



APOIO À PARENTALIDADE – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE FAMÍLIA

Relatório de Estágio

Patrícia Gomes Cardoso



Patrícia Gomes Cardoso

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Apoio à Parentalidade – Perceção dos Enfermeiros de Família

Mestrado em Enfermagem Comunitária
na Área da Enfermagem de Saúde Familiar

Relatório efetuado sob a orientação de:

Prof.^a Mestre Maria Cândida Cracel

AGRADECIMENTOS

Apesar do relatório ser um trabalho individual, reflete o contributo, direto e indireto, de várias pessoas, às quais não posso deixar de manifestar o meu sincero agradecimento.... Foi com elas que consegui concretizar esta longa caminhada académica e profissional!

À Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola onde aprendi a ser enfermeira e à qual voltei, 18 anos depois, para crescer e evoluir no meu percurso profissional.

A todos os professores do Mestrado, pela partilha de ensinamentos, pela disponibilidade e pela motivação, ao longo de todo o curso.

À minha orientadora, Professora Cândida Cracel, pela confiança depositada, pelo apoio constante, pela orientação precisa e pelos momentos de reflexão e partilha de conhecimentos que tanto enriqueceram este trabalho.

Aos enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva, em especial à Enfermeira Elisabete Correia pela forma como me acolheu e orientou, permitindo o desenvolvimento das competências de enfermagem específicas na área da Enfermagem de Saúde Familiar. À Unidade Local de Saúde do Alto Minho, à respetiva Comissão de Ética, e todos os Coordenadores das Unidades de Saúde Familiar e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, o meu agradecimento pela autorização concedida, que tornou possível a realização do meu estudo de Investigação.

A todos os enfermeiros que fizeram parte do estudo, e disponibilizaram o seu tempo. Obrigada por acreditarem na melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem. Aos colegas do curso de mestrado, em particular à Sónia pelo apoio mútuo e amizade ao longo deste percurso... Sem ti este caminho teria sido muito mais difícil.

Um agradecimento muito especial à minha família, em particular o meu marido, Rui, os meus pais e os meus sogros, pelo grande apoio que sempre me deram, e aos meus filhos, Guilherme e Martin, que foram privados da minha presença e da minha atenção, mas que, com o seu amor incondicional, foram-me lembrando o verdadeiro significado da vida. A vós, meus pequenos heróis, a minha eterna gratidão. Sois a fonte da minha força e a razão pela qual nunca desisto dos meus sonhos!

A todos, muito obrigada!

Dedico este trabalho a todos aqueles que acreditam e trabalham incansavelmente
pela melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem.

“As pessoas com pensamento crítico acreditam sempre
que há lugar para o aperfeiçoamento.”

Rosalinda Alfaro Lefevre

RESUMO

Enquadramento: O presente resumo diz respeito a um estágio realizado na Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva, integrado no Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. O estágio decorreu entre outubro de 2024 e março de 2025, e incluiu um estudo de investigação sobre a perceção dos enfermeiros de família sobre as suas práticas na promoção da parentalidade. Este trabalho surge da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as intervenções dos enfermeiros junto das famílias com crianças até aos seis anos, num contexto em que a promoção da parentalidade é reconhecida como uma área estratégica dos Cuidados de Saúde Primários.

Objetivos: O objetivo principal foi caracterizar a perceção dos enfermeiros de família relativamente às práticas de apoio à parentalidade em crianças até aos seis anos de idade.

Método: Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, descritivo e transversal, realizado com uma amostra de 40 enfermeiros em exercício nos Cuidados de Saúde Primários. Os dados foram recolhidos através do Questionário das Práticas de Apoio à Parentalidade no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários, desenvolvido por Martins (2019).

Resultados: Os resultados revelaram que os profissionais abordam com frequência temas como o vínculo afetivo, as rotinas familiares e os limites educativos, alinhando-se com as boas práticas de parentalidade positiva. No entanto, verificou-se uma escassa utilização de estratégias estruturadas e de avaliação sistemática, com ações maioritariamente informais e baseadas em iniciativas individuais.

Conclusões: Conclui-se que, apesar da motivação e envolvimento dos enfermeiros, persistem fragilidades ao nível da formação específica, do apoio institucional e da articulação comunitária. Torna-se necessária a consolidação de práticas baseadas em evidência, com enfoque intersetorial e participação ativa das famílias, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Enfermagem Familiar, Enfermeiros de Saúde da Família; Parentalidade; Cuidados de Saúde Primários; Apoio à Família.

ABSTRACT

Background: This abstract refers to a professional internship carried out at the Margens do Neiva Family Health Unit, as part of the Master's in Community Nursing – Family Health Nursing. The internship took place between October 2024 and March 2025 and included a research study on family nurses' perceptions of their practices in promoting parenthood. The study responds to the growing relevance of family nursing in supporting parents of children up to six years old, a priority in Primary Health Care strategies.

Objective: To characterize the perceptions of family nurses' regarding their interventions to promote parenting among families with children up to six years of age.

Method: A quantitative, observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted with a sample of 40 nurses working in Primary Health Care. Data collection used the Parenting Support Practices Questionnaire in the Context of Primary Health Care, developed by Martins (2019).

Results: Results showed that nurses frequently addressed topics such as emotional bonding, family routines, and educational boundaries, aligning with positive parenting guidelines. However, there was limited use of structured strategies and systematic evaluation methods, with most actions carried out informally and based on individual initiatives.

Conclusions: Although professionals demonstrated motivation and engagement, significant gaps remain in specific training, institutional support, and community integration. The study highlights the need to reinforce evidence-based practices with intersectoral support and greater family involvement, in order to improve the quality and effectiveness of care.

Keywords: Family Nursing, Family Health Nurses; Parenting; Primary Health Care; Family Support.

ACRÓNIMOS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

WHO – *World Health Organization*

SIGLAS

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CS – Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEECESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EPE - Entidade Pública Empresarial

ESF – Enfermeiro de Saúde Familiar

ESS - Escola Superior de Saúde

IPVC - Instituto Politécnico de Viana do Castelo

MAPSAME - Manual de Acolhimento para Profissionais de Saúde e Alunos de Medicina e Enfermagem

NASEM - *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos

OE - Ordem Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PF - Planeamento Familiar

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

USF - Unidade de Saúde Familiar

USFMN - Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	II
DEDICATÓRIA	III
PENSAMENTO	IV
RESUMO.....	V
ABSTRACT	VI
ACRÓNIMOS.....	VII
SIGLAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS.....	XIII
INTRODUÇÃO	1
1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA	4
1.1 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL	5
1.2 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO.....	7
1.3. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR MARGENS DO NEIVA	9
2. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	13
2.1. NOTA INTRODUTÓRIA	14
2.2 PARENTALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE FAMILIAR	17
2.2.1 Parentalidade: Conceito, Promoção e Impacto no Desenvolvimento Infantil	17
2.2.2 Bases Teóricas e Modelos de Referência da Parentalidade	20
2.2.3 Competências, Intervenções e Desafios do Enfermeiro de Saúde Familiar na Promoção da Parentalidade em Crianças até aos 6 Anos	22
2.2.4 Metodologias e Programas de Apoio à Parentalidade nos CSP	24
2.3 METODOLOGIA	27
2.3.1 Questão de Investigação, Finalidade e Objetivos.....	27
2.3.2 Tipo de Estudo	28
2.3.3 População e Amostra	29
2.3.4 Variáveis em Estudo	30
2.3.5 Instrumento de Recolha de Dados.....	31
2.3.6 Procedimentos Éticos.....	32
2.3.7 Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados	33

