

Anabela Costa



Satisfação dos Pais sobre a promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família

IPV - ESSV | 2013

Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Anabela Lopes Rodrigues da Costa

Satisfação dos Pais sobre a promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família

Junho de 2013

Anabela Lopes Rodrigues da Costa

**Satisfação dos Pais sobre a promoção da
Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família**

Tese de Mestrado

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Ernestina Batoca Silva

Co-Orientadora

Mestre Maria Isabel Bica Carvalho Costa



DEDICATÓRIA

*Dedico esta pequena obra, resultado do meu esforço e dedicação aos meus filhos
Mafalda e Guilherme.*

AGRADECIMENTOS

A elaboração de um trabalho de investigação requer uma grande disponibilidade pessoal e necessita do apoio e contributo de todos os que nos rodeiam: familiares, amigos, colegas e professores. Ao longo de todo o processo, foram estes contributos que funcionaram como elementos facilitadores da realização deste trabalho.

Às minhas orientadoras Professora Doutora Ernestina Batoca e Professora Isabel Bica pela orientação que me proporcionaram ao longo deste trabalho.

Ao meu colega e amigo Bruno Batista, que me incentivou a continuar nos momentos mais difíceis e pela crítica positiva e reflexão conjunta de alguns pontos mais complicados do trabalho.

Aos Pais das crianças da USF Infante D. Henrique que acederam dispensar algum do seu tempo precioso para responderem ao questionário, o meu muito obrigado pela disponibilidade, pois sem a sua colaboração este trabalho não seria possível.

Aos meus pais e irmã, que sempre me tem apoiado nos momentos mais difíceis da minha vida.

Ao meu marido por ter convivido com os meus momentos de angústia.

Aos meus filhos Mafalda e Guilherme pela privação que passaram da minha pessoa e pelo seu amor incondicional.

RESUMO

Enquadramento: O conceito de parentalidade ou função “parental”, que designa uma atitude de co-responsabilização e partilha nas tarefas do cuidar dos filhos atendendo para a necessidade de participação de ambos os progenitores.

A parentalidade positiva integra o conjunto de funções atribuídas aos pais para cuidarem e educarem os seus filhos. Pode ser descrita como promoção do desenvolvimento de relacionamento positivo e optimização do potencial desenvolvimento das crianças.

Com o objectivo de promover a autonomia do sistema familiar, a intervenção de enfermagem deve basear-se na parceria com a família visando capacitá-la a nível de competências e independência

Objectivos: Avaliar a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade, realizada pelo enfermeiro de família; Determinar a influência das variáveis sociodemográficas e familiares dos pais; Determinar se a influência da vigilância de saúde dos recém-nascidos influencia a satisfação dos pais relativamente à promoção da parentalidade.

Métodos: Estudo transversal, de natureza descritiva, realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 62 pais de crianças até aos 6 meses de idade vigiados, no primeiro mês de vida, na consulta de saúde infantil na USFIDH, constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (88,7%). O Questionário de Satisfação dos Pais sobre Promoção da Parentalidade, foi construído com base na revisão da literatura.

Resultados: O estudo indica que de uma forma global os pais apresentam-se muito satisfeitos com a promoção da parentalidade. Para este facto, contribuem de forma significativa a vigilância da gravidez na USF, a frequência às aulas de preparação para o parto na USF e o número de consultas de enfermagem realizadas. 83.9% das puérperas inquiridas fez vigilância da gravidez na USF, dos quais 85.5% foram sempre atendidas pelo enfermeiro de família. Destas, 98.4% considerou importante este atendimento personalizado.

Conclusão: As evidências encontradas realçam a necessidade de se investir na formação e sensibilização dos enfermeiros sobre a importância da promoção da parentalidade, capacitando-os para a adopção de boas práticas com a criação e desenvolvimento de um programa direccionado para a promoção da parentalidade positiva.

Palavras-chave: Parentalidade; Enfermeiro de família.

ABSTRACT

Background: The concept of parenthood or “parental” role, which designates a sharing attitude and co-responsibility in the tasks of looking after children attending the need of involving both parents.

Positive parenthood includes a set of functions assigned to the parents to look after and educate their children. Can be described as facilitating the development of positive relationship and optimize the potential child development.

In order to promote the autonomy of the family structure, the nursing intervention must be based on the partnership with the family, in order to enable it of skills and independence.

Objectives: To assess parental satisfaction about the promotion of parenthood carried out by family nurse; to determine the influence of sociodemographic variables and parents' family members; to determine if the influence of health surveillance of newborns affects parental satisfaction, concerning parenthood's promotion.

The methods: A cross-sectional study of a descriptive nature, performed in a non-probabilistic convenience sample, consisting of 62 parents of children up to 6 months old, supervised in the first month of life, in the healthcare visit attendance in infants at the USFIDH, consisting mainly of female individuals (88, 7%). The Parental Satisfaction Questionnaire on Promoting the Parenthood was built upon the literature review.

Results: The study suggests that in a global way, parents have been very satisfied with the promotion of parenthood. To this fact, significantly contribute monitoring of pregnancy at USF, to assist the lessons of childbirth preparation at USF and the number of nursing consultations, carried out. 83,9% of postpartum women interviewed, did monitoring of the pregnancy at USF, 85,5% of which were always attended by the family nurse. Of these, 98,4% considered this personalized attendance important.

Conclusion: The evidences found, emphasizes the need to invest in training and awareness of nurses about the importance of promoting parenthood, enabling them for the adoption of good practices, with the creation and development of a program, directed towards the promotion of positive parenthood.

KEYWORDS: Parenthood; Family Nurse

ÍNDICE GERAL

1	INTRODUÇÃO	21
----------	-------------------------	-----------

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2	A VIVÊNCIA DA PARENTALIDADE: O PROCESSO DE TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO	29
2.1	PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE.....	30
2.2	ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE.....	33
3	OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E O ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	37
3.1	PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	39
3.2	A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR.....	42
3.3	VIGILÂNCIA DE SAÚDE DA CRIANÇA.....	43

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

4	METODOLOGIA	57
4.1	MÉTODOS.....	57
4.2	PARTICIPANTES	61
4.3	INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	63
4.4	PROCEDIMENTOS	64
4.5	ANÁLISE DE DADOS	65
5	RESULTADOS	69
5.1	ANÁLISE DESCRITIVA	69
5.2	ANÁLISE INFERENCIAL	74
6	DISCUSSÃO	83
7	CONCLUSÃO	89
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados

ANEXO II – Pedido de Autorização para a aplicação do Questionário

ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Características sociodemográfica e familiares	62
Quadro 2. Dimensões e número de itens do Questionário da Satisfação dos Pais sobre a Promoção da Parentalidade	64
Quadro 3. Características referente a vigilância da gravidez	69
Quadro 4. Características referente ao atendimento na USF pelo Enfermeiro de Família	70
Quadro 5. Avaliação do atendimento do Enfermeiro de Família	71
Quadro 6. Satisfação dos pais com a Promoção da Parentalidade	73
Quadro 7. Avaliação das Dimensões da Satisfação dos pais com a Promoção da Parentalidade	74
Quadro 8. Relação entre a idade, a escolaridade e a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade	76
Quadro 9. Relação entre o sexo, a situação profissional e a satisfação dos pais sobre promoção da parentalidade	77
Quadro 10. Relação entre as variáveis familiares (agregado familiar e número de filhos) e a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade.....	77
Quadro 11. Relação entre a vigilância da gravidez e a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade	78
Quadro 12. Relação entre o local de preparação para o parto e a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade	78
Quadro 13. Relação entre o atendimento na USF pelo enfermeiro de família e a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade	79
Quadro 14. Relação entre o número de consultas de enfermagem e a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade	80
Quadro 15. Relação entre a avaliação do atendimento realizado pelo enfermeiro de família e a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis..... 61

ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓMIOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

c.f.- Conforme

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cit. – Citado

CS – Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CV - Coeficiente de Variação

DGS – Direcção Geral de Saúde

Dp - Desvio padrão

et al. - e outros

F - Teste de Anova

K-S - Kolmogorov-Smirnov

K/erro - Curtose

Máx. - Máximo

MCSP (Missão dos Cuidados de Saúde Primários)

Min. - Mínimo

MR - Mean Rank

n - Frequência absoluta

n.º - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

p - Nível de significância

p. - Página

PNDC – Programa Nacional de Diagnóstico Precoce

PNS – Plano Nacional de Saúde

RN – Recém-nascido

Sk/erro - Assimetria

t - Teste t de student

UMW - Teste U de Mann-Whitney

USF – Unidade de Saúde Familiar

USFIDH – Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique

V.E. - Variância explicada

VDRN – Visita Domiciliária ao Recém-nascido

VDSM – Visita Domiciliária de Saúde Materna

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

α - Alfa

χ^2 - Qui-quadrado

\bar{x} - Média

\geq - Maior ou igual

$>$ - Maior que

$<$ - Menor que

% - Percentagem

= - Igual

\leq - Menor ou igual

1. INTRODUÇÃO

A família é o pilar básico de qualquer sociedade porque é no seio da mesma que se transmite, aprende, constrói e formam os indivíduos. Ela é, por si só, um sistema dinâmico de interacção, onde os cuidados e as dinâmicas internas de funcionamento se processam.

Actualmente, as mudanças verificadas na estrutura, organização e modo de funcionar das famílias consistem numa realidade que tem vindo a caracterizar as sociedades ocidentais, às quais está subjacente uma alteração nas necessidades das pessoas que as compõem.

Associado a estas mudanças, emerge um vasto leque de problemas, particularmente no que se refere à adaptação às situações de vida e aos processos de transição, nos quais o processo de parentalidade se insere. Efectivamente, a adaptação à parentalidade pode caracterizar-se pelo surgimento de sentimentos de insegurança, dificuldade, incapacidade, tensão emocional e ansiedade, os quais podem comprometer a saúde da criança e dos próprios pais, a nível imediato e futuro.

O nascimento de uma nova vida é uma fase de experiências únicas e gratificantes, mas alguns factores poderão determinar o modo como os pais vivenciam este período das suas vidas. Os primeiros dias após o nascimento são um período de vulnerabilidade e confusão para os pais, na medida que as implicações que daí advém impõem mudanças aos mais diferentes níveis e exigem respostas variadas. Esta opinião é também partilhada por Relvas (2000), ao afirmar que tornar-se mãe/pai é um acontecimento que leva à alteração de papéis, à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente a família de origem e a comunidade.

Entretanto, muitas vezes é necessária a intervenção de elementos exteriores ao núcleo familiar (pai/mãe) que auxiliem na redefinição dos novos papéis, contribuindo para um maior equilíbrio a nível físico e emocional.

Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, com ênfase nas respostas da família aos problemas reais ou potenciais (Wright & Leahey, 2002), que derivam das questões de saúde e dos processos de vida. Por isso, torna-se fundamental a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de

uma prática direccionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição.

É essencial repensar o modo como os serviços de saúde estão organizados de forma a dar resposta adequada às necessidades das pessoas. Os modelos assistenciais centrados na doença são considerados desadequados e, assim sendo, os profissionais de saúde devem procurar novas formas de responder às necessidades em cuidados de saúde dos cidadãos, numa perspectiva de adequação, responsabilização e rentabilização de recursos.

De acordo com o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010), o enfermeiro deverá utilizar um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como benefício dos seus cuidados, sendo o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade.

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem são as seguintes: a) assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) cuida da criança/jovem e famílias nas situações de especial complexidade; c) presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

O enfermeiro especialista em saúde familiar interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, recolhendo dados sobre cada família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem. É, também, prestador de cuidados que combina a promoção de saúde, a prevenção da doença com a actuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção. (Regulamento n.º 126/2011 de 18 de Fevereiro).

O enfermeiro de família surge como um profissional de saúde que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, integrado numa equipa multidisciplinar.

Esta concepção vem adquirir novo impulso no contexto da reforma dos cuidados de saúde primários, com a aposta em modelos de organização de cuidados que promovem, entre outros aspectos, o desenvolvimento do trabalho em equipa nuclear de

saúde familiar, a co-responsabilidade pela qualidade do desempenho e resultados atingidos. (Nunes et. al, 2012)

Este facto, faz com que o enfermeiro seja um elemento Cuidador, Orientador, Agregador, Empático e Confidente das Famílias que estão ao seu cuidado.

Assim, o “Enfermeiro de Família”, enquanto modelo organizativo de cuidados, é inquestionavelmente uma mais-valia e tem vindo a ser implementado em diversos países, principalmente na área dos Cuidados de Saúde Primários.

A inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem tem o seu enquadramento internacional na Saúde XXI, enquanto quadro conceptual das políticas de saúde para todos na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS). Novos desafios são colocados aos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção da saúde familiar e colectiva e pelo seu papel de gestor e organizador de recursos potencializadores da família, enquanto sistema transformativo.

Actualmente, não está implementada a especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar, apesar de definidas legalmente as respectivas competências. Desta forma, consideramos para este estudo o enfermeiro de família como o profissional de saúde que presta cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais, enquadrado na actual configuração dos cuidados de saúde primários.

Face ao exposto, às vivências profissionais e interesse pessoal, tornou-se pertinente a escolha do tema **“Satisfação dos Pais sobre a Promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família”**. Consciente da importância da vinculação pais/filhos, este estudo surge como necessidade da melhoria desta ligação de modo a ir ao encontro das vivências, necessidades e estratégias dos pais no acompanhamento à criança. Deste modo, pretende-se compreender e contribuir para a melhoria de todo o processo de comunicação entre a equipa de saúde e os pais.

O apoio na parentalidade positiva é fundamental nos primeiros meses de vida e exige uma abordagem positiva a partir da potencialidade dos pais e da família, implicando exigências e desafios para o enfermeiro que trabalha com a família.

O conhecimento e compreensão das experiências parentais são particularmente importantes para que os enfermeiros apoiem os pais durante a sua parentalidade, na busca de uma transição próspera, com objectivos de mestria em habilidades parentais e bem-estar emocional (Martins, 2008).

Tendo por base a problemática anteriormente descrita, e sendo preocupação da autora monitorizar a qualidade e satisfação com os cuidados na promoção da

parentalidade, na perspectiva dos pais das crianças, utentes da Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique (USFIDH) emergiram questões de investigação:

- Qual o grau de Satisfação dos Pais face à Promoção da Parentalidade realizada pelo enfermeiro de família?
- Em que medida as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, nível de escolaridade e situação profissional) e familiares (agregado familiar e numero de filho) influenciam na satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH?
- Em que medida a vigilância pré-natal (gravidez e preparação para o parto) influencia a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH?
- Em que medida o atendimento (gravidez e preparação para o parto) influencia a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH?
- De que forma o atendimento (atendimento pelo enfermeiro de família, numero de consultas realizadas pelo enfermeiro de família no 1º mês e avaliação do atendimento realizado pelo enfermeiro de família) influencia na satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH?

No sentido de obter respostas às inquietações expressas, foram delineados os seguintes objectivos:

- Identificar a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH;
- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas dos pais (idade, sexo, escolaridade e situação profissional), na satisfação sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH;
- Verificar se as variáveis sócio-familiares dos pais dos pais (nº de filhos, idade dos filhos) interferem na satisfação sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH;
- Determinar se a influência da vigilância de saúde dos recém-nascidos na USFIDH (Diagnóstico Precoce até ao 6º dia de vida; 1ª consulta de vigilância realizada na primeira semana; Visita Domiciliária ao RN e à Puérpera nos primeiros 15 dias de vida) influenciam a satisfação dos pais

sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH.

Relativamente à estratégia metodológica a utilizar e de acordo com a problemática e objectivos que se pretendem atingir neste estudo, é de natureza descritiva, abordagem quantitativa e de corte transversal. No processo de recolha de informação, serão utilizadas técnicas de observação directa extensiva, fundamentada na aplicação de um questionário, aplicado a um conjunto de sujeitos representativos da população alvo.

Este estudo encontra-se estruturado em duas partes distintas, sendo que a primeira comporta a fundamentação teórica que sustenta a justificação deste tema. Esta encontra-se dividida em 2 capítulos: A vivência da parentalidade: o processo de transição e adaptação; Os cuidados de saúde primários e o enfermeiro na promoção da parentalidade.

