilização deste software permitiu estruturar e hierarquizar as Áreas Temáticas, Categorias e Subcategorias em forma de “árvore”. Assim contruímos a árvore a partir das áreas temáticas definidas: ***Perceção do cuidar*** e ***Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar***.

#### 4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A forma como os utentes, neste caso concreto as participantes percebem os cuidados de enfermagem são de extrema importância, uma vez que permitem melhorar ou manter o tipo de cuidados prestados.

A **Perceção do cuidar**, refere-se à perceção das puérperas face aos cuidados de enfermagem, de acordo com a sua vivência durante a transição para a maternidade. **Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar** são as sugestões de melhoria propostas para os cuidados de enfermagem, apresentadas pelas participantes do estudo ao longo das suas narrativas. Esta última dimensão surgiu posteriormente, após se constatar, com a análise das narrativas, a perceção demonstrada pelas participantes relativa à necessidade de alteração da prática de cuidados na área da enfermagem de saúde familiar. A realização da entrevista permitiu que as participantes revivessem esta transição desde o início, e este “reviver” fez emergir um conjunto de conteúdos importantes na prática de enfermagem para facilitar esta transição. De seguida, passamos a apresentar as áreas temáticas, categorias, subcategorias, indicadores, unidade de registo representativa e a frequência absoluta das unidades de registo (UR), salvaguardando que a transição, assim como a assimilação dos papéis e o desempenho das tarefas a eles atribuídos estão interligados, são um processo contínuo e constroem um todo.

Para cada área temática emergiu a categoria **Ser Mulher, Ser Esposa/Companheira e Ser Mãe**, cada uma delas em dois momentos distintos: Antes do Parto e Pós-Parto. Quando nos referimos ao **Ser Mulher**, estamos a referir-nos ao indivíduo de sexo feminino, enquanto ser biopsicossocial. O Ser Mulher consiste nas tarefas, nos papéis e nas alterações que o indivíduo desempenha/está sujeito durante a transição para a maternidade, enquanto ser individual inserido na sociedade. No sistema conjugal a mulher é **Esposa/Companheira**. Ela tem um compromisso com este sistema no qual desempenha

suas funções. O Ser **Mãe**, é o papel acrescido após a gestação, que exige cuidar, criar a criança por ela gerada.

A gravidez (antes do parto) e o pós-parto são etapas que estão interligadas e que são significativas para a mulher e a sua família. Etapas que, mais do que acontecimentos biológicos, são acontecimentos integrantes e integradores da passagem da mulher para a maternidade (Correia & Sereno, 2012). O **Antes do Parto** refere-se ao período de tempo compreendido entre a fecundação e o momento do parto. O **Pós-arto** refere-se ao Puerpério, até às 6 semanas pós-parto.

### **Perceção do Cuidar e Ser Mulher**

No Quadro 1 passaremos a apresentar os resultados da análise de conteúdo para a área temática **Perceção do Cuidar Antes do Parto** para a Categoria **Ser Mulher**. Esta categoria encontra-se dividida nas seguintes subcategorias: ***Promotor da adaptação ao novo estado de saúde; Promotor da adaptação à nova condição de saúde; “Componente” da Relação de Ajuda; Promotor do Autocuidado; Facilitador da futura vivência do parto e Elo de Ligação – Encaminhamento CPP.***

A subcategoria ***Promotor da adaptação ao novo estado de saúde*** refere-se à perceção das participantes do EF como elemento promotor da adaptação da mulher, “ajudando-a” a aceitar a gravidez. Esta subcategoria é a terceira com maior número de registos, em que todas elas referem que o EF “ajudou” a aceitar a gravidez, promovendo desta forma a aceitação da mesma.

A subcategoria ***Promotor da adaptação à nova condição de saúde*** diz respeito aos seguintes indicadores: Alterações fisiológicas, Alterações psicoemocionais e Complicações da Gravidez. Ao indicador Complicações da Gravidez está atribuído o maior número de registos nesta subcategoria, demonstrando o papel promotor do EF na prevenção de complicações no decorrer da mesma. Para o indicador Alterações emocionais, temos apenas uma unidade de registo, que se adequa à caracterização clínica da participante que o menciona (E<sub>2</sub> – Morte de Familiar durante a gravidez). No entanto, a carência de

unidades de registo sobre este indicador, reforça a ideia de que é importante abordar o utente como ser biopsicossocial.

No que diz respeito à subcategoria relacionada com o EF enquanto **“Componente” da Relação de Ajuda**, esta remete-nos para duas temáticas distintas, a perceção de uma **Comunicação Eficaz** e uma **Comunicação Ineficaz**. A relação de ajuda é uma intervenção autónoma da atividade dos enfermeiros e desempenha um papel importante na resposta às necessidades concretas de cada pessoa através da comunicação. O maior número de unidades de registo (UR) encontra-se associado a esta subcategoria, demonstrando assim a importância atribuída pelas participantes a esta relação na transição para a maternidade. Salienta-se o número de UR para o indicador Comunicação Eficaz (16 UR), no entanto 9 UR para o indicador Comunicação Ineficaz é um resultado bastante significativo.

A subcategoria **Promotor do autocuidado** aborda a perceção das participantes sobre o EF como promotor do mesmo. O autocuidado engloba a satisfação de algumas necessidades humanas fundamentais de forma a que a qualidade de vida seja mantida de uma forma consciente e responsável.

Nas narrativas as participantes fizeram notar que, o parto é o momento que mais temem no que diz respeito à gravidez. Decorrente dessa perceção, perante o futuro acontecimento de vida, manifestaram através de uma quantidade significativa de registos que o EF foi facilitador desse momento (6 UR) emergindo assim a subcategoria **Facilitador da futura vivência do parto**.

O enfermeiro é considerado o elo de ligação entre as várias unidades funcionais, instituições de saúde ou profissionais de saúde. Da análise das narrativas emerge a perceção do EF como **Elo de Ligação – Encaminhamento CPP** pela totalidade das participantes.

**Quadro 1** – Resultados da análise de conteúdo da área temática **Percepção do Cuidar Antes do Parto** para a categoria **SER MULHER**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Indicador</b>	<b>Unidade de Registo Exemplificativa</b>	<b>Freq. Abs. das UR</b>
<b>SER MULHER</b>	<b>Promotor da adaptação ao novo estado de saúde</b> (E <sub>1</sub> , E <sub>5</sub> , E <sub>8</sub> , E <sub>11</sub> )		<i>“Acho que foi super positivo. Eu acho que é excelente termos um enfermeiro de família nessa fase, ajuda a aceitarmos.” (E<sub>11</sub>)</i>	9
	<b>Total Subcategoria</b>			9
	<b>Promotor da adaptação à nova condição de saúde</b>	Alterações fisiológicas (E <sub>3</sub> , E <sub>8</sub> )	<i>“Foi bom ele ter falado comigo sobre as mudanças do corpo, do peito, dos kilos mas eu não tinha medos sobre as alterações do corpo, nem nada disso, mesmo assim fiquei mais tranquila, era tudo novo para mim.”(E<sub>3</sub>)</i>	2
		Alterações psicoemocionais (E <sub>2</sub> )	<i>“Lembro-me de uma altura muito complicada da minha gravidez e aí... não chegou a ser necessário porque consegui ultrapassar, espero eu.... Mas cheguei a temer estar com uma depressão durante a gravidez, devido a vários fatores que me ocorreram e nessa fase foi o auge da necessidade do enfermeiro de família. (...) nesse aspeto foi mesmo o auge da importância. Não precisei, mas se fosse preciso sabia que... e estava tudo encaminhado para graças ao enfermeiro de família.” (E<sub>2</sub>)</i>	1
		Complicações da gravidez (E <sub>2</sub> , E <sub>8</sub> )	<i>“A enfermeira ajudou-me bastante, eu estava muito fragilizada com a questão da Diabetes e com o susto que apanhei com a toxoplasmose, ela tranquilizou-me.” (E<sub>2</sub>)</i>	3
	<b>Total Subcategoria</b>			6
	<b>"Componente" da Relação de Ajuda</b>	Comunicação Eficaz (E <sub>1</sub> , E <sub>2</sub> , E <sub>3</sub> , E <sub>5</sub> , E <sub>6</sub> , E <sub>8</sub> , E <sub>9</sub> )	<i>“sempre que eu precisei de tirar alguma dúvida, ou assim... mesmo que eu não tivesse consulta... eu vinha aqui, perguntava se poderia falar com a enfermeira, e ela disponibilizava-se quando tinha um momento e falava comigo.(...) Acho que convém ser sempre só uma pessoa, pronto cada pessoa ter a responsabilidade para ter mais um miminho connosco. Conhecendo mais, sendo sempre a mesma pessoa, acho que não temos tanto medo, não ligamos muito, deixamos de ter medo da pessoa da bata...” (E<sub>8</sub>)</i>	16
		Comunicação Ineficaz (E <sub>4</sub> , E <sub>7</sub> , E <sub>10</sub> )	<i>“O enfermeiro ajudou, mas não foi muito... Só disse os passos que eu devia seguir, mais nada. (...) O acompanhamento foi o pesar, medir a barriga, mais nada... e a tensão. Explicar o porquê e o não porquê e mais nada.” (E<sub>4</sub>)</i>	9
	<b>Total Subcategoria</b>			25

	<b>Promotor do Autocuidado</b> (E <sub>8</sub> , E <sub>9</sub> , E <sub>10</sub> , E <sub>11</sub> )		<i>“a nível de mulher falou para a gente nunca deixar de se sentir bem, de nos tratarmos, pronto... de nos cuidarmos. Porque o facto de estarmos bem em toda a gravidez connosco próprias, estava bem para o bebé.” (E<sub>9</sub>)</i>	8
	<b>Total Subcategoria</b>			<b>8</b>
	<b>Facilitador da futura vivência do parto</b> (E <sub>3</sub> , E <sub>5</sub> , E <sub>9</sub> , E <sub>11</sub> )		<i>“A enfermeira ajudou-me...Era o receio do parto, pronto, acho que ela me conseguiu diminuir o medo...Eu tinha muito medo da dor e a enfermeira claro que me foi alertando que... a gente sabe que... não é propriamente fácil ter um bebé, não é? Falou-me da epidural, foi-me alertando se fosse uma cesariana o que é que poderia acontecer, que o tempo de recuperação era durante mais tempo, do que um parto normal” (E<sub>5</sub>)</i>	6
	<b>Total Subcategoria</b>			<b>6</b>
	<b>Elo de Ligação - Encaminhamento</b> CPP (E <sub>1</sub> , E <sub>2</sub> , E <sub>3</sub> , E <sub>4</sub> , E <sub>5</sub> , E <sub>6</sub> , E <sub>7</sub> , E <sub>8</sub> , E <sub>9</sub> , E <sub>10</sub> , E <sub>11</sub> )		<i>“Frequentei o curso de preparação para o parto, não todas as aulas... que não tive hipótese, mas aquelas que eu tive frequentei. Foi a enfermeira que me encaminhou...” (E<sub>5</sub>)</i>	11
	<b>Total Subcategoria</b>			<b>11</b>
<b>Total Categoria</b>				<b>65</b>

Na área temática **Perceção do cuidar Pós-Parto** para a categoria **Ser Mulher** emergem as subcategorias: **Sentimento de indiferença perante os cuidados de enfermagem** e **Facilitador da Relação de Ajuda** (Quadro 2). Para a subcategoria **Sentimento de indiferença perante os cuidados de enfermagem**, existe apenas uma UR, no entanto demonstra a indiferença perante os cuidados do EF. Para a subcategoria **Facilitador da Relação de Ajuda** resultam os indicadores: Promotor do Aleitamento Materno, Promotor do Autocuidado, Comunicação Eficaz e Coadjuvante na gestão do Sentimento de Sobrecarga/ Incapacidade. Nesta subcategoria os indicadores Comunicação Eficaz e Coadjuvante na gestão do Sentimento de Sobrecarga/Incapacidade são os que possuem maior número de UR, fazendo depreender que são estes os aspetos mais valorizados pelas participantes no pós-parto.

**Quadro 2 - Resultados da análise de conteúdo da área temática *Percepção do Cuidar Pós-Parto* para a categoria **SER MULHER****

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Indicador</b>	<b>Unidade de Registo Exemplificativa</b>	<b>Freq. Abs. das UR</b>	
<b>SER MULHER</b>	<b>Sentimento de indiferença perante os cuidados de enfermagem (E4)</b>		<i>“Não me aquece nem arrefece se ele está lá ou se não está...” (E4)</i>	1	
	<b>Total Subcategoria</b>			1	
	<b>Facilitador da Relação de Ajuda</b>	<b>Promotor do aleitamento materno (E1, E7, E10, E11)</b>		<i>“Falamos novamente da amamentação que é a parte que estava com mais dificuldades. Porque saí de lá já com os peitos bastante doridos, todos gretados, o leite não era muito, o desespero do bebé a berrar e essas coisas assim. O contributo nesta fase está a ser mais importante, do que na fase que estive grávida, sem dúvida.” (E10)</i>	4
		<b>Promotor do Autocuidado (E1, E2, E3, E8, E9, E10, E11)</b>		<i>“Eu agora sinto-me mais confortável... não tinha a informação que agora tenho. O apoio que eu tive, acho que todas as mães deviam ter, porque é uma fase muito complicada na nossa vida. As mulheres gostam de se sentir bonitas, ter um corpo bonito. Depois de ter um filho a gente pensa “Então será que o meu corpo vai voltar outra vez ao normal, será que eu vou conseguir...” tudo dúvidas que uma pessoa sente e que mexe com a nossa autoestima. Mas a minha enfermeira vai-me aconselhando...” (E8)</i>	9
		<b>Comunicação Eficaz (E2, E5, E6, E8, E9, E11)</b>		<i>“Para mim, saber que tenho alguém que posso chegar num certo dia que temos marcado, ou não ter marcado e tirar essas dúvidas, responder e apoiar... isso eu sei! Caso eu tenha alguma dúvida quando venho à minha enfermeira pergunto logo! (...) fica a explicar todas as dúvidas que eu tenho. Sinto que tenho alguém que me consegue esclarecer e eu sinto-me mais descansada.” (E8)</i>	12
		<b>Coadjuvante na gestão do Sentimento de Sobrecarga/ Incapacidade (E2, E4, E6, E8, E9, E10)</b>		<i>“a mim o que me incomoda neste momento e o facto de assimilar esses três papéis (...) “Nós não somos supermulheres”, mas eu quero ser, pronto! Quero ser supermulher, às vezes penso que isso ainda é possível, e depois entro em parafuso completamente. Mas o que é que o enfermeiro poderia fazer em relação a isso?...Para além de me dizer que é importante descansar (que isso já o fez), ainda agora. Não vejo que ela possa fazer muito mais, porque isso é uma questão minha.” (E2)</i>	12
<b>Total Subcategoria</b>			37		
<b>Total Categoria</b>			38		

## Perceção do cuidar e Ser Esposa/Companheira

Para categoria **Ser Esposa/Companheira** da área temática **Perceção do Cuidar Antes do Parto** (Quadro 3) emerge a subcategoria **Promotor da Conjugalidade**. A conjugalidade refere-se se à díade conjugal. Os excertos das narrativas identificados para esta subcategoria, valorizam o papel do EF como elemento que a promoveu no decorrer da gravidez.

**Quadro 3** - Resultados da análise de conteúdo da área temática **Perceção do Cuidar Antes do Parto** para a categoria **SER ESPOSA/COMPANHEIRA**

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	Freq. Abs. das UR
SER ESPOSA/ COMPANHEIRA	<b>Promotor da Conjugalidade</b> (E3, E5, E8, E11)		<i>“a enfermeira apoiou-me imenso, ia-me ensinando a mim e ao meu marido, ele vinha comigo às consultas, acho que isso foi muito importante, por isso foi mesmo ao encontro daquilo que eu esperava...” (E5)</i>	4
	<b>Total Subcategoria</b>			4
<b>Total Categoria</b>				<b>4</b>

Relativamente à área temática **Perceção do Cuidar Pós-Parto** para a categoria **Ser Esposa/Companheira** definimos a subcategoria **Coadjuvante da Sistémica Familiar**. Esta subcategoria refere-se ao significado atribuído pelas participantes ao EF como alguém que apoia ou contribuiu para a manutenção do equilíbrio do sistema familiar após a chegada de um novo membro (Quadro 4).

**Quadro 4** - Resultados da análise de conteúdo da área temática **Perceção do Cuidar Pós-Parto** para a categoria **SER ESPOSA/COMPANHEIRA**

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	Freq. Abs. das UR
SER ESPOSA/ COMPANHEIRA	<b>Coadjuvante da sistémica familiar</b> (E3, E8, E9, E11)		<i>“a enfermeira vai-nos ajudando e informando, a mim e ao meu companheiro. Uma pessoa sentindo-se em família, sente-se mais apoiada...” (E8)</i>	4
	<b>Total Subcategoria</b>			4
<b>Total Categoria</b>				<b>4</b>

## Percepção do cuidar e Ser Mãe

Quanto à área temática **Percepção do Cuidar Antes do Parto** para a categoria **Ser Mãe** as participantes percecionam os cuidados de forma distinta. Surge assim duas subcategorias, são elas: **Promotor de Papel Parental** e **Educador do Desenvolvimento materno-fetal**.