2.4. RESULTADOS	34
2.4.1 Caraterização Sociodemográfica e Profissional.....	34
2.4.2 Práticas de Apoio à Parentalidade no Contexto dos CSP	37
2.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
2.5.1 Caraterização Sociodemográfica e Profissionais	43
2.5.2 Práticas de Apoio à Parentalidade no Contexto dos CSP	44
2.6 CONCLUSÕES.....	49
2.7 CONTRIBUTOS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA, FORMAÇÃO, GESTÃO E INVESTIGAÇÃO	51
3. PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	54
3.1 ANÁLISE SOBRE O PERCURSO FORMATIVO EM CONTEXTO CLÍNICO.....	54
3.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	54
3.2.1 Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	55
3.2.2 Melhoria Contínua na Qualidade.....	58
3.2.3 Gestão dos Cuidados.....	61
3.2.4 Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	63
3.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	65
3.3.1 Cuida a Família enquanto Unidade de Cuidados, e de Cada um dos seus Membros ao Longo do Ciclo Vital e aos Diferentes Níveis de Prevenção	66
3.3.2. Lidera e Colabora nos Processos de Intervenção, no Âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar	70
3.4. OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS PARA O ENVOLVIMENTO ATIVO E INTENCIONAL NA PRÁTICA ESPECIALIZADA E DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	90
Anexo I - Questionário das práticas de apoio à parentalidade no contexto dos CSP	91
Anexo II - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM para a realização do estudo de investigação	95

Anexo III – Certificado Da Comunicação Oral “Comunicação Entre Equipas - Um Contributo Para A Enfermagem De Saúde Familiar”	99
Anexo IV – Certificado da Comunicação Oral “Intervenção dos Enfermeiros de Saúde Familiar na Transição para a Parentalidade: Scoping Review”	101
Anexo V – Certificado da Comunicação Oral “Supervisão Clínica – Um Desafio para a Enfermagem de Saúde Familiar: Scoping Review”	103
Anexo VI – Certificado Do Poster “A Família Como Unidade De Cuidados: Estudo De Caso”	105
Anexo VII – Certificado de presença nas XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	107
Anexo VIII – Certificado presença no International Congress Family Health (ICFH’25).....	109
Anexo IX – Certificado presença no VII Encontro Internacional de História da Enfermagem – Guardiões de Higeia: legado histórico da Enfermagem Comunitária	111
Anexo X – Certificado Presença no VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar.....	113
APÊNDICES	115
Apêndice I – Operacionalização das variáveis em estudo	116
Apêndice II - Questionário Sociodemográfico e Profissional.....	119
Apêndice III - Autorização para Aplicação do “Questionário das Práticas de Apoio à Parentalidade no Contexto dos CSP”	122
Apêndice IV - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação na Investigação.....	124
Apêndice V - Autorização para a realização do estudo à Coordenadora da USFMN	127
Apêndice VI - Autorização para a realização do estudo à Coordenadora da UCSP de Darque	129
Apêndice VII - Autorização para a realização do estudo ao Coordenador da USF Foz do Lima	132
Apêndice VIII - Autorização para a realização do estudo ao Coordenador da USF Cuidarte	135
Apêndice IX - Autorização para a realização do estudo ao Coordenador da USF Gil Eanes	137
Apêndice X - Autorização para a realização do estudo ao Coordenador da USF Tiago de Almeida	140
Apêndice XI - Matriz de competências.....	142
Apêndice XII - Flyer informativo da Consulta de Planeamento Familiar	152
Apêndice XIII – Poster da consulta de Planeamento Familiar.....	152

Apêndice XIV - Manual de Apoio ao Recém-nascido.....	154
Apêndice XV – Apresentação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (formação serviço).....	152
Apêndice XVI - Apresentação do projeto do estágio à equipa multidisciplinar	160
Apêndice XVII – Apresentação das atividades desenvolvidas à equipa multidisciplinar.....	165
Apêndice XVIII - Sessão de formação “Promoção da Parentalidade nos CSP”	172

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1- Mapa do Distrito de Viana do Castelo (NUTS III Alto Minho).....	8
Figura 2 - Pirâmide Etária e Caracterização da População Inscrita na USFMN.....	10
Figura 3- Mapa das freguesias que integram o Concelho de Viana do Castelo com destaque da localização geográfica da USFMN	11

GRÁFICOS

Gráfico 1- Público-alvo das estratégias na promoção da parentalidade	39
--	----

TABELAS

Tabela 1- Distribuição das características sociodemográficas e profissionais da amostra	35
Tabela 2 - Distribuição dos temas abordadas com os pais	38
Tabela 3 - Distribuição das iniciativas de apoio à parentalidade	40
Tabela 4 - Distribuição das estratégias de avaliação de apoio à parentalidade	41
Tabela 5 - Distribuição dos motivos que levam a implementação de ações dirigidas de apoio à parentalidade	42
Tabela 6 - Colaboração da unidade de saúde nas iniciativas de apoio à parentalidade...	43

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, inserida no segundo ano do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, resulta de um consórcio entre a Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), a ESS da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a ESS do Instituto Politécnico de Bragança, no ano letivo 2024/2025.

Este estágio, que culmina com a elaboração de um Relatório Final, integra-se no percurso formativo conducente à atribuição do grau de Mestre. Simultaneamente, representa um requisito essencial para a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), conferido pela Ordem dos Enfermeiros (OE). O estágio decorreu na Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva (USFMN), entre 1 de outubro de 2024 e 31 de março de 2025, totalizando 810 horas, das quais 600 horas corresponderam a contacto direto — divididas entre 390 horas de prática clínica e 210 horas dedicadas à elaboração do Relatório Final — e 210 horas a trabalho autónomo.

A orientação deste percurso formativo contou com o acompanhamento da Enfermeira Tutora, Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária, Elisabete Correia, e com a supervisão pedagógica da Professora Maria Cândida Cracel Viana, da ESS-IPVC.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) configuram-se como a base fundamental dos sistemas de saúde modernos, constituindo o nível de cuidados mais próximo da comunidade e o primeiro contato na prestação de cuidados de saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2025). Com uma orientação preventiva, decisiva e centrada na pessoa, os CSP têm sido promovidos por organizações internacionais como a OMS que, desde a Declaração de Alma-Ata em 1978, e mais recentemente com a Declaração de Astana em 2018, tem reforçado a necessidade de fortalecer este nível de cuidados como uma estratégia-chave para alcançar a cobertura universal de saúde (OMS, 2025).

Neste contexto, o EEECESF tem adquirido uma relevância crescente, enquanto profissional dotado de competências avançadas para responder às complexidades associada às doenças crónicas, ao envelhecimento populacional e às transições familiares (National Academies of Sciences et al., 2021).

Em Portugal, o perfil profissional do EEECESF encontra-se regulado pelo Regulamento n.º 428/2018, aprovado pelo Conselho Diretivo da OE e publicado em Diário da República, de 16 de julho de 2018, que define o seu âmbito de atuação, competências e objetivos estratégicos. Segundo este enquadramento normativo, o EEECESF deve intervir de forma integrada com a família e a comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, apoiando os processos de parentalidade, antecipando riscos e desenvolvendo planos de intervenção personalizados ao longo do ciclo de vida. Estes profissionais, inseridos nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), assumem um papel central na promoção da autonomia, na educação para a saúde e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde (OE, 2017).