A segunda parte refere-se à investigação empírica sendo constituída pelos seguintes capítulos: Metodologia da investigação, Apresentação e análise de resultados, seguindo-se a Análise inferencial, a Discussão de resultados e por último a Conclusão. O percurso realizado ao longo deste estudo concluir-se-á com as referências bibliográficas e alguns anexos que foram considerados pertinentes incluir, de forma a facilitar a sua compreensão.

Ciente da complexidade da temática abordada, este estudo pretende contribuir para a melhoria dos cuidados/consultas de enfermagem realizadas na USFIDH em parceria com os pais e constituir uma base sólida (sustentada nos resultados de investigação e revisão bibliográfica) para a melhoria do manual de procedimentos de Saúde Infantil e Juvenil e Manual de Boas Práticas.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2. A VIVÊNCIA DA PARENTALIDADE: O PROCESSO DE TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO

A vivência da parentalidade de forma positiva, é fundamental nos primeiros anos da vida da criança para aumentar a sua auto-estima e autoconfiança e facilitar o seu desenvolvimento. Durante estes anos o cérebro humano tem grande potencial para a aprendizagem e os pais têm oportunidade para optimizarem o desenvolvimento do seu filho.

Este processo envolve um complexo conjunto de responsabilidades em que os profissionais de saúde deverão ter um papel fundamental. A compreensão do desenvolvimento da criança, a promoção da aprendizagem parental e o potencial de desenvolvimento da criança são áreas em que os pais necessitam de apoio para compreenderem o seu papel e as suas responsabilidades (Council of Europe, 2006). De entre estes profissionais o enfermeiro tem uma posição privilegiada pela proximidade com os pais e porque a parentalidade é um foco de enfermagem (International Council of Nurses, 2005).

O conceito parentalidade é reconhecido e utilizado há quase meio século. Tem a sua origem no termo maternalidade e foi denominado por Paul-Claude Racamier em 1961, psiquiatra e psicanalista francês, especializado em psicoses puerperais, inspirado nos trabalhos de Bibring e Benedeck sobre a experiência da maternidade e nos trabalhos de Winnicott (1956). Racamier uniu os termos maternalidade com a palavra paternalidade, dando origem ao novo conceito. Este termo ficou esquecido por mais de 20 anos, reaparecendo com os trabalhos de Clément em 1985, sendo a partir desta data largamente utilizado pelos psicanalistas que estudaram as relações entre os pais e os bebés (Silva, 2004).

A parentalidade foi-se destacando ao longo dos tempos e as alterações socioculturais e económicas no último quarto do século XX funcionaram como pano de fundo das alterações na própria parentalidade (Cruz, 2005 cit por Garcês, 2011).

É por volta dos anos 70, que o pai começa a ser considerado enquanto progenitor activo, envolvente e envolvido nos cuidados à família. Esta nova imagem expandiu-se facilmente ao longo das últimas décadas. Presentemente espera-se que os pais estejam

mais presentes nos cuidados e em momentos especiais como é o caso do nascimento (Colman & Colman, 1994). É, nesta década que surgem as primeiras pesquisas sobre o papel do pai, sendo que os primeiros estudos se debruçaram na hipótese da existência ou não de afecto entre a criança e o pai. Actualmente, os estudos mais recentes têm o seu foco na multidimensionalidade do papel do pai e as suas variações através do tempo e da cultura (Lamb, 1996, cit por Garcês, 2011).

Relvas (2004), atribuiu ao conceito de parentalidade o significado de relativo à função parental, ou seja qualidade parental, maternidade ou paternidade. Neste âmbito, surge o conceito de parentalidade ou função “parental”, que designa uma atitude de co-responsabilização e partilha nas tarefas do cuidar dos filhos atendendo para a necessidade de participação de ambos os progenitores.

Considerando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2005) a parentalidade é definida como: “acção de tomar conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamento para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel”.

A parentalidade é um processo que configura um projecto de vida a longo prazo, implicando no sujeito mudanças sucessivas e tarefas de adaptação desenvolvimental (Cowan & Cowan, 1998, cit por Canavarro et al, 2005).

2.1 PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE

A formação do casal pode considerar-se o início do ciclo vital da família nuclear. No sistema conjugal dois indivíduos, em função de desejos ou projectos, ao construírem uma nova estrutura familiar, estão a construir um novo sistema com normas, padrões e valores próprios, trazendo um património individual, que passará a fazer parte de um património comum.

Considerando as famílias que pretendem ter filhos, a gravidez e a maternidade assinalam uma das crises familiares: a transição da conjugalidade para a parentalidade. Trata-se de uma experiência comum, que para muitos casais, é uma transição normativa e socialmente apoiada, no entanto, para outros pode revelar-se difícil, devido às mudanças que daí advém.

O nascimento do primeiro filho traduz-se frequentemente como uma crise de emoções e desafios. A família reorganiza-se no sentido da redefinição de papéis e funções, começando um processo de abertura progressiva ao exterior e de prestação intensiva de cuidados (Relvas, 1996).

Surgem novas exigências relacionadas com os cuidados à criança, a estimulação/vinculação, a gestão de novas situações e os medos de não ser capaz de responder às exigências. A família transforma-se numa tríade que, para Carter e McGoldrick (1995), constitui uma transição-chave no ciclo de vida familiar. Expande-se a família e vislumbra-se a sobrevivência do sistema familiar.

A preparação para a parentalidade, começa com a gravidez, sendo esta um processo fisiológico normal, caracterizado por diversas alterações a nível físico, psico-emocional e social, exigindo aos pais e família reorganizações inter e intrapessoais. As alterações que ocorrem no decurso de uma gravidez envolvem todos os elementos da família, exigindo a adaptação a um novo “formato” familiar, sendo que na actual dinâmica familiar, o casal é aquele que mais necessita de orientação e apoio dos profissionais de saúde. A aquisição do novo papel move-se sequencialmente em níveis, do papel de antecipação durante a gravidez, até ao assumir do papel maternal durante o primeiro ano após o nascimento.

O treino de competências parentais e de mecanismos de “*coping*”, através de programas específicos, é um importante recurso, uma vez que as mulheres actualmente têm menos oportunidades de aprender no seio da família de origem. Intervenções centradas na família, com interacção com grupos de pares, são importantes no processo de transição, sendo benéfico que as equipas sejam multidisciplinares (Lederman, 1984; Vehvilainen-Julkunen, 1995). A frequência de aulas de preparação para o parto e as informações proporcionadas pelos profissionais contribuem para aumentar os sentimentos de controlo das situações, no processo de transição para a maternidade (Darvill et al., 2010).

A vivência da parentalidade tem contornos diferentes dos aplicados outrora. Antigamente, vivia-se em famílias alargadas, sendo que a aprendizagem da parentalidade fazia-se de uma forma natural e a família estava sempre presente para apoiar os futuros pais e recém-nascidos. Actualmente a maioria dos casais vivem distantes da família de origem e sentem grandes dificuldades de adaptação à parentalidade.

Ao longo da vida adulta somos regularmente confrontados com um conjunto de mudanças que se revelam transições essenciais no nosso percurso de vida. Trata-se de

transições muito importantes, que marcam de forma permanente a nossa existência e a nossa personalidade.

De entre todas as transições que acompanham a nossa existência de adultos, uma destaca-se de entre as demais: o momento em que nos transformamos em pais ou em mães. A transição para a parentalidade tem um traço que lhe é único, a sua irreversibilidade. Por outro lado, está em constante mutação, cada estágio de desenvolvimento exige uma nova adaptação nas suas expectativas, sentimentos, comportamentos e preocupações (Cruz, 2005 cit por Garcês, 2011).

Vieira *et al* (2008), afirmam que a transição para a parentalidade é um fenómeno complexo que requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e a aquisição de novas habilidades para assumir um novo papel. Perceber o seu significado implica o reconhecimento das alterações que decorrem na gravidez e as respectivas necessidades de informação. Concordamos com estes autores, pois a transição para a parentalidade pode estimular, como outras mudanças e transições cruciais do ciclo de vida, novas aptidões e a ascensão a níveis superiores de adaptação.

Figueiredo e Silva cit por Lourenço e Afonso (2008) referem que esta transição enquanto experiência humana, compreende um largo espectro de mudanças que representam um verdadeiro desafio à capacidade de adaptação do indivíduo.

De facto, a opção de tornar-se pai e tornar-se mãe é assumir um compromisso irreversível, particularidade esta que distingue a parentalidade das restantes transições. Afigura-se como uma das transições que ocorrem durante o desenvolvimento da vida dos indivíduos, razão pela qual foi designada por Meleis *et al.* (2000) e Mercer (2004) como uma transição desenvolvimental.

O conceito de transição modifica de acordo com o contexto em que o termo é utilizado. Nas últimas três décadas, a compreensão deste conceito sofreu alterações nas ciências sociais e nas disciplinas de saúde, tendo a enfermagem contribuído para a mais recente compreensão da transição como processo relacionado com a vida e a saúde (Kralik, Visentin e Loon, 2006 cit por Magalhães, 2011). Meleis *et al* (1994) referem que os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais acompanham os indivíduos que vivem transições, sendo o conceito de transição central para a enfermagem.

A enfermagem pretende ajudar os clientes facilitando as transições dirigidas para a saúde e a percepção de bem-estar, mestria, nível de funcionamento e conhecimento, através dos quais a energia dos clientes pode ser mobilizada (Meleis e Trangenstein, 1994 cit por Magalhães, 2011).

O enfermeiro interage com o ser humano, o qual faz parte de um contexto sociocultural, numa condição de saúde/doença e vive, de alguma maneira, uma transição real ou por antecipação. A interacção enfermeiro/cliente organiza-se em torno de uma intenção que conduz a acção para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2007).

Tendo em conta esta perspectiva, poderemos referir que as transições pertencem ao domínio da disciplina de enfermagem quando se relacionam com a saúde e a doença ou quando as suas respostas são manifestadas por comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2007).

Meleis (2005), refere que o cliente deve ser perspectivado como um ser humano com necessidades específicas que está em constante interacção com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas mudanças mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio. Para a mesma autora, a saúde revela-se por consciencialização, *empowerment*, controlo e mestria na vida. A ausência deste equilíbrio, provocada normalmente por momentos de crise, coloca as pessoas na iminência de uma transição.

O enfermeiro, como profissional qualificado que é, acompanha as pessoas e famílias que vivem transições, em que o objectivo não é apenas conhecer a teoria, mas sim aplicar a evidência à prática clínica. Assim sendo, o enfermeiro acompanha as pessoas inseridas na família antes, durante e após o processo de transição.

2.2 ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE

A capacidade de adaptação tem acompanhado, desde sempre, o processo evolutivo do Homem. Pode-se considerar que foi graças a ela que o Homem foi capaz de se reproduzir, preservar a espécie e evoluir, daí que a adaptação não possa ser vista apenas como resposta à doença. No entanto, a capacidade de resposta e adaptação individual face à mudança, poderão colocar em risco a sua saúde, equilíbrio e bem-estar porque, para que a adaptação ocorra, é necessário o desenvolvimento de respostas adaptativas que implicam promoção e orientação com vista a um objectivo previamente delineado.

A adaptação à parentalidade tem sido descrita como um importante momento de desenvolvimento da vida das famílias, exigindo esforços de adaptação às novas tarefas com que pais e mães se deparam. Assim, apesar da felicidade que está frequentemente associada a este acontecimento, a necessidade de reorganização da vida dos indivíduos

é geralmente elevada, podendo conduzir, nas mães e nos pais, a elevados níveis de perturbação emocional (Canavarro, 2001).

Considerado um processo de transição na vida das famílias e, muitas das perturbações comportamentais, sociais e emocionais que afectam a saúde dos indivíduos podem, em muitos casos, resultar de dificuldades ocorridas na infância, nomeadamente, a nível da qualidade da interacção mãe/filho e dos laços vinculativos estabelecidos.

Na versão 1.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2005), não só faz referência à parentalidade como foco de atenção para a prática de cuidados, como também à própria adaptação a este processo. No âmbito deste documento, a adaptação à parentalidade é descrita como sendo uma “acção de parentalidade com as seguintes características específicas: comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender acções para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados sendo assumida também enquanto foco”.

Na realidade, a aprendizagem do exercício da parentalidade parece acontecer após o nascimento do filho. Até esse momento, vai sendo construído um mundo de fantasias, expectativas e desejos.

Relvas (2000), refere que até ao nascimento da primeira criança tudo se joga ao nível do desejo, do imaginário, da expectativa, sobre o que é ser pai, sobre o que é ter um filho, sobre o que será esse filho, sobre o que ele poderá dar ou tirar ao casal e à família.

A preparação para o novo papel é edificada durante a infância através das brincadeiras com bonecas e das representações encenadas enquanto crianças sobre os pais e as mães e com a própria experiência vivida com as próprias figuras parentais através da observação do modelo parental. Posteriormente, é possível imaginar o bebé que se vai ter e o modo de relacionamento com ele.

Ao longo da gravidez, este processo imaginativo é acelerado e, através das novas tecnologias para controlo da gravidez e evolução fetal (como por exemplo a ecografia), torna-se possível antecipar e confirmar a imagem criada. Contudo, é no momento do nascimento, através do confronto com o bebé real que os pais se apercebem do seu novo papel e se deparam com um bebé que, na maioria dos casos, não corresponde ao filho imaginado. A partir desse momento, impõe-se um processo de adaptação com todas as implicações que daí possam advir (Relvas, 2000).

Neste contexto, a facilidade na adaptação a uma transição depende do equilíbrio percebido entre os recursos e limites pessoais, relativamente ao tipo de transição do contexto anterior e posterior, e da percepção de competência, bem-estar e saúde individual (Lasarus & Folkman, 1984 cit por Canavarro e Pedrosa, 2005).

Em síntese, o fim do período de transição é geralmente marcado por uma nova reorganização da vida e pelo desenvolvimento de novos papéis, integradores de uma identidade estável (Weiss, 1976, cit por Lourenço e Afonso, 2008).

3. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E O ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE

Nos últimos anos, tem sido reconhecido e aceite o papel determinante que os Cuidados de Saúde Primários têm na promoção da saúde. Este facto surge reforçado pelo relatório da Organização Mundial de Saúde (2004), que conclui que sistemas de saúde fortemente orientados para os cuidados primários obtêm melhores resultados de saúde para a população, maior equidade, utilização mais adequada dos serviços, maior satisfação dos utilizadores a um mais baixo custo.

A reconfiguração dos Centros de Saúde (CS) assenta nos conhecimentos adquiridos e consolidados ao longo da sua existência de 34 anos (1971-2005). Desde então, têm sido identificados alguns princípios para a consolidação destas instituições de saúde no Serviço Nacional de Saúde, destacando-se a orientação para a comunidade, a flexibilidade organizativa e de gestão, a desburocratização, o trabalho em equipa, a autonomia e responsabilização, a melhoria contínua da qualidade, a contratualização e avaliação.

O Programa do XVII Governo Constitucional, na área da saúde, dá um particular enfoque aos cuidados de saúde primários e à sua importância na ligação ao cliente por serem o primeiro acesso deste aos cuidados de saúde. Refere explicitamente que os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde e que o Centro de Saúde constitui a entidade enquadradora das Unidades de Saúde Familiar (USF), prevendo assim as seguintes medidas de política:

- Reestruturação dos Centros de Saúde através da criação de Unidades de Saúde Familiar.
- Unidades de Saúde Familiar integradas em rede, podendo assumir diferentes enquadramentos jurídicos na sua gestão, quer pertencendo ao sector público administrativo (USF pública ou em regime remuneratório experimental), quer pertencendo ao sector cooperativo, social e privado.
- Reforço e desenvolvimento em cada Centro de Saúde de um conjunto de serviços de apoio comum às USF, como a saúde oral, saúde mental e consultorias

especializadas, incluindo a participação de especialistas do hospital de referência, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação.

- Reforço de incentivos e formação dos médicos de família e enfermeiro de família.

Na sequência do estabelecido no Programa do Governo, o Conselho de Ministros resolveu criar na dependência directa do Ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a natureza de estrutura de missão, para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar. (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 22 de Setembro de 2005, publicada em Diário da República a 12 de Outubro).