Para a subcategoria **Promotor de Papel Parental** algumas participantes percecionaram o papel do EF como elemento importante para a adaptação ao novo papel que iriam passar a desempenhar. No que toca à subcategoria **Educador do Desenvolvimento materno-fetal** as participantes percecionaram o EF como alguém que as educou, transmitiu informação relativamente ao desenvolvimento do seu futuro “rebento” enquanto este se encontrava em ambiente intrauterino (Quadro 5).

Quadro 5 - Resultados da análise de conteúdo da área temática **Percepção do Cuidar Antes do Parto** para a categoria **SER MÃE**

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	Freq. Abs. das UR
SER MÃE	Promotor do papel parental (E <sub>9</sub> , E <sub>10</sub> )		<i>“Ela sempre foi impecável, sempre passou as informações todas necessárias para fazer o acompanhamento da gravidez... sempre me senti apoiada por ela em relação ao bebé que vinha a caminho.” (E<sub>10</sub>)</i>	2
	Total Subcategoria			2
	Educador do desenvolvimento materno-fetal (E <sub>5</sub> , E <sub>6</sub> )		<i>“ela ajudou-me e esclareceu-me no de mãe, no desenvolvimento do bebé” (E<sub>6</sub>)</i>	3
	Total Subcategoria			3
Total Categoria				5

Da análise das narrativas definiu-se para a área temática **Percepção do Cuidar Pós-Parto** na categoria **Ser Mãe** as seguintes subcategorias: **Promotor da adaptação ao novo papel** e **Facilitador da Relação de Ajuda** (Quadro 6). A subcategoria **Promotor da adaptação ao novo papel** diz respeito à percepção das participantes do EF como elemento que facilitou a adaptação ao novo papel, o de mãe. A subcategoria **Facilitador da Relação de Ajuda** refere-se aos seguintes indicadores: **Capacitador do papel maternal** e **Comunicação Eficaz**.

O indicador **Capacitador do papel maternal** divide-se em: Acompanhamento do desenvolvimento estatoponderal e Educador sobre as necessidades desenvolvimentais e é o indicador para o qual se verificou maior número de UR, verificando-se assim que as participantes atribuem um papel significativo ao EF como elemento que facilita/potencia a aquisição de competências para o desempenho do papel de mãe.

**Quadro 6** - Resultados da análise de conteúdo da área temática **Perceção do Cuidar Pós-Parto** para a categoria **SER MÃE**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Indicador</b>	<b>Unidade de Registo Exemplificativa</b>	<b>Freq. Abs. das UR</b>
<b>SER MÃE</b>	<b>Promotor da adaptação ao novo papel (E1, E2, E8, E9, E11)</b>		<i>“Tudo aquilo que eu estou a viver e que sinto sei que é normal, porque fui advertida para isso e também pela enfermeira de família. Portanto como é que eu me sinto? Eu sinto-me felicíssima...” (E2)</i>	7
	<b>Total Subcategoria</b>			7
	<b>Facilitador da Relação de Ajuda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitador do papel maternal</li> <li>• Acompanhamento do desenvolvimento estatoponderal (E2, E4, E5, E8, E9, E10, E11)</li> <li>• Educador sobre as necessidades desenvolvimentais (E1, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11)</li> </ul>	<p><i>“Quero sempre saber se o que ele mama se é o suficiente, se não... quanto é que está a pesar, pronto e é com a enfermeira que eu tiro essas dúvidas e ela vai-me ajudando, por isso em termos de papel de mãe é bastante importante!” (E5)</i></p> <p>Acompanhamento do desenvolvimento estatoponderal</p> <p><i>“estas pequenas coisinhas que nos vão colocando as dúvidas, como estas borbulhinhas... o facto dele não fazer as necessidades regularmente (...) é sempre essas dúvidas e esses medos que a gente vai tendo. Não sabe se é ou não normal... e a enfermeira tem-me ajudado bastante, que sempre que eu coloco essas dúvidas ela explica-me logo ou que seja normal, ou o que é que eu posso fazer ou não para tirar essas dúvidas e ficar descansada, tranquila quanto a ele.”(E5)</i> Educador sobre as necessidades desenvolvimentais</p>	17
		Comunicação Eficaz (E5, E6, E7, E8, E9)	<i>“eu tiro qualquer dúvida que me surja em relação ao bebé com a enfermeira, qualquer coisa... é um papel importante, ela tenta compreender-me, responde ao que pergunto e tranquiliza-me. Não consigo explicar, mas claro que é importante...” (E6)</i>	5
	<b>Total Subcategoria</b>			22
<b>Total Categoria</b>			<b>29</b>	

Em síntese, da análise global das narrativas, para a área temática **Percepção do cuidar**, foi possível verificar que as participantes atribuíram maior significado ao EF no “Antes do Parto” (65 UR) e no “Pós-Parto” (37 UR), referente ao *Ser Mulher* e no “Pós-Parto” (29 UR) relativamente ao *Ser Mãe*, existindo uma abordagem muito superficial ao *Ser Esposa/Companheira* (8 UR) no decorrer da transição.

Na área temática **Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar** as categorias que emergiram foram o **Ser Mulher, Ser Esposa/Companheira e Ser Mãe**. Com base na informação obtida as puérperas não se referem a nenhum momento específico da vivência da transição. Estas verbalizam sugestões de melhoria para cada um dos papéis por elas desempenhado, situações identificadas por elas como lacunas, em que é possível melhorar os cuidados prestados. No entanto, pareceu-nos pertinente identificar os momentos a que se referem na categorização elaborada, nomeadamente, Antes do Parto, Momento do Parto e Pós-Parto.

Nesta área temática sentiu-se a necessidade de criar um **código livre**, referente ao **reconhecimento da importância da formação continua** como sugestão para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao longo da transição para a maternidade. Foram identificados 4 UR para este código, e selecionamos a seguinte como UR exemplificativa: “Também acho que vocês deviam fazer por estar sempre atualizadas na vossa área, se vos sentirmos seguras do que dizem, torna-se mais fácil confiar e sentir-nos seguras também.” (E<sub>2</sub>)

### **Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar e o Ser Mulher**

Na área temática sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Antes do Parto para a categoria **Ser Mulher** definiu-se a subcategoria: **Promoção da adaptação à nova condição de saúde** (Quadro 7). Esta subcategoria possui apenas duas unidades de registo, mas é representativa da identificação da necessidade do EF prestar cuidados de forma holística e não apenas centrados na gravidez. Estas UR dizem respeito a duas puérperas que

vivenciaram uma Gravidez de Alto Risco (Gestação Gemelar e Gravidez por tratamento de Fertilidade – 40 anos) e que foram maioritariamente acompanhadas em contexto hospitalar, como é exigido para este tipo de gravidez por forma a terem um acompanhamento adequado e diminuir o risco de complicações. Este facto poderá ter contribuído para identificarem esta necessidade de melhoria, uma vez que realizaram poucas consultas na USF.

**Quadro 7** - Resultados da análise de conteúdo da área temática **Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Antes do Parto** para a categoria **SER MULHER**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Indicador</b>	<b>Unidade de Registo Exemplificativa</b>	<b>Freq. Abs. das UR</b>
<b>SER MULHER</b>	<b>Promoção da adaptação à nova condição de saúde (E<sub>7</sub>, E<sub>10</sub>)</b>		<i>“Podiam ou deviam mesmo informar mais sobre as alterações que nós mulheres estamos sujeitas e como ultrapassá-las, das mudanças todas a que estamos sujeitas. Falar mais de nós... O contributo dos enfermeiros é bom em relação aos bebés, mas deviam explorar mais nós mulheres...” (E<sub>7</sub>)</i>	2
	<b>Total Subcategoria</b>			2
<b>Total Categoria</b>				<b>2</b>

A amamentação é um ponto percecionado pelas participantes como insatisfatório em vários momentos. Os cuidados do EF nesta área são sugestivos de melhoria, emergindo a subcategoria **Promoção da Amamentação** (Quadro 8).

**Quadro 8** - Resultados da análise de conteúdo da área temática **Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Momento do Parto** para a categoria **SER MULHER**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Indicador</b>	<b>Unidade de Registo Exemplificativa</b>	<b>Freq. Abs. das UR</b>
<b>SER MULHER</b>	<b>Promoção da amamentação (E<sub>10</sub>)</b>		<i>“talvez fosse importante falar mais acerca da amamentação, porque realmente não falámos praticamente nada acerca disso, não é? O ponto da amamentação era importante falar um pouco mais. Porque quando uma pessoa chega lá vais um bocadinho às aranhas...e o primeiro contato é algo para o qual devíamos ir preparadas.” (E<sub>10</sub>)</i>	1
	<b>Total Subcategoria</b>			1
<b>Total Categoria</b>				<b>1</b>

Relativamente às Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar no Pós-Parto para o **Ser Mulher** emergiram as seguintes subcategorias: **Realização de VD para promoção da amamentação** e a **Relação de Ajuda** (Quadro 9). O Programa Nacional de Gravidez de Baixo Risco e algumas entidades da área da saúde, aconselham a realização da VD ao RN e à puérpera, no entanto esta é uma realidade não exequível nesta USF pela maioria dos profissionais. A manifestação pelo interesse na realização de VD por parte do EF foi relatada por algumas participantes. A UR exemplificativa revela essa manifestação associada a sugestões de melhoria na Promoção da Amamentação. Uma das UR representativa desta subcategoria tem por base a caracterização clínica da participante de gravidez gemelar e a sua insegurança em relação a amamentar os gémeos, mas ambas reconhecem a necessidade/importância de treinar o amamentar com a supervisão de alguém com conhecimento.

Também a **Relação de Ajuda** foi sugestiva de melhoria para os cuidados de enfermagem nesta área em relação a este papel. Apesar de para o papel de mulher no Pós-Parto o EF ter sido considerado Facilitador da Relação de Ajuda com 36 UR distribuídas pelas diferentes temáticas, existe por parte das participantes necessidade de melhoria neste tipo de relação neste momento, em que os cuidados de enfermagem se encontram mais direcionados para o bebé, sendo o Ser Mulher uma temática menos abordada.

**Quadro 9** - Resultados da análise de conteúdo da área temática **Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Pós-Parto** para a categoria **SER MULHER**

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	Freq. Abs. das UR
SER MULHER	Realização de VD para Promoção da Amamentação (E7 E10)		<i>“Se calhar se viessem assim a casa falar connosco, treinar como a enfermeira fez agora do mamar, da massagem... ajudaria ainda mais. Assim aprendíamos os dois ao mesmo tempo e no nosso habitat.” (E10)</i>	2
	Total Subcategoria			2
	Relação de Ajuda (E7 E10)		<i>“a minha enfermeira se calhar podia falar mais sobre agora esta fase... perguntar e assim... ela não fala assim muito em relação a... a mim, como estou, a nós lá em casa... e esta fase para mim está a ser muito complicada (...)”(E7)</i>	2
	Total Subcategoria			2
Total categoria				4

## Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar e o Ser Esposa/Companheira

No que diz respeito à categoria **Ser Esposa/Companheira**, para a área temática Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar, Antes do Parto (Quadro 10) e Pós-Parto (Quadro 11) a subcategoria emergente é a **Promoção da Conjugalidade**. O maior número de UR para esta subcategoria diz respeito ao Pós-Parto e identificam a necessidade do EF ter um papel mais ativo na envolvimento da família durante esta fase por forma a apoiar, educar e evitar conflitos.

**Quadro 10** - Resultados da análise de conteúdo da área temática **Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Antes do Parto** para a categoria **SER ESPOSA/COMPANHEIRA**

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	Freq. Abs. das UR
SER ESPOSA/ COMPANHEIRA	Promoção da Conjugalidade (E <sub>2</sub> )		<i>“Como sugestão eu apresentaria (...) numa grande percentagem das consultas e visitas ao enfermeiro de família devia ser também com o pai. (...) para já a própria presença do pai dentro do gabinete (...) a enfermeira conseguiria perceber muito mais e ajudar a nível do relacionamento do casal e quase até adivinhar possíveis problemas que pudessem haver após do nascimento do bebé (...) sendo o objetivo zelar pela saúde no seio da família.” (E<sub>2</sub>)</i>	2
	Total Subcategoria			2
Total Categoria				2

**Quadro 11** - Resultados da análise de conteúdo da área temática **Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Pós-Parto** para a categoria **SER ESPOSA/COMPANHEIRA**

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	Freq. Abs. das UR
SER ESPOSA/ COMPANHEIRA	Promoção da Conjugalidade (E <sub>1</sub> , E <sub>5</sub> , E <sub>6</sub> , E <sub>10</sub> , E <sub>11</sub> )		<i>“Se calhar enfermeiro de família devia trabalhar a família e não só a grávida em si... podia englobar tudo... o meu marido acompanhou-me e acompanha sempre nas consultas, acompanha-me em tudo, mas se calhar nessa parte provavelmente pode haver alguma mudança..., penso que podem ensinar-nos, apoiar-nos mais.” (E<sub>10</sub>)</i>	5
	Total Subcategoria			5
Total Categoria				5

## Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar e o Ser Mãe

Relativamente ao papel **Ser Mãe** para a área temática Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Antes do Parto (Quadro 12) e Pós-Parto (Quadro 13) a subcategoria emergente é a **Relação de Ajuda**, a necessidade de informar e de estabelecer uma relação empática são os pontos identificados como insatisfatórios em relação aos cuidados de enfermagem para este papel.

**Quadro 12** - Resultados da análise de conteúdo da área temática **Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Antes do Parto** para a categoria **SER MÃE**

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	Freq. Abs. das UR
SER MÃE	Relação de Ajuda (E7)		<i>“Eu acho que os enfermeiros de família deviam informar mais, porque nós somos mães a primeira vez e se calhar até há mães de segunda vez e que não são informadas de muita coisa.” (E7)</i>	1
	Total Subcategoria			1
Total Categoria				1

**Quadro 13**- Resultados da análise de conteúdo da área temática **Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar Pós-Parto** para a categoria **SER MÃE**

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de Registo Exemplificativa	Freq. Abs. das UR
SER MÃE	Relação de Ajuda (E4)		<i>“Vocês têm muitos pacientes, nós compreendemos isso...mas às vezes é bom vocês olharem o papel invertido... se eu fosse enfermeira e você fosse mãe... eu acho que era bom vocês sentirem um carinho mais especial pelas mães, pelos bebés...” (E4)</i>	1
	Total Subcategoria			1
Total Categoria				1

## 5. DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu compreender a percepção do papel do EF durante a transição para a maternidade, na perspetiva das mulheres primíparas inscritas numa USF do ACes Baixo Vouga. Dois modelos compreensivos resultaram da análise efetuada às referencias discursivas das participantes, tendo estes sido designados por “Percepção do cuidar” (figura 2) e “Sugestões para boas práticas em Enfermagem de Saúde Familiar” (figura 3). Será com base nestes modelos que se passa a proceder à discussão dos principais achados.