No domínio específico da Enfermagem de Saúde Familiar, o apoio à parentalidade constitui uma das áreas prioritárias de intervenção, sendo entendido como o conjunto de ações e estratégias que reforçam a capacidade das mães, pais ou cuidadores para exercerem o seu papel de forma eficaz, emocionalmente disponível e consciente (César-Santos et al., 2024). A parentalidade saudável é reconhecida como um fator protetor para o desenvolvimento físico, emocional e social das crianças, constituindo uma componente central dos programas de saúde familiar implementados nas USF e, em muitos casos, também nas UCSP, através de programas como o de Saúde Infantil e Juvenil, o Planeamento Familiar (PF), e as visitas domiciliárias a famílias com crianças pequenas.

Neste enquadramento, o EEECESF assume-se como uma referência privilegiada na identificação de fragilidades, na orientação de processos educativos e no acompanhamento de transições familiares complexas, como o nascimento de um filho, a parentalidade em contextos de vulnerabilidade socioeconómica ou a reestruturação familiar. Importa, pois, uma abordagem mais holística, em que se reconheça a importância da promoção de competências parentais, em articulação com as reais necessidades da família, contribuindo para uma parentalidade mais positiva e consciente. Neste contexto, os EEECESF desempenham um papel fundamental no estabelecimento de uma relação terapêutica com os cuidadores e no desenvolvimento de intervenções centradas na capacitação dos pais. Através de estratégias educativas, visitas domiciliárias e acompanhamento contínuo, os enfermeiros não só apoiam os pais nas suas dúvidas e dificuldades, como também reforçam a sua autoconfiança e promovem ambientes familiares mais seguros e afetivos. Assim, o apoio à parentalidade deve ser entendido

como uma dimensão central da prática de Enfermagem de Saúde Familiar, integrando os cuidados centrados na família e fortalecendo a sua dinâmica.

A estrutura deste documento está organizada em três capítulos principais. O primeiro capítulo apresenta a caracterização do contexto da prática clínica, incluindo a descrição dos CSP em Portugal, da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) e da USFMN, onde decorreu o estágio. O segundo capítulo refere-se ao trabalho de investigação, integrando o enquadramento teórico, a metodologia aplicada, os resultados obtidos, a discussão com base na literatura científica, as conclusões e os contributos, limitações e sugestões para a prática, formação, gestão e investigação. O terceiro capítulo aborda o processo formativo da autora, descrevendo o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEECESF.

A estrutura e redação do presente documento seguem as normas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos definidas pela ESS-IPVC, as quais estão alinhadas com as orientações da 7.^a edição das normas da American Psychological Association (Graça et al., 2021)

1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

1.1 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

Em Portugal, os CSP constituem a base do sistema de saúde, sendo responsáveis por garantir o acesso universal, equitativo e de proximidade a cuidados de saúde essenciais, promovendo a saúde, prevenindo a doença e assegurando o acompanhamento contínuo das populações ao longo do ciclo de vida. A consolidação dos CSP resultou de uma evolução histórica e legislativa progressiva, que foi moldando o atual modelo de organização dos cuidados.

Um dos avanços mais significativos neste processo deu-se com o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, que estabeleceu o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, introduzindo — ainda que de forma incipiente — uma nova matriz organizativa baseada nas USF. Este modelo procurava promover maior autonomia, flexibilidade organizacional e trabalho em equipa multiprofissional, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e o reforço da acessibilidade e continuidade assistencial (Biscaia & Heleno, 2017).

Embora o Decreto-Lei n.º 157/99 tenha sido um marco estruturante, a sua implementação inicial revelou-se limitada, exigindo, nos anos seguintes, reformas mais robustas para operacionalizar eficazmente o modelo preconizado. Ainda assim, este diploma lançou as bases de uma transformação organizacional centrada na proximidade, personalização do cuidado e promoção da saúde — princípios que viriam a ser aprofundados em reformas subsequentes dos CSP.

Neste contexto de reorganização dos CSP, destacam-se duas unidades de saúde: as USF e as UCSP, integradas nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), criados pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

As USF são constituídas por equipas multiprofissionais — médicos, enfermeiros e assistentes técnicos — que se organizam de forma voluntária e operam com autonomia organizativa, funcional e técnica. Estas unidades podem adotar dois modelos de funcionamento (B e C), correspondentes a diferentes níveis de maturidade e exigência organizacional. As USF integram-se numa lógica de rede com outras unidades funcionais do ACeS ou da Unidade Local de Saúde (ULS), conforme definido no Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro.

De acordo com este diploma (Decreto-Lei n.º 103/2023, 2023), as USF têm como missão prestar cuidados de saúde personalizados à população inscrita numa área geográfica definida, assegurando a centralidade no utente, bem como a globalidade, acessibilidade, qualidade, eficiência e continuidade dos cuidados ao longo do ciclo vital. A sua atuação rege-se por princípios como conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa. As atividades desenvolvidas são orientadas por um plano de ação e um compromisso assistencial, formalizados através de cartas de compromisso contratualizadas. Estas unidades funcionam com base num modelo de avaliação de desempenho que associa incentivos — financeiros e institucionais — ao cumprimento de objetivos de qualidade, tanto nos processos como nos resultados em saúde.

As UCSP, por sua vez, são unidades funcionais dos CSP que partilham a mesma missão das USF — garantir cuidados de saúde personalizados, acessíveis, contínuos e globais à população. No entanto, ao contrário das USF, as UCSP resultam de uma organização mais tradicional, com profissionais colocados por concurso, e que, por diferentes motivos, não integram uma USF. Ainda que ambas partilhem a mesma estrutura funcional dos centros de saúde e objetivos assistenciais comuns, as USF operam segundo modelos mais exigentes de gestão e responsabilização, enquanto as UCSP mantêm um funcionamento mais convencional e hierarquizado (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

A mais recente reforma estrutural dos CSP teve início a 1 de janeiro de 2024, com a expansão das ULS a todo o território nacional e a generalização do modelo USF, como modelo principal de organização dos cuidados. A implementação das ULS visa integrar, sob uma gestão única, os centros hospitalares, hospitais, ACeS e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de cada área geográfica. Esta reorganização tem como principais objetivos qualificar a resposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS), simplificar processos e melhorar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, promovendo maior eficiência, autonomia e proximidade no acesso aos serviços (Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro).

As ULS orientam-se para responder de forma integrada às necessidades da população, abrangendo desde a promoção da saúde à reabilitação. A sua visão estratégica vai além da dimensão hospitalar, valorizando o papel dos CSP e envolvendo instituições locais — como

municípios, escolas e organizações da sociedade civil — reforçando a saúde enquanto bem coletivo, sustentável e centrado na comunidade. Neste contexto, destaca-se a ULSAM, cuja estrutura organizativa, dinâmica de funcionamento e modelo de articulação entre níveis de cuidados constituem um exemplo concreto da implementação deste novo paradigma assistencial, centrado nas pessoas e nas comunidades, que exploro a seguir.

1.2 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO

A ULSAM, Entidade Pública Empresarial (E.P.E.) foi constituída pelo Decreto-Lei nº 183/2008, de 4 de setembro, retificado pelo Decreto-Lei nº 12/2009, de 12 de janeiro.

A missão da ULSAM, E.P.E. caracteriza-se por uma abordagem abrangente, que vai desde a identificação das necessidades de saúde da população residente à resposta integrada a essas necessidades. Essa resposta é assegurada através da articulação dos serviços públicos, entidades privadas contratualizadas, organizações comunitárias e instituições de solidariedade social, sempre com respeito pela integridade e a dignidade dos utentes. A ULSAM procura otimizar os recursos disponíveis, assegurando cuidados de qualidade, eficazes e eficientes, com o objetivo de alcançar a excelência na prestação de cuidados de saúde (ULSAM, 2025).