A MCSP estabeleceu como grandes objectivos para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, com aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade e consequente aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços. Pretendia-se também aumentar a satisfação dos profissionais criando boas condições de trabalho, melhorando a organização e recompensando as boas práticas, assim como melhorar a eficiência e promover a contenção de custos.

Em Janeiro de 2006, a MCSP publica as “Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”, onde divulga as suas propostas de medidas em oito áreas de actuação, clarificando a evolução da reforma, sendo também neste ano que se criam as primeiras USFs, e com elas a figura do Enfermeiro de Família.

O Plano Nacional de Saúde 2004/2010 e o mesmo Plano 2012/2016, representa na sua totalidade, as linhas orientadoras para que as instituições do Ministério da Saúde e outras organizações do sector da saúde possam contribuir para a obtenção de «Ganhos em Saúde» orientados pela promoção de saúde e pela prevenção da doença. Neste documento, estão definidas orientações estratégicas específicas com o objectivo de obter ganhos em saúde para todos, aumentando o nível de saúde ao longo do ciclo de vida das famílias e reduzindo o peso da doença e estratégias de gestão da mudança centradas no cidadão, promovendo comportamentos saudáveis e capacitando o sistema de saúde para a inovação.

3.1 PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE

A parentalidade positiva integra o conjunto de funções atribuídas aos pais para cuidarem e educarem os seus filhos e é definida por comportamentos e valores parentais, baseados no interesse da criança. Pode ser descrita como promoção do desenvolvimento de relacionamento positivo e optimização do potencial desenvolvimento das crianças. Tem como princípios básicos o reconhecimento das crianças e dos pais como titulares de direitos e sujeitos a obrigações, com um potencial natural e pluralista e parceiros essenciais na optimização do potencial de desenvolvimento das crianças (Concil of Europe, 2008 cit por Lopes, Catarino & Dixe, 2010).

A família como uma unidade, caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade. Desta forma, o pensamento sistémico constitui-se como um paradigma na concepção dos cuidados à família, permitindo a concepção multidimensional da sua complexidade, instabilidade, globalidade, contextualidade entre outros aspectos inerentes ao sistema familiar (Figueiredo & Martins, 2010).

A enfermagem de família constitui-se como uma área específica no contexto geral da enfermagem, desenvolvida a partir das teorias da terapia familiar, teorias das ciências sociais da família e de modelos de enfermagem, dando ênfase às interacções dos elementos da família, numa perspectiva sistémica dos cuidados. Com o objectivo de promover a autonomia do sistema familiar, a intervenção de enfermagem deve basear-se na parceria com a família visando capacitá-la a nível de competências e independência (Figueiredo & Martins, 2010).

Em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários são a base do sistema de saúde, visando a implementação de equipas multidisciplinares, com orientações específicas no sentido de que a abordagem dos cuidados deverá ser centrada na família e no ciclo de vida. Com o enquadramento legislativo actual dos Cuidados de Saúde Primários estamos perante um modelo direccionado para os cuidados de proximidade efectivados pelas Unidades de Saúde Familiar.

A abordagem centrada nas famílias e no ciclo de vida é a que está a ganhar maior visibilidade, nomeadamente em relação aos problemas de origem social, permitindo uma visualização mais integrada dos problemas de saúde prioritários dos diferentes grupos etários. Os momentos especiais do ciclo de vida como por exemplo o nascer, representam oportunidades para a educação para a saúde e acções de prevenção de saúde, entre outras intervenções.

Neste contexto, é fundamental realçar a importância do papel dos profissionais de saúde como educadores e promotores da saúde, pelo que devem beneficiar de conhecimentos específicos aplicados ao contexto comunitário e à proximidade que estabelecem com as famílias, nomeadamente o desenvolvimento humano, com o objectivo de implementar mudanças necessárias para o bem-estar global das famílias e da comunidade onde estão inseridas.

A Direcção Geral de Saúde (2005) estabeleceu orientações técnicas e circulares normativas que regem os diferentes programas de saúde e devem ser conhecidas e implementadas pelos profissionais dos Centros de Saúde para se conseguir um impacto positivo na qualidade da saúde da população. Os enfermeiros, pelo papel que desempenham junto das famílias e comunidade, são os elementos fulcrais no desenvolvimento destes programas trazendo benefícios significativos para os cidadãos e para a comunidade.

Dessa forma, ao conceito de Educação para a Saúde sobrepõe-se o conceito de Promoção de Saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação da população no contexto de sua vida quotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer.

De uma forma concordante com este conceito de saúde e conseqüentemente de cuidar, centrado na saúde e nas pessoas, consideramos que as intervenções inerentes à promoção da saúde, deverão ser actividades que possibilitem o desenvolvimento de recursos humanos e que preservem ou intensifiquem o bem-estar (Kulbok, Laffrey & Goepfinger, 1999).

Torna-se, assim, fundamental compreender os cuidados de saúde primários onde a promoção de saúde é a base da actuação dos profissionais de saúde, com o objectivo de promover o autocuidado e o autocontrolo. De acordo com esta concepção, as pessoas são incentivadas a utilizarem as suas capacidades e conhecimentos para potenciarem a sua saúde e, desta forma, poderem fazer escolhas e actuar de acordo com o seu projecto de saúde.

Apesar de existir um processo crescente de investimento e trabalho ao nível dos cuidados promotores de saúde, estes não são ainda vistos como algo prioritário e primordial no nosso sistema de saúde. De acordo com Navarro (1995), citado por Graça (2003, p. 32), "(...) promoção de saúde é um processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde e dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam". Segundo esta perspectiva as intervenções dos profissionais de saúde, são essenciais para capacitar as pessoas e

ajudá-las a lidar e a ultrapassar determinadas situações, responsabilizando-as pela sua saúde.

Desde o final dos anos 70 com a Declaração de Alma-Ata em 1978, que deu origem aos actuais cuidados de saúde primários e à Declaração de Viena em 1993, só a Conferência de Munique em 2000, veio dar um novo alento a uma mudança que será difícil de continuar a adiar. Esta teve como finalidade a identificação de acções específicas, com vista a apoiar e salientar as capacidades dos enfermeiros, no sentido de contribuírem para a saúde e para a qualidade de vida das famílias a quem prestam cuidados.

Desta conferência surgiu, uma nova figura de enfermeiro de saúde comunitária, o Enfermeiro de Família, enquanto profissional indispensável no quadro da saúde. Neste contexto, pretende-se que a enfermagem se direcione para a comunidade e alcance as pessoas que apresentam dificuldades para procurarem a ajuda dos serviços de saúde.

A inserção do enfermeiro no seio da família exige uma intervenção de carácter domiciliário e a delimitação de áreas geográficas. O enfermeiro assume, assim, a responsabilidade por um grupo de famílias, combinando actividades de promoção da saúde e de prestação de cuidados, actuando no ambiente familiar e na comunidade, em articulação com todos os sectores.

Neste sentido, a enfermagem de saúde comunitária prepara-se para receber um legado que exigirá profundas alterações ao nível da preparação dos profissionais de enfermagem. O enfermeiro de família terá necessariamente de saber articular, de forma harmoniosa, o conhecimento de diversos instrumentos de trabalho: oriundos da saúde pública, da prática clínica e dos cuidados de saúde primários. Este papel multifacetado e a proximidade das famílias colocam o profissional de enfermagem, numa situação privilegiada para constituir a interface entre todos os profissionais que intervêm no processo dos cuidados (Conferência de Munique, 2000).

É igualmente importante, o conhecimento dos instrumentos que orientam o exercício profissional de enfermagem na sua prática clínica, permitindo aos enfermeiros assumir uma tomada de decisão fundamentada que perspectiva a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, com reflexos positivos em ganhos em saúde para os cidadãos.

Desta forma, e segundo as orientações dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, são elementos importantes face à promoção de saúde (...) “a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação

geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (OMS, 2001, p. 12).

Sendo o cuidar uma acção partilhada com outros profissionais de saúde, é revestida de aspectos que são únicos para a enfermagem. Os enfermeiros prestam cuidados à pessoa, sendo-lhes permitido tocar, partilhar as suas experiências e manter uma relação de ajuda tão consistente que dificilmente é experienciado por outros profissionais. Estas vivências possibilitam o conhecimento, o acompanhamento e a partilha de valores e de necessidades de ajuda (Ribeiro, 1995 cit por Silva, 2006).

Neste sentido, cuidar é um acto de vida, é uma actividade permanente e quotidiana que tem como finalidade permitir que a vida continue e se desenvolva (Collière, 1989, cit por Silva, 2006). A mesma autora defende que nos primeiros cuidados que a mãe presta ao recém-nascido é exigida aos enfermeiros uma ajuda muito preciosa. Esta ajuda centra-se nas competências de apoio, orientação e educação, que podem reforçar as capacidades pessoais de cada mãe e que lhe permite adquirir a autonomia desejada.

3.2 A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Ao longo dos anos, os vários modelos de cuidar em enfermagem, orientam a intervenção do enfermeiro para as necessidades das pessoas, para os problemas decorrentes de desequilíbrios e para as dificuldades de adaptação a situações de *stress*. Esta orientação é sempre vista segundo uma perspectiva holística, onde é valorizada a relação interpessoal, o respeito pelos valores e cultura da pessoa e a promoção do autocuidado, procurando-se a participação da pessoa na tomada de decisão de forma a promover o potencial máximo da sua saúde e bem-estar (Ribeiro, 1995).

Honoré (2004) refere que cuidar indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos.

Deste modo, e de acordo com Graça (2003), a promoção de saúde deve centrar-se no contexto das pessoas, nas suas capacidades e recursos, iniciando-se no seio da família e nos seus hábitos e estilos de vida.

Nesta perspectiva o enfermeiro de família é o elemento fulcral para apoiar e promover a saúde das famílias nesta fase do ciclo de vida. Para que tal aconteça, é importante que estabeleça uma relação privilegiada e de confiança com as famílias, durante o processo de gravidez, de forma a proporcionar um acompanhamento e a ter um conhecimento mais profundo das mesmas. É necessário considerar a individualidade de cada família e especificidade das suas experiências que vão influenciar este processo de parentalidade.

Para além do acompanhamento ao longo da gravidez, o puerpério é uma fase muito sensível na qual a mãe e família apresentam maior dificuldade. Se considerarmos que cada vez mais a alta hospitalar é dada precocemente, sendo os internamentos de curta duração, torna-se urgente uma intervenção por parte dos enfermeiros após a mesma.

De acordo com Graça (2003), é essencial que os enfermeiros actuem nos locais onde o recém-nascido se desenvolve e no seu meio ambiente, sendo por isso muito importante a visita domiciliária tanto ao recém-nascido como à puérpera. Estes desenvolvem uma intervenção em parceria com os pais onde é importante realçar a necessidade de existirem profissionais competentes e com saberes específicos, onde o respeito, o ser autêntico, ser humilde, ser empático, apresentar um entusiasmo contido e a integridade pessoal, são qualidades gerais que devem orientar a sua intervenção. Importa realçar a importância das competências comunicacionais que devem ser o veículo da prestação de cuidados com os pais, nomeadamente, a atenção, a escuta activa, a empatia, a exploração, o desafio e a resolução de problemas (Davis, Day & Bidmead, 2002).

Mercer (2004) acrescenta que é da responsabilidade dos enfermeiros estabelecer relações terapêuticas com a mulher durante todo o processo de transição e adaptação à parentalidade, sendo responsáveis pelo levantamento de necessidades, promoção da saúde e avaliação dos efeitos da intervenção. As intervenções devem ser planeadas com os pais, visando fortalecer a relação conjugal e parental, e criar um ambiente que conduza ao desenvolvimento e bem-estar do recém-nascido e/ou criança.

3.3 VIGILÂNCIA DE SAÚDE DA CRIANÇA

A vigilância na área da saúde materno-infantil é uma das prioridades dos cuidados de saúde primários em Portugal, onde tem sido desenvolvido um trabalho multidisciplinar

em que os enfermeiros, com competências próprias, ocupam um lugar de destaque e desempenham um papel importante como cuidadores e educadores.

No Programa de Saúde Infantil e Juvenil (2005) é peremptório a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças, onde a intervenção do enfermeiro é traçada por duas vertentes determinantes: responder às necessidades imediatas da criança nas várias situações de procura dos serviços de saúde e contribuir para a melhoria de competências nas famílias de forma a elevar o nível de saúde, ajudando-as na aquisição e/ou desenvolvimento dessas mesmas competências.

Este desenvolvimento de competências nas famílias, implica um processo progressivo de aprendizagem, que passa pelo reconhecimento entre pais e enfermeiro de família das que já dominam e o estabelecimento de um plano de aquisição e/ou desenvolvimento das consideradas necessárias, atendendo ao estágio da criança no ciclo vital. O estabelecimento desta relação de ajuda promove o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que vão permitir aos pais cuidar dos seus filhos com autonomia.

Na Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique (USFIDH), unidade onde decorre este nosso estudo, os enfermeiros, baseados na metodologia do enfermeiro de família, orientam as suas intervenções tendo como suporte o Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Manual de Boas Práticas.

Esta metodologia e os documentos orientadores visam a qualidade dos cuidados de enfermagem e surgiram da necessidade de uniformizar os princípios orientadores para a intervenção na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, de acordo com a periodicidade recomendada pelo Programa-tipo de Actuação da Direcção Geral da Saúde (2005), a ser revisto e com previsão de entrar em vigor a partir de Junho de 2013.

A periodicidade das consultas de enfermagem no 1º mês de vida da criança, varia consoante a necessidade da mesma, preconizando-se no mínimo 3 consultas.

A primeira consulta ocorre aquando da realização do teste do pezinho, a segunda antes dos 15 dias de vida e a terceira ao mês de vida. Na consulta de enfermagem deve-se proceder à avaliação dos parâmetros antropométricos (peso, estatura e perímetro cefálico) e ainda se privilegia os ensinamentos sobre:

- aleitamento materno;
- prevenção de cólicas;
- medidas de higiene;
- cuidados ao coto umbilical;

- acidentes domésticos e sua prevenção;
- Esclarecer dúvidas que os pais apresentem;
- Proceder à vacinação segundo o Plano Nacional de Vacinação;

Registo e preenchimento do BSI, Boletim de Vacinação, SINUS e ficha de saúde infantil informática MedicineOne® (não esquecendo de associar a criança ao programa de Saúde Infantil).

Neste contexto, passaremos a abordar os cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido /Pais de acordo com as temáticas preconizadas no Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil da USFIDH, tendo por base o Programa atrás referido:

Teste de Diagnóstico Precoce

De acordo com a publicação em Diário da República (Despacho n.º 752/2010. D.R. n.º 7) o Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDC) tem por objectivo diagnosticar doenças nas primeiras semanas de vida do bebé e tratá-las precocemente, evitando a ocorrência de atraso mental, doença grave irreversível ou morte da criança.

A cobertura do Programa é actualmente superior a 99% dos recém-nascidos, o que permite através do rastreio e da confirmação do diagnóstico, o encaminhamento dos doentes para a rede de Centros de Tratamento, sedeados em instituições hospitalares de referência, contribuindo para a prevenção de doenças e ganhos em saúde.

No Programa aprovado são definidas as estratégias de implementação, centradas na intervenção, formação e colheita e análise da informação, medidas que definem, estruturam e promovem os novos objectivos fixados, de acordo com o Plano Nacional de Saúde, dotando-o de uma estrutura de governação para os alcançar.

O teste do pezinho ou teste de Guthrie, é um exame realizado entre o 3º e 6º dia de vida do recém-nascido, para diagnosticar precocemente doenças metabólicas e genéticas. Estas doenças poderão causar alterações graves no bebé, que se não forem diagnosticadas e tratadas poderão provocar sequelas para o resto da vida. Este exame tem este nome devido a ser realizado no pé do recém-nascido. É escolhido o calcanhar porque é uma zona rica em vasos sanguíneos, o que permite colher o sangue necessário apenas com uma picadela. É picado a face lateral do calcanhar e colhida uma amostra de sangue. As gotas são colhidas numa folha de papel de filtro específico para o exame e enviado ao Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães.