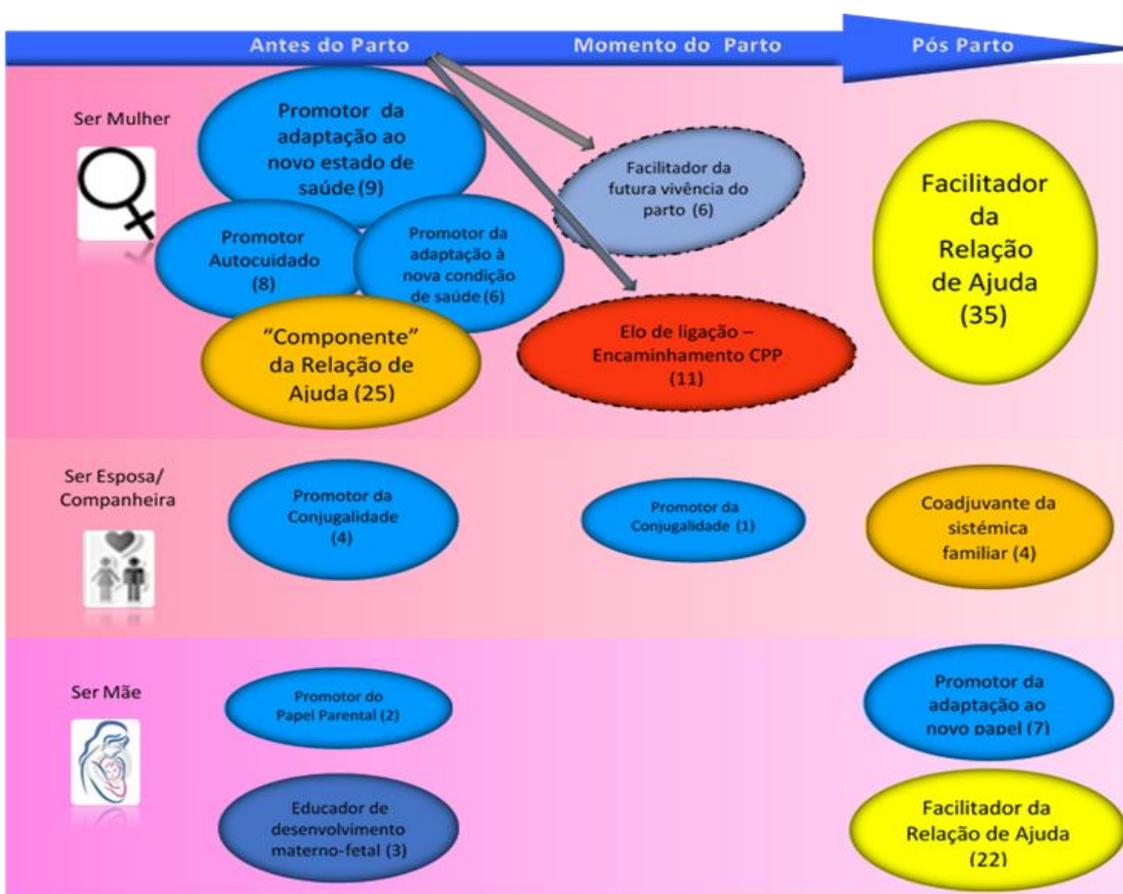
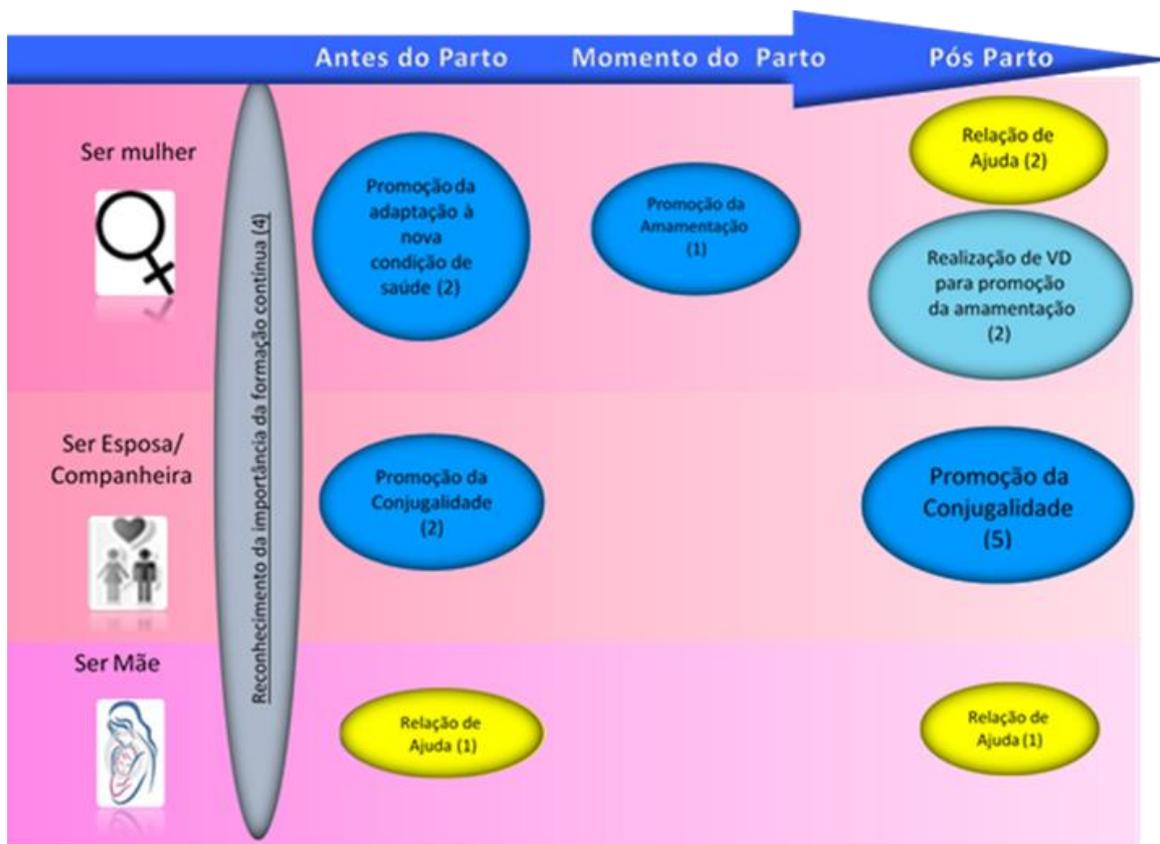


Figura 2 – Modelo Compreensivo Percepção do Cuidar



**Figura 3** – Modelo Compreensivo Sugestões de Boas Práticas para Enfermagem de Saúde Familiar

A análise das narrativas permitiu verificar que a maioria das participantes prontamente identificavam o seu EF, sem serem questionadas sobre o nome do mesmo. Esta evidência remete para a representatividade social que o EF apresenta no atual contexto do sistema de cuidados de saúde português. Em estudo realizado numa idêntica área de prestação de cuidados de saúde primários, também Costa (2013) identificou que ao EF é atribuído um papel importante relativamente à educação para a saúde e que o acompanhamento realizado sempre pelo mesmo enfermeiro é um aspeto valorizado pelos pais que concebeu o sentimento de confiança nos mesmos.

Verificou-se que os cuidados do EF se centraram na mulher, enquanto indivíduo sujeito à transição e não à família como um todo, o que corrobora a ideia de que a família é vista pela enfermagem como a soma das partes, percecionada pelos enfermeiros de forma fragmentada e que os cuidados prestados se dirigem ao

indivíduo no seu contexto familiar (Hanson, 2005; Figueiredo, 2009; Freitas, 2009; Araújo, 2014). Para que a gravidez seja abordada tendo por base o paradigma da família, enquanto sistema e não o paradigma da família como contexto, realça-se a necessidade de formação por parte dos enfermeiros na área da enfermagem de saúde familiar, situação mencionada também por Araújo (2014) e pelo Programa Nacional de Gravidez de Baixo Risco (2015, p.14) que defende que “os profissionais que acompanham a gravidez têm por isso um desafio mantido de formação contínua, que as instituições em que se encontram inseridos devem considerar não só como uma necessidade mas também como uma mais valia.” Sobre esta temática as participantes reconheceram a importância da formação contínua, como um fator determinante na melhoria de cuidados de enfermagem prestados.

No “Antes do Parto”, relativo ao *Ser Mulher*, as participantes perceberam o EF como profissional de saúde que facilitou a aceitação da gravidez, independentemente dessa ter sido ou não planeada. Desta forma, definiu-se a subcategoria *Promotor da adaptação ao novo estado de saúde*<sup>7</sup>. A aceitação deste novo estado, para Canavarro (2001), é a primeira tarefa de desenvolvimento da gravidez. Tendo por base esta autora (*idem*), pode salientar-se que o EF contribuiu para que esta tarefa fosse ultrapassada com sucesso e corrobora com ideia de que a educação pré-natal facilita a aceitação da gravidez (Karabulut, Cos, Dogan, Cebeci & Demirci, 2016). Na nossa perspetiva, a consciencialização e aceitação da gravidez permite que as mulheres adotem comportamentos adequados às necessidades com que se vêm confrontadas.

O EF foi também percebido como *Promotor do autocuidado* realizando ensinamentos relativos ao aumento de peso, à alimentação, ao exercício físico, à higiene, às condições de trabalho e a estratégias para se sentirem bem com elas próprias. O EF enquanto promotor do mesmo, potenciou as participantes na adaptação aos cuidados necessários inerentes às mudanças provocadas pela gravidez. Toda a educação para a saúde realizada, segundo as mesmas, teve a

---

<sup>7</sup> Denomina-se como estado de saúde, tendo por base a ideologia da DGS (2015) de que a gravidez é um estado de saúde e não um estado de doença que careça de tratamento.

intenção de promover o seu bem-estar e a sua autoestima e, por conseguinte, prevenir a depressão pós-parto.

No que diz respeito à percepção do EF como *Promotor da adaptação à nova condição de saúde*, salientam-se os ensinamentos relativamente a: alterações fisiológicas (mudança do corpo, alterações do peso e dos peitos, náuseas e vômitos); psicoemocionais (medo de depressão) e complicações da gravidez (diabetes, toxoplasmose e excesso de peso). Estes achados realçam o papel do EF na adaptação às particularidades deste período enunciadas por Brazelton & Cramer (1993) que se referem à mistura de sentimentos associadas às modificações fisiológicas e a Soifer (1991) quando faz referência a sintomas intensos de hipersónia, náuseas e vômitos, distúrbios de apetite, alterações no desejo sexual, mudanças de humor e aumento da sensibilidade. Reforçam também a importância de estar atento a estados emocionais da grávida (DGS, 2005) e de que a gravidez representa uma modificação fisiológica, corporal e emocional (processo adaptativo da gravidez) e uma adaptação ao “Ser Mãe” e “Ser Pai” que carece de acompanhamento por parte dos profissionais de saúde. Este acompanhamento engloba a promoção da saúde através da educação para a saúde, cuidados estes percebidos pelas participantes, que têm como finalidade diminuir as complicações, a morbidade e mortalidade materno-infantil (DGS, 2015).

No entanto, a *Promoção da adaptação à nova condição de saúde* é uma temática que surge como sugestão para melhoria por parte de algumas participantes. Segundo estas mulheres, esta temática deveria ser mais explorada nas consultas de vigilância da gravidez, por forma a se sentirem mais informadas e seguras com respeito às possíveis estratégias adaptativas para lhe fazer face.

Neste momento específico (“Antes do Parto”), as participantes salientam a relação de ajuda como temática percebida no decorrer da vigilância. Perante a mesma transição, identificaram-se duas conceções completamente distintas no que diz respeito à relação de ajuda. A percepção ambivalente por parte das participantes originou a categorização dos seguintes indicadores distintos: Comunicação Eficaz e Comunicação Ineficaz. Por conseguinte, optou-se por se

denominar a subcategoria como “*Componente*” da *Relação de Ajuda*. Relativamente ao indicador *Comunicação eficaz*, e sendo a comunicação uma vertente da relação de ajuda que permite informar e influenciar as decisões dos indivíduos no sentido de promoverem a sua saúde (Teixeira, 2004), as participantes percecionam que o EF sempre se mostrou disponível, esclareceu dúvidas, apoiava, fazia com que se sentissem à vontade e estabelecia uma relação empática. Por outro lado, houve quem percecionasse que o EF demonstrava falta de disponibilidade e afeto, fazendo-as sentir-se pouco à vontade – *Comunicação Ineficaz*. Esta perceção ambivalente reforça a ideia de Queirós (1999), que a relação de ajuda é importante para envolver o utente no seu processo de saúde e, simultaneamente, a de Teixeira (2004), que a comunicação pode ser um problema entre o enfermeiro e o utente, podendo levar à insatisfação por parte do último. Ainda assim, as referências relativas à comunicação eficaz sobrepuaram-se às da comunicação ineficaz, reforçando a ideia de que “a puérpera primípara espera da Enfermagem atenção, paciência, estar junto, dar apoio e orientação nesta fase de adaptação, que ela considera uma experiência única na sua vida.” (Silva & Carneiro, 2014, p.22).

A totalidade das participantes, identificam o EF como *Elo de ligação no encaminhamento para o CPP*. Esta perceção dá ênfase aos resultados de Araújo (2014) que reconhece o EF como profissional de uma equipa multidisciplinar que promove o encaminhamento e a continuidade de cuidados. A perceção do EF como elo de ligação – encaminhamento CPP dá cumprimento às tarefas orientadas pela DGS (2015) para as consultas de vigilância de saúde materna. Também percecionam o EF como elemento *Facilitador da futura vivência do parto*, tranquilizando-as em relação ao medo da dor e do parto, apoiando a ideia, de que a educação pré-natal facilita a participação consciente das mulheres no momento do trabalho de parto, reduzindo o medo no momento (Karabulut *et al.* 2016).

Verificou-se que as mulheres não frequentadoras do CPP relataram informação insuficiente relativamente a alguns temas, como sinais de trabalho de parto, epidural, enxoval, cuidados ao bebé e amamentação. Estas evidências são

concordantes com os resultados de Morgado, Pacheco, Belém & Nogueira (2010) que também constataram que as grávidas que frequentaram o CPP, quando comparadas a grávidas não frequentadoras, apresentavam um melhor planeamento e preparação para o parto e possuíam mais conhecimentos sobre epidural, esperavam demorar menos tempo a tocar no bebé e preparavam antes o enxoval.

No que diz respeito à perceção dos cuidados de enfermagem no “Pós-Parto”, em relação ao *Ser Mulher*, é manifestado o *Sentimento de indiferença perante os cuidados de enfermagem* e o EF é considerado *Facilitador da Relação de Ajuda*. Relativamente ao *Sentimento de indiferença perante os cuidados de enfermagem*, este, poderá ser justificado com o facto da participante em questão não reconhecer o seu EF.

O EF como *Facilitador da relação de ajuda*, ocupou a maior expressividade com 37 UR para esta subcategoria. Este significado atribuído deve-se a uma Comunicação Eficaz, ao EF ser considerado: Coadjuvante na gestão do sentimento de sobrecarga/ incapacidade; Promotor do Autocuidado e Promotor do aleitamento materno.

O EF percecionado como profissional que *comunica* de forma *eficaz*, sustenta-se no facto das participantes se referirem ao mesmo como alguém esclarecedor de dúvidas, alguém próximo, que confiam, que apoia, que é acessível e disponível, apoiando (Queirós, 1999; Silva & Carneiro, 2014). Esta relação de confiança estabelecida facilita a adaptação a esta nova fase e, segundo DGS (2005) e Brito 2009 (*apud* Lourenço, 2013), permite ao EF identificar de forma precoce situações de risco materno-infantil.

Os significados encontrados nas narrativas fizeram entender que o EF foi *Coadjuvante na gestão do sentimento de sobrecarga/incapacidade* e que o mesmo teria sido um elemento determinante na gestão desse sentimento. As participantes atribuem à alteração nos hábitos do sono a justificação para esse sentimento. Saliendam o apoio e o aconselhamento do EF para definirem estratégias/ atividades que permitiram gerir esse cansaço, demonstrando assim

o papel do EF enquanto elemento facilitador da transição. Mercer & Walker (2006) mencionam o stresse experienciado nesta fase como uma variável que pode interferir na realização do papel maternal. Andrade, Martins, Ângelo, Santos & Martini (2014) identificam uma conexão entre a falta de horas de sono, o cansaço e a sobrecarga de trabalho para a sensação de fadiga. Esta ideia de que a fadiga acompanha os primeiros tempos de adaptação é consensual com Silva & Carneiro (2014), assim como a percepção de satisfação sobre os ensinamentos realizados em relação ao sono e repouso. As percepções das participantes corroboraram as evidências dos estudos anteriormente mencionados e deram ênfase às normas da DGS (2005), nas quais se evidencia que os profissionais de saúde devem estar atentos a mudanças de hábitos de sono como fator potenciador da depressão pós-parto.

Nesta sequência, através da análise das narrativas é atribuído um significado de relevo paralelo ao EF enquanto *Promotor do Autocuidado*. Segundo as participantes o EF realizou ensinamentos, potenciou forças e delineou com estas sujeitas participantes algumas estratégias, de forma a capacitá-las para encontrarem o bem-estar. Atribuíram maior significado aos ensinamentos realizados sobre o repouso, as atividades para relaxar e aos ensinamentos realizados em relação ao conceito da autoimagem, nomeadamente ao exercício físico e à recuperação física.

Enquanto *Promotor do aleitamento materno*, o significado atribuído pelas participantes é do EF como elemento esclarecedor relativamente às dúvidas da amamentação e à prevenção das complicações do ato de amamentar. O aleitamento materno exclusivo está indicado, se possível, até aos 6 meses (Levy & Bertolo, 2012) e depende do desejo da mãe de amamentar, da atuação dos profissionais da saúde e do apoio que recebe das pessoas próximas (Rodrigues, Padoin, Paula & Guido, 2013). Em Portugal tem-se assistido a uma grande aposta por parte das instituições de saúde na criação de uma rede de hospitais amigos do bebé e um aumento do número de cantinhos da amamentação. No entanto, verifica-se uma taxa de aleitamento materno exclusivo à alta hospitalar de 90%, que sofre um declínio acentuado logo no primeiro mês de vida (DGS,

2015). Este estudo demonstra através da percepção das participantes que o EF teve um papel ativo na promoção da amamentação, o que facilitou a sua continuidade pós alta. Os achados relativamente a esta subcategoria corroboram com o estudo de Coates, Ayres & Visser (2014) que salientam a amamentação como uma das áreas principais que as mulheres precisam de apoio e com Fernandes (2016) que refere a amamentação como uma das competências que as mães mais tiveram necessidade de recorrer aos enfermeiros para colmatar as dúvidas e necessidades. Foi percebido que o EF tem um papel importante nesta área, mas algumas narrativas apontam para a necessidade de uma melhoria. Sugerem que o EF aborde mais esta temática com o intuito de se sentirem mais capacitadas, seguras e confiantes para a prática do ato de amamentar logo no primeiro contacto que ocorre na maternidade. Sugerem também a realização da VD, associada ao “Pós-Parto”, para promoção da amamentação como cuidados de enfermagem passíveis de melhoria.