A visão da ULSAM, E.P.E., enquanto organização centrada na gestão integrada da saúde dos cidadãos do distrito de Viana do Castelo, é afirmar-se como um modelo de referência para outros prestadores de cuidados de saúde.

No exercício das suas funções, a ULSAM, E.P.E. e os seus profissionais orientam-se por um conjunto de valores fundamentais que sustentam a sua missão assistencial. Entre estes, destacam-se a centralidade no cidadão e o respeito pela dignidade humana, a valorização do conhecimento enquanto bem intrínseco, a promoção da excelência técnica aliada ao cuidar, bem como uma cultura institucional baseada na multidisciplinaridade e na qualidade das relações laborais (ULSAM, 2025).

De acordo com o artigo 5.º do seu Regulamento (ULSAM, 2025), a ULSAM define como objetivos estratégicos a obtenção de ganhos em saúde na sua área de abrangência, mediante a progressiva integração e articulação dos diferentes níveis de cuidados; a prestação de

cuidados de saúde de elevada qualidade, acessíveis em tempo útil; a garantia de eficácia técnica e eficiência operacional, sustentadas num modelo económico-financeiro viável; e o compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, consolidando o modelo organizacional da ULS no contexto do SNS.

A área de influência da ULSAM, E.P.E. cobre integralmente o distrito de Viana do Castelo (Figura 1), englobando os concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira, correspondendo à Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos (NUTS) III Alto Minho. Este território possui uma superfície de 2.219 km² e, acolhe uma população residente de 231.293 pessoas (Fundação Francisco Manuel dos Santos, s.d). Deste total, 11,2% correspondem a jovens com menos de 15 anos, 28,1% a indivíduos com 65 ou mais anos, e 60,7% à população em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos) (ULSAM, 2025).

Figura 1- Mapa do Distrito de Viana do Castelo (NUTS III Alto Minho)



Fonte: <https://www.ulsam.min-saude.pt/category/institucional/missao/> (2025)

A NUTS III Alto Minho apresenta uma densidade populacional de 104,2 indivíduos por km², representando cerca de 2,26% da população de Portugal e aproximadamente 6,50% da população da Região Norte. Este território caracteriza-se por um acentuado envelhecimento demográfico, evidenciado por um Índice de Envelhecimento de 252. Registam-se apenas 2,2 indivíduos em idade ativa por cada idoso, num universo de 90.855 famílias, o que reforça os desafios associados à sustentabilidade dos sistemas de saúde e proteção social (ULSAM, 2025).

A prestação de CSP à população da área de abrangência da ULSAM, E.P.E. é assegurada pelo seu ACES, integrado na própria ULSAM. Este é constituído por doze Centros de Saúde, organizados em trinta e sete unidades funcionais, distribuídas da seguinte forma: sete UCSP; doze Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); uma Unidade de Saúde Pública; e dezassete USF modelo B, nas quais se integra a USFMN, que abordarei de seguida.

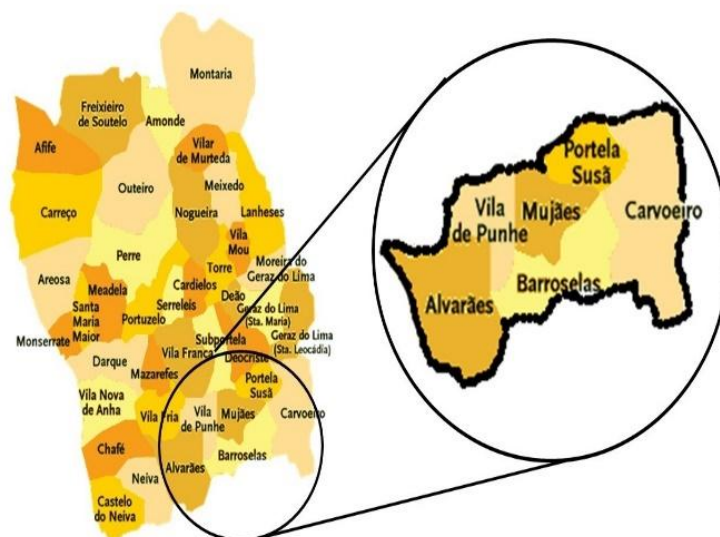
1.3. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR MARGENS DO NEIVA

A USFMN adota uma estrutura organizacional baseada numa equipa multiprofissional, composta por oito médicos, oito enfermeiros e seis secretários clínicos, organizados por oito equipas de saúde familiar. Esta equipa atua de forma coordenada na prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na respetiva área geográfica de influência. Além disso, beneficia do apoio direto de outros profissionais, cuja integração funcional se dá por via de articulações institucionais estabelecidas. Entre estes, os assistentes operacionais, cedidos pela Unidade de Serviços e Apoio Geral de Barroselas e partilhados com outras unidades funcionais, conforme os termos definidos no Manual de Articulação. Conta ainda com a colaboração de profissionais afetos a outras unidades da ULS, como uma nutricionista, uma assistente social e um enfermeiro com funções de chefia da UCC de Barroselas, os quais colaboram pontualmente de acordo com as necessidades identificadas (Manual de Acolhimento para Profissionais de Saúde e Alunos de Medicina e Enfermagem [MAPSAME], 2023).

A sua atividade desenvolve-se na Freguesia de Barroselas, situada a cerca de 14 km de Viana do Castelo, com uma área de aproximadamente 790 hectares (MAPSAME, 2023) e a área de

abrangência engloba as freguesias de Barroselas, Carvoeiro, Mujães, Portela Susã, Vila de Punhe e Alvarães, totalizando uma extensão de 43,6 km² (Figura 2). De acordo com os Censos de 2021, citado no MAPSAME (2023), apresenta uma densidade populacional de 256,5 habitantes por km².

Figura 2 - Pirâmide Etária e Caracterização da População Inscrita na USFMN

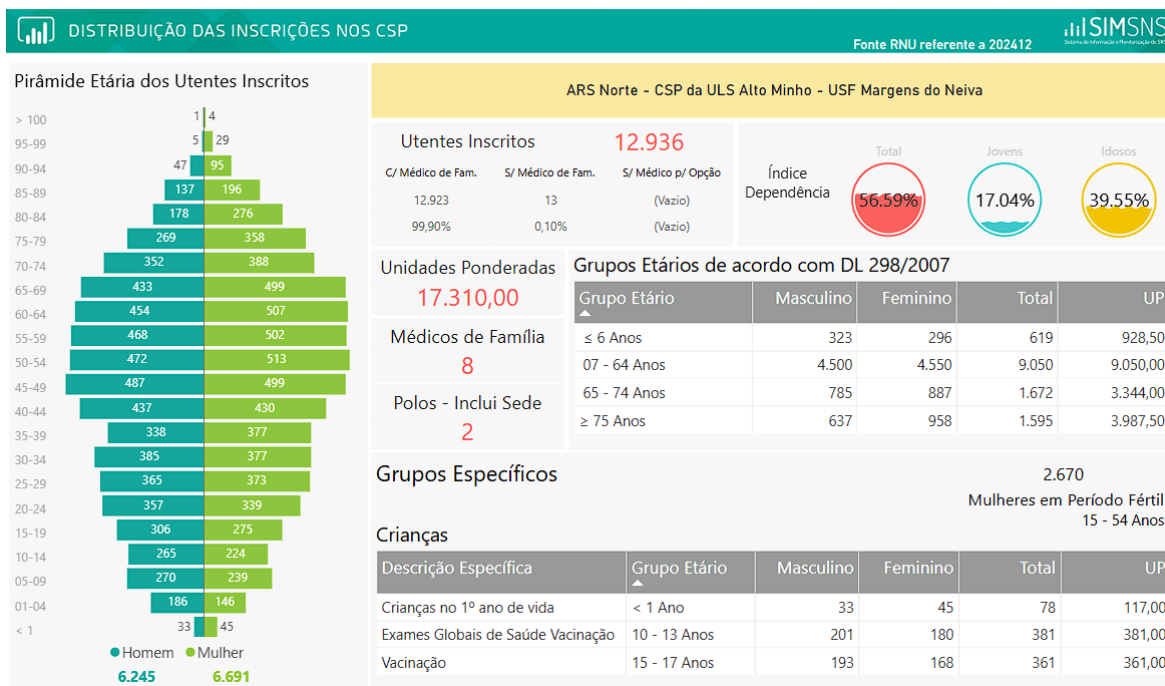


Fonte: MAPSAME, 2023.