Aleitamento Materno

Segundo o Manual de Aleitamento Materno alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno; no entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte das mães não conseguem cumprir o seu projecto de dar de mamar, desistindo muito precocemente da amamentação (Levy & Bertolo, 2008),

Por todas estas razões, e de acordo com as recomendações da OMS, é essencial que em Portugal se continuem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno. O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras excepções.

Os mesmos autores defendem que, as vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida.

A decisão acerca da forma de alimentar o recém-nascido é uma decisão muito importante que os pais devem tomar. Esta decisão é influenciada por factores físicos, psicológicos e socioculturais, como por exemplo, a influência marcante das experiências anteriores do casal, a referência de experiências de pessoas amigas e da própria mãe da puérpera.

A promoção do aleitamento materno é um importante objectivo de intervenção dos enfermeiros da área da saúde materno-infantil, sendo esta intervenção desenvolvida junto dos pais no período pré-natal e no puerpério. Visa preparar os pais para esta decisão, de os informar devidamente acerca das opções existentes e dos seus benefícios e prejuízos.

Reeder *et al.* (1995), referem que o ideal é que o tema da alimentação seja discutido ainda durante a gravidez, pois durante este período haverá tempo e oportunidades para esclarecer dúvidas e tomar as decisões que pareçam mais adequadas.

Após a alta da maternidade, é na 1ª consulta de vigilância do recém-nascido que é incentivada a amamentação e são explicadas as vantagens tanto para o recém-nascido como para a mãe, retirando-se dúvidas sobre as fases do leite materno e outras solicitadas pelos pais.

Sempre que possível é demonstrada a técnica da mamada, explicados os cuidados a ter com as mamas de forma a prevenir eventuais dificuldades na amamentação e exemplificadas as posições que facilitam a eructação do recém-nascido.

O leite materno é a forma natural da mãe alimentar o seu filho, como tal, não existe melhor alimento para o bebé. Além de em termos nutricionais estar perfeitamente adaptado às necessidades do bebé, também do ponto de vista imunológico é inigualável, protegendo a sua saúde como nenhum outro.

A amamentação também favorece a saúde da mãe e é, obviamente, vantajosa em termos económicos e ecológicos.

O vínculo que se forma entre mãe/filho é muito forte, reforçando a afectividade entre ambos, sendo muito menos provável que uma mãe que amamente, abandone ou maltrate o seu filho. Tanto a mãe como o filho saem desta experiência mais enriquecidos e com uma maior segurança e auto-estima.

Sempre que a mãe demonstra dificuldades no processo de amamentação é encaminhada para o “cantinho da amamentação” de forma a ser apoiada por enfermeiros com competência específica nesta área. Este apoio é feito por um enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

Contudo, a falta de informação e apoio prático, levam a que muitas mães, apesar de todas estas vantagens, não consigam superar as dificuldades com que se deparam no decorrer da amamentação e esta se torne, em vez de um prazer, uma situação desesperante, o que leva ao abandono precoce da amamentação.

Nos casos em que os pais fornecem aleitamento misto e/ou artificial ao recém-nascido são promovidos na consulta de enfermagem, cuidados sobre o manuseamento de biberões, preparação do leite, assim como a técnica da mamada e as posições de eructação.

Como Amamentar

A amamentação deverá ser o mais natural possível. Os elementos artificiais que usualmente são recomendados, na maioria dos casos, prejudicam o decurso natural da amamentação, como por exemplo as bombas utilizadas durante o ingurgitamento podem desequilibrar a produção de leite na sua adaptação oferta/procura; os mamilos de silicone estão associados a menor produção de leite e as chupetas e tetinas utilizadas precocemente estão na origem da “confusão de mamilos” (*nipple confusion*), uma

confusão comum do bebé, por não saber distinguir a pega da chupeta e a pega no peito da mãe, sendo a pega correcta a base essencial para uma amamentação bem-sucedida.

Quando a mãe sente a subida de leite é aconselhada e proceder aos seguintes passos: **colocação de sacos de água quente antes de cada mamada**: utilizar um saco de água quente ou algo similar (sacos de gel, garrafa com água quente) em períodos de meia hora, antes das mamadas, seguidos de massagens; **massagem**: a massagem deverá ser feita pondo um pouco de óleo de amêndoas doces ou manteiga de cacau na ponta dos dedos, em pequenos círculos à volta do seio. Seguidamente, com os dedos em forma de pente, deve massajar em direcção ao mamilo, em direcção descendente, com movimentos suaves, de forma a desbloquear os canais de leite e a desfazer eventuais nódulos (aconselha-se uma posição inclinada pois favorece este tipo de massagem).

A Eliminação no Recém-nascido

A promoção de cuidados antecipatórios relativos à eliminação no recém-nascido incide sobre aspectos da eliminação vesical e da eliminação intestinal. Nos primeiros dias de vida é frequente a eliminação de uratos por parte do recém-nascido, sendo este um factor de *stress* e ansiedade dos pais.

Desta forma é importante os profissionais de saúde avisarem os pais para este acontecimento, explicando a eventual saída destes cristais junto da urina do recém-nascido, que se torna visível através da coloração rósea/avermelhada na fralda do recém-nascido. Assim, os pais ficam mais tranquilos, diminuindo a ansiedade.

São também promovidos cuidados relativos à informação sobre ao número de micções por dia e à necessidade de mudar com frequência a fralda do recém-nascido para o manter seco e evitar a irritação da pele ou lesões por humidade.

Relativamente à eliminação intestinal, o enfoque é para as alterações da cor das fezes do recém-nascido (de mecónio a fezes de transição, amarelo claro), no número de dejectões e no cheiro das fezes do recém-nascido alimentado a peito, e do alimentado a biberão.

São também promovidos cuidados relativos a técnica de alívio de cólicas e explicado o que é obstipação e quais as técnicas de estimulação aconselhadas.

É importante, os enfermeiros explicarem aos pais as estratégias de alívio das cólicas, nomeadamente, manter o aleitamento, dar «miminhos» e carinhos ao recém-nascido para acalmar o bebé; massajar a barriga à volta do umbigo com movimentos circulares e mover as pernas fazendo movimentos suaves tipo «bicicleta». Estes

cuidados poderão eventualmente consolar e tranquilizar o recém-nascido, ajudando a ultrapassar este momento complicado.

Higiene e Conforto do Recém-nascido

A higiene do recém-nascido é fundamental para o seu bem-estar, para além de permitir uma maior proximidade e relação entre os pais e filho. Os cuidados de higiene e conforto promovidos na consulta de enfermagem, prendem-se com a técnica do banho, produtos de higiene a usar e os cuidados inerentes ao coto umbilical e à região nadegueira.

O banho é uma medida de manutenção da integridade física da pele, proporcionando-lhe limpeza e hidratação. O enfermeiro deve procurar transmitir aos pais todas as recomendações importantes para que o banho do recém-nascido seja um momento de disponibilidade, dedicação, carinho e amor. Neste contexto, é prática comum a demonstração da técnica do banho (realizada nas aulas de preparação para o parto).

O banho é um dos momentos mais gratificantes na relação entre o recém-nascido e os pais, pois se tudo estiver previamente organizado e assim que o recém-nascido perder o medo da água, ele vai apreciar muito o contacto desta no seu corpo. A escolha da hora do banho depende muito da organização do dia-a-dia dos pais, no entanto é aconselhável haver alguma regularidade, pois ajuda o bebé a adaptar-se a um determinado ritmo (Marques, 1997).

Sono e Repouso

Segundo Penzel (2011), o RN dorme aproximadamente 16 horas por dia, alternando os períodos de sono e de vigília com um ritmo de cerca de 4 horas. Estes períodos não dependem da alimentação.

Durante as primeiras semanas de vida, o recém-nascido costuma dormir muitas horas, mas o sono pode variar de bebé para bebé. É explicado que o recém-nascido não distingue o dia da noite e ainda não tem hábitos de sono nem horários estabelecidos pelo que as primeiras noites podem ser mal dormidas. Os pais devem ajudá-los a estabelecer uma rotina, como por exemplo, fazer pouco barulho à noite, dar banho, dar leite e brincar um pouco com ele antes de deitar, assim gradualmente irão incorporando os horários ao seu bebé.

Os cuidados que são promovidos no âmbito da consulta de enfermagem, são as necessidades de sono e as condições que favorecem o sono. O recém-nascido é absolutamente capaz de dormir as horas de que necessita, desde os primeiros dias de vida. A maioria dos recém-nascidos dormem de mamada a mamada, tanto de dia como de noite e, à medida que vão crescendo permanecem mais tempo acordados. No entanto também é possível que permaneçam longos períodos de tempo acordados.

O local onde o recém-nascido descansa deve ser tranquilo, embora seja conveniente que se vá adaptando aos ruídos da casa. O berço, o colchão e a roupa do recém-nascido devem ser apropriados de modo a evitar situações de risco, como o bebé ficar preso e não poder respirar. Embora seja importante que o recém-nascido não tenha frio, a temperatura do quarto onde o bebé dorme não deve ser muito elevada.

Estimulação do desenvolvimento do recém-nascido

Neste contexto, são promovidos cuidados no sentido de perceber a noção que os pais têm da importância do desenvolvimento do bebé. Quando a percepção é positiva deve-se reforçar esta imagem e quando a percepção é negativa são identificadas quais as áreas de maior dificuldade.

Normalmente no período dos 0 aos 3 meses, os pais sentem que o seu filho é difícil pela dificuldade que este tem em estabelecer os ritmos fisiológicos (alimentação, sono, padrões de despertar) ou pelas suas próprias dificuldades na comunicação com ele. Deve-se encorajar os pais a estar atentos aos movimentos do recém-nascido, às suas reacções aos sons, à sua relação com o humor da mãe, encorajando-a a falar do seu filho com o pai e outros familiares.

Estas preocupações devem ser sempre analisadas e se necessário pedir a colaboração de outros técnicos de saúde (DGS, 2006a).

Relativamente a esta temática, são efectuadas avaliações da interacção pais/recém-nascido através da observação de como o prestador de cuidados segura no recém-nascido, da forma como estabelece o contacto visual, se sorri para o recém-nascido, se compreende o significado do seu choro e ainda é observado as respostas deste às diferentes actividades prestadas (pegar ao colo; despir; ser alimentado, mudado, deixado sozinho).

Segurança e prevenção de acidentes

Nesta temática são fornecidas orientações preventivas relativamente ao posicionamento ao deitar do recém-nascido, à roupa da cama, ao transporte em alcofa, cadeira e automóvel, à exposição solar e ao risco de quedas, queimaduras, posicionamento ao deitar e na utilização de acessórios nos pais e no bebé.

Logo à saída da maternidade, o recém-nascido deve viajar numa «cadeirinha» (sistema de retenção para crianças), voltada para trás, presa com o cinto de segurança do automóvel, num lugar sem *airbag* frontal. Estas cadeiras estão geralmente aprovadas para serem utilizadas até aos 13Kg (DGS, 2005).

De acordo com a APSI (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2012), o bebé tem o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada, pelo que pode sofrer ferimentos muito graves com grande facilidade, devendo por isso viajar sempre numa cadeirinha voltada para trás. Assim, num choque frontal, a cabeça, o pescoço e as costas da criança serão amparados uniformemente pela cadeirinha. Estas cadeiras protegem melhor que qualquer outro tipo de cadeira - em caso de acidente podem salvar a vida de 9 em cada 10 crianças.

O recém-nascido deve ser colocado numa posição de semi-sentado, amparada a cabeça com redutores de apoio, que se coloca entre a cabeça e o encosto lateral da cadeirinha.

Vigilância de Saúde

São explicados aos pais os serviços de apoio disponíveis na comunidade e a sua funcionalidade, quando devem recorrer aos serviços de urgência e da necessidade de trazerem sempre o Boletim de Saúde Infantil e Boletim Individual de Saúde da criança. Assim, é verificado se foram administradas as vacinas preconizadas no Plano Nacional de Vacinação ao nascer e explicado a conduta a ter perante as situações mais frequentes no recém-nascido, nomeadamente, icterícia, obstrução nasal, obstipação e cólicas abdominais.

Segundo a DGS (2005), um dos objectivos da vigilância de saúde, é avaliar o crescimento e o desenvolvimento e registar, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, os dados antropométricos e outros do desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial.

Visita Domiciliária ao Recém-nascido e à Puérpera

A visitação domiciliária é uma estratégia comunitária que permite o estudo e intervenção nas famílias no seu próprio espaço vital. Assim, o visitador domiciliário consegue ter uma perspectiva global da família e dos seus recursos e pode actuar de forma holística. A visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido é defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) e pelo Programa de Saúde Infantil como uma medida para contribuir para a saúde da família.

Lacerda (2010) defende que cuidar no domicílio é mais abrangente do que ver o indivíduo isoladamente, já que tem em conta as relações familiares e de vizinhança, e a personalização dos cuidados de acordo com os recursos, as crenças e os valores de cada família.

De acordo com Rice (2006), são objectivos da visita domiciliária “fornecer ao utente (e família) a compreensão, o apoio, o tratamento, as informações e os cuidados que necessitam para gerir com sucesso as necessidades de saúde no domicílio”

Esta visita, de acordo com o Manual de Boas Práticas em vigor na USFIDH, deve ser realizada até ao 15º dia de vida do recém-nascido, pelo enfermeiro de família. Tem como objectivos:

- Avaliar o estado de saúde geral da mulher e do recém-nascido, orientando e apoiando a família para a amamentação e para os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Avaliar interacção da mãe com o recém-nascido, e identificar situações de risco ou intercorrências existentes.

Relativamente à marcação da referida Visitação Domiciliária:

- As grávidas seguidas na USF, deverão ser alertadas na última consulta do 3º trimestre de gravidez, sobre o agendamento da Visitação Domiciliária de Saúde Materna (VDSM) e Visitação Domiciliária ao Recém-nascido (VDRN);
- A marcação da VDSM e VDRN, deve ser feita aquando da realização do teste do pezinho. Caso este o tenha realizado no HSTV, deve ser agendada a VD no 1º contacto com a USF, preferencialmente na 1ª consulta de Enfermagem.
- Deverá ser explicado aos pais qual o motivo pelo qual se destina esta VD, e desmistificar que não se trata de foro social.

Nesta visita o enfermeiro de família deve:

- Observar se existem condições habitacionais mínimas para receber o recém-nascido;
- Verificar se residente em área de risco;

- Observar como a família está a vivenciar esta nova situação;
- Identificar e avaliar a rede de apoio da família (familiares, outras famílias, instituições, equipa);
- Observar como o pai e a mãe estão a adaptar-se a esses novos papéis, e ao relacionamento da família, do casal e deles com o bebé.
- Avaliar interação da mãe com o recém-nascido;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Procurar identificar sintomas de depressão materna:
 - ✓ Irritabilidade;
 - ✓ Choro fácil;
 - ✓ Sentimento de desamparo;
 - ✓ Falta de energia, motivação, desinteresse sexual;
 - ✓ Transtornos alimentares;
 - ✓ Incapacidade de lidar com novas situações.
- Despistar possível “*baby blues*” (conjunto de sintomas que aparecem geralmente entre o 3º e o 10º dia do pós-parto e que consistem em alterações de humor, com tristeza ou irritabilidade, e insegurança perante a nova responsabilidade de cuidar do bebé).
- Orientar a puérpera sobre cuidados de higiene, alimentação, actividades físicas/sexuais e o cuidado com as mamas.
- Observar estado geral da puérpera. Se referir queixas, observar, cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesariana e examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação);
- Observar formação do vínculo mãe-filho;
- Observar e avaliar a mamada, se possível, para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola;
- Observar e orientar a mamada, se possível, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade (pega da aréola, posicionamento e a não necessidade de oferecer água, chá, ou qualquer outro alimento);
- Observar a criança no estado geral: vitalidade, estado de hidratação da pele, coto umbilical, icterícia.
- Esclarecer todas as dúvidas apresentadas pelos pais.

Este conjunto de actividades constitui a intervenção alvo do enfermeiro de família na consulta de saúde infantil, no âmbito dos CSP, aos RN/pais.