O aleitamento materno encontra-se salientado nos “cuidados antecipatórios” do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) com a atividade “observação da mamada”. Sem dúvida que essa observação é facilitada em contexto domiciliário, já que se trata do contexto natural de desenvolvimento da sistémica familiar. Para Piteira (2016), a visita domiciliária constitui uma atividade de excelência na assistência à saúde exercida junto do indivíduo, da família e da comunidade, proporcionando um espaço privilegiado de promoção e educação com foco na família. Tendo em conta a sugestão para melhoria de boas práticas de enfermagem e todas as orientações existentes, a visita domiciliária seria uma atividade a implementar neste contexto.

Também Coutinho *et al.* (2015) no seu estudo apresentavam o acompanhamento domiciliário médico ou de enfermagem como uma necessidade manifestada pelos utentes cada vez mais sentida, mas não atendida. Coornel, McCoy, Stampfel & Verbiest (2016) apresentaram como oportunidade de melhoria dos cuidados no pós-parto o cuidado centrado na mãe, incluindo visitas de qualidade que sejam adequadas às necessidades dos indivíduos e que culturalmente sejam apropriadas. Apesar da OMS/UNICEF

(2009) e DGS (2015) terem como linhas orientadoras a realização da VD ao recém-nascido e à puérpera, esta prática continua a não ser exequível em todas as unidades de saúde como refere Rodrigues (2011), o que se verificou neste contexto de estudo.

No âmbito do *Ser Esposa/Companheira*, foram escassas as referências realizadas pelas participantes. Esta evidência veio apontar para o facto de a maternidade ser um desafio para a transição de uma relação diádica para uma relação triádica, onde, ao mesmo tempo, há a continuação de uma relação diádica com o companheiro (Silva & Figueiredo, 2005). Para Don, Biehle, & Mickelson (2013), os membros do casal embora vivenciem preocupações, mudanças e stresse, tornam-se pais em parceria, e ao sentirem-se como parte de uma "equipa" a transição torna-se mais facilitada.

O EF para o papel *Ser Esposa/Companheira* é percecionado como *Promotor da Conjugalidade* “Antes do Parto” e como *Coadjuvante da Sistémica Familiar* no “Pós-Parto”. A conjugalidade refere-se se à díade conjugal e no sistema conjugal a mulher é Esposa/ Companheira, ela tem um compromisso com este sistema no qual desempenha suas funções. As participantes enobrecem o papel do EF como elemento *Promotor da Conjugalidade* “Antes do Parto”, através da promoção da presença do marido/companheiro nas consultas, da envolvência de ambos no processo de aprendizagem e apoiando nas necessidades que manifestavam enquanto casal. Estes achados corroboram a opinião de Graça *et al.* (2011), que manifestam a importância de o pai ser envolvido em todo o processo, de, e para, facilitar a transição para a maternidade.

No entanto, as sujeitas participantes percecionaram necessidade de melhoria na Promoção da Conjugalidade, quer antes do parto, quer no pós-parto. Pelas suas vivências, aludem que o EF poderia ter um papel mais ativo na envolvência do companheiro, sugerem quase a obrigatoriedade do acompanhamento do pai nas consultas e que deveriam falar sobre o casal, a família de forma a evitar conflitos entre os mesmos. Esta última sugestão corrobora a ideia de que os conflitos entre o casal tendem a crescer após o nascimento (Martins *et al.* 2014) e que algumas demonstram preocupação ao nível das alterações no relacionamento

com o companheiro após o nascimento do bebé (Pereira, 2013). Esta sugestão por parte das participantes, dá ênfase às seguintes orientações: “solicitar a presença do pai nas consultas.” (DGS, 2005, p.21); “as mulheres e seus companheiros (...) devem ser considerados parceiros nas decisões e intervenções que sejam necessárias para a vigilância da gravidez.” (DGS, 2015, p.13).

Enquanto *Coadjuvante da Sistémica Familiar* no “Pós-Parto”, as participantes identificam o EF, como alguém que apoia ou contribuiu para a manutenção do equilíbrio do sistema familiar após a chegada de um novo membro. Esta contribuição manifestou-se através de cuidados relacionados com o planeamento familiar, esclarecimento de dúvidas, identificação de estratégias e capacitação para a partilha de tarefas.

Abordando o papel *Ser Mãe*, as participantes percecionam o EF durante a gravidez como *Promotor da adaptação ao novo papel*, em que esclarece todas as dúvidas por elas expostas e *Educador do desenvolvimento materno-fetal*, em que ensina sobre o desenvolvimento fetal. A perceção do EF como *Promotor da adaptação ao novo papel* contraria Karabulut *et al.* (2016), que refere que a educação pré-natal não interfere com a identificação do papel de mãe. Constatamos que sobre este momento (Antes do Parto), os relatos das narrativas são escassos quando comparados com o Ser Mulher. Pode-se justificar a diferenciação de relatos em relação a estes dois papéis com o facto de durante a gravidez, a mulher ainda não se encontrar inteiramente preocupada com o novo papel que irá assumir, demonstrando que o autoconceito da mulher vai modificando ao longo da vivencia, preparando-se assim, para um novo papel – o papel de mãe (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002).

No “Pós-Parto” relativamente ao *Ser Mãe* as participantes referiram o EF como elemento que facilitou e apoiou na adaptação ao papel de mãe. Consequentemente definiu-se a subcategoria *Promotor da adaptação ao novo papel*. Esta perceção comprova que os progenitores que não vivem esta transição socialmente apoiados, podem ter o seu papel parental comprometido (Araújo, 2009).

Para este momento, em relação ao *Ser Mãe*, o EF também é percebido como elemento *Facilitador da relação de ajuda*. Os significados encontrados nas narrativas fizeram perceber que essa atribuição se divide em *Capacitador do papel maternal* e a *Comunicação Eficaz*. A subcategoria *Capacitador do papel maternal* aborda o EF como elemento que acompanha o desenvolvimento estatoponderal e que educa sobre as necessidades desenvolvimentais.

Como profissional que realiza o *acompanhamento do desenvolvimento estatoponderal*, o EF é percebido pelas participantes como esclarecedor da amamentação, através do controle do peso do RN regularmente. Desta forma, percebe-se este acompanhamento como importante na autoconfiança da mãe, promovendo assim a amamentação. Este achado apoia Silva e Figueiredo (2014) quando refere que o foco de atenção nas consultas de enfermagem no primeiro mês de vida, atualmente, é a evolução estatoponderal. As participantes manifestaram que o desenvolvimento estatoponderal era uma inquietação que despoletava nelas insegurança relativamente à amamentação, o que demonstra que “as mães necessitam de uma resposta para as suas dúvidas, e que os seus medos devem ser acalmados de modo adequado” (Molénat 2009 *apud* Lourenço, 2013; p.31).

Enquanto *Educador das necessidades desenvolvimentais*, o EF realizou ensinamentos sobre hábitos do sono do bebé, cuidados ao coto umbilical, o bolar e o ato de mamar, cólicas, contato com ambiente externo, nomeadamente animais e dão maior ênfase aos ensinamentos realizados em relação ao choro. Estes resultados dão ênfase a Fernandes (2016) que afirma que é evidente a preferência pelos enfermeiros como recurso da informação durante a maternidade. A mesma autora, fazendo referência a Cardoso (2011), refere que os enfermeiros dedicam especial atenção ao lidar com o choro como uma das principais dificuldades das mães, especialmente para as primíparas, opinião que certifica os achados percebidos.

Para o desenvolvimento deste papel, no momento “Pós-Parto”, a *Comunicação Eficaz* é uma característica mais uma vez percebida. Algumas participantes fazem referência à disponibilidade para o atendimento e para o esclarecimento

de dúvidas presencialmente ou por telefone, à confiança que sentem/ “depositam” no seu EF como parte integrante deste processo de adaptação. Esta percepção apoia (Queirós, 1999; Teixeira, 2004; Lourenço, 2013; Silva & Carneiro 2014), no que diz respeito à importância da comunicação no estabelecimento de uma relação de ajuda. A este propósito Lourenço (2013 *apud* Isserlis et al. (2008) menciona que é essencial mostrar disponibilidade e atenção, para estabelecer uma relação empática com a mãe, em que ela sinta confiança e compreensão para expor o que julgue ser necessário, atribuindo assim relevância à característica por elas percebida na sua vivência.

O EF percebido como *Facilitador da Relação de Ajuda* no Ser Mãe foi a segunda subcategoria que mais se evidenciou no Pós-Parto a seguir à mesma subcategoria para o Ser Mulher no mesmo momento. Estas foram as subcategorias de acordo com os excertos das narrativas identificados em que se percebeu maior grau de satisfação dos cuidados prestados pelo EF validando desta forma os resultados de Silva e Figueiredo (2014), em que os pais se encontram muito satisfeitos face aos ensinamentos realizados pelo EF, salientando as dimensões de vigilância na saúde, crescimento do RN, sono e repouso.

Ao longo da gravidez e no pós-parto, para este papel (Ser Mãe), a Relação de Ajuda é identificada novamente como competência que pode ser melhorada nos cuidados de enfermagem pelo EF. As mesmas, reconhecem para o primeiro momento a falta de informação. Para o segundo momento são percebidas lacunas no estabelecimento de uma relação empática e a necessidade por parte dos profissionais de investir, não só, na aquisição de competências técnicas, mas também relacionais.

## 6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

O estudo desenvolvido pretendeu aprofundar e compreender a percepção das mulheres do papel do EF durante a transição para a maternidade e responder à seguinte questão de investigação: “Qual a percepção das puérperas face às intervenções do enfermeiro de família na transição para a maternidade?”. Neste estudo foi possível compreender melhor a percepção das puérperas face ao papel do EF durante a transição para a maternidade e, assim, propor intervenções de melhoria para os cuidados de enfermagem prestados, até então.

Considera-se, que neste contexto e para esta transição o EF vê a família de forma fragmentada em relação aos papéis e aos momentos. Para cuidar da família o EF deve conceber a família como uma unidade em transformação. O acesso à família é fundamental para atuar e implementar intervenções sobre a mesma envolvendo-a no planeamento de intervenções referentes a uma situação que afete um ou mais membros, para que se consiga obter melhores resultados. Conclui-se dos resultados obtidos que para esta transição o EF presta cuidados individuais não abordando a família como um sistema, parceiro dos cuidados de saúde, mas sim abordando a família como contexto. Desta forma, os cuidados prestados poderiam ser dificultadores da adaptação ao novo papel e à nova fase do ciclo vital, situação que não se verificou da análise das narrativas.

No entanto, tratando-se de uma vivência transicional (Meleis, 2010) que as participantes experienciaram pela primeira vez, verificou-se que de uma forma geral percecionaram o EF como um profissional de saúde interveniente, que facilitou/ está a facilitar a aquisição de competências e estratégias para que esta se revele numa adaptação à mudança de uma forma bem-sucedida. Percecionam o EF como facilitador e mediador de todo o processo transicional e como profissional com conhecimentos, que as esclareceu sempre que necessário. Reconhecem a formação continua por parte dos profissionais como algo extremamente importante para que o acompanhamento seja realizado com os conhecimentos atualizados.

Em função dos achados, conclui-se que o EF é percebido como tendo um papel bastante interventivo no *Ser Mulher* e no *Ser Mãe*. Constatou-se que para o *Ser Esposa* há pouca intervenção do EF, mostrando que a intervenção destes profissionais de saúde na esfera da sistémica conjugal e familiar ainda é muito exígua, por motivos ainda pouco explorados.

O EF deverá intervir no sentido de promover a transição de díade a tríade, sendo certo que desta intervenção resultarão ganhos para o sistema familiar, temática esta realçada pelas participantes como sugestão de melhoria. Este estudo indicia que a conjugalidade e a intervenção do EF no sistema conjugal constitui um fator importante que não foi abordado ao longo da transição.

As evidências deste estudo atribuem ao EF um papel fundamental na Promoção da Saúde ao longo da transição, praticando esta educação para a saúde nas consultas de vigilância de saúde materna. Salienta-se a comunicação como fator percebido que influencia a busca/aquisição de conhecimentos necessários para uma adaptação bem-sucedida neste acontecimento normativo do ciclo vital. Ficou explícito que o EF é o Elo de Ligação com outros profissionais e unidades de saúde através do encaminhamento para o CPP. A maioria das participantes não frequentou o CPP e as que frequentaram encontravam-se mais esclarecidas e satisfeitas do que as que não frequentaram. Com isto, torna-se importante que o EF realize educação para a saúde sobre o parto, independentemente da mulher mencionar a frequência, ou não, do CPP.

Pode inferir-se que o acompanhamento do EF durante a transição nas consultas de vigilância de saúde materna e saúde infantil é reconhecido como um espaço que permite o esclarecimento de dúvidas. O Pós-Parto para os diferentes papéis, é o momento em que atribuem ao EF um papel de maior relevância.

Pelo discurso das entrevistadas é atribuído um significado de relevo à relação de ajuda nos vários momentos, principalmente no papel *Ser Mulher* e *Ser Mãe*, em que o modo como a informação é transmitida é importante. A dualidade e diferenciação de atribuição simbólica das diferentes participantes, em função da mesma vivência da transição, veio aludir para o pormenor que o EF deverá ter

em linha de conta a relação de ajuda e a melhoria das competências relacionais para cuidar de famílias durante esta transição.

O presente estudo enalteceu, ainda, a importância atribuída à necessidade de realização da visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido, por parte das participantes. De facto, se à data da realização deste estudo, esta atividade não era realizada por todos os EF da USF Rainha D. Tereza, após a realização da formação interna e discussão dos dados obtidos, foi proposta, de acordo com a equipa a implementação da realização da VD à puérpera e ao RN, por todos os EF que constituíam a USF Rainha D. Tereza.

Em síntese, e tendo em conta os achados a que chegamos, consideramos que este estudo constitui um contributo importante para ampliar o debate sobre o EF e as suas práticas de cuidados às mulheres e famílias na etapa de transição do ciclo vital que se coaduna com o nascimento do primeiro filho (Wright & Leahey, 2011). Ao mesmo tempo, contribuiu para esclarecer a importância do papel do EF nas consultas de enfermagem, como elemento promotor de saúde através da educação para a saúde, com o qual é estabelecida uma relação de confiança.

Os achados deixam em aberto ideias para investigação futura, nomeadamente no que diz respeito ao planeamento de políticas no domínio da enfermagem de saúde familiar que contribuam para uma melhoria de boas práticas no âmbito da prestação da vigilância de saúde em cuidados de saúde primários.

### **Limitações do estudo**

No final deste trabalho, gostaríamos de mencionar algumas das limitações sentidas ao longo da sua realização para que se possa compreender melhor as dificuldades sentidas. Como já mencionado anteriormente, o tempo foi um fator limitador, primeiro na marcação das entrevistas e posteriormente no seu desenvolvimento, propriamente dito, devido à dificuldade em articular o horário com a participante para nos receber em sua casa, ou para se deslocar à USF. O facto de as entrevistas terem sido realizadas nas primeiras 6 semanas de vida do bebé, e ser inverno dificultou a vinda das participantes à unidade. Por conseguinte, o facto de em alguns casos não haver uma relação de empatia

previamente estabelecida, de não ser uma prática corrente a realização da VD à puérpera e ao RN, fez com que algumas participantes mostrassem alguma renitência em nos deslocarmos a sua casa, mas após explicação detalhada do estudo, aceitaram a realização da mesma.

Outra limitação foi a escassez de estudos publicados no domínio da Enfermagem sobre esta temática em Portugal, o que dificultou a comparação de dados e o enriquecimento da discussão, reforçando assim a necessidade de se realizar mais investigação e divulgação de evidências nesta área.

### **Implicações para a prática e trabalho futuro**

Com este estudo fizemos uma aproximação da compreensão daquela que é a perceção das puérperas face ao cuidar do EF da USF Rainha D. Tereza durante a transição para a maternidade, sendo que de acordo com a mesma sugere-se a realização de formação no âmbito a Enfermagem de Saúde Familiar. Desta forma, o EF não seria apenas uma designação automaticamente atribuída aos profissionais que desempenham funções em USF's ou UCSP's mas, sim, um profissional habilitado com as devidas competências para prestar cuidados às e com as famílias.

Posteriormente, iremos apresentar à equipa da USF Rainha D. Tereza os resultados obtidos com o objetivo de promover a melhoria continua da prestação de cuidados nesta unidade de saúde, assim como ao ACeS Baixo Vouga e à OE. Esta apresentação pretende demonstrar a importância de realizar formação especializada, de forma a melhorar os conhecimentos e os cuidados prestados nesta área, assim como reativar as atividades inerentes aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que se realizaram no ACeS Baixo Vouga em 2012 referentes à área da saúde materna.

Como sugestão para trabalho futuro seria interessante e importante a conversão de todos os diagnósticos e intervenções associados às consultas de vigilância materna “do papel” para o programa de registos utilizado. Posteriormente poder-se-ia realizar um trabalho de investigação sobre os padrões de qualidade dos registos. Pensamos ainda que seria importante desenvolver um estudo idêntico

ao presente para outros tipos de transições assim como, replicar o nosso estudo em unidades cujos enfermeiros possuem formação e proceder a um estudo comparativo.