A USFMN é responsável pela prestação de cuidados de saúde a uma população inscrita de 12.936 indivíduos, dos quais 6.691 (51,7%) são do sexo feminino e 6.245 (48,3%) do sexo masculino, correspondendo a 17.310,00 unidades ponderadas. Em termos de distribuição etária, 4,79% da população corresponde a crianças com menos de 7 anos, enquanto 24,60% são indivíduos com 65 anos ou mais e 15,68% têm 75 anos ou mais (Figura 3). A população em idade ativa, ou seja, com idades entre 15 e 64 anos, corresponde a 63,86% do total de inscritos. Dentro da população feminina, 39,90% (equivalente a 2.670 mulheres) estão em idade fértil (entre os 15 e os 49 anos).

A intervenção da USFMN orienta-se pelos princípios da acessibilidade, continuidade e globalidade dos cuidados, promovendo uma resposta assistencial integrada e centrada no utente ao longo do ciclo de vida (MAPSAME, 2023).

Figura 3- Mapa das freguesias que integram o Concelho de Viana do Castelo com destaque da localização geográfica da USFMN



Fonte: BI- CSP, referente a 12/2024.

A sua missão está centrada no compromisso de oferecer cuidados de saúde globais, contínuos e personalizados, visando a melhoria do estado de saúde da população da sua área de abrangência. Segundo o MAPSAME (2023), "os cuidados são direcionados ao indivíduo, conforme a etapa do ciclo vital, sendo contextualizados no ambiente sociofamiliar, garantindo acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade" (p. 13). Para além disso, desempenha igualmente um papel relevante na formação de profissionais de saúde, acolhendo internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar, internos do Ano Comum, bem como estudantes de Medicina e de Enfermagem. Esta atividade formativa abrange diferentes níveis académicos, incluindo os ciclos de Licenciatura e de Mestrado, promovendo um ambiente de aprendizagem prática e interdisciplinar, que contribui para a consolidação de competências clínicas e para a valorização da prática baseada na evidência.

Quanto à sua visão, a USFMN ambiciona ser uma unidade prestadora de CSP de excelência, humanizados, adaptados à população da sua área de abrangência, “próxima das suas famílias

e utentes, com base num trabalho de equipa empreendedor, sustentável e eficiente, proporcionando mais e melhor saúde, confiança e satisfação” (MAPSAME, 2023, p. 13).

A carteira básica de serviços contempla a implementação de um conjunto abrangente de programas dirigidos às diferentes etapas do ciclo vital e necessidades da população. Entre os programas desenvolvidos destacam-se os seguintes: programa nacional de saúde infantil e juvenil (PNSIJ), programa de PF, programa de saúde materna, programa de rastreio oncológico, gestão da doença crónica, programa de saúde do idoso, programa de saúde do adulto, programa de visitação domiciliária, programa nacional de vacinação, programa de cuidados em situações de doença aguda (consulta aberta) e tratamentos curativos e medicamentosos. O acesso dos utentes inscritos a estes programas é assegurado pela consulta programada, consulta aberta e visitação domiciliária, garantindo uma resposta acessível, contínua e centrada nas necessidades do cidadão (MAPSAME, 2023).

2. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

2.1. NOTA INTRODUTÓRIA

A investigação constitui uma ferramenta essencial para aprofundar o conhecimento sobre fenómenos complexos, permitindo não só a sua descrição e análise rigorosa, mas também a identificação de padrões, relações causais e soluções para desafios emergentes. No domínio do ensino, a investigação assume igualmente um papel preponderante, ao fomentar o desenvolvimento de competências analíticas e críticas, bem como a aprendizagem contínua baseada em evidência (Lima, 2023). De acordo com Coutinho (2019) e Vilelas (2022), a investigação é um processo dinâmico e adaptativo, que acompanha as transformações sociais e científicas, contribuindo decisivamente para o progresso das sociedades contemporâneas. Na Enfermagem, esta prática revela-se fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, uma vez que o conhecimento científico produzido através de metodologias rigorosas e eticamente sustentadas, constitui um alicerce para uma atuação segura, eficaz e centrada na pessoa (Vilelas, 2022).

No contexto específico da Enfermagem de Saúde Familiar a consolidação desta área como unidade essencial de cuidados tem vindo a reconfigurar os paradigmas investigativos em Enfermagem, ao valorizar a centralidade da família como unidade de atenção e intervenção (Figueiredo, 2012). Esta evolução tem impulsionado estudos que privilegiam abordagens sistémicas, relacionais e contextuais, alinhadas com os desafios contemporâneos vivenciados pelas famílias em contexto comunitário. O presente trabalho visa, assim, contribuir para o fortalecimento das competências de investigação da autora e para a produção de conhecimento que sustente as práticas do Enfermeiro de Saúde Familiar (ESF) baseadas em evidência, promovendo uma articulação efetiva entre teoria e prática, com impacto na qualificação e evolução profissional nesta área (Figueiredo, 2012; Vilelas, 2022).

As práticas dos enfermeiros na promoção da parentalidade, enquanto tema central deste estudo, assume relevância crescente na Enfermagem de Saúde Familiar, dado o seu impacto direto no desenvolvimento global da criança e na dinâmica das famílias. Para além do ato biológico de ser pai ou mãe, o conceito integra dimensões relacionais como o afeto, a responsabilidade, a comunicação, a disciplina e a educação (Martins, 2019; Sánchez Pina et al., 2023). Segundo Cruz (2005), a parentalidade representa uma das experiências mais

exigentes da vida adulta, implicando o envolvimento contínuo dos cuidadores no desenvolvimento físico, emocional e social da criança.

A OMS (WHO, 2018) sublinha a importância de apoiar sistematicamente a parentalidade, sobretudo durante a primeira infância — uma etapa crítica (zero aos seis anos) para a formação de estruturas cerebrais e para a aquisição de competências essenciais ao desenvolvimento futuro (Comitê Científico do Núcleo Ciência pela Infância, 2014; Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2020; Papalia & Feldman, 2013).

Neste contexto, os CSP emergem como espaços privilegiados para a promoção da parentalidade, ao constituírem o primeiro nível de contacto com o sistema de saúde e serem orientados para a promoção da saúde, a prevenção da doença e a intervenção precoce (Seabra-Santos et al., 2019). O ESF, pela proximidade e continuidade de cuidados prestados às famílias, assume um papel central nesta intervenção, acompanhando pais e cuidadores desde a gravidez e ao longo do ciclo vital familiar, avaliando competências parentais, dinâmicas familiares e ambientes de desenvolvimento infantil (César-Santos et al., 2024; Wright & Leahey, 2013).