Através destes eixos o enfermeiro de família desenvolve as suas intervenções, de forma a promover uma adaptação adequada à parentalidade.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

4. METODOLOGIA

A fase metodológica constitui uma etapa de precisão e planeamento. Esta fase serve, principalmente, para demonstrar a verdade, pois nada é deixado ao acaso e é impossível improvisar.

Neste estudo, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objectivos. Para os atingir, efectivámos uma revisão bibliográfica, a qual permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de seleccionar o que nos pareceu mais pertinente e actual.

A metodologia é caracterizada no geral como uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição.

É sem dúvida uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exacta de toda acção desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa. Deste modo a fase metodológica baseia-se em precisar como o fenómeno em estudo será inteirado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação, (Fortin, 2009).

É nesta fase do projecto que indicamos, as questões formuladas, as variáveis e sua operacionalização, havendo coerência entre as definições conceptuais e os critérios de mensuração. Refere-se também o processo de selecção da amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de colheita de dados, bem como justificamos as técnicas e medidas estatísticas utilizadas (Fortin, 2009).

4.1 MÉTODOS

A determinação do problema de investigação constitui o ponto de partida para a realização de um estudo de investigação, provendo orientações para o desenvolvimento de todo o processo, daí o facto de ser de primordial importância. O problema deve ser actual, ou seja, adequado para dar resposta às questões reais, pertinente para a prática de Enfermagem e contribuir para a aquisição de novos conhecimentos.

Apesar de o conceito de enfermagem familiar ser relativamente recente, a envolvência das famílias nos cuidados de saúde esteve sempre implícita na enfermagem. Conforme referem Wright & Leahey (2002, p.2) “a enfermagem surgiu nas casas dos pacientes, é natural que envolva os membros da família e forneça cuidados centrados na família”. Wright & Leahey (2002) reforçam a sua importância ao afirmarem que a enfermagem familiar tem raízes na sociedade dos tempos pré-históricos e ao advogarem que o conceito de enfermagem familiar sempre esteve connosco.

As directrizes da Organização Mundial de Saúde (2000) descritas na Declaração de Munique de 2000, as prioridades para a saúde do Ministério da Saúde, apresentadas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal, 2004), e da Ordem dos Enfermeiros, expressas no Enquadramento Conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), enfatizam a família como alvo dos cuidados numa crescente centralidade nos sistemas e cuidados de saúde

Em Portugal o Programa do VXII Governo Constitucional reconhece os cuidados de saúde primários como o pilar de sustentação de todo o sistema de saúde, com particular referência para as unidades de saúde familiar como as peças centrais do novo modelo, constituindo-se a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo. Neste contexto o contributo dos enfermeiros para a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades assenta, naturalmente, numa lógica de colaboração com outros profissionais de saúde (dimensão interdependente do exercício profissional) e de identificação dos diagnósticos de enfermagem, prescrição e implementação de intervenções, centradas nas respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida (dimensão autónoma do exercício profissional).

Nesta linha de pensamento, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objectivos. Para os atingir, efectivámos uma revisão bibliográfica, que permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de seleccionar o que nos pareceu mais pertinente e actual. O presente estudo tem como objectivo a avaliação da *Satisfação dos Pais sobre a Promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família*.

Neste sentido, equacionam-se as seguintes **questões de investigações**:

- Qual o grau de Satisfação dos Pais face à Promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família?
- Em que medida as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, nível de escolaridade e situação profissional) e familiares (agregado familiar e número

de filho) influenciam na satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH?

- Em que medida a vigilância pré natal (gravidez e preparação para o parto) influencia a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH?
- Em que medida o atendimento (gravidez e preparação para o parto) influencia a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH?
- De que forma atendimento (atendimento pelo enfermeiro de família, número de consultas realizadas pelo enfermeiro de família no 1º mês e avaliação do atendimento realizado pelo enfermeiro de família) influencia na satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizado pelo enfermeiro de família da USFIDH?

O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo precisando as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação, (Fortin, 2009). O principal objectivo deste estudo consiste, como já foi referido em avaliar a Satisfação dos Pais sobre a Promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família. Na procura de respostas para as questões supracitadas formulámos os seguintes **objectivos**:

- Identificar a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH;
- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e situação profissional) e familiares (agregado familiar e número de filhos) na satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH;
- Determinar a influência da vigilância pré natal (gravidez e preparação para o parto) de saúde dos recém-nascidos na satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH;
- Determinar a influência do atendimento (atendimento pelo enfermeiro de família, número de consultas realizadas pelo enfermeiro de família no 1º mês, intervenção do enfermeiro de família nos ensinamentos e avaliação do atendimento pelo realizado pelo enfermeiro de família) na satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizado pelo enfermeiro de família da USFIDH.

Tipo de estudo e desenho de investigação

Este estudo de análise quantitativa, descritivo, correlacional, de corte transversal e retrospectivo.

Uma das vantagens dos estudos retrospectivos, é a aplicação dos questionários auto-administrados, método a que recorreremos para a colheita de informação. Alguns autores (Hill & Hill 2005) referem que a utilização deste método tem vantagens sobre as entrevistas face a face, ou entrevistas pelo telefone. No questionário auto-administrado, não existem intermédios, o indivíduo faz apelo à sua memória e com alguma facilidade responde às várias questões, pois não se sente pressionado e inibido pelo entrevistador.

De uma forma sintética pode afirmar-se que o tipo de pesquisa equacionada para esta investigação engloba as seguintes características:

Segue métodos do estudo de análise quantitativa – pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação.

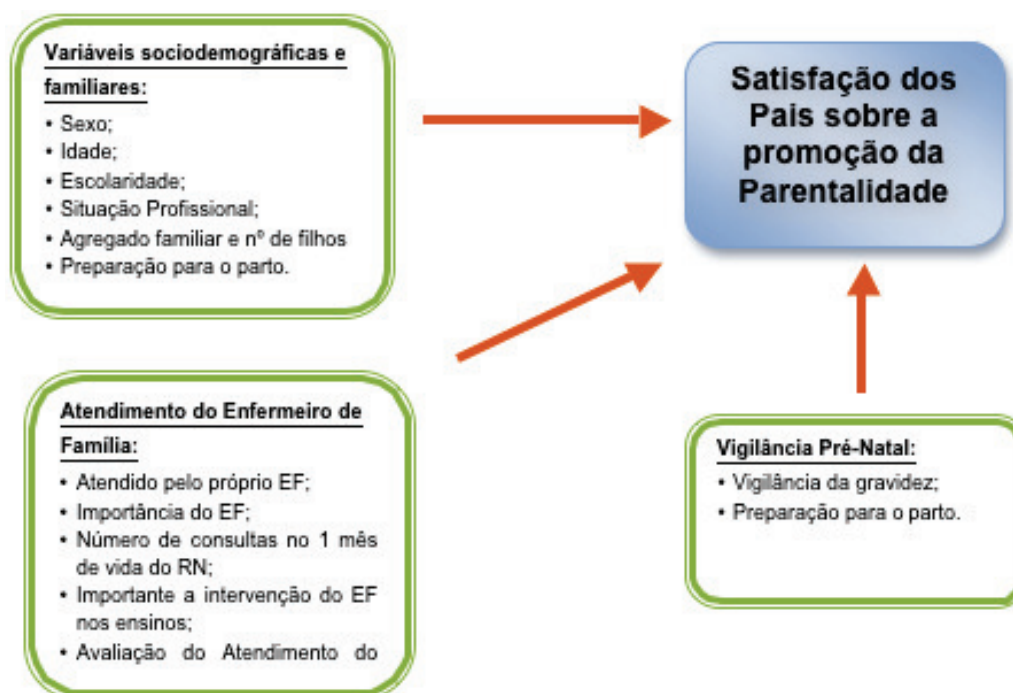
Trata-se de estudo transversal, pois caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento actual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo (Hout, 2002).

Possui as características de um estudo *descritivo* e correlacional - pois se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Sampieri *et al*, 2006), ou como refere Fortin (2009) assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha activamente para influenciar estas variáveis.

O desenho de investigação é um plano lógico criado pelo investigador, com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (Fortin, 2009).

Num estudo descritivo-correlacional, os objectivos prendem-se com o descobrir e descrever as relações entre as variáveis. A articulação das variáveis estudadas é representada Figura 1. Através do mapa conceptual, pretendemos apresentar uma representação gráfica das principais variáveis que nos propomos estudar assim como a relação entre as diversas variáveis.

Figura 1. REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA RELAÇÃO PREVISTA ENTRE AS VARIÁVEIS



4.2 PARTICIPANTES

O nosso estudo foi realizado na USF Infante D. Henrique. Esta unidade de saúde está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Dão Lafões, surgiu em 2007 (estando em modelo B desde Dezembro de 2008), com um total de utentes inscritos de 16 363 em Abril de 2013. O total de crianças inscritas até aos 6 meses de vida é de 128, das quais 98 crianças são vigiadas na USF IDH no Programa de Saúde Infantil e Juvenil.

A técnica de amostragem para seleccionar os participantes foi não probabilística por conveniência. A amostra ficou constituída por 62 pais cujos RN foram seguidos na USF Infante D. Henrique durante os meses de Março e Abril de 2013, o que constitui uma percentagem de aproximadamente 67% da população alvo.

Caracterização sociodemográfica e familiar

O estudo das características sociodemográficas e familiares da presente amostra revela que é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (88,7%). Os pais dos RN têm idades superiores a 31 anos (59,7%), 32,2% tem idades entre os 26 e os 30 anos e 8,1% tem idades entre os 21 e os 25 anos.

No que respeita à Escolaridade, a maioria tem o *Ensino secundário* ou *Licenciatura, Mestrado, Doutoramento* (41,9%) e 16,2% tem até ao 3º Ciclo do *Ensino Básico*, (cf. Quadro 1).

Relativamente à Situação Profissional, a maioria dos pais está activo profissionalmente (71,0%), e está inserido numa família tradicional (87,1%). A maioria tem um filho (58,1%), 37,1% tem dois filhos e os restantes têm três ou mais filhos (cf. Quadro 1).

Não se observam diferenças significativas entre homens e mulheres face as variáveis sociodemográficas e familiares.

Quadro 1. Características sociodemográfica e familiares

	Sexo	Feminino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
		55	88,7	7	11,3	62	100,0
IDADE (N=62)							
De 21 a 25 anos		5	9,1	0	0,0	5	8,1
Res			0,8		-0,8		
De 26 a 30 anos		19	34,5	1	14,3	20	32,2
Res			1,1		-1,1		
31 anos ou mais		31	56,4	6	85,7	37	59,7
Res			-1,5		1,5		
ESCOLARIDADE (N=62)							
Até ao 3º Ciclo		8	14,5	2	28,6	10	16,2
Res			-1,0		1,0		
Ensino Secundário		25	45,5	1	14,3	26	41,9
Res			1,6		-1,6		
Licenciatura, Mestrado, Doutoramento		22	40,0	4	57,1	26	41,9
Res			-0,9		0,9		
SITUAÇÃO PROFISSIONAL (N=62)							
Não Activo Profissionalmente		17	30,9	1	14,3	18	29,0
Res			0,9		-0,9		
Activo Profissionalmente		38	69,1	6	85,7	44	71,0
Res			-0,9		0,9		
AGREGADO FAMILIAR (N=62)							
Ambos os Pais		5	9,1	1	14,3	6	9,7
Res					Não Aplicado		
Pais e filho (s)		48	87,3	6	85,7	54	87,1
Res			0,1		-0,1		
Pais, filho(s) e Avos		2	3,6	0	0,0	2	3,2
Res					Não Aplicado		
NÚMERO DE FILHOS (N=62)							
Filho único		33	60,0	3	42,9	36	58,1
Res			0,9		-0,9		
Dois filhos		19	34,5	4	57,1	23	37,1
Res			-1,2		1,2		
Três ou mais filhos		3	5,5	0	0,0	3	4,8
Res					Não Aplicado		

4.3 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados é constituído por um questionário intitulado *a Satisfação dos Pais sobre a Promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família* (Anexo I). Este integra quatro partes:

A **Parte A**, integra as características sociodemográficas dos pais dos recém-nascidos tendo em conta o sexo, a idade, a escolaridade e a situação laboral.

A **Parte B**, é constituída por questões que avaliam a coabitação dos pais, o número de filhos, a vigilância da gravidez na USF IDH e se os pais frequentaram a preparação para o parto.

A terceira parte do questionário (**Parte C**), inclui questões referentes ao atendimento e satisfação dos pais com o Enfermeiro de Família. Nesta secção pergunta-se aos pais se são sempre atendidos pelo seu Enfermeiro de família quando vão à USF, se é importante ser seguido sempre pelo mesmo enfermeiro, importância da intervenção do Enfermeiro de família nos ensinamentos dos cuidados com o recém-nascido, o número de consultas no primeiro mês de vida. No final desta parte inclui questões relativas ao atendimento do Enfermeiro de Família onde se avalia a clareza, simpatia, disponibilidade, acessibilidade, competência compreensão e informações que o enfermeiro fornece aos pais.

A **parte D**, é constituída pelo Questionário da Satisfação dos Pais sobre a Promoção da Parentalidade – QSP₃, foi construído pelos investigadores, tendo por base a revisão da literatura na área da enfermagem materno infantil (cf. Anexo I).

O questionário na sua versão original é constituído por 28 afirmações tipo likert, sendo solicitado aos pais que assinalassem uma opção que avalie a sua satisfação face a cada item. Cada item é avaliado segundo a seguinte *ponderação 0 para Não se aplica, 1 Muito insatisfeito, 2 Insatisfeito, 3 Nem Insatisfeito Nem Satisfeito, 4 Satisfeito e 5 Muito Satisfeito*, sendo que quanto maior a cotação maior o grau de satisfação dos Pais face à Promoção para a Parentalidade. Pelo facto de as dimensões não terem o mesmo número de itens de avaliação optou-se pelo estudo das médias ponderadas, ou seja realiza-se o somatório de todos os itens de uma dimensão e divide-se pelo número dos itens, (por exemplo, na dimensão Aleitamento materno somam-se os itens 1, 2 e 3 e divide-se por três). O estudo das médias ponderadas permite à posteriori determinar quais as dimensões em que os Pais se encontram mais satisfeitos na Promoção da Parentalidade.

No seguimento do estudo, decidimos que os 28 itens da Satisfação dos Pais sobre a Promoção da Parentalidade seriam agrupados em 10 subescalas, tendo por base os ensinamentos que o Enfermeiro de Família realiza aos pais para a Promoção da Parentalidade (cf. Quadro 2).

Quadro 2. Dimensões e número de itens do Questionário da Satisfação dos Pais sobre a Promoção da Parentalidade

DIMENSÕES	ITENS
Aleitamento Materno	Do item 1 ao 3
Aleitamento Artificial	Do item 4 ao 6
Eliminação Intestinal	Do item 7 e 8
Higiene e Conforto do RN	Do item 9 ao 11
Sono e Repouso	Do item 12 ao 14
Estimulação do desenvolvimento do RN	Do item 15 ao 17
Segurança e Prevenção de acidentes	Do item 18 ao 19
Vigilância de Saúde	Do item 20 ao 22
Crescimento do RN	Do item 23 ao 25
Cuidados de Enfermagem	Do item 26 ao 28
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	Do item 1 ao 28

Reportando-nos aos estudos da fiabilidade do *Questionário da Satisfação dos Pais sobre a Promoção da Parentalidade*, os valores de alfa de Cronbach para a totalidade dos itens no presente estudo, foi muito boa ($\alpha=0.94$), calculando-se o índice de fiabilidade pelo método das metades, apurou-se que os valores de Split-half se revelaram inferiores ao valor do alfa de Cronbach na globalidade, na primeira metade obteve-se um valor de 0.93 e na segunda metade um valor inferior com um valor de 0.90.

4.4 PROCEDIMENTOS

Qualquer investigação que envolva seres humanos deve ter em consideração o ponto de vista ético (Fortin, 1999).