Esperamos que a concretização deste trabalho potencie a realização de outros estudos neste domínio e que proporcione mudanças no sentido da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.

Estas conclusões sobre o papel do EF, na transição para a maternidade, podem contribuir para reforçar, repensar e reajustar a nossa intervenção enquanto enfermeiros de família.

## **SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO**

Na elaboração deste relatório de estágio partimos do pressuposto de que o contexto de estágio é fundamental para o desenvolvimento e aquisição das competências inerentes ao EEESF assim como ao crescimento profissional e pessoal enquanto EF. O trajeto realizado desde o início do estágio foi um espaço de aprendizagem de extrema importância que contribuiu para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências exigidas, mas também dos conhecimentos inerentes à investigação em Enfermagem.

A reflexão sobre os objetivos propostos e as competências representou um desafio moroso, na medida em que exigiu um pensamento crítico-reflexivo da minha prática enquanto aluna completamente distinta da minha prática e contexto profissional. Este desafio teve na sua origem uma estruturação, um modo geral de funcionamento e de atuação de toda a equipa, muito diferente daquele em que desempenho funções enquanto profissional. A concretização desta reflexão revelou-se bastante enriquecedora e construtiva, permitindo a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do percurso realizado. Este processo reflexivo, em algumas situações realizou-se conjuntamente com a enfermeira supervisora e sensibilizou-me para determinados domínios que careciam de maior investimento, concretamente, no âmbito da Enfermagem de Família e das transições. Neste contexto de aprendizagem os contributos inerentes à experiência profissional existente, revelaram-se essenciais na concretização dos objetivos propostos.

Aprofundaram-se conhecimentos sobre como avaliar e intervir numa família em determinada etapa do ciclo vital. Constatou-se a pertinência da utilização de modelos de avaliação e intervenção familiar, assim, como algumas limitações que se realçam, a complexidade do modelo, a insuficiente disponibilidade de tempo, a dificuldade na documentação nos sistemas de informação, a exigência de treino em relação entrevista familiar e o facto de a família ser uma estrutura

que está em constante mudança e evolução. Considera-se importante a existência de estabelecimento de uma relação de confiança e proximidade para a aplicação do MDAIF.

No decorrer do estágio e após o diagnóstico de situação em colaboração com o Conselho Técnico da USF foi identificada uma oportunidade de melhoria dos cuidados de enfermagem nesta área, e realizou-se uma formação interna que permitiu, posteriormente a discussão dos resultados e uma proposta de intervenção à qual se deu início da sua implementação – realização de VD ao RN e à puérpera.

Para este estágio foi solicitada a realização de um trabalho de investigação. Optou-se pela área da saúde materna, uma vez que esta é uma transição normativa do ciclo vital à qual todos os Enfermeiros de Família prestam cuidados de enfermagem e que foi detetada como área de oportunidade de melhoria da USF. A constatação da escassez de estudos nesta área relacionados com a enfermagem de saúde familiar também foi um fator motivador da sua realização. O trabalho de investigação desenvolveu-se pretendendo responder à questão de investigação: *“Qual a percepção das puérperas face às intervenções do enfermeiro de família na transição para a maternidade?”* e teve como objetivo geral: *Compreender as vivências das puérperas face ao papel do enfermeiro de família na promoção da transição para a maternidade.*

De acordo com a questão e o objetivo delineados para o estudo, concluiu-se do mesmo que o EF foi percebido pelas puérperas como profissional de saúde promotor da transição para a maternidade através da educação para a saúde nas consultas de vigilância. Foi atribuída uma importância significativa ao facto do acompanhamento ser sempre realizado pelo mesmo profissional e haver um enfermeiro de referência. Não se verificaram intervenções que considerassem a família como unidade, centrando-se o acompanhamento da grávida no paradigma da família como contexto. Desta forma, foi percebido um papel interventivo no papel *Ser Mulher* e *Ser Mãe* de forma fragmentada, de acordo com o momento que vivenciavam e dos protocolos existentes. Constatou-se que a envolvimento do companheiro foi escassa, confirmando que a família não foi

envolvida neste processo de transição. Este facto pode ser justificado com a escassez da formação dos enfermeiros na área da saúde da enfermagem de saúde familiar. As puérperas reconheceram a importância da formação contínua na área da enfermagem para que, os cuidados “recebidos” envolvam conhecimentos atualizados e inspirem confiança. Também atribuíram um significado relevante à relação de ajuda estabelecida com o EF neste processo de transição, no entanto esta é identificada como necessidade de melhoria, validando a importância das competências relacionais associadas às competências técnicas para que se prestem cuidados de enfermagem de qualidade. Foi reconhecida a necessidade de melhoria associada à Promoção da Conjugalidade reconhecendo a relevância do envolvimento da família durante este processo. As puérperas sugeriram também a realização da VD para promoção da amamentação, reforçando a necessidade de dar cumprimentos às orientações do Programa Nacional Gravidez de Baixo Risco.

Em guia de síntese,

Considero que consegui desenvolver as competências necessárias para atingir com sucesso a aprendizagem preconizada pelos objetivos previstos pela UC Estágio. Para tal, foi de extrema importância a receptividade, disponibilidade e colaboração de toda a equipa multidisciplinar da USF Rainha D. Tereza em particular a Enf.<sup>a</sup> Sandra Almeida. Ainda assim, reconheço que devo ambicionar mais nesta área para que a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à Família seja uma constante no meu dia-a-dia, enquanto Enfermeira de Família.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS (2012). *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP – Pressupostos para a sua implementação*. Retrieved 16 Outubro 2016, from: <http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/22papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp.pdf>

Andrade, L.M., Martins, M.M., Ângelo, M, Santos, A.T., Martini, J.G. (2014). *Identificação dos efeitos dos filhos nas relações familiares*. Acta Paul Enferm 27(4):385-91; Retrieved 05 de Maio de 2017 from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400064>

Araújo, C.F. (2009). *Transição para a parentalidade: Uma revisão sistemática da literatura*. Retrieved 05 de Maio de 2017, from: [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13291/1/Transi%c3%a7%c3%a3o%20para%20a%20parentalidade%20%20uma%20revis%c3%a3o%20sistem%c3%a1tica%20da%20literatura\\_Parte%20I.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13291/1/Transi%c3%a7%c3%a3o%20para%20a%20parentalidade%20%20uma%20revis%c3%a3o%20sistem%c3%a1tica%20da%20literatura_Parte%20I.pdf)

Araújo, C.F. (2014). *Enfermagem com Famílias: Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Barretto, A.P. & Oliveira, Z. M. (2010). *O ser mãe: Expectativas de primigestas*. Rev.Saúde.com 6(1): 9-23. Retrieved from: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/125/155>

Brazelton, T. B., & Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.

Brito, I. (2009). *A saúde mental na gravidez e primeira infância*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 25, 600-604.

Camarneiro, A. P. (2007). *Gravidez de risco e desenvolvimento do bebé*. Coimbra: Formasau.

Canavarro, M. C. (2001). *Gravidez e Maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento*. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.17-49). Coimbra: Quarteto Editora.

Coates, R. & Ayres, S. & Visser, R. (2014). Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study; *Pregnancy and Childbirth* 2014, 14:359; Retrieved from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-359>

Cornell, A., McCoy, C., Stampfel, C. & Verbiest, S. (2016). *Creating New Strategies to Enhance Postpartum Health and Wellness*. *Matern Child Health*: 20:S39–S42; DOI 10.1007/s10995-016-2182-y

Correia, M.J. (1998). *Sobre a Maternidade*. *Análise Psicológica* (1998), 3 (XVI): 365-371

Correia, M. J. & Sereno, S. (2012). *Gravidez e transição para a maternidade: investigação e intervenção*. In M.J. Correia (Ed.), *A Psicologia na Saúde da Mulher e da Criança: Intervenções, práticas e contextos numa Maternidade* (pp.13-21). Lisboa: Placebo.

Costa, A.L. (2013). *Satisfação dos Pais sobre a promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família*. Tese de Mestrado. Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Coutinho, E. C., Rocha, A.M. & Silva, A. L., (2015). *Expectativas de mulheres portuguesas face aos cuidados de saúde durante a maternidade*. *Investigação Qualitativa em Saúde – Volume 1*. P. 538-543

Davis, H., Day, C. & Bidmead, C., (2002). *Parent Adviser Training Manual*. London: The Psychological Corporation.

Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 161/2007, Série I, (p. 5587 – 5596). Retrieved 14 de Outubro de 2016 from: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Decreto-Lei n.º 118/2014, de 05 de agosto do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 149/2014, Série I, (p. 4069 – 4071). Retrieved 14 de Outubro de 2016 from: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho do Ministério da Saúde. Diário da República n.º 118/2017, Série I, (p. 3128 – 3140). Retrieved 24 de Julho de 2017 from: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)

Delassus, J.M., Carlier, L., & Boureau-Louvet, V. (2010). *L'aide-mémoire de Maternologie*. Paris: Dunod.

Direção Geral da Saúde (2005). *Programa de Promoção de Saúde Mental na Gravidez e na Primeira Infância – Manual de Orientação para Profissionais de Saúde*. Lisboa, DGS.

Direção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa, DGS. Retrieved from: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>

Direção Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa, DGS. ISBN 978-972-675-233-2. Retrieved from: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Duvall, R. & Miller, B. (1985). *Marriage and Family Development*. New York: Harper & Row, Publishers.

Don, B. P., Biehle, S. N., & Mickelson, K. D. (2013). *Feeling like part of a team: Perceived parenting agreement among first-time parents*. Journal of Social and Personal Relationships. 30 (8). Pp. 1121-1137.

Fernandes, S. (2016). *Transição para a maternidade: contributo dos recursos de informação para o desenvolvimento das competências parentais*. Dissertação

para mestre em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Figueiredo, M.H. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto de cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (2009). *Dos contextos da prática à construção do modelo de cuidados de enfermagem da família*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43(3) 615-621. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300017>.

Figueiredo, M.H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. 1ª Reimpressão Outubro 2013. Loures: Lusociência

Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. (5ª Ed.). (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

Freitas, A.P. (2009). *Enfermagem com Famílias: perspetiva dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Graça, L. & Figueiredo, M.<sup>a</sup> & Carreira, M<sup>a</sup> (2011). *Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para maternidade*. Revista de Enfermagem Referência, III série – nº4, p.27-35. Retrieved from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a03.pdf>

Graça, L. M. e colaboradores (2012). *Medicina Materno-Fetal*. 4ª edição. Lisboa: Lidel.

Hernandez, J.A. & Hutz, C.S. (2008) – *Gravidez do Primeiro Filho: Papéis Sexuais, Ajustamento Conjugal e Emocional*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol.24 n.22, p.133-141

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. 2ª edição. Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões*, Lisboa. Retrieved from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt)

International Council of Nurses - ICN (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE versão 2.0*; Ordem dos Enfermeiros; Lisboa

Karabulut, Ö., Cos, K.P., Dogan M. Y., Cebeci M. S. & Demirci N. (2016) - *Does antenatal education reduce fear of childbirth?* International Nursing Review 63, p. 60-67. Retrieved from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12223/pdf>

Levy, L. & Bertolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno – Comité Português para a UNICEF*. Retrieved from: [https://www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento\\_2012.pdf](https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf)

Lourenço, I.M. (2013). *Acompanhar a Maternidade de forma holística: efeitos sobre a Autoestima Materna e a Vinculação Mãe-Bebé*. Tese Mestrado em Psicologia clínica e da saúde. Universidade de Évora.

Lowdermilk, D.L. Perry, S.E. & Bobak, I.M. (2002). *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Martins, C.A. & Abreu, J. C. P. W & Figueiredo, M. C. A. B. (2014) – *Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído*. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1394>

Meleis, A. I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6. Retrieved from: [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)

Mercer, R. T. & Walker, L.O. (2006). *A Review of Nursing Interventions to foster Becoming a Mother*. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, (35 (5), 568-582. DOI: [10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x)

Morgado C.; Pacheco, C.; Belém, C. & Nogueira, M. F. (2010). *Efeito da variável Preparação para o Parto pela Grávida: Estudo Comparativo*. Revista Referência, II Série, nº12, 17-27.

Norma nº 010/2013 de 31/05/2013. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, DGS. Retrieved from: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

OMS (2000) – *Declaração de Munique* – Revista Ordem dos Enfermeiros, nº 0. Retrieved from: [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/roe\\_0\\_Julho\\_2000.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/roe_0_Julho_2000.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*. Retrieved 21 de Outubro de 2016, from: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Retrieved from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>

OMS/UNICEF (2009). *Declaracion conjunta OMS/ UNICEF - Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia*. Ginebra. Retrieved from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70057/1/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.02\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70057/1/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf)

Pereira, A.R. (2013). *Vivência da Gravidez e Importância Atribuída pelas Mães à Consulta de Enfermagem: Um Estudo de Caso numa Unidade de Saúde Familiar*. Tese de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Pinquart, M., & Teubert, D. (2010). *Effects of parenting education with expectant and new parents: A meta-analysis*. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 316-327.  
<http://dx.doi.org/10.1037/a0019691>

Piteira, A. F. (2016). *A Enfermagem Comunitária na Transição para a Parentalidade – Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério*. Tese Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária – Universidade de Évora  
[.http://hdl.handle.net/10174/18604](http://hdl.handle.net/10174/18604)

PORDATA. (2011). Municípios. População. Retrived 16 de Novembro de 2016 from <http://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>

Prati, L.E. & Koller, S.H. (2011). *Relacionamento conjugal e transição para a coparentalidade*. *Prespetiva de psicologia positiva*: Rio de Janeiro, Vol.23, N.I., p.103-118.

Queirós, A.P (1999). *“Empatia e Respeito”*. Edições Quarteto. Coimbra

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

Rodrigues, A. P., Padoin, S. M. M., Paula, C. C. & Guido, L. A. (2013). *Fatores que interferem na autoeficácia da amamentação: revisão integrativa*. *Revista de enfermagem UFPE online*, Vol. 7, 4144-4152;

Rodrigues, N. A. (2011). *Percepções de mães primíparas sobre a visita domiciliária do enfermeiro na adaptação à maternidade: um estudo qualitativo*. Mestrado em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores – Instituto Universitário de Lisboa; Departamento de Psicologia Social e das Organizações.  
<http://hdl.handle.net/10071/4509>

Schlossberg, N. K., Waters, E. B. & Goodman, J. (1995). *Counseling Adults in Transition*. Linking Practice with Theory (2nd Edition). New York: Springer Publishing Company.

Sequeira, C. (2007): *Cuidar de idosos dependentes*. Editora Quarteto. Coimbra

Silva, C. S. & Carneiro, M. (2014). *Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho*. Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 3 - nov./dez. 2014 pp.17-26; <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13143>

Silva, A. I., Figueiredo, B. (2005). *Sexualidade na gravidez e após o parto*. Psiquiatria Clínica, 25 (3), 253-264.

Soifer, R. (1991). *Psicologia da Gravidez, parto e puerpério*. (5.ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Streubert, Helen J. & Carpenter, Dona Rinaldi (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. 5ª edição. Loures: Lusodidacta.

Teixeira, J. (2004) - *Comunicação em saúde relação técnicos de saúde - utentes*. Análise Psicológica. Vol. 22, nº 3, p. 615-620.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias. Guia para avaliação e intervenção na família*. 5ª Edição. São Paulo. Editora Roca.

## **ANEXOS**

## ANEXO I - Instrumentos de Avaliação Familiar

<b>APGAR DE SMILKSTEIN</b>	<b>Quase Sempre (2 pts)</b>	<b>Algumas Vezes (1 pt)</b>	<b>Quase Nunca (0 pts)</b>
Estou Satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução de problemas.			
Acho que a minha família concorda com os meus desejos de iniciar novas atividades ou modificar o estilo de vida.			
Estou satisfeito como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			

Fonte: Smilkstein in Figueiredo (2013)

	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.					
2.	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3.	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4.	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5.	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6.	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7.	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8.	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9.	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10.	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.					
11.	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12.	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13.	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir opinião uns aos outros.					
14.	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					
15.	Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto, como família.					
16.	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					
17.	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					
18.	Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					
19.	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.					
20.	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver problemas.					
21.	Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22.	Na nossa família todos partilham a responsabilidade.					
23.	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.					
24.	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
25.	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.					
26.	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
27.	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
28.	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29.	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30.	Temos interesses e pensamentos em comum uns com os outros.					