Esta atuação é sustentada por orientações nacionais e internacionais atualizadas, nomeadamente do SNS (Portugal, SNS, 2023) e da OMS (WHO, 2023), que reforçam a necessidade de práticas baseadas em evidência e centradas na capacitação parental (Portugal, SNS, 2023; WHO, 2023). Como salienta a OE (2015), uma parentalidade suficientemente boa nos primeiros anos de vida constitui fator decisivo para o estabelecimento de vínculos seguros, essenciais ao desenvolvimento emocional da criança.

A prática do ESF deve ser alicerçada em modelos teóricos sólidos e numa abordagem interdisciplinar, assegurando intervenções consistentes, éticas e culturalmente sensíveis (Portugal, Direção Geral da Saúde [DGS], 2013). Deste modo, ao apoiar e capacitar os pais e cuidadores na criação de ambientes protetores e estimulantes, o enfermeiro contribui diretamente para a saúde física e emocional da criança, promovendo também, o bem-estar global da família (Ribeiro, 2018).

Estudos recentes (Araújo & Rocha, 2025; Moller et al., 2024; OE, 2019; Silva et al., 2022a) realçam que as boas práticas em promoção da parentalidade incluem a vigilância do desenvolvimento infantil, a dinamização de grupos de educação parental e a implementação

de programas de intervenção precoce, demonstrando impactos positivos tanto na saúde da criança, como na coesão familiar.

Apesar dos avanços alcançados, subsiste a necessidade de analisar como os enfermeiros percebem e operacionalizam a sua intervenção neste domínio, identificando fatores facilitadores, constrangimentos e áreas passíveis de melhoria. A realização de estudos que explorem estas percepções revela-se fundamental para estimular a reflexão crítica das equipas, promover a aprendizagem organizacional e sustentar a formulação de estratégias inovadoras, ajustadas às necessidades das famílias e aos recursos disponíveis (Pedrosa da Carpinteira et al., 2014; Peduzzi & Agreli, 2018).

A importância desta análise estende-se, igualmente, à formação especializada em Enfermagem de Saúde Familiar, contribuindo para a construção de recomendações de boas práticas e para a adoção de modelos de intervenção centrados na família.

Neste âmbito, o presente trabalho de investigação tem como objetivo geral caracterizar a percepção dos enfermeiros de família relativamente à sua intervenção na promoção da parentalidade em crianças até aos seis anos de idade.

Este trabalho de investigação encontra-se organizado em cinco itens. Inicia-se com a fundamentação teórica e a contextualização do fenómeno em estudo, abordando os conceitos, modelos de referência e principais linhas de investigação que sustentam a promoção da parentalidade na Enfermagem de Saúde Familiar. Segue-se o enquadramento metodológico, onde se descrevem: a questão de investigação, a finalidade e os objetivos do estudo; o tipo de estudo; a população e amostra; as variáveis em análise; o instrumento de recolha de dados; os procedimentos éticos e os procedimentos de recolha e tratamento de dados. Posteriormente, são apresentados os resultados e respetiva discussão à luz da literatura, culminando com as conclusões e os contributos, bem como a identificação de limitações e sugestões para a prática, formação, gestão e investigação em Enfermagem.

2.2 PARENTALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE FAMILIAR

A conceptualização da investigação constitui uma etapa estruturante no processo de construção do conhecimento científico, uma vez que permite delimitar e clarificar os elementos centrais do fenómeno em estudo, assegurando coerência, direção e objetividade à análise desenvolvida. Como refere Fortin (2009), esta fase é essencial para que a investigação se sustente numa base epistemológica sólida, orientando com rigor e profundidade, as escolhas metodológicas e a interpretação dos dados.

No âmbito do presente estudo, o enquadramento teórico assume, assim, um papel central, ao fornecer os alicerces conceptuais e interpretativos necessários para a análise crítica do apoio à parentalidade e da perceção dos enfermeiros que exercem funções nos CSP, particularmente no que respeita à faixa etária dos zero aos seis anos de idade.

2.2.1 Parentalidade: Conceito, Promoção e Impacto no Desenvolvimento Infantil

A parentalidade é entendida como o exercício das funções parentais que envolvem cuidar, educar, orientar e apoiar o desenvolvimento integral dos filhos (Bornstein, 2016). Este conceito abrange múltiplas dimensões, nomeadamente a relação afetiva, a organização de rotinas, a criação de ambientes seguros, a transmissão de valores e a estimulação das competências cognitivas e sociais (Belsky & de Haan, 2011). Promover uma parentalidade de qualidade implica incentivar práticas positivas de cuidado, que favorecem o desenvolvimento emocional e social da criança, preparando-a para lidar de forma saudável com os desafios inerentes ao seu processo de crescimento (Reticena et al., 2022).

De acordo com o relatório do National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM, 2016), o exercício da parentalidade deve ser analisado a partir de três componentes essenciais: o conhecimento, as atitudes e as práticas parentais. Estas dimensões, quando articuladas com o conhecimento das fases do desenvolvimento infantil, permitem que os pais e os cuidadores promovam resultados positivos nos domínios da saúde física, da competência emocional, da competência social e da competência cognitiva. Pais e cuidadores que dispõem de informação adequada sobre marcos de desenvolvimento, estratégias de disciplina positiva

ou nutrição infantil, tendem a adotar comportamentos que favorecem o crescimento equilibrado das crianças. Em contrapartida, lacunas neste conhecimento podem originar expectativas desajustadas, conduzindo à adoção de práticas parentais menos eficazes (NASEM, 2016).

Reconhece-se, ainda, que a parentalidade é moldada por diversos fatores contextuais, nomeadamente a cultura, a rede de suporte social e o próprio sistema de saúde (NASEM, 2016). Em Portugal, Sousa (2016) sublinha a importância dos CSP no apoio aos pais e cuidadores, embora identifique dificuldades e inseguranças por parte de muitos profissionais na abordagem de questões psicossociais e no aconselhamento de práticas parentais. Esta constatação evidencia a necessidade de formação especializada, que capacite, não só enfermeiros, mas também outros profissionais de saúde, para intervirem junto das famílias com estratégias fundamentadas cientificamente (França, 2022).

Para além da sua dimensão técnica ou biomédica, a parentalidade deve ser compreendida de forma holística, evitando processos de medicalização excessiva dos comportamentos infantis (França, 2022). A intervenção do enfermeiro na promoção da parentalidade pressupõe a integração de saberes clínicos, psicológicos, sociais e culturais, respeitando a individualidade de cada criança e família, adotando uma abordagem humanizada e centrada na pessoa. Nesta perspetiva, a parentalidade configura-se como um fenómeno dinâmico, em constante interação com os recursos comunitários, as políticas de saúde e a própria evolução sociocultural do conceito de infância.

A promoção da parentalidade engloba um conjunto de estratégias e intervenções destinadas a fortalecer as competências parentais, assegurando que pais e cuidadores disponham dos recursos necessários para garantir o bem-estar e o desenvolvimento integral das crianças (NASEM, 2016; WHO, 2018). Entre as medidas mais frequentemente adotadas destacam-se os programas de educação parental, as sessões de aconselhamento, a partilha de experiências em grupo, as visitas domiciliárias e as parcerias com outros profissionais da saúde, da educação e do serviço social (Sousa, 2016). A eficácia destas intervenções assenta na aplicação de metodologias sustentadas por evidência científica, assegurando a sua coerência, qualidade e relevância prática.