Nesta investigação procedeu-se à concretização de procedimentos éticos e formais necessários. Assim, foi solicitado o pedido para a aplicação do questionário, ao Director Executivo do ACES Dão Lafões e ainda ao Coordenador da USF Infante D. Henrique (Anexo II) . Foi solicitado também o parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (Anexo III)

O instrumento de colheita de dados foi aplicado após parecer favorável de todas as entidades. Aos participantes foi pedida a sua colaboração voluntária e explicado os objectivos do estudo., garantido o anonimato e confidencialidade dos dados.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Após a colheita de dados, efectuámos uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado à sua codificação e tabulação de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (SK) obteve-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2 , a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a -2 , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a $+2$, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gajero, 2003).

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obteve através do coeficiente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -2 , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a $+2$, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Para a análise bivariada aplicámos o *teste da percentagem residual* que nos dará as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de Qui Quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das sub - amostras não permitia o uso do referido teste.

Como referem Pestana & Gajero (2005) o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis, ou os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis.

Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa;
- < 1.96 diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana & Gageiro, (2005), do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

No que respeita à **estatística inferencial**, fizemos uso da estatística paramétrica, e para estudo de proporções de estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Maroco, 2007). Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (Maroco, 2007).

Este autor acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (Maroco, 2007), o que aliás, vai de encontro ao referido por Pestana & Gageiro, (2005) quando afirma que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

Já a estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) ou seja,

só recorreremos a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.6 (Pestana & Gageiro, 2005).

Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

O Testes t de Student ou **teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;

A Análise de variância a um factor (ANOVA) ou o **Teste Kruskal Wallis**, é usado na comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são ou não iguais entre si, (Pestana & Gageiro, 2005);

Regressão é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - X_s) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efectuamos uma **regressão linear simples**. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efectuamos a **regressão múltipla**. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana & Gageiro (2005,) sugerem que:

$r < 0.2$ – associação muito baixa

$0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa

$0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada

$0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta

$0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

O **coeficiente de correlação de Pearson**, é uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. As correlação indica que os

fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos duma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (R^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afecta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras;

Teste de Qui Quadrado (χ^2), é utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (Pestana & Gageiro, 2005).

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

*$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa*

*$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa*

*$p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa*

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Postas estas considerações metodológicas, iniciamos no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizámos o programa Statistical Package Social Science 19 para o Windows e Word Microsoft.

5. RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o retrospectivo tratamento estatístico. Em primeiro lugar, será abordada a caracterização a vigilância da gravidez e preparação para o parto, a análise face ao atendimento e satisfação dos pais com o Enfermeiro de Família e por fim avaliamos a Satisfação dos Pais com a Promoção da Parentalidade Realizada pelo Enfermeiro de Família.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Vigilância Pré-Natal

Relativamente à vigilância da gravidez pelas puérperas, verificámos que a maioria das puérperas fez a vigilância da gravidez na USF Infante D. Henrique (83.9%). Observámos que 46.8% das puérperas não fez a preparação para o parto, por sua vez 38.7% frequentou as aulas da preparação para o parto na USF Infante D. Henrique e 14.5% fez preparação para parto noutra instituição (cf. Quadro 3).

Quadro 3.Características referente a vigilância da gravidez

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	55	88,7	7	11,3	62	100,0
GRAVIDEZ VIGIADA (N=62)						
Sim	46	83,6	6	85,7	52	83,9
Não	9	16,4	1	14,3	10	16,1
Teste de Fisher: p=0,886						
FREQUENTOU AULAS DE PREPARAÇÃO PARA PARTO (N=62)						
Sim, na USF HDH	22	40,0	2	28,6	24	38,7
Res		0,6		-0,6		
Sim, noutra instituição	9	16,4	-	-	9	14,5
Res		1,2		-1,2		
Não	24	43,6	5	71,4	29	46,8
Res		-1,4		1,4		

Atendimento pelo Enfermeiro de Família

O estudo referente ao atendimento na USF pelo Enfermeiro de família revelou que 85.5% dos pais que foram à USF durante a gravidez foram atendidas sempre pelo seu Enfermeiro de Família. A maioria dos pais, considera importante ser sempre atendido pelo Enfermeiro de Família (98.4%).

A maior parte dos pais levou o seu filho a 2 a 3 consultas com o seu enfermeiro de família no primeiro mês de vida do seu filho (33.9%), 30.6% foi a 4 consultas, 19.4% foi a cinco ou mais consultas e 16.1% dos pais foi a pelo menos uma consulta.

Relativamente à questão, importância das intervenções do Enfermeiro de Família nos ensinamentos dos cuidados a ter com o filho, a totalidade da amostra considera que as intervenções do enfermeiro são muito importantes.

O estudo dos pais e das mães revelam que as diferenças encontradas nestes itens não são significativas (cf. Quadro 4).

Quadro 4. Características referente ao atendimento na USF pelo Enfermeiro de Família

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	55	88,7	7	11,3	62	100,0
SEMPRE QUE VEM A USF É ATENDIDO PELO SEU ENFERMEIRO DE FAMÍLIA (N=62)						
Sim	47	85,5	6	85,7	53	85,5
Não	8	14,5	1	14,3	9	14,5
Teste de Fisher: p=0,999						
É IMPORTANTE SER ATENDIDA PELO MESMO ENFERMEIRO (N=62)						
Sim	54	98,2	7	100,0	61	98,4
Não	1	1,8	-	-	1	1,6
Teste de Fisher: p=0,999						
NÚMERO DE CONSULTAS COM O ENFERMEIRO DE FAMÍLIA (N=62)¹						
Pelo menos uma consulta	8	14,5	2	28,6	10	16,1
Res		-1,0		1,0		
Entre 2 a 3 consultas	19	34,5	2	28,6	21	33,9
Res		0,3		-0,3		
4 consultas	18	32,7	1	14,3	19	30,6
Res		1,0		-1,0		
Cinco ou mais consultas	10	18,3	2	28,6	12	19,4
Res		-0,7		0,7		
DESDE QUE FOI MÃE\PAI CONSIDERA IMPORTANTE A INTERVENÇÃO DO SEU ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NO ENSINO DOS CUIDADOS A TER COM O SEU FILHO (N=62)						
Sim	55	100,0	7	100,0	62	100,0
Não	-	-	-	-	-	-

¹ Na Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique (USFIDH), os profissionais de enfermagem orientam as suas intervenções tendo como base o Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e ainda o Manual de Boas Práticas. Estes documentos orientadores visam a qualidade dos cuidados de enfermagem e surgiram da necessidade de uniformizar os princípios orientadores para a intervenção na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil, de acordo com a periodicidade recomendada pelo Programa-tipo de Actuação da Direcção Geral da Saúde (2005), a ser revisto e com previsão de entrar em vigor a partir de Junho de 2013. A periodicidade das consultas de enfermagem no 1º mês de vida da criança, varia consoante a necessidade da mesma, preconizando-se no mínimo 3 consultas.

Relativamente ao atendimento pelo Enfermeiro de Família, nos sete itens de avaliação os pais estão muito satisfeitos com a *Clareza e segurança na transmissão dos ensinamentos de enfermagem* (75.8%), *Simpatia\atenção no atendimento* (85.5%), *Disponibilidade para estar comigo* (85.5%), *Acessibilidade\facilidade de contacto* (80.6%), *Competência demonstrada* (85.5%), *Compreensão dos meus problemas\dificuldades* (77.4%), e 79.0% está muito satisfeita com a *Informação sobre o estado de saúde\evolução do meu filho* (cf. Quadro 5).

Quadro 5. Avaliação do atendimento do Enfermeiro de Família

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não se Aplica
Relativamente ao atendimento pelo Enfermeiro de Família,						
Clareza e segurança na transmissão dos ensinamentos de enfermagem	75,8	22,6	-	-	1,6	-
Simpatia\atenção no atendimento	85,5	12,9	-	-	1,6	-
Disponibilidade para estar comigo	85,5	12,9	-	-	1,6	-
Acessibilidade\facilidade de contacto	80,6	17,7	-	-	1,6	-
Competência demonstrada	85,5	12,9	-	-	1,6	-
Compreensão dos meus problemas\dificuldades	77,4	19,4	1,6	-	1,6	-
Informação sobre o estado de saúde\evolução do meu filho	79,0	17,7	1,6	-	1,6	-

- Qual o grau de Satisfação dos Pais face à Promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família?**

O estudo do Questionário da Satisfação dos Pais sobre a Promoção da Parentalidade pelo Enfermeiro de Família, foi realizado inicialmente tendo por base a percentagem de respostas em cada um dos itens das diferentes dimensões (cf. Quadro 6).

Verificámos pela análise dos Quadros 6 que a maioria dos Pais está muito satisfeito, ou satisfeito nos diferentes ensinamentos que o Enfermeiro de Família realizou na consulta. Observámos que ao nível do aleitamento artificial existe uma grande percentagem de Pais que não forneceu leite artificial ao seu recém-nascido (cerca de 35%), pelo que a percentagem de pais muito satisfeito seja nesta dimensão relativamente mais baixa quando comparado com as restantes.

Face à satisfação com o ensino relativo ao *aleitamento materno* os pais estão muito satisfeitos com os valores percentuais a variarem entre 45.2% e 59.7%. Face ao

ensino da eliminação intestinal os valores de um grau de satisfação muito elevado variam entre 54.8% e os 43.5%. O ensino dos cuidados de higiene e conforto que o Enfermeiro de Família realizou permite um grau de satisfação muito elevado com valores a oscilarem entre os 54.8% e os 61.3%.

Na dimensão *Estimulação do desenvolvimento do recém-nascido*, observámos que os valores percentuais são mais elevados no grau *satisfeito* oscilando entre os 45.2% e os 48.4%, contudo nesta dimensão nenhum dos pais se manifestam insatisfeito.

Nas dimensões relativas aos cuidados com o *Sono e repouso*, *Estimulação do desenvolvimento do recém-nascido*, *Segurança e prevenção de acidentes*, *Vigilância de Saúde e Crescimento do recém-nascido* estão na sua maioria muito satisfeitos com os ensinamentos realizados pelo Enfermeiro de Família nestas áreas (cf. Quadro 6).

Face ao Acesso aos cuidados de enfermagem, a maioria dos pais está muito satisfeita com a *Facilidade na realização do diagnóstico precoce pelo seu Enfermeiro de Família, até ao 6º dia de vida* (58.1%), *Acesso à primeira consulta de enfermagem na primeira semana de vida do recém-nascido* (64.5%) e com o *Acesso à visita domiciliária nos primeiros 15 dias de vida do recém-nascido* (54.8%), (cf. Quadro 6).

A avaliação da nota global da Satisfação dos pais com a Promoção da Parentalidade, permite constatar que 56,5% dos pais está muito satisfeito com o papel Enfermeiro de Família, 32,2% está satisfeito e 3.2% revela uma opinião negativa face ao papel do Enfermeiro na promoção da parentalidade (cf. Quadro 6).

Quadro 6. Satisfação dos pais com a Promoção da Parentalidade

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Não se Aplica
Relativamente ao aleitamento materno, ensinou-me						
Reflexo de sucção	45,2	37,1	4,9	-	-	12,9
Técnica da mamada	50,0	35,5	1,6	-	1,6	11,3
Cuidados com a mama	59,7	29,0	1,6	-	1,6	8,1
Relativamente ao aleitamento artificial, ensinou-me						
Manuseamento/higiene dos biberões	37,1	19,4	6,5	1,6	0,0	35,5
Preparação do leite artificial	38,7	14,5	8,1	1,6	0,0	37,1
Técnica da mamada com o biberon	37,1	17,7	8,1	1,6	0,0	35,5
Relativamente à eliminação intestinal, ensinou-me						
Técnica de alívio das cólicas	54,8	37,1	3,2	-	1,6	3,2
Obstipação e técnicas de estimulação	43,5	37,1	8,1	-	1,6	9,7
Relativamente à higiene e conforto do recém-nascido, ensinou-me						
Técnica do banho	54,8	27,4	8,1	-	1,6	8,1
Cuidados ao coto umbilical	66,1	24,2	1,6	-	1,6	6,5
Cuidados à região genital	59,7	29,0	3,2	-	1,6	6,5
Relativamente ao sono e repouso, ensinou-me						
Necessidades do recém-nascido	62,9	30,6	1,6	-	1,6	3,2
Posicionamento corporal	61,3	29,0	6,5	-	-	3,2
Condições ambientais	53,2	35,5	4,8	-	-	6,5
Relativamente à estimulação do desenvolvimento do recém-nascido, ensinou-me						
Estimulação verbal	37,1	46,8	9,7	-	-	6,5
Estimulação tátil	33,9	48,4	8,1	-	-	9,7
Utilização de brinquedo	33,9	45,2	9,7	-	-	11,2
Relativamente à segurança e prevenção de acidentes, ensinou-me						
Transporte do recém-nascido	59,7	25,8	6,5	-	1,6	6,5
Risco de quedas	59,7	30,6	3,2	-	1,4	4,8
Relativamente à Vigilância de Saúde, ensinou-me						
Importância do Boletim de Saúde Infantil	67,8	29,0	-	-	1,6	1,6
Verificação do Boletim de Vacinação	71,0	25,8	-	-	1,6	1,6
Informação sobre o Plano Nacional de Vacinação	72,6	22,6	1,6	-	1,6	1,6
Relativamente ao crescimento do recém-nascido, ensinou-me						
Evolução do peso	69,4	25,8	-	-	1,6	3,2
Evolução da estatura	64,5	30,6	-	-	1,6	3,2
Evolução do perímetro cefálico	67,7	27,4	-	-	3,2	1,6
Acesso aos cuidados de enfermagem						
Facilidade na realização do diagnóstico precoce com o seu Enfermeiro de Família, até ao 6º dia de vida.	58,1	29,0	6,5	-	1,6	4,8
Acesso à primeira consulta de enfermagem na primeira semana de vida do recém-nascido.	64,5	25,8	3,2	-	1,6	4,8
Acesso à visita domiciliária nos primeiros 15 dias de vida do recém-nascido	54,8	25,8	3,2	1,6	1,6	16,0
SATISFAÇÃO GLOBAL DOS PAIS COM A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE						
	56,5	32,2	8,1	1,6	1,6	-

Posteriormente foram estudadas as médias ponderadas de cada dimensão, tendo sido escalonadas de forma descendente da mais satisfeita para a menos satisfeita. Desta forma observámos que as 11 dimensões e a nota global da Satisfação apresenta valor médio que corresponde a um elevado grau de satisfação (valores superiores a 4), não existindo nenhuma dimensão com valor inferior a 3 correspondendo a insatisfação.

A dimensão em que os pais se encontram mais satisfeito é o *Atendimento pelo Enfermeiro de Família* (Media=4.76), seguido da *Vigilância de Saúde* (Média=4.66) e o ensino relativo ao *Crescimento do Recém-nascido* (Média=4.64), em sentido oposto as três dimensões com menor grau de satisfação são *Alimentação Artificial* e o ensino relativo a *Eliminação Intestinal* com valores médios de 4.27, e a *Estimulação do desenvolvimento do recém-nascido* com um valor de 4.09 (cf. Quadro 7).

Quanto à nota global da Satisfação face à Promoção da Parentalidade pelo Enfermeiro de Família, obtivemos um valor médio de 4.16 (Dp=0.86), embora inferior à maioria das dimensões, este valor indica um grau de muito satisfeito pelos Pais face aos ensinamentos do Enfermeiro de Família na promoção da parentalidade (cf. Quadro 7).

Quadro 7. Avaliação das Dimensões da Satisfação dos pais com a Promoção da Parentalidade

Dimensão	N	M ²	Dp
Vigilância de Saúde	61	4,66	0,64
Crescimento do RN	60	4,64	0,65
Sono e Repouso	60	4,51	0,62
Segurança e Prevenção de acidentes	59	4,49	0,78
Aleitamento Materno	56	4,44	0,77
Cuidados de Enfermagem	59	4,37	0,85
Higiene e Conforto do RN	61	4,30	1,08
Aleitamento Artificial	41	4,27	0,94
Eliminação Intestinal	60	4,27	0,86
Estimulação do desenvolvimento do RN	50	4,09	0,92
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	62	4,16	0,86

5.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados

² Média ponderada de cada dimensão, não foram consideradas as respostas “Não se aplica”

recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (Pestana & Gageiro, 2008). Sobre esta temática, Fortin (2009, p. 440) refere que “a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população.” Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

- **Em que medida as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e situação profissional) e familiares (agregado familiar e número de filho) influenciam a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH?**

Idade

Os pais mais novos (idade entre os 21 e os 25 anos) são os que estão mais satisfeitos com a promoção da parentalidade, em sentido oposto os pais mais velhos (31 anos ou mais) são os que apresentam valores médios de satisfação mais baixos (Peso Médio=29,82). Contudo as diferenças encontradas não são significativas ($p > 0.05$) pelo que a Idade não influencia a Satisfação dos Pais face a Promoção da Parentalidade promovida pelo Enfermeiro de Família (cf. Quadro 10).