Fonte: Fernandes (1995) in Figueiredo (2013)

**Escala de Graffar - adaptada**

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 proprietários Heranças Rendimentos profissionais de elevado nível	Casa ou andar luxuoso, espaços com máximo de conforto	Zona Residencial Elegante	5	4	3	I  CLASSE ALTA  Data---/---/-
						9	7		
2	Médios Industriais e Comerciantes Dirigentes de Medias empresas Agricultores/Proprietários Dirigentes Intermédios e quadros técnicos do sector publico ou privado Oficiais das Forças Armadas Profissões Liberais Professores do Ensino Básico Professores do Ensino Secundário Professores Universitários (sem Doutoramento)	Bacharelato ou curso Superior com duração ≤ 3 anos	Altos vencimentos de honorários (≥10 vezes o salário mínimo nacional)	Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	Bom Local	10	8	4	II  CLASSE MEDIA ALTA  Data---/---/---
						13	10	6	
3	Pequenos Industriais e comerciantes Quadros Médios; Chefes de Seção Empregados de 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, eletrodomésticos essenciais	Zona Intermédia	14	11	7	III  CLASSE MEDIA  Data---/---/---
						17	13	9	
4	Pequenos Agricultores/Rendeiros Empregados de Escritório (Grau↓) Operários Semi - Qualificados Funcionários Públicos e membros das Forças Armadas ou militarizados de nível↓	Escolaridade ≥ a 4 anos e < 9 anos	Remuneração ≤ao salário mínimo nacional Pensionistas ou reformados Vencimentos incertos	Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível	Bairro Social/Operário Zona Antiga	18	14	10	IV  CLASSE MEDIA BAIXA  Data---/---/---
						21	16	12	
5	Assalariados Agrícolas Trabalhadores Indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	Não sabe ler nem escrever Escolaridade <4 anos	Assistência (subsídios) RMG	Impróprio (barraca, andar ou outro) Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	Bairro de lata ou equivalente	22	17	13	V  CLASSE BAIXA  Data---/---/---
						25	20	15	

### Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Fonte: Zarit in Sequeira (2007).

## Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Nº	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	63
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de familiar	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança na situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança do tipo de trabalho	36
19	Alteração nº discussões c/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 c/ familiares do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	29
26	Cônjuge que inicia ou termina um 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 horário de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	20
34	Mudança de diversões	19
35	Mudança de actividade religiosa	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança do nº de reuniões familiares	15
40	Mudança dos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
	TOTAL	

Fonte: Holmes & Rahe in Figueiredo (2013).

150-200: Menor probabilidade de incidênciasdoenças

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

## ANEXO II - Plano de Sessão e Diapositivos de Apresentação



Plano de Sessão – USF Rainha D. Tereza

**Tema:** Percepção das mulheres sobre o papel do enfermeiro de família na transição para a maternidade

**Finalidade:** Proposta de intervenção para melhoria dos cuidados de enfermagem à puérpera – Transição Desenvolvimental; Apresentação de resultados;

**Objetivo Geral:** Promover a reflexão sobre enfermagem de família; identificar/definir estratégias que permitam uma melhoria continua dos cuidados de enfermagem prestados à puérpera e ao recém-nascido.

**População Alvo:** Enfermeiros de Família Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Tereza

**Local:** Sala de Formação Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Tereza **Data:** 02 de Fevereiro de 2017 **Hora:** 13:30 **Duração:** 45 minutos

Fase/ Duração	Objetivos	Conteúdos programáticos	Métodos	Recursos/ Estratégias	Avaliação
Abertura 10 min		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dos intervenientes;</li> <li>- Enquadramento da temática e respetivos objetivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Metodologia expositiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Videoprojetor</li> <li>- Slides em powerpoint</li> </ul>	
Desenvolvimento: 30min.	<p>No final da sessão a população alvo deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecer as competências específicas do enfermeiro de família;</li> <li>- Reconhecer situações em que se aconselha a aplicação do MDAIF – tipos de transições;</li> <li>- Identificar estratégias de melhoria de cuidados de enfermagem;</li> <li>- Definir intervenções que promovam a melhoria de cuidados;</li> <li>- Identificar importância da realização da Visita Domiciliária à puérpera e recém-nascido de forma a potencializar as forças da família no processo de adaptação à transição para a maternidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competências específicas do enfermeiro de família;</li> <li>- Tipos de transições e aplicação do MDAIF;</li> <li>- Apresentação de “expressões chave” das entrevistas realizadas na USF Rainha D. Tereza;</li> <li>- Proposta de realização de Visita Domiciliária à puérpera e recém-nascido, de forma a suprimir necessidades identificadas;</li> <li>- Demonstração dos campos no Sclínico que permitem de momento efetuar registos referentes à família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Metodologia expositiva e interrogativa</li> <li>- Metodologia ativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Videoprojetor</li> <li>- Slides em powerpoint</li> <li>- Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar;</li> <li>- Figueiredo (2012) – Livro <i>Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar</i></li> <li>- Wright, L. M. &amp; Leahey, M. (2011). Livro <i>Enfermeiras e famílias. Guia para avaliação e intervenção na família.</i></li> <li>- Proposta de procedimento para visita domiciliária à puérpera e recém-nascido.</li> </ul>	Reflexão conjunta sobre os cuidados de enfermagem
Encerramento 5min	Agradecimento pela experiência e oportunidade de partilha e aprendizagem				

# O enfermeiro de família e o "nascimento" de uma mãe

## Perceção das mulheres face às intervenções do enfermeiro de família na transição para a maternidade



Andréia Liana Oliveira Ferreira - Mestrado em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: EAP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## Objetivos

- Promover a reflexão sobre enfermagem de família;
- Identificar/definir estratégias que permitam uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à puerpera e ao recém-nascido.

Andréia Liana Oliveira Ferreira - Mestrado em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: EAP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

# Na vossa opinião... O QUE É SER ENFERMEIRO DE FAMÍLIA?

Andréia Liana Oliveira Ferreira - Mestrado em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: EAP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## O que é ser enfermeiro de família?




Fonte: <http://slideplayer.com.br/>  
Fonte: <http://comotersaude.com/>

Andréia Liana Oliveira Ferreira - Mestrado em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: EAP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

- Cuida da Família como Unidade de Cuidados
- Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária

Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (2010, p.2)

Andréia Liana Oliveira Ferreira - Mestrado em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: EAP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## ► Cuida da Família como Unidade de Cuidados

Para cuidar da família como unidade de cuidados, o enfermeiro deve:

- Reconhecer a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;
- Conceber a família como uma unidade em transformação, sujeita a transformações normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital;
- Desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo.



Fonte: <http://www.theschooloflife.com>

Andréia Liana Oliveira Ferreira - Mestrado em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: EAP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## ► Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária

Para prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida, o enfermeiro deve:

- Realizar avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento;
- Reconhecer situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- Realizar e avaliar intervenções de modo a promover e facilitar as mudanças no desenvolvimento familiar.

Andréia Liana Oliveira Ferreira - Mestrado em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: EAP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## ► São vários os estudos que demonstram que os cuidados de enfermagem continuam dirigidos ao indivíduo sem considerar o seu contexto familiar. Os mesmos estudos evidenciam que a família é perspetivada pelos enfermeiros de forma fragmentada.

(Friedman, 1998; Elsen et al, 2002; Hanson, 2005)

## ► Não se deve dar somente atenção a questões físicas

(Barreto, 2010)

Andréia Liana Oliveira Ferreira - Mestrado em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: EAP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)

- Modelo adotado pela Ordem dos Enfermeiros
- Referencial teórico e operativo em enfermagem de saúde familiar
- As intervenções são implementadas com o intuito de capacitar a família na resolução dos seus problemas.
- As intervenções implementadas são direcionadas para as áreas de atenção familiar que são relevantes para o enfermeiro de família.
- Integra as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, cada uma delas dividida em categorias.

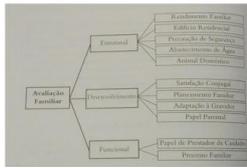


Figueiredo, 2013)

Andréia Liana Oliveira Ferreira - Mestrado em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: EAP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)



Fonte: (Figueiredo, 2013, p.104)

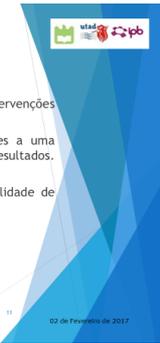
Andréia Liana Oliveira Ferreira - Mestrado em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: EAP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## Porque se deve fazer uma avaliação familiar?

- ▶ O acesso à família é fundamental para atuar e implementar intervenções sobre a mesma;
- ▶ Envolvendo a família no planejamento de intervenções referentes a uma situação que afete um ou mais membros, consegue-se melhores resultados. Família deve ser parceira na prestação de cuidados;
- ▶ Para compreender a família e promover um melhor nível de qualidade de cuidados a prestar à mesma em todas as suas dimensões:
  - ✓ Estrutura,
  - ✓ Desenvolvimento
  - ✓ Funcionamento

Andréa Liane Oliveira Ferreira - <sup>11</sup> mestranda em Saúde Familiar 2016/2017  
 Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
 Supervisora: EDP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
 Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



## TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE

### O que acham que as puérperas pensam/percecionam sobre o acompanhamento do enfermeiro de família?

Andréa Liane Oliveira Ferreira - <sup>16</sup> mestranda em Saúde Familiar 2016/2017  
 Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
 Supervisora: EDP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
 Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



## Quando aplicar o MDAIF?

Se o enfermeiro conhecer todos os membros da família torna-se mais fácil o "cuidar".

- ▶ No início de uma relação terapêutica - enfermeiro-família;
- ▶ Sempre que se identifique a necessidade de avaliação, devido a alterações das "dimensões" da família
- ▶ Transição do ciclo de vida da família (à espera do primeiro filho, filhos na adolescência, ninho vazio, etc.);
- ▶ Sempre que exista da família motivação para avaliação (ex: impacto doença crônica; de criança com cancro; fobias, outros)
- ▶ Família com situações que podem alterar as relações entre os membros (ex: abuso sexual; violência doméstica, outros)
- ▶ Quando um dos membros procura repetidamente os cuidados de saúde sem sintomatologia específica;
- ▶ Morte na família, acidente grave, divórcio, etc.;
- ▶ Doenças relacionadas com o estilo de vida e ao ambiente (doença hepática e alcoolismo, doença pulmonar e tabagismo, úlcera péptica e stress).

Andréa Liane Oliveira Ferreira - <sup>13</sup> mestranda em Saúde Familiar 2016/2017  
 Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
 Supervisora: EDP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
 Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

(Wright e Leahy, 2011)



## Das entrevistas realizadas até ao momento...

### Antes do Parto:

- Qual o papel do seu/sua enfermeiro/a de família durante a gravidez? O que esperava dele nessa fase no que diz respeito ao ser mulher, esposa/companheira e futura mãe?

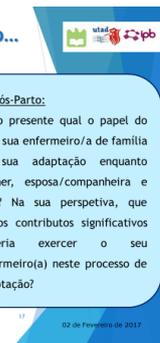
### Momento do Parto:

- Que influencia teve o enfermeiro/a de família para o momento do parto? Que contributo esperava do seu/sua enfermeiro/a de família enquanto mulher, esposa/companheira e futura mãe neste momento específico?

### No Pós-Parto:

- No presente qual o papel do seu/ sua enfermeiro/a de família na sua adaptação enquanto mulher, esposa/companheira e mãe? Na sua perspectiva, que outros contributos significativos poderia exercer o seu enfermeiro(a) neste processo de adaptação?

Andréa Liane Oliveira Ferreira - <sup>17</sup> mestranda em Saúde Familiar 2016/2017  
 Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
 Supervisora: EDP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
 Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



## O enfermeiro de família e o "nascimento" de uma mãe

Perceção das mulheres face às intervenções do enfermeiro de família na transição para a maternidade



Andréa Liane Oliveira Ferreira - <sup>13</sup> mestranda em Saúde Familiar 2016/2017  
 Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
 Supervisora: EDP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
 Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



## Alguns resultados obtidos...

Todas as entrevistadas foram acompanhadas na USF Rainha D. Tereza, são primíparas e encontravam-se a viver o puerpério

- ▶ Nº de mulheres entrevistadas (n=9)
- ▶ Apenas (11,1%) não identifica o seu/sua enfermeiro/a de família;
- ▶ A maioria não frequentou o curso de preparação para o parto (66,6%);
- ▶ Nas consultas de vigilância realizadas, referem não ter sido abordado temas referentes aos três papéis que passaram a desempenhar (mulher, esposa e mãe)

Andréa Liane Oliveira Ferreira - <sup>18</sup> mestranda em Saúde Familiar 2016/2017  
 Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
 Supervisora: EDP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
 Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



## Pensamento

"No momento em que uma criança nasce, a mãe também nasce. Ela nunca existiu antes. A mulher existia, mas a mãe, nunca. Uma mãe é algo absolutamente novo."

Osho  
 Fonte: <http://kdfrases.com/frase/140745>

Andréa Liane Oliveira Ferreira - <sup>14</sup> mestranda em Saúde Familiar 2016/2017  
 Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
 Supervisora: EDP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
 Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



## Algumas expressões obtidas...

### ▶ Antes do parto

- E1  
 "na minha opinião ela é boa enfermeira"  
 "(...) em todos os aspetos, ela apoiava-me imenso"  
 "Para mim correu... ela deu-me imenso apoio sempre que cá vim. Ela deu-me imenso apoio e para mim correu bem. Para mim ela é uma boa enfermeira"
- E2  
 "(...) mas mesmo assim foi bastante benéfico, apesar de eu ter um acompanhamento sempre paralelo. (...) Lembro-me de uma altura muito complicada da minha gravidez, devido a vários fatores que me ocorreram e nessa fase foi o auge da necessidade do enfermeiro de família. Logo se mostrou disponível em falar-me de consultas de psicologia e todo o processo que eu poderia vir a necessitar e fez contactos. (...) Não precisei, mas se fosse preciso sabia que... e estava tudo encaminhado para graças ao enfermeiro de família."



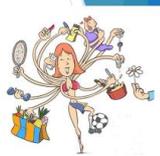
Fonte: <http://www.capesep.com.br>

Andréa Liane Oliveira Ferreira - <sup>19</sup> mestranda em Saúde Familiar 2016/2017  
 Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
 Supervisora: EDP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
 Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



## TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE

- Transição normativa complexa;
- Alterações físicas e psicológicas;
- Alteração Auto e Hetero conceito;
- Reestruturação de papéis desempenhados (mulher, esposa e mãe);
- Implica novos conhecimentos e alteração de comportamentos;



Fonte: <http://craacozado.com.br/>

Andréa Liane Oliveira Ferreira - <sup>15</sup> mestranda em Saúde Familiar 2016/2017  
 Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
 Supervisora: EDP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
 Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



### ▶ Antes do parto (continuação)

- E3  
 "(...) acompanhou-me em tudo também por ser mãe tão nova. Mas eu não fui acompanhada só pelo enfermeiro de família. (...) Sei lá... não esperava assim nada em especial. Eu fui mais vezes ao hospital... (sobre o que esperava do enfermeiro de família)
- E4  
 "O acompanhamento foi o pesar, medir a barriga, mais nada... e a tensão. Explicar o porquê e o não porquê e mais nada. (...) como é que eu hei-de explicar... o enfermeiro tem muitas grávidas, e então ele não consegue estar ali uma a uma, seguir uma a uma com um carinho especial, por isso... (...) Eu acho que a minha enfermeira é a minha mãe!"  
 "(...) É (em relação à importância ou não do acompanhamento)! Porque se acontecer alguma coisa por exemplo durante a gravidez...se acontecer algum impacto eu sei que vou chegar aqui e eles estão aqui para mim. Eu sei disso! Mas...não é aquele carinho que eles sentem por nós, sabe? Não é... não é aquela ligação... Não é "então você está tudo bem?" "então é preciso isto ou aquilo?" não! E... atende e pronto, está tudo feito!..."



Fonte: <http://www.capesep.com.br>

Andréa Liane Oliveira Ferreira - <sup>20</sup> mestranda em Saúde Familiar 2016/2017  
 Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
 Supervisora: EDP Sandra Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
 Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



▶ Antes do parto (continuação)

- E4

"(...) a enfermeira de família só me ajudou a decidir se... porque eu tive ideias de abortar. Tive! Mas não fiz, porque eu acho que ela ajudou a eu não... a não acontecer isso. De resto..."

- E5

"Eu acho que foi sempre boa... sempre me esclareceu todas as dúvidas... sempre foi muito esclarecedor, neste caso esclarecedora... (...) Para mim foi bastante importante... sempre ajudou-me durante a gravidez a tirar as dúvidas, foi bastante importante... sempre disponível..."

- E6

"Pronto tudo o que eu questionava ela tirava-me as dúvidas todas! (...) não é que eu tivesse muitas dúvidas porque acabava por entregar os folhetos e eu lia, pesquisava na Internet (...)"

"Mas em relação aos papéis que falou... ela ajudou-me e esclareceu-me no de mãe, os outros não se falou. Não se falou de mim, das minhas coisas, das mudanças com o meu marido e minhas... isso não se falou nas consultas."

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



Fonte: <http://www.capesep.com.br>

02 de Fevereiro de 2017

▶ Antes do parto (continuação)

- E7

"(...) porque as consultas eu não ia lá quase fazer nada! (...) e ia lá só mesmo... fazer visita. O que foi mesmo importante foi lá as aulas de preparação para o parto..."

"É assim... eu... ela ia-me dando panfletos e tudo para explicar como ia ser, por isso..."

"É que eu ia lá mesmo... nós não falávamos muito... era... prontos. Porque eu estava a ser acompanhada noutro sítio, só tinha que ir, porque tinha que ir... porque se não nem sequer lá ia!"