A primeira infância (zero aos seis anos) constitui um período particularmente sensível aos efeitos de práticas parentais consistentes, dada a importância desta fase na formação das bases neuropsicológicas, cognitivas e emocionais (Shonkoff & Phillips, 2000). A existência de laços afetivos seguros, o estabelecimento de rotinas e a qualidade das interações familiares revelam-se cruciais para o desenvolvimento saudável da criança, contribuindo para a prevenção de problemas como desadaptação escolar, dificuldades na regulação emocional ou comportamentos disruptivos (Martins, 2019).

Em contextos de vulnerabilidade social — como pobreza, exclusão ou fragilidade familiar —, os programas de apoio à parentalidade assim como a intervenção de profissionais de saúde - nomeadamente enfermeiros, psicólogos e educadores – assumem especial relevância ao reforçar a equidade de todas as famílias no acesso a serviços de saúde e apoio parental (França, 2022; Lima, 2018).

Alguns autores (Fareleira et al., 2021; Martins et al., 2022) referem a capacitação parental como um importante fator de proteção e promoção de saúde, ao incentivar práticas que estimulam o desenvolvimento emocional, cognitivo e social das crianças. Entre essas práticas destacam-se a escuta ativa, a interação calorosa nos momentos do quotidiano e a disciplina assente numa comunicação assertiva e na definição de limites claros.

Ao longo do tempo, estas competências parentais contribuem para o reforço da autorregulação infantil, da autoestima e do ajustamento escolar, promovendo, simultaneamente, relações interpessoais mais saudáveis (Lima, 2018).

Em última análise, investir na promoção da parentalidade revela-se uma abordagem essencial para o desenvolvimento global da criança, ao disponibilizar aos pais e aos cuidadores ferramentas adequadas às diferentes etapas do desenvolvimento infantil. Estas iniciativas contribuem para o estabelecimento de ambientes afetivos seguros e livres de violência, considerados requisitos indispensáveis para um desenvolvimento equilibrado.

A crescente valorização da parentalidade no âmbito científico e das políticas públicas reflete o impacto positivo que estas intervenções geram, tanto a curto como a longo prazo — seja na prevenção de problemas comportamentais, seja na melhoria do envolvimento das crianças nas suas comunidades (NASEM, 2016; Sousa, 2016). Consequentemente, apoiar as famílias

e promover práticas parentais positivas perfila-se como uma via privilegiada para o fortalecimento das comunidades e para o progresso social.

2.2.2 Bases Teóricas e Modelos de Referência da Parentalidade

As bases conceituais que sustentam a prática do enfermeiro na promoção da parentalidade provêm de diversas disciplinas, nomeadamente da Psicologia, da Sociologia e da própria Enfermagem. No domínio sociológico, por exemplo, as perspetivas funcionalistas e sistémicas realçam a influência das estruturas sociais, das normas culturais e das interações familiares na construção dos papéis parentais (Bales & Parsons, 2014). Por sua vez no campo da Psicologia, a Teoria do Apego, desenvolvida por Bowlby (1969, 1988) sublinha a importância de vínculos seguros entre a criança e as suas figuras de referência, influenciando as competências relacionais futuras.

Ainda no campo teórico, a Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano, proposta por Bronfenbrenner¹ (1979), tem sido amplamente integrada em abordagens interdisciplinares, ao conceber o desenvolvimento da criança como resultado da interação dinâmica com múltiplos sistemas interdependentes — o microssistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema. Neste contexto, a intervenção na parentalidade deve considerar todos estes níveis de influência, reconhecendo que o bem-estar infantil emerge de uma rede complexa de relações familiares, sociais e institucionais.

Outro referencial teórico de relevância é a Teoria das Transições, proposta por Meleis (2010), que concetualiza a passagem para a parentalidade como um processo de mudança e adaptação, exigindo do enfermeiro uma intervenção sensível aos valores, crenças e características de cada família. Segundo Meleis (2010), a transição para a maternidade ou paternidade pode implicar a reorganização de papéis e rotinas, tornando crucial a atuação do enfermeiro na implementação de estratégias que promovam uma adaptação saudável. Neste sentido, Özcan e Temiz (2025) salientam que o suporte aos pais, baseado nos pressupostos desta teoria, contribui para maior satisfação no desempenho dos papéis parentais e potencia a autoeficácia nos primeiros meses de vida do bebé.

¹ Urie Bronfenbrenner (1917–2005) - psicólogo russo-americano.

Por sua vez, a Teoria do Autocuidado (Orem, 2001), reforça a responsabilidade individual – neste caso dos pais ou cuidadores - na satisfação das necessidades de saúde e bem-estar, reconhecendo, no entanto, a importância do apoio especializado por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, para assegurar uma resposta eficaz às exigências do cuidado em contextos de maior vulnerabilidade ou complexidade.

No que respeita aos modelos de Enfermagem, destaca-se o Modelo de Avaliação e Intervenção na Família de Calgary, proposto por Wright e Leahey (2013), que adota uma abordagem sistémica, centrada nas interações familiares. Neste enquadramento conceptual, a família é considerada a principal unidade de cuidados, sendo fundamental conhecer a sua estrutura, o seu desenvolvimento e o seu funcionamento para delinear intervenções adequadas (Wright & Leahey, 2013). Através da análise das dimensões estrutural, funcional e de desenvolvimento, o enfermeiro é capaz de identificar os fatores que influenciam a parentalidade e seleccionar estratégias de apoio ajustadas. De acordo com Adamakidou (2023), este modelo constitui um recurso essencial para orientar a avaliação e a intervenção junto das famílias, permitindo uma visão ampla dos padrões comunicacionais, das funções e dos processos desenvolvimentais.

A articulação destes referenciais teóricos permite ao enfermeiro adotar uma abordagem centrada na família, integrando múltiplas dimensões da experiência parental: as fases de mudança e adaptação (Teoria das Transições), a interdependência das relações familiares (Modelo de Calgary), a importância de vínculos seguros (Teoria do Apego), a influência dos contextos múltiplos (Modelo Ecológico) e a responsabilidade individual no cuidado (Teoria do Autocuidado).

A esta perspetiva pode ainda ser incorporado o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), proposto por Figueiredo (2012), que se fundamenta em princípios sistémicos e colaborativos, particularmente relevantes no contexto na Enfermagem de Saúde Familiar. Este modelo contempla dimensões estruturais, funcionais e de desenvolvimento valorizando a participação ativa da família na identificação das suas necessidades e dos seus recursos. Segundo a própria autora, é essencial que os enfermeiros se capacitem nesta abordagem, de forma a criar ambientes de cuidado que promovam, simultaneamente, o

desenvolvimento infantil e a satisfação dos pais no exercício do seu papel parental (Figueiredo, 2012).

Por fim, a adoção destes quadros conceptuais consolida a prática do ESF ao permitir intervenções fundamentadas, abrangentes e sensíveis às especificidades de cada família. Desta forma, promove-se uma parentalidade mais informada e competente, capaz de otimizar os recursos parentais disponíveis e de responder, de forma integrada e contextualizada, aos múltiplos desafios inerentes ao processo de cuidar da criança.