Escolaridade

Em relação à análise da relação da escolaridade, pelo Teste U de Kruskal Wallis, observámos que os pais que possuem pelo menos o 3º ciclo do Ensino Básico são os que estão mais satisfeitos com os ensinamentos realizados pelo Enfermeiro de Família de forma a promover a Parentalidade (PM=41,10), seguido dos pais com Licenciatura, Mestrado, Doutoramento (Peso Médio= 30,04) e dos que têm o Ensino Secundário (PM=29,27). As diferenças encontradas entre os diferentes grupos revelam ser estatisticamente não significativas ($H=3,453$, $p=0,178$), ou seja a escolaridade é independente da Satisfação dos pais com a Promoção da Parentalidade (cf. Quadro 8).

Quadro 8. Relação entre a idade, a escolaridade e a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade

IDADE	De 21 a 25 anos (n=5)	De 26 a 30 anos (n=20)	31 anos ou mais (n=37)	Teste de Kruskal Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	34,40	33,88	29,82	0,807	0,668
ESCOLARIDADE	Até ao 3º Ciclo (n=10)	Ensino Secundário (n=26)	Licenciatura, Mestrado, Doutoramento (n=26)	Teste de Kruskal Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	41,10	29,27	30,04	3,453	0,178

Sexo

Para estudar a relação entre o sexo e a Satisfação Global face à Promoção da Parentalidade, recorremos à utilização do Teste U de Mann Whitney, através do Quadro 9. Os valores das ordenações médias evidenciam que os pais do sexo masculino estão mais satisfeitos com a promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família (OM: 37,57 vs 30,73). Contudo o teste U de Mann Whitney revela que as diferenças encontradas entre homens e mulheres não são estatisticamente significativas ($U=150,0$; $p=0.341$).

Situação Profissional

Quanto à influência da situação laboral dos pais na Satisfação global, apurámos através do teste U de Mann Whitney, que os pais inactivos profissionalmente (desempregados ou reformados) são os que apresentam valores médios indicativos de uma maior satisfação com a promoção da parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família, sendo as diferenças estatisticamente não significativas ($U=283,0$; $p=0.077$) (cf. Quadro 9).

Quadro 9.Relação entre o sexo, a situação profissional e a satisfação dos pais sobre promoção da parentalidade

SEXO	Feminino (n=55)	Masculino (n=7)	Teste de U de Mann Whitney	
	Ordenação Média	Ordenação Média	U	p
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	30,73	37,57	150,0	0,341
SITUAÇÃO PROFISSIONAL	Não Activo Profissionalmente (n=18)	Activo Profissionalmente (n=44)	Teste de U de Mann Whitney	
	Ordenação Média	Ordenação Média	U	p
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	37,78	28,93	283,0	0,077

Agregado Familiar e número de filhos

O estudo da influência da constituição do agregado familiar e do número de filhos com a Satisfação dos pais com a Promoção da Parentalidade, revelou que são os pais que vivem apenas com o conjugue e com um filho único os que têm menor grau de satisfação face à promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família, contudo o teste Kruskal Wallis evidencia que as diferenças não são significativas, em ambas as variáveis ($p > 0.05$) (cf. Quadro 10).

Quadro 10.Relação entre as variáveis familiares (agregado familiar e número de filhos) e a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade

AGREGADO FAMILIAR	Ambos os Pais (n=6)	Pais e filho (s) (n=54)	Pais, filho(s) e Avós (n=2)	Teste de Kruskal Wallis	
	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios	H	p
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	26,33	32,11	30,50	0,569	0,752
NÚMERO DE FILHOS	Filho único (n=36)	Dois filhos (n=23)	Três ou mais filhos (n=3)	Teste de Kruskal Wallis	
	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios	H	p
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	31,13	32,02	32,00	0,038	0,981

Concluimos que as variáveis sociodemográficas e familiares não influenciam a Satisfação dos pais com a Promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família.

- **Em que medida a vigilância pré natal (gravidez e preparação para o parto) influencia a satisfação sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família da USFIDH?**

A relação entre a vigilância da gravidez e a nota global da Satisfação dos Pais sobre a Promoção da Parentalidade, revelou através do teste U de Mann Whitney, que os pais cuja gravidez foi vigiada estão mais satisfeitos, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($U=138,0$; $p=0,019$) (cf. Quadro 11).

Quadro 11. Relação entre a vigilância da gravidez e a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade

VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ	Sim (n=52)	Não (n=10)	Teste de U de Mann Whitney	
	Ordenação Média	Ordenação Média	U	P
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	33,85	19,30	138,0	0,019*

Relativamente ao local onde frequentou a preparação para o parto, constatámos que os pais que frequentaram as aulas de preparação para o parto na USF Infante D. Henrique são os que apresentaram pesos médios mais elevados, logo maior grau de satisfação com a promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família ($PM=36,79$), já os pais que frequentaram as aulas de preparação para o parto noutra instituição são os pais que têm menor satisfação face à parentalidade ($PM=18,44$) (cf. Quadro 12).

O teste Kruskal Wallis evidencia que o local que os pais escolhem para frequentar as aulas de preparação para o parto influencia de forma significativa a Satisfação dos Pais sobre a Promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família ($H=6,894$; $p=0,032$), (cf. Quadro 12).

Quadro 12. Relação entre o local de preparação para o parto e a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade

PREPARAÇÃO PARA O PARTO	Sim, na USF HDH (n=24)	Sim, noutra instituição (n=9)	Não (n=29)	Teste de Kruskal Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	36,79	18,44	31,14	6,894	0,032*

Concluimos que as variáveis vigilância da gravidez e o local que as grávidas frequentaram na preparação para o parto influenciaram a Satisfação dos pais sobre a Promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família.

- **De que forma atendimento (atendimento pelo enfermeiro de família, número de consultas realizadas pelo enfermeiro de família no 1º mês e avaliação do atendimento realizado pelo enfermeiro de família) influencia na satisfação sobre a promoção da parentalidade realizado pelo enfermeiro de família da USFIDH?**

O estudo da relação entre as variáveis relativas ao atendimento e seguimento na USF Infante D. Henrique com o grau de satisfação foi estudado utilizando o teste U de Mann Whitney (cf. Quadro 14).

Verificamos que os pais que são sempre atendidos pelo enfermeiro de família quando vêm à unidade e que consideram importante ser sempre atendidos pelo enfermeiro de família, apresentam-se mais satisfeitos face à promoção da parentalidade desenvolvida durante os ensinamentos realizados na consulta pelo enfermeiro de família. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas, quer na variável *Sempre que vem a USF é atendido pelo seu Enfermeiro de Família* ($U=158,0$; $p=0,105$) e na variável *Importância de ser atendida pelo mesmo enfermeiro* ($U=21,5$; $p=0,710$) (cf. Quadro 13).

Quadro 13. Relação entre o atendimento na USF pelo enfermeiro de família e a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade

SEMPRE QUE VEM A USF É ATENDIDO PELO SEU ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	Sim (n=53)	Não (n=9)	Teste de U de Mann Whitney	
	Ordenação Média	Ordenação Média	U	P
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	33,02	22,56	158,0	0,105
É IMPORTANTE SER ATENDIDA PELO MESMO ENFERMEIRO	Sim (n=61)	Não (n=1)	Teste de U de Mann Whitney	
	Ordenação Média	Ordenação Média	U	P
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	31,65	22,50	21,5	0,710

Relativamente ao número de consultas de enfermagem que os pais tiveram com o filho realizadas pelo Enfermeiro de Família durante o primeiro mês de vida do recém-nascido, inferimos que os pais que tiveram mais consultas (5 ou mais) com os filhos, são os que estão mais satisfeitos com a promoção da parentalidade, por sua vez os pais em que os filhos tiveram uma consulta no primeiro mês são os que menor grau de satisfação

tem relativamente à parentalidade. O teste Kruskal Wallis evidencia que as diferenças encontradas entre o número de consultas e a variável dependente são estatisticamente significativas ($H=10.204$; $p=0.017$), ou seja o aumento do número de consulta promove satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família (cf. Quadro 14).

Quadro 14. Relação entre o número de consultas de enfermagem e a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade

CONSULTAS	Pelo menos 1 consulta (n=10)	Entre 2 a 3 consultas (n=21)	4 consultas (n=19)	5 ou mais consultas (n=12)	Teste de Kruskal Wallis	
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	H	P
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	22,25	27,07	33,21	44,25	10,204	0,017*

Quanto ao estudo das características do atendimento do Enfermeiro de Família face à Satisfação dos pais sobre a Promoção da Parentalidade, verificámos que nos sete itens em estudo os pais dos recém-nascido mais satisfeitos com o atendimento são os que apresentam maior satisfação sobre a promoção da parentalidade, contudo em nenhum dos sete itens as diferenças são significativas ($p>0,05$) (f. Quadro 15).

Quadro 15. Relação entre a avaliação do atendimento realizado pelo enfermeiro de família e a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade

CLAREZA E SEGURANÇA	Muito Insatisfeito (n=1)	Satisfeito (n=14)	Muito Satisfeito (n=47)	Teste de Kruskal Wallis	
	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios	H	p
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	2,0	24,61	34,18	5,845	0,054
SIMPATIA E ATENÇÃO	Muito Insatisfeito (n=1)	Satisfeito (n=8)	Muito Satisfeito (n=53)	Teste de Kruskal Wallis	
	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios	H	p
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	2,0	25,44	32,97	3,991	0,136
DISPONIBILIDADE	Muito Insatisfeito (n=1)	Satisfeito (n=8)	Muito Satisfeito (n=53)	Teste de Kruskal Wallis	
	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios	H	p
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	2,0	26,13	32,87	3,746	0,154
ACESSIBILIDADE NO CONTACTO	Muito Insatisfeito (n=1)	Satisfeito (n=11)	Muito Satisfeito (n=50)	Teste de Kruskal Wallis	
	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios	H	p
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	2,0	24,91	33,54	4,856	0,088
COMPETÊNCIA	Muito Insatisfeito (n=1)	Satisfeito (n=8)	Muito Satisfeito (n=53)	Teste de Kruskal Wallis	
	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios	H	p
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	2,0	23,44	33,27	4,859	0,088
COMPREENSÃO	Muito Insatisfeito (n=2)	Satisfeito (n=12)	Muito Satisfeito (n=48)	Teste de Kruskal Wallis	
	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios	H	p
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	8,0	27,54	33,57	5,526	0,137
INFORMAÇÃO SOBRE O ESTADO SAÚDE DO RN	Muito Insatisfeito (n=2)	Satisfeito (n=8)	Muito Satisfeito (n=53)	Teste de Kruskal Wallis	
	Pesos Médios	Pesos Médios	Pesos Médios	H	p
SATISFAÇÃO GLOBAL FACE A PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE	7,0	23,64	34,33	7,640	0,054

Apenas a variável número de consultas de enfermagem que os recém-nascidos frequentaram influenciam a Satisfação dos pais sobre a Promoção da Parentalidade realizada pelo Enfermeiro de Família.

6. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados é uma etapa crucial do processo de investigação. Assim, neste capítulo pretendemos reflectir sobre a investigação realizada, analisando a abordagem metodológica, as limitações ou fragilidades do estudo, os resultados obtidos, bem como as implicações para a prática de enfermagem.

A investigação em enfermagem ampliou-se consideravelmente nas últimas décadas, aumentando substancialmente o corpo de conhecimentos da profissão, pelo que o enfermeiro competente deve possuir conhecimentos teóricos, ser capaz de os mobilizar para a prática, desenvolver-se e evoluir profissionalmente (Vilelas & Basto, 2011).

Sustentado no quadro teórico que suporta este estudo encara-se a parentalidade e a prestação do enfermeiro de família nesta área emergente, pertinente, desafiadora e aliciante para os enfermeiros e para a profissão.

Deste modo, os resultados obtidos serão discutidos à luz do quadro conceptual de suporte (literatura científica), tendo por base as investigações desenvolvidas na área da parentalidade e da intervenção do enfermeiro de família na promoção da mesma, bem como as questões de investigação formuladas para condução deste estudo.

Procurou-se desenvolver um estudo científico rigoroso, seguindo opções metodológicas que se consideraram apropriadas ao tipo de investigação a realizar. O instrumento de colheita de dados utilizado foi construído com base na revisão da literatura.

Participaram neste estudo 67% da população-alvo, considerando-se de acordo com Pestana & Gageiro (2008) ter existido muito boa adesão. A amostra é representativa dos pais das crianças com idade até ao mês de vida seguidas no programa de Saúde Infantil e Juvenil, na USFIDH.

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal, de natureza descritiva, pelo que os resultados e as conclusões devem ser interpretados com as reservas impostas por este tipo de estudo.

Qual o grau de satisfação dos pais face à promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família?

O estudo indica que de uma forma global os pais apresentam-se muito satisfeitos com a promoção da parentalidade. Para este facto, contribuem de forma significativa a vigilância da gravidez na USF, a frequência às aulas de preparação para o parto na USF e o número de consultas de enfermagem realizadas.

Desta forma, 83.9% das puérperas inquiridas fez vigilância da gravidez na USF, dos quais 85.5% foram sempre atendidas pelo enfermeiro de família. Destas, 98.4% considerou importante este atendimento personalizado. Actualmente, a metodologia de trabalho na USF preconiza o atendimento pelo enfermeiro de família. No entanto, em situações excepcionais este atendimento pode ser realizado por outro(a) enfermeiro(a) em intersubstituição de enfermagem.

Actualmente, têm-se dado bastante ênfase aos *Programas de Saúde da Mulher e da Criança* onde tem sido valorizado a promoção de cuidados antecipatórios de modo a facultar os conhecimentos necessários para a aquisição de competências para o autocuidado.

Neste âmbito têm sido ainda, desenvolvidos esforços na comunidade no sentido de promover cursos de preparação para o parto com o objectivo de promover o auto cuidado da grávida face à evolução normal da gravidez, parto e puerpério, dando conhecimentos para lidar com situações geradoras de crise e stress para além de ser um espaço de troca e partilha de experiências com outras grávidas.

Estas intervenções no âmbito dos cuidados de saúde primários tornam-se fundamentais para a manutenção da saúde e bem-estar das famílias, estando explícitas nos conteúdos desta classe a importância destas linhas programáticas.

Nesta classe surge-nos a importância dos apoios existentes ao nível dos cuidados de saúde primários, onde é valorizada por parte dos Pais a promoção de saúde que é efectuada pelo enfermeiro no âmbito da vigilância de saúde materno-infantil e no curso de preparação para o parto (Silva, 2006)

Em que medida a vigilância de saúde aos recém-nascidos influencia a satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família na USF Infante D. Henrique?

O número de consultas de enfermagem apresenta influência estatisticamente significativa na Satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade.

Os valores obtidos relativamente à satisfação global com a promoção da parentalidade indicam que os pais inquiridos se encontram muito satisfeitos face aos ensinamentos realizados pelo enfermeiro de família. Das dimensões avaliadas, encontramos maior grau de satisfação nas dimensões Vigilância de Saúde, Crescimento do RN e Sono e Repouso. Este facto prende-se com o foco de atenção nas consultas de enfermagem no primeiro mês de vida, actualmente, incidir maioritariamente na evolução estatoponderal. Outro aspecto relevante relaciona-se com o facto dos pais valorizarem esta dimensão acima das restantes.

As dimensões com menor grau de satisfação são a Estimulação do Desenvolvimento do RN, Eliminação Intestinal e Aleitamento Artificial.