- E8

"(...) ajuda a acompanhar, ajuda sempre em qualquer dúvida que se tenha, por há sempre dúvidas novas. Eu acho que ajuda muito."

"(...) Não sabia quem era o meu enfermeiro, porque naquela altura ainda não havia ainda enfermeiro de família. E eu ficava assim... "queria falar com a enfermeira." e depois "qual é a sua enfermeira?" e eu assim "Não sei. Agora existe enfermeiras para as pessoas? Para cada um?" e eles assim "agora tem um enfermeiro de família."

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



Fonte: <http://www.capesep.com.br>

02 de Fevereiro de 2017

▶ Antes do parto (continuação)

- E8

"(...) Não é bom para as crianças nem para nós adultos termos várias pessoas a mexerem (entre aspas), a sabermem da nossa vida pessoal, do nosso currículo médico e essas coisas todas. Acho que convém ser sempre só uma pessoa, pronto cada pessoa ter a responsabilidade para ter mais um miminho (entre aspas) conosco. Conhecendo mais, sendo sempre a mesma pessoa, acho que não temos tanto medo, não ligamos muito, deixamos de ter medo da pessoa da bata..."

"(...) contribuiu e muito para que eu me sentisse bem durante a gravidez (...)"

"(...) Sempre arranjou forma de atender, dar uma palavrinha e eu acho isso um carinho ainda maior, anormal. Sempre que necessitei de alguma coisa, ela nunca se negou a me atender, mesmo que não conseguisse naquele instante (...)"

"(...) Em relação a mim... ela quis ter a certeza se eu estava preparada e falou comigo (...)"

"(...) Daqui mandaram-me para Aveiro e disseram-me "Ah não é preciso ser acompanhada pelo seu médico de família" e eu assim... "então, mas se é o meu médico e a minha enfermeira que me acompanham sempre, eles devem-me acompanhar agora, ainda para mais nesta fase."

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



Fonte: <http://www.capesep.com.br>

02 de Fevereiro de 2017

▶ Antes do parto (continuação)

- E9

"Foi ótimo, foi ótimo! Ela disse-me o que é que eu havia de comer, o que não devia. Acerca do meu peso o que é que eu devia fazer. Tudo e mais alguma coisa. Esteve sempre disponível para as minhas dúvidas que eram muitas. Sempre me ajudou... em tudo, alimentação, higiene, tudo, tudo..."

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



Fonte: <http://www.capesep.com.br>

02 de Fevereiro de 2017

▶ Momento do parto

- E1

"Ela deu-me a informação (em relação ao curso de preparação para o parto) (...) ela falou-me para ir, aconselhou-me a ir. Mas na altura eu estava a trabalhar, custava-me estar a faltar (...) e não cheguei a ir"

- E2

"(...) o facto dela me ter falado das aulas de preparação para o parto e do curso de preparação para o parto e a importância (e que eu não fiz), eu não fiz por questões profissionais, por opção minha, mas o que eu levava a tomar essa posição foi uma questão profissional. Ai eu acredito, e pelos testemunhos que ouço de quem faz que talvez abarcasse um bocadinho das três questões, mulher, mãe e esposa."

- E3

"(...) ele ajudou-me em tudo. Ele ajudou-me a superar o medo do parto que era esse o medo que eu tinha."

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



Fonte: <http://diccionariodeusade.com>

02 de Fevereiro de 2017

▶ Momento do parto

- E4

"(...) encaminhou (em relação ao curso de preparação para o parto)! Mas eu não assisti... Não valia a pena! Foi opção minha. Eu assisti a uma ou duas aulas, mas depois desisti! (...) Eu vou ser muito sincera... Era tempo perdido, tinha mais coisas para fazer. Era tempo perdido! E existe a internet, existe a mãe, existe os avós..."

- E5

"(...) foi-me alertando da maneira que as coisas podiam decorrer (...)"

"Frequentei o curso de preparação para o parto, não todas as aulas... que não tive hipótese, mas aquelas que eu tive frequentei. Foi a enfermeira que me encaminhou..."

- E6

"Ela encaminhou-me para o curso de preparação para o parto, mas como eu estou a morar longe daqui... não vinha para cá todos os dias para frequentar."

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



Fonte: <http://diccionariodeusade.com>

02 de Fevereiro de 2017

▶ Momento do parto

- E7

"O que foi mesmo importante para mim foi o curso de preparação para o parto. Quem me encaminhou para esse curso foi a enfermeira de família, mas esse curso é que foi mesmo importante. A enfermeira de família ajudou-me nesse sentido..."

- E8

"(...) ela inclusive disse para eu ir para o curso de preparação para o parto, mas eu não fui. O curso era depois das quatro e eu não tinha transporte para vir para aqui. Eu não fiz por opção. A enfermeira aconselhou-me a ir porque para mim era melhor, se fosse o meu agrado, mas eu não fui. (...)"

"(...) poderia explicar ou aconselhar... por exemplo... só se fosse da parte da epidural e do parto em si, porque não explicou muito. Acho que não há muito a explicar sobre isso (...)"

- E9

"A Enf... apenas me encaminhou para o curso, mas correu da melhor maneira, foi o suficiente. Não esperava outro contributo. Foi sempre o suficiente, porque qualquer dúvida que a gente tinha ou que a gente tinha, tanto uma como outra ajudavam, a do parto e a daqui."

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



Fonte: <http://diccionariodeusade.com>

02 de Fevereiro de 2017

▶ Pós parto

- E1

"(...) a minha adaptação depois de ter o bebe foi complicada. (...) ainda passei por momentos complicados (...) e ele chorava muito (...). Estava sempre a ver, eu nem dormia com medo que ele não respirasse... (...) falei com ela (Enf!) e ela aconselhou-me para eu não me preocupar."

"(...) eu acho que mudei muito nesse aspeto (companheira), (...) irritou-me sem necessidade com ele (...) por acaso não comentei com ela isso..."

- E2

"(...) O papel... o papel... olhe é espetacular ter vindo aqui todas as semanas, mesmo que fosse para pesar o bebe e para controle de peso, é espetacular esse acompanhamento, porque qualquer dúvida que me ocorre durante a semana, eu penso "vou perguntar à enfermeira!". Escuso de ter a preocupação "Ai, vou entrar em contato com o médico, ou isto ou aquilo" não tive, até agora não tive. Guardava as questões e as dúvidas para colocar quando vinha ao peso com o menino, e tive sempre resposta. Portanto esse acompanhamento é muito bom. (...) Pois... não tinha, era só para ele. Era só para ele, mas também acredito que se eu lhe colocasse alguma dúvida ou questão que tivesse haver comigo, iria ter resposta de certeza. Eu creio que sim, creio... não aconteceu. (...) como sempre me disseram durante a gravidez "Nós não somos supermulheres", mas eu quero ser, pronto! Quero ser supermulher, às vezes penso que isso ainda é possível, e depois entro em parafuso completamente. Mas o que é que o enfermeiro poderia fazer em relação a isso?..."

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



Fonte: [lifestyle.zappos.pt](http://lifestyle.zappos.pt)

02 de Fevereiro de 2017

▶ Pós parto

- E3

"Agora quando fui à consulta, teve. Porque eu pedi-lhe a pílu e ele deu-me. Disse para ter cuidado porque aquilo não faz muito efeito. Para eu ter mais cuidado. (...) Ele ajuda-me a perceber o que se passa com a menina."

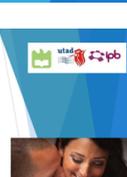
- E4

"(...) Muito difícil... É muito complicado ter vários papéis numa personagem só! É mais complicado ele chorar, eu não saber o que é..."

"Eu acho que o enfermeiro está lá quando nós precisamos, e isso é muito bom. Mas de resto... não me aquece nem arrefece se ele está lá ou se não está... agradeço dele pesar o bebé... se ele está bem se não está bem, se corre algum perigo se não corre... mas de resto..."

"(...) Vocês têm muitos pacientes, nós compreendemos isso...mas às vezes é bom vocês olharem o papel invertido... se eu fosse enfermeira e você fosse mãe... eu acho que era bom vocês sentirem um carinho mais especial pelas mães, pelos bebés..."

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



Fonte: [lifestyle.zappos.pt](http://lifestyle.zappos.pt)

02 de Fevereiro de 2017

▶ Pós parto

- E5

"(...) acho que é bastante importante, não é? Porque visto que sou uma mãe de primeira viagem tenho muitas dúvidas... o que é normal, com o bebé. Mas sabendo se o que ele mama se é o suficiente, se não... pronto é e com a enfermeira que eu tiro essas dúvidas e ela vai-me ajudando, por isso em termos de papel de mãe é bastante importante!"

"(...) a enfermeira tem-me ajudado bastante, que sempre que eu coloco essas dúvidas ela explica-me logo ou que seja normal, ou o que é que eu posso fazer ou não para tirar essas dúvidas e ficar descansada, tranquila quanto a ele..."

- E6

"É tudo novo... mas a enfermeira falou nas três (mãe, mulher e...esposa) falámos muito na de mãe, mas nas outras não se falou durante a gravidez nem agora. Eu estou desempregada, comecei agora a viver com o ... e às vezes é difícil tratar de tudo... preocupo-me, mas disso não se fala. Fala-se do bebé e mais nada..."

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro



Fonte: [lifestyle.zappos.pt](http://lifestyle.zappos.pt)

02 de Fevereiro de 2017

Pós parto

E7

"O papel do enfermeiro é importante no sentido de se eu tiver alguma dúvida, eu esclareço! Estou mais à vontade porque o médico depois fala menos e assim... eu estou ali com ela posso tirar as minhas dúvidas, e ela compreende-me!..."

E8

"(...) Para mim, saber que tenho alguém que posso chegar num certo dia que temos marcado, ou não ter marcado e tirar essas dúvidas, responder e apoiar... isso eu sei! Caso eu tenha alguma dúvida quando venho à minha enfermeira pergunto logo!

"(...) relação ao papel de esposa, ela apoiou-me também... sempre perguntou se o pai estava a acompanhar-me... se o pai me apoiava... sempre questionou se estava tudo bem na família... se era um pai interessado, se queria saber sobre a filha..."

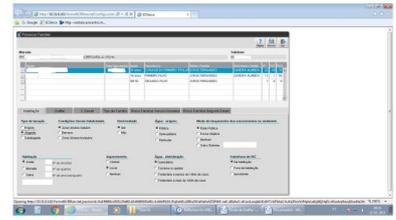


Fonte: Ifestyle.apoa.pt

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78668  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

O que já é possível registar no SClínico...



Fonte: SClínico

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78668  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

Pós parto

E9

"(...) a calma, a calma da enfermeira transmite bastante calma para nós... (...) Ajuda bastante ouvir alguém que percebe das coisas e conseguiu manter-me calma, pronto... apoia bastante! (...) ela ajuda sempre. E continua a dizer que... o esposo deve dar carinho e estar lá. Como mulher que também me devo cuidar... que se estiver mais stressada, caminhar... em relação a isso não tenho que me queixar. (...)"

"Já dá os suficientes! O apoio psicológico é muito importante e esclarecer as dúvidas que a gente tem às vezes é o mais importante. Porque as dúvidas são o que nos dão cabo da cabeça... (...) Às dúvidas que eu tenho... ela tira sempre! Não há que dizer... mas, o mais difícil para mim neste momento é o ser mãe! É e mesmo! (...)"



Fonte: Ifestyle.apoa.pt

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78668  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

O que já é possível registar no SClínico...

Habilitação	C. Duval	Fonte principal rendimento	Risco familiar	Risco familiar	Risco familiar
Profissão	Instituição	Fonte principal rendimento	Tipos de habitação	Local de residência	
Obrigos industriais e comerciantes	Doutoramento	Proventos	Luxuosa	Bairro regular	
Obrigos de tipo de artes	Mestrado	Abas vencimentos do honorário	Esquias e confortável	Bom local	
Médicos industriais, comerciantes e trabalhadores dependentes	Curso Superior	Proventos	Intermediária com cômoda e VVC	Zona entre	
Artesãos	Secundário	Proventos	Com cômoda e VVC	Bairro operário	
Profissionais liberais	Secundário	Proventos	Com cômoda e VVC	Bairro social	
Profissionais agrícolas	Secundário	Proventos	Com cômoda e VVC	Bairro de alta	
Obrigos não-qualificados	Secundário	Proventos	Com cômoda e VVC	Bairro de alta	
Mão de obra	Não escolarizada	Proventos	Com cômoda e VVC	Bairro de alta	
Subalternos	Secundário	Proventos	Com cômoda e VVC	Bairro de alta	

Fonte: SClínico

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78668  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

Algumas sugestões obtidas...

E2

"(...) Não em todas... Como sugestão eu apresentaria mesmo não na obrigatoriedade 100% do acompanhamento do pai durante todo o processo, quer gravidez, quer pós-parto, mas numa grande percentagem das consultas e visitas ao enfermeiro de família devia ser também com o pai. (...) a própria presença do pai dentro do gabinete com a enfermeira, a enfermeira conseguia perceber muito mais e ajudar a nível do relacionamento do casal e quase até adivinhar possíveis problemas que pudessem haver após do nascimento do bebé entre o casal, sendo o enfermeiro de família, e sendo o objetivo zelar pela saúde no seio da família."

E4

"Vocês têm muitos pacientes, nós compreendemos isso... às vezes é bom vocês olhem o papel invertido... se eu fosse enfermeira e você fosse mãe... eu acho que era bom vocês sentirem um carinho mais especial pelas mães, pelos bebés..."



Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78668  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

O que já é possível registar no SClínico...

Habilitação	C. Duval	Fonte principal rendimento	Risco familiar	Risco familiar
<input type="checkbox"/> Família sem filhos (casamento ao nascimento do 1º filho) <input type="checkbox"/> Família com filhos (pré-escolar) (menoridade do 1º filho até à idade pré-escolar, 5 anos) <input type="checkbox"/> Família com filhos em idade pré-escolar (idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos) <input type="checkbox"/> Família com filhos em idade escolar (idade escolar até à adolescência, 13 anos) <input type="checkbox"/> Família com filhos adolescentes (idade escolar até ao início de estudos superiores) <input type="checkbox"/> Família com filhos adultos (jovens) (idade adulta do casal - "teaching family") <input type="checkbox"/> Família de meios educacionais a saída do último filho e a reforma - "empty nest" <input type="checkbox"/> Família idosa (idade reforma a idade)				

Fonte: SClínico

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78668  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

O MDAIF tem por base as etapas do ciclo de vida de Relvas (2004). No entanto, o programa de registo de enfermagem (SClínico) serve-se da classificação dos estádios do ciclo vital de Duval.

Algumas sugestões obtidas...

E7

"(...) se calhar falar mais sobre agora esta fase... perguntar e assim..."  
Eu acho que os enfermeiros de família deviam informar mais sobre essas situações, porque nós somos mães a primeira vez e se calhar até há mães de segunda vez e que não são informadas dessas coisas. O contributo dos enfermeiros é bom em relação aos bebés, mas deviam explorar mais nós mulheres... Em relação ao papel que falou de esposa, acho que não podem contribuir. Esse papel agora está um bocadinho... está assim um bocadinho lá longe! (...) Se calhar há pais que não sabem que... e essa parte da sexualidade e em termos de casal, não falaram nada... Lá está..."

E8

"(...) Também não sei que mais ela poderia explicar ou aconselhar... por exemplo... só se fosse da parte da epidural e do parto em si, porque não explicou muito. Acho que não há muito a explicar sobre isso."

"(...) É bom vocês quiserem sempre mais algum mestrado ou diploma, porque conseguem nos apoiar a nós com mais informação. De resto, eu quando tenho alguma questão vou sempre esclarecer com a minha enfermeira e é bom sentir que vocês estão preparadas para isso, que estão informadas para nos esclarecer. (...)"



Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78668  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

O que já é possível registar no SClínico...

Habilitação	C. Duval	Fonte principal rendimento	Risco familiar	Risco familiar
<input type="checkbox"/> Única - só 1 elemento <input type="checkbox"/> Monoparental - só pai ou mãe e filhos <input type="checkbox"/> Alargado - mãe, pai e filhos <input type="checkbox"/> Reconstruída - nova união após separação <input type="checkbox"/> Nuclear - casal com ou sem filhos <input type="checkbox"/> Outros				

Fonte: SClínico

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78668  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

O que já é possível registar no SClínico...

TIPO DE USUÁRIO	Registado por	Data	hora
<ul style="list-style-type: none"> <li>Admin</li> <li>UTILIZAÇÃO CENTRO DE SAÚDE</li> <li>SOCIOLOGIA</li> <li>APÓIO SOCIAL</li> <li>INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS</li> <li>SITUAÇÃO PROFISSIONAL</li> <li>SAÚDE DA MULHER</li> <li>SITUAÇÕES ESPECÍFICAS</li> <li>SAÚDE INFANTIL</li> <li>PREVENÇÃO CUIDADOS</li> <li>OUTROS</li> <li>TRATAMENTOS</li> <li>SAÚDE JUVENIL</li> <li>APÓIO DOMICILIÁRIO/INTERMEDIO</li> <li>AVALIADOR DE SAÚDE</li> </ul>			

Por programa:  Serviço  M Contacto  SACS  Processo Familiar  Celo

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78668  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

O que já é possível registar no SClínico...