2.2.3 Competências, Intervenções e Desafios do Enfermeiro de Saúde Familiar na Promoção da Parentalidade em Crianças até aos 6 Anos

Em consonância com o Regulamento n.º 428/2018, o EEECESF deve ser detentor de um conjunto de competências específicas que lhe permitam cuidar da família enquanto unidade de cuidados e liderar processos de intervenção adequados ao ciclo vital familiar. Entre as competências previstas, destaca-se a capacidade de avaliar de forma sistemática e contínua o funcionamento familiar, planear e implementar intervenções promotoras da saúde de todos os seus membros, bem como articular recursos em distintos níveis de prevenção (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Meira (2023) e Meleis e Dean (2012) defendem que o respeito pela singularidade da família, incluindo os seus valores, crenças e contexto de vida, é fundamental para que o enfermeiro possa apoiar eficazmente os seus membros na adaptação a novas funções e papéis, promovendo a coesão familiar e a capacidade de resiliência. Neste âmbito, a intervenção do enfermeiro pode contemplar o apoio à amamentação, o ensino de cuidados básicos ao recém-nascido, o incentivo à criação de rotinas e o suporte emocional aos pais, especialmente nos primeiros meses de vida da criança (Bredemeyer et al., 2023; Meira, 2023; Silva et al., 2021).

Outra competência fundamental do EEECESF prende-se com a gestão de cuidados e a articulação de recursos, estabelecendo parcerias com serviços comunitários, unidades de saúde e entidades da rede social, de modo a garantir o acesso a apoios que promovam o bem-estar familiar (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Através desta articulação, o enfermeiro contribui para a criação de ambientes seguros, estáveis e estimulantes ao crescimento

saudável das crianças, principalmente em situações de maior vulnerabilidade. A vertente educativa assume, também, um papel de destaque envolvendo a sensibilização e a capacitação dos pais em áreas essenciais, como o desenvolvimento infantil, as necessidades emocionais e físicas da criança e o estabelecimento de vínculos afetivos seguros (Meira, 2023; Reticena et al., 2019).

No que concerne às crianças até aos seis anos, as intervenções de enfermagem devem centrar-se na vigilância contínua do crescimento e desenvolvimento, reconhecendo que esta fase é determinante para o bem-estar futuro (Algül & Kılıçarslan, 2024; Hohman et al., 2023). Durante este período, é da responsabilidade do enfermeiro acolher e apoiar as famílias, reforçando as competências parentais e identificando precocemente fatores de risco (Silva et al., 2021). A proximidade e a continuidade dos cuidados prestados permitem uma deteção precoce de eventuais problemas, bem como a implementação de estratégias que previnam ou minimizem dificuldades na dinâmica familiar.

Apesar do vasto leque de competências atribuídas ao ESF no âmbito da promoção da parentalidade - nomeadamente nas áreas de avaliação familiar, educação para a saúde, apoio emocional e articulação com a comunidade -, persistem desafios à sua implementação efetiva nos CSP. Por um lado, os enfermeiros reportam uma sobrecarga de trabalho e falta de tempo realizar consultas mais aprofundadas e personalizadas (Enebeli & Hämel, 2024; Silva et al., 2022b). Por outro lado, a escassez de recursos humanos especializados, a necessidade de formação contínua e a resistência cultural de algumas famílias constituem fatores que podem dificultar a adesão e a eficácia dos programas de apoio à parentalidade (Reticena et al., 2022).

Ainda assim, estas dificuldades podem ser encaradas como oportunidades de inovação na prática de enfermagem. A aposta em redes colaborativas, envolvendo diferentes profissionais e instituições, permite desenvolver respostas mais integradas e eficazes face às necessidades das crianças e das suas famílias (César-Santos et al., 2024). Iniciativas como as consultas de enfermagem à distância, a partilha de instrumentos de avaliação e articulação com serviços de apoio psicossocial podem contribuir, significativamente, para alargar o alcance das intervenções e promover uma parentalidade positiva e sustentada (Fermo et al., 2021; Gálvez et al., 2024; Goldberg et al., 2023).

Em síntese, o EEECESF:

- Identifica precocemente as necessidades em saúde da família, ajustando a intervenção às especificidades do seu contexto sociocultural, com base em metodologias de avaliação familiar estruturadas;
- Capacita os cuidadores e promove práticas parentais positivas, através de intervenções educativas, apoio emocional e estratégias que valorizam a autonomia e a autodeterminação no exercício da parentalidade;
- Facilita o desenvolvimento integral da criança e do jovem, atuando nos diferentes níveis de prevenção e mobilizando recursos institucionais, sociais e comunitários, com vista à construção de ambientes promotores de saúde e bem-estar;
- Trabalha em articulação com equipas interdisciplinares, garantindo uma resposta coordenada aos desafios emergentes das famílias, promovendo a coesão e a estabilidade familiar através de redes colaborativas e protocolos de encaminhamento;
- Lida com constrangimentos organizacionais e contextuais, como a sobrecarga de trabalho, a disponibilidade variável das famílias e a necessidade de formação contínua, adotando estratégias inovadoras e baseadas em evidência para otimizar a vigilância e o acompanhamento familiar ao longo do ciclo vital (Regulamento nº 428/2018, 2018).

2.2.4 Metodologias e Programas de Apoio à Parentalidade nos CSP

No âmbito da promoção da parentalidade, os CSP assumem um papel central, oferecendo um conjunto de estratégias adaptáveis a diferentes contextos familiares. Nesse domínio, destacam-se as orientações do PNSIJ, o qual preconiza a realização de consultas de vigilância de saúde estruturadas de acordo com as etapas do desenvolvimento infantil, bem como intervenções centradas na capacitação e no envolvimento ativo das famílias (Portugal, DGS, 2013). Estas intervenções incluem o incentivo à amamentação, a vacinação, a promoção de vínculos afetivos e a vigilância sistemática do crescimento e do desenvolvimento infantil, visando uma abordagem preventiva, contínua e global à saúde infantil (Portugal, DGS, 2013).

No contexto dos CSP, os enfermeiros e outros profissionais de saúde, podem recorrer a diferentes metodologias de intervenção, como sessões presenciais - individuais ou em grupo - e visitas domiciliárias. Estas intervenções podem ser complementadas por estratégias pedagógicas, incluindo o uso de materiais visuais adaptados à idade da criança, com o objetivo de reforçar a compreensão e o envolvimento dos pais. A evidência demonstra que estas ações são eficazes na promoção da responsividade parental, sobretudo, quando articuladas com as recomendações constantes no PNSIJ. Ao adotarem abordagens colaborativas e centradas na família, os profissionais contribuem para o fortalecimento da parentalidade positiva e para a prevenção de situações de risco, especialmente junto de grupos mais vulneráveis (Buchanan et al., 2023).

Entre as metodologias utilizadas nos programas de apoio à parentalidade, destacam-se aquelas que integram demonstrações práticas, feedback estruturado e espaços de discussão em grupo, demonstrando eficácia na promoção de comportamentos parentais responsivos e no fortalecimento dos vínculos familiares. A combinação destas componentes metodológicas favorece um ambiente de aprendizagem participativo, reflexivo e orientado para a mudança de práticas parentais (Silva et al., 2021; Smith et al., 2020). Estes programas assumem particular relevância junto de famílias em situação de vulnerabilidade, como jovens mães, famílias com baixos recursos socioeconómicos ou em contextos de exclusão social, sendo fundamentais na redução das desigualdades no desenvolvimento infantil (Buchanan et al., 2023).

Entre as metodologias com eficácia comprovada pela evidência científica, salientam-se também, intervenções breves com objetivos específicos, como a promoção da comunicação familiar ou da disciplina positiva, as quais podem ser integradas nas consultas de vigilância de saúde (Seabra-Santos et al., 2019). Sempre que necessário, estas intervenções devem incluir o apoio à saúde mental dos pais, uma vez que a presença de sintomas de depressão ou ansiedade pode comprometer significativamente