Verificamos que 33.9% dos pais inquiridos realizou 2 a 3 consultas com o Enfermeiro de Família, 30.6% foi a 4 consultas, 19.4% foi a cinco ou mais consultas de enfermagem e 16.1% dos pais foi a uma consulta. Esta variabilidade do número de consultas pode ser explicado pela variação na evolução estatoponderal da criança e pelo compromisso de vigilância na USF, vigilância privada ou em ambos os locais. No entanto, a utilização da escala no presente estudo permitiu recolher dados que nos fazem reflectir sobre a importância da promoção da Parentalidade. Este facto é corroborado por Figueiredo e Martins (2010), que defende que a intervenção de enfermagem deve basear-se na parceria com a família visando capacitá-la a nível de competências e independência, com o objectivo de promover a autonomia do sistema familiar. Também Collière (1989), cit por Silva (2006), defende que nos primeiros cuidados que a mãe presta ao recém-nascido é exigida aos enfermeiros uma ajuda muito preciosa. Esta ajuda centra-se nas competências de apoio, orientação e educação, que podem reforçar as capacidades pessoais de cada mãe e que lhe permite adquirir a autonomia desejada.

A maioria dos pais está muito satisfeito ou satisfeito com o papel do Enfermeiro de Família na realização da consulta 56.5% dos pais está muito satisfeito e 32.2.% está satisfeito.

Quanto ao estudo das características do atendimento do enfermeiro de família face à satisfação dos pais com a promoção da parentalidade, verificamos que nos sete itens em estudo os pais dos RN mais satisfeitos com o atendimento são os que apresentam maior satisfação com a promoção da parentalidade.

Os nossos resultados são corroborados por Silva (2006) referindo que a opinião dos Pais sobre a promoção de cuidados antecipatórios efectuada pelo Enfermeiro na 1ª Consulta de Vigilância do RN, mostram que 63,6% dos Pais consideram que é “Bastante Adequada” e 36,4% “Muito Adequada”. Um estudo realizado por Rodrigues (2010), nas

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, afirma que os pais encontram-se satisfeitos com os cuidados de enfermagem prestados na UCIN, uma vez que 67,3% considerou-os muito bons e 28,7% considerou-os excelentes.

Em que medida as variáveis sociodemográficas e familiares influenciam na Satisfação dos Pais face à Promoção da Parentalidade?

Relativamente à idade e sexo, verificamos que os pais mais novos (idades compreendidas entre 21 e 25 anos) e do sexo masculino apresentam grau de satisfação mais elevado. Este facto pode ser explicado pelas necessidades e expectativas quer dos pais mais novos quer dos pais do sexo masculino. O facto de não haver uma influência significativa relativamente à variável sexo pode ser explicado no estudo de Matias, Silva & Fontaine (2011) que refere que homens e mulheres tendem a usar estratégias de conciliação emocional, como o uso de apoio emocional do companheiro e a adopção de uma perspectiva positiva sobre os múltiplos papéis, evitando desinvestir profissionalmente.

No que concerne à Situação Profissional, o estudo revela que os pais não activos profissionalmente são os mais satisfeitos com a promoção da parentalidade. Lopes, Catarino & Dixe (2010), num estudo sobre estratégias de coping no exercício de parentalidade revelaram que pais empregados procuram mais apoio, explicando este facto pela indisponibilidade e insegurança por estarem menos tempo com o filho. No nosso estudo, os dados poder-se-ão explicar pelo facto de terem mais disponibilidade de tempo para recorrer às consultas de enfermagem.

Este facto ganha maior relevo, se interpretarmos a relação entre a vigilância da gravidez e a nota global da Satisfação dos Pais com a Promoção da Parentalidade. O presente estudo revelou uma relação significativa entre a frequência às aulas de preparação para o parto na USF Infante D. Henrique e o grau de satisfação. No entanto, os horários laborais podem constituir uma barreira na acessibilidade a este tipo de serviço. Graça (2010) salienta este mesmo facto referindo que a organização institucional dos centros de saúde com cursos de preparação para a parentalidade/parto, nomeadamente o horário disponível, podem interferir com a acessibilidade da este tipo de serviços.

No que diz respeito à composição do agregado familiar, verificamos que pais que vivem com cônjuge e com um filho são os que têm menor grau de satisfação. O estudo de Lopes, Catarino & Dixe (2010), revela que os pais com um único filho apresentam maior necessidade de apoio. A diminuição das aprendizagens no contexto familiar

incentiva as mulheres a procurarem multiplicidade de recursos, que lhes permitam antecipar os acontecimentos em torno do parto e após o nascimento procurando desenvolver competências que facilitem a integração do novo ser no seio familiar e uma prestação de cuidados eficiente e eficaz, (Graça, 2010). Estas expectativas/necessidades dos pais podem encontrar uma resposta insuficiente no que diz respeito à promoção da parentalidade. Assim, os nossos dados poderão explicar-se pelo facto do foco de atenção nas consultas de enfermagem estar ainda direccionada para a evolução estatoponderal, não havendo uma acção organizada de promoção da parentalidade.

7. CONCLUSÃO

A tese que orientou o presente estudo alicerça-se no pressuposto que as intervenções de enfermagem apresentam uma influência significativa na promoção da parentalidade. A gravidez e a maternidade assinalam uma das crises familiares: a transição da conjugalidade para a parentalidade. A reorganização familiar no sentido de redefinição de papéis e funções acarreta novos desafios relacionados com os cuidados à criança, a estimulação/vinculação, a gestão de novas situações e os medos de não ser capaz de responder às exigências. A parentalidade, enquanto processo de transição, compreende um vasto leque de mudanças que representam um verdadeiro desafio à capacidade de adaptação dos pais.

Lopes, Catarino & Dixe (2010), referem que nos primeiros 3 anos de vida da criança os pais têm situações difíceis para as quais adoptam diferentes estratégias de coping. A procura de suporte tem como alvos principais os profissionais de saúde. Neste ponto, ganha especial ênfase o papel do enfermeiro enquanto facilitador nas transições dirigidas para a saúde e a percepção de bem-estar, mestria, nível de funcionamento e conhecimento. Meleis & Trangenstein (1994) cit por Magalhães (2011)

Nas últimas décadas a sociedade tem sofrido diferentes transformações sociais, económicas e culturais. Por isso, torna-se fundamental a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias inseridas neste contexto em constante mutação, no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar a capacitação funcional da família face aos processos de transição.

A OMS (2004) reforça o papel determinante que os cuidados de saúde primários têm na promoção da saúde, concluindo que sistemas de saúde direccionados para os cuidados primários obtêm melhores resultados para a população, maior equidade, utilização adequada dos serviços, maior satisfação dos utilizadores e mais baixo custo. Em Portugal, os cuidados de saúde primários constituem a base do sistema de saúde, visando a implementação de equipas multidisciplinares, com orientações específicas no sentido de que a abordagem dos cuidados deverá centrar-se na família e no ciclo de vida. Desta forma, com o enquadramento legal actual dos cuidados de saúde primários estes cuidados de proximidade são efectivados pelas unidades de saúde familiar.

Este contexto apresenta-se como o cenário ideal para que se efective a figura do enfermeiro de família. Este terá necessariamente um papel multifacetado e de proximidade das famílias, estando numa posição privilegiada para constituir a interface entre todos os profissionais que intervêm no processo dos cuidados, (Conferência de Munique, 2000). Este facto, torna a enfermagem de família essencial na promoção da parentalidade positiva.

Este estudo pretende contribuir para uma análise mais aprofundada da forma como os serviços promovem esta mesma parentalidade nas suas diferentes dimensões e qual o grau de satisfação dos pais com esta mesma resposta.

Assim, o presente estudo indica que de uma forma global os pais apresentam-se muito satisfeitos com a promoção da parentalidade. Para este facto, contribuem de forma significativa a vigilância da gravidez na USF, a frequência das aulas de preparação para o parto na USF e o número de consultas de enfermagem realizadas.

Os valores obtidos relativamente à satisfação global com a promoção da parentalidade indicam que os pais inquiridos se encontram muito satisfeitos face aos ensinamentos do enfermeiro de família. Das dimensões avaliadas, encontramos maior grau de satisfação nas dimensões Vigilância de Saúde, Crescimento do RN e Sono e Repouso. As dimensões com menor grau de satisfação são a Estimulação do Desenvolvimento do RN, Eliminação Intestinal e Aleitamento Artificial. Assim, o número de consultas de enfermagem apresenta influência estatisticamente significativa na Satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade.

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas, verifica-se que são os pais com idade compreendida entre os 21 e 25 anos de idade, do sexo masculino e não activos profissionalmente que apresentam maior satisfação relativamente à promoção da parentalidade. Contudo, não existe uma relação estatisticamente significativa.

Como limitações ao estudo referimos a ausência de enquadramento legal para a metodologia do enfermeiro de família e a escassez de trabalhos efectuados em contexto dos cuidados de saúde primários sobre esta temática.

Tendo em conta os resultados obtidos, a discussão elaborada com recurso a estudos efectuados sobre a parentalidade e o nosso conhecimento da realidade actual dos cuidados de saúde primários, surgem algumas sugestões:

- Desenvolvimento de um programa direccionado para a promoção da parentalidade positiva;

- Melhoria dos cuidados/consultas de enfermagem em parceria com os pais, promovendo o foco de atenção na parentalidade a par com as restantes intervenções previstas no Manual de Procedimentos de Saúde Infantil e Juvenil e Manual de Boas Práticas.
- Melhoria da acessibilidade dos utentes aos serviços disponíveis nas unidades de saúde, com horários pós-laborais (consultas de enfermagem, preparação para o parto e outros programas de promoção da parentalidade);

Neste âmbito, referimos o trabalho de Lopes (2012) que coloca ênfase no empowerment através do projecto Escola de Pais com o objectivo de desenvolver uma cultura de autonomia, pesquisa e reflexão, implicando um compromisso de aprendizagem e operacionalização de competências favorecendo o desenvolvimento profissional e pessoal de cada enfermeiro. Projectos semelhantes têm emergido um pouco por todo o país.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria utiliza um modelo conceptual centrado na criança e na família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A enfermagem de saúde familiar interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, recolhendo dados sobre cada família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem. É, também, prestador de cuidados que combina a promoção de saúde, a prevenção de doença com a actuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção. Desta forma, um modelo de articulação entre as diferentes competências dos enfermeiros especialistas em Saúde Familiar, Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia e Saúde Infantil e Pediatria, poderão ter um papel preponderante na promoção da parentalidade positiva.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde do Centro, Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique (2010). *Manual de boas práticas*. Viseu: USF Infante D. Henrique.

Administração Regional de Saúde do Centro, Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique (2010). *Manual de procedimentos de saúde infantil*. Viseu: USF Infante D. Henrique.

Associação para a Promoção Saúde Infantil. (2012). Segurança rodoviária. Lisboa: APSI. Acesso em <http://www.apsi.org.pt/conteudo.php?mid=24101112,2410111211,1952,2057>

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.

Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade: Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In *Psicologia da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim Século.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Conferência de Munique. (2000). Enfermeiras e parteiras: Uma força para a saúde. *Ordem dos Enfermeiros*, 0, 10-11. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/roe_0_Julho_2000.pdf

Council of Europe, 2006). *Recommendation Rec (2006)19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting*. Acesso em <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1073507&BackColorLogged=FFAC75>

Darvill, R., [Skirton, H.](#), & [Farrand, P.](#) (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366. Acesso em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613808000764>

Davis, H., Day, C., & Bidmead, C. (2002). *Parent adviser training manual*. London: The Psychological Corporation.

Despacho nº 752/2010. (2010, Janeiro 12). O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce [Portugal]. *Diário da República*, 2(7), pp. 1434-1437. Acedido em

http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2010/Janeiro/DR_DiagnosticoPrecoce.pdf

Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. F. P. S. (2010). 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.

Fortin, M. (1999). *O Processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação: Da conceptualização à realização*. Loures: Lusociência.

Garcês, M. M. F. (2011). *Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acesso em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1783/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final.pdf>

Graça, L. (2003). *Relatório anual de actividade do(s) serviços(s) de SH&ST: uma primeira análise crítica*. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde/Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Lisboa: Grupo de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.

Graça, L. C. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno: Um estudo quasi-experimental* (Dissertação de doutoramento). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acesso em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3710>

Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Edições Sílabo.

Honoré, B. (2004). *Cuidar: Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.

Huot, R. (2002). *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Internacional Council of Nurses. (2005). *Cipe versão 1: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Kulbock, P., Laffrey, S., & Goepfinger, J. (1999). Promoção da saúde comunitária: Uma estrutura de vários níveis para a prática. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (pp. 285-308). Loures: Lusociência.

- Lacerda, M. R. (2010). Cuidado domiciliar: Em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. *Ciência e saúde colectiva*, 15(5), 2621-2626.
- Lederman, R. P. (1984). *Psychosocial-adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall, 1984.
- Levy, L., & Bertolo, H. (2008). *Manual de aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.Lisboa.
- Lopes, J. C. (2012). *Implementação de uma escola de pais: preparação para a parentalidade* (Dissertação de mestrado). IPV, Escola Superior de Saúde de Viseu. Acesso em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1491>
- Lopes, M. O. C., Catarino, H., Dixe, M. A. (2010). *Parentalidade positiva e enfermagem: Revisão sistemática da literatura. Referência, III(1), 109-118.*
- Lourenço, S. R. P. N., & Afonso, H. G. M. (2008). Infertilidade no masculino: Vivência psicológica. *Nursing*, 18(230), 32-38.
- Magalhães, S. C. R. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acesso em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1784/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, F. (1997). *Dúvidas da grávida nulípara no terceiro trimestre* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Lisboa.
- Martins, C. A. (2008). *Transição para a parentalidade* (Programa de doutoramento). Universidade de Lisboa.
- Matias, M., Silva, A., Fontaine, A. M. (2011). Conciliação de papéis e parentalidade: efeitos de género e estatuto parental. *Exedra*, 5, 57-76. Acesso em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/56723>
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing: Development & progress* (3ª ed.). London: Lippincott.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4ª ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hifinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Meleis, A. I., Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42(6):255-9.

Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 456-464. Acesso em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x/pdf>

Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Genève: Organização Mundial de Saúde.

Penzel, T. P. T. (2011). *Centro de medicina do sono: Manual prático*. Lisboa: Lidel.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed. rev. e aumentada). Lisboa: Edições Sílabo.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5.ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2004). *Plano nacional de saúde: 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2012). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em <http://www.dgs.pt/?cr=22610>

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde (2005). *Saúde infantil e juvenil: Programa-tipo de actuação: Revoga a Circular-Normativa 9/DSI de 06.10.92*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Reeder, S. (1995). *Enfermeria maternoinfantil*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.

Regulamento nº 1262/2011. (2011, Fevereiro 18). Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em

enfermagem [Portugal]. *Diário da República*, 2(35), pp. 8648-8653. Acedido em <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf>

Relvas, A. (1996). *O ciclo da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.

Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.

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

Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005. (2005, Setembro 22). Determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários *Diário da República*, 1(196), pp. 5981 a 5982. Acedido em <http://dre.pt/pdf1s/2005/10/196B00/59815982.pdf>

Ribeiro, L. (1995). *Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa - Formação.

Rice, R. (2006). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários*. Loures: Lusociência.

[Rodrigues, S. P. F.](#) (2010). *Supervisão em enfermagem neonatal: Pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro. Acesso em <http://ria.ua.pt/handle/10773/1416>

Sampieri, R., Fernánandéz Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: McGrawHill.

Silva, A. C. F. C. (2006). *Cuidar do recém-nascido: O enfermeiro como promotor das competências parentais* (Dissertação de mestrado). Universidade Aberta de Lisboa. Acesso em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/726/1/LC169.pdf>

Silva, M. C. (2004). *Ser pai, ser mãe: Parentalidade: Um desafio para o terceiro milénio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Vehvilainen-Julkunen, K. (1995). Family training: Supporting mother and fathers in the transition to parenthood. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 731-737.

Vieira, A. R. (2008). Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: Uma revisão da literatura. *Servir*, 56(3-4), 146-154.

Vilelas, J., & Basto, M. L. (2011). Validação para a língua portuguesa da escala de Funck et al., "Barreiras à utilização da investigação". *Pensar Enfermagem*, 15(1), 25-38.

Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família* (3ª ed.). São Paulo: Roca.