Habilitação	C. Duval	Fonte principal rendimento	Risco familiar	Risco familiar
<input type="checkbox"/> Família com filhos de idade pré-escolar (idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos) <input type="checkbox"/> Família com filhos em idade escolar (idade escolar até à adolescência, 13 anos) <input type="checkbox"/> Família com filhos adolescentes (idade escolar até ao início de estudos superiores) <input type="checkbox"/> Família com filhos adultos (jovens) (idade adulta do casal - "teaching family") <input type="checkbox"/> Família de meios educacionais a saída do último filho e a reforma - "empty nest" <input type="checkbox"/> Família idosa (idade reforma a idade)				

Pontuação:

Fonte: SClínico

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº mestrado: 78668  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Euf Sândia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## O que já é possível registrar no SClínico...

Fonte: SClínico

APGAR de SMILUSTEIN		Quase Sempre (12 pts)	Alguns Vezes (8 pts)	Quase Nunca (4 pts)
1.	Estão satisfeitos com a ajuda que recebe da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2.	Estão satisfeitos pela forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha consigo a solução de problemas.			
3.	Acho que a minha família concorda com os meus desejos de incluir ou excluir atividades ou modificar o estilo de vida.			
4.	Estão satisfeitos como a minha família manifesta a sua atenção e apoio em momentos importantes, tais como nascimentos, casamentos, etc.			
5.	Estão satisfeitos com o tempo que passam com a minha família.			

Fonte: SMILUSTEIN in FIGUEIREDO (2013)

02 de Fevereiro de 2017

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº matriculagráfico 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Eufí Garcia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

## O que já é possível registrar no SClínico...

Fonte: SClínico

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº matriculagráfico 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Eufí Garcia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## O que já é possível registrar no SClínico...

Fonte: SClínico

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº matriculagráfico 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Eufí Garcia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## O que já é possível registrar no SClínico...

Fonte: SClínico

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº matriculagráfico 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Eufí Garcia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## O que já é possível registrar no SClínico...

Fonte: SClínico

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº matriculagráfico 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Eufí Garcia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## O que já é possível registrar no SClínico...

Fonte: SClínico

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº matriculagráfico 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Eufí Garcia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## O que já é possível registrar no SClínico...

Fonte: SClínico

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº matriculagráfico 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Eufí Garcia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## O que já é possível registrar no SClínico...

Fonte: SClínico

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº matriculagráfico 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Eufí Garcia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## O que já é possível registrar no SClínico...

Fonte: SClínico

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº matriculagráfico 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Eufí Garcia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## Proposta...

- Promover a participação do pai nas consultas de vigilância de saúde materna;
- Iniciar a realização de visita domiciliar até ao 15º dia à Puerpera e ao Recém-Nascido, de forma a avaliar e intervir na família, capacitando-a e potencializando as forças identificadas. A VD permite a identificação precoce de fatores de vulnerabilidade e de potencial risco para o normal desenvolvimento do RN e de toda a sistemica familiar.

Andréa Liane Oliveira Ferreira - nº matriculagráfico 78868  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar 2016/2017  
Supervisor: Eufí Garcia Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

02 de Fevereiro de 2017

## Porque....

O programa de saúde mental na gravidez e 1ª infância da DGS (2005, p.4) defende que a gravidez introduz mudanças (emocionais, relacionais, sociais e económicas) no pai, no casal parental e na família mais alargada. Salienta que é importante dar suporte ao casal e estar atento aos estados emocionais da mulher grávida. A promoção da saúde passa pela promoção da saúde mental da grávida e deve implicar que sejam desenvolvidos cuidados abrangentes, físicos, psíquicos e sociais, nos períodos pré e pós-natal.

Andréia Lúcia Oliveira Ferreira - UF Maranhão/2008  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar - 2016/2017  
Supervisor: D<sup>o</sup>ª Gilda Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

31

02 de Fevereiro de 2017

## Porque...

“A finalidade da visita domiciliária ao recém-nascido é promover a relação de proximidade entre equipa de saúde, mais especificamente o enfermeiro, e a família, bem como conhecer as condições familiares e habitacionais em que a criança se encontra e o seu estado de saúde.

É uma estratégia com objetivos específicos bem delineados e estruturados, cada um dos quais com atividades que se querem realistas e adequadas àquela família e ao momento atual que vive. Os objetivos são: realizar o exame físico ao recém-nascido; avaliar a dinâmica familiar; avaliar as condições habitacionais e despistar factores de risco relacionados com as mesmas; promover o aleitamento materno e proceder à educação para a saúde de acordo com as necessidades detetadas.”

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Andréia Lúcia Oliveira Ferreira - UF Maranhão/2008  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar - 2016/2017  
Supervisor: D<sup>o</sup>ª Gilda Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

32

02 de Fevereiro de 2017

## Porque...

O programa nacional gravidez baixo risco (2015) refere que a forma como se vive esta transição é individual e única e que durante a gravidez as mulheres e seus companheiros e/ou família devem ser considerados parceiros nas decisões e intervenções que sejam necessárias nesta fase.

Este programa também defende que é importante avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido bem como a adaptação da diáde/tríade ao seu novo papel. Para tal, é importante a realização de visita domiciliária no puerpério, principalmente nas famílias ou situações identificadas como risco.

Considera também importante o apoio ao pai na adaptação ao seu novo papel e responsabilidades dentro da unidade familiar.

Andréia Lúcia Oliveira Ferreira - UF Maranhão/2008  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar - 2016/2017  
Supervisor: D<sup>o</sup>ª Gilda Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

33

02 de Fevereiro de 2017

## Bibliografia....

- ▶ Barretto, A.P.V. & Oliveira, Z. M. (2010). O ser mãe: Expectativas de primigestas. *Rev.Saúde.Com* 2010; 6(1): 9-23
- ▶ Direção Geral da Saúde, (2005) - Programa de Promoção de Saúde Mental na Gravidez e na Primeira Infância - Manual de Orientação para Profissionais de Saúde. Lisboa.
- ▶ Direção Geral da Saúde, (2015) - Programa Nacional Gravidez de Baixo Risco. Lisboa
- ▶ Eisen, I.; Marcon, S.; Silva, M. - O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2002.
- ▶ Friedman, M - Family nursing: Research, theory and practice. Stanford: Appleton & Lange, 1998.
- ▶ Hanson, S. M. - Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação. 2ª ed., Loures : Lusociência, 2004
- ▶ Wright, L. M.; Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias. Guia para avaliação e intervenção na família*. 5ª Edição. São Paulo. Editora Roca.

Andréia Lúcia Oliveira Ferreira - UF Maranhão/2008  
Mestrado Enfermagem em Saúde Familiar - 2016/2017  
Supervisor: D<sup>o</sup>ª Gilda Almeida - Especialista em Saúde Comunitária  
Docente responsável: Professora Doutora Helena Loureiro

34

02 de Fevereiro de 2017

## ANEXO III - Guião da entrevista semiestruturada

### ENTREVISTA

#### Perceção das mulheres face ao papel do seu enfermeiro de família na transição para a maternidade.

Número da entrevista: \_\_\_\_\_

Data:

\_\_\_\_\_

Desde já agradecemos a aceitabilidade e disponibilidade em participar neste estudo que se intitula: “*O enfermeiro de família e o “nascimento” de uma mãe*” que tem como objetivo: Compreender a perceção das mulheres face ao papel do enfermeiro de família na promoção da transição para a maternidade.

Pretendemos que reflita sobre a sua vivência recente de transição para a maternidade, descrevendo de forma espontânea tudo o que achar pertinente.

Caracterização do sujeito participante

Idade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Composição do agregado familiar \_\_\_\_\_

Data do Parto: \_\_\_\_\_

**Bloco A:** Legitimação da entrevista e caracterização do entrevistado – Idade; Estado civil; Escolaridade; Situação face à profissão/ atividade profissional; Composição do agregado familiar.

**Bloco B:** Fase de desenvolvimento.

**Bloco C:** Fase de encerramento.

BLOCOS TEMÁTICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	PROCEDIMENTOS
A - Legitimação da entrevista e caracterização do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legitimar a entrevista;</li> <li>- Motivar o entrevistado;</li> <li>- Caracterizar o sujeito participante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar o entrevistado o que se pretende com a entrevista;</li> <li>- Contextualizar a entrevista no âmbito do trabalho a desenvolver no projeto de estágio para completar o Mestrado;</li> <li>- Explicar a importância da entrevista para a realização do trabalho em questão;</li> <li>- Assegurar o caráter confidencial e anónimo da informação prestada; Obter o consentimento informado confirmando que o utente compreendeu o objetivo a que se destina o procedimento de colheita de informação.</li> </ul>
B - Fase de desenvolvimento	Colher informação	<p><b>Guião semiestruturado de entrevista</b></p> <p><u>Antes do Parto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual o papel do seu enfermeiro de família durante a gravidez? O que esperava dele nessa fase no que diz respeito ao ser mulher, esposa/companheira e futura mãe?</li> </ul> <p><u>Momento do Parto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que influencia teve o enfermeiro de família para o momento do parto? Que contributo esperava do seu enfermeiro de família enquanto mulher, esposa/companheira e futura mãe neste momento específico?</li> </ul> <p><u>Pós-Parto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No presente qual o papel do seu enfermeiro de família na sua adaptação enquanto mulher, esposa/companheira e mãe? O que acha que ele poderia efectuar ao longo de todo este processo a sua adaptação?</li> </ul>
C - Fase de encerramento	Agradecer e disponibilizar resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agradecer participação e disponibilidade no estudo e, mais uma vez, reforçar o anonimato e a confidencialidade dos dados;</li> <li>- Disponibilizar o acesso à entrevista depois de transcrita para validação da informação. Disponibilizar acesso aos futuros resultados do estudo;</li> <li>- Esclarecer dúvidas.</li> </ul>

## ANEXO IV - Pedido de Autorização USF Rainha D. Tereza

Reg. 243  
06/06/16  
G. 2/15/07

Ex.ma Senhora Coordenadora da USF Rainha  
Tereza -- Dr.<sup>a</sup> Helena Melo

Dr.<sup>a</sup> Helena Melo  
COORDENADORA  
USF Rainha D. Tereza

### ASSUNTO: PEDIDO AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

Andreia Liane Oliveira Ferreira, nascida a 28/11/1984, portadora do Cartão de Cidadão nº 12510541 - OZY6 válido até 04/02/2016, residente na Rua da Teixugueira, nº8, a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, vem por este meio, solicitar a autorização para a realização de entrevistas a puérperas inscritas na USF Rainha D. Tereza. A aplicação das entrevistas enquadra-se no estudo intitulado "*O enfermeiro de família e o "nascimento" de uma mãe*". A entrevista será realizada durante o puerpério, num momento e local determinado pela mulher.

As sujeitas participantes serão puérperas inscritas na USF Rainha D. Tereza.

A realização das entrevistas encontra-se prevista para os meses de Outubro a Março de 2016.

Serão respeitados todos os princípios éticos e deontológicos no decorrer de toda a investigação, nomeadamente o consentimento livre e esclarecido por escrito e a confidencialidade dos dados.

Sendo assim, venho respeitosamente, pedir a autorização para a aplicação de entrevistas semiestruturadas às puérperas inscritas na USF.

Mostro desde já disponibilidade para o envio dos resultados alcançados com este trabalho de investigação.

Encontro-me inteiramente disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam ter persistido referentes ao projeto de investigação e à sua recolha de dados.

Agradeço desde já a atenção que possa dispensar a este assunto.

Com os mais cordiais cumprimentos, peço deferimento,

Aveiro, 06 de Junho de 2016

Andreia Liane Oliveira Ferreira

Andreia Liane Oliveira Ferreira

## ANEXO V – Pedido Autorização Diretor Executivo ACeS Baixo Vouga

Ex.mo Senhor Diretor Executivo do ACeS Baixo Vouga  
- Senhor Dr. Manuel Duarte de Rezende Pereira Sebe

Assunto: PEDIDOS AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Andreia Liane Oliveira Ferreira, nascida a 28/11/1984, portadora do Cartão de Cidadão nº 12510541 - 0ZY6 válido até 04/02/2016, residente na Rua da Teixugueira, nº8, a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, vem por este meio, solicitar a autorização para a realização de entrevistas a puérperas inscritas na USF Rainha D. Tereza. A aplicação das entrevistas enquadra-se no estudo intitulado "*O enfermeiro de família e o "nascimento" de uma mãe*". A entrevista será realizada durante o puerpério, num momento e local determinado pela mulher.

As sujeitas participantes serão puérperas inscritas na USF.

A realização das entrevistas encontra-se prevista para os meses de Outubro a Março de 2016.

Serão respeitados todos os princípios éticos e deontológicos no decorrer de toda a investigação, nomeadamente o consentimento livre e esclarecido por escrito e a confidencialidade dos dados.

Sendo assim, venho respetivamente, pedir a autorização para a aplicação de entrevistas semiestructuradas às puérperas inscritas na USF.

Mostro, desde já disponibilidade para o envio dos resultados alcançados com este trabalho de investigação.

Acompanham este requerimento:

- Parecer da USF;
- Pedido de apreciação à Comissão de Ética da Administração Regional da Saúde do Centro;

Encontro-me inteiramente disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam ter persistido referentes ao projeto de investigação e à sua recolha de dados.

Agradeço desde já a atenção que possa dispensar a este assunto.

Ministério da Saúde  
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL  
DE SAÚDE DO CENTRO

RECEBIDO 1 - Requerimento  
24.06.16  
Manoel Duarte de Rezende Pereira Sebe

## ANEXO VI – Parecer da Comissão de Ética da ARS-Centro



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p><b>PARECER FINAL:</b> Atendendo à tipologia da investigação proposta e à pertinência dos seus objectivos, esta Comissão de Ética é de <b>parecer favorável</b> à sua concretização.</p>	<p><b>DESPACHO:</b></p> <p><i>Honorário</i></p> <p><i>16.09.20</i></p> <p><i>Dr. José Manuel Azenha Teres.</i> Presidente do Conselho Directivo da A.R.S. Centro, I.P.</p>
--	--

**ASSUNTO:**

**Estudo 58/2016** - o enfermeiro de família e o "renascimento" de uma mãe: expectativas das mães face às intervenções do enfermeiro de família na transição para a maternidade  
**Autoras:** Andreia Liane Oliveira Ferreira

A investigadora propõe-se realizar estudo qualitativo, de tipo interpretativo, fenomenológico, tendo como objectivo geral compreender as expectativas das mães face ao papel do enfermeiro de família na promoção da transição para a maternidade.  
Serão entrevistadas puérperas inscritas na USF Rainha D. Tereza, seguindo um roteiro de entrevista constituído para o efeito. Os participantes serão recrutados no decorrer de estágio que a investigadora realizará na referida USF.  
A amostra será do tipo intencional, recrutando participantes até à saturação da informação. São claramente definidos os critérios de inclusão/exclusão.  
Apresenta o instrumento para caracterização sociodemográfica das participantes e guião de entrevista.  
É garantida a confidencialidade e os dados serão colhidos e analisados de forma anónima.  
Os dados serão colhidos de Setembro a dezembro de 2016.  
É apresentada autorização da coordenadora da USF Rainha D. Tereza.

Coimbra, 19 de setembro de 2016

O relator,

*José Carlos Amado Martins*  
(Prof. Dr. José Carlos Amado Martins)

O Presidente da CES

*Fontes Ribeiro*  
(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

## **ANEXO VII – Consentimento Livre e Informado**

Chamo-me Andreia Liane Oliveira Ferreira, sou enfermeira e estou a desenvolver um estudo que busca a colheita de informação sobre a perceção das mães face ao papel do seu enfermeiro de família na transição para a maternidade, a fim de realizar o relatório de estágio de Mestrado de Enfermagem em Saúde Familiar intitulado “O enfermeiro de família e o “nascimento” de uma mãe.”

Para tal, é necessária a sua colaboração e participação numa entrevista enquanto mãe. As respostas serão gravadas em formato áudio e posteriormente transcritas para papel para que possa validar a informação recolhida.

Se estiver de acordo em participar no estudo, salvaguardando a confidencialidade e anonimato da informação recolhida.

Pelo presente consentimento Eu, abaixo-assinado (nome completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificação da entrevista. Compreendi a explicação que me foi fornecida sobre a investigação que se pretende realizar. Tenho conhecimento que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a conhecer as expetativas das mães sobre o enfermeiro de família no processo de transição para maternidade. Compreendi também que serei solicitada para a realização de uma entrevista gravada em áudio, que visa permitir a obtenção do objetivo proposto.

Tomei conhecimento de que será garantido o anonimato das respostas e que toda a informação é confidencial sendo apenas utilizada para fins de investigação.

Fui informado que receberei resposta a qualquer dúvida sobre assuntos relacionados com o estudo em questão, tendo total liberdade para retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo.

Desta forma, aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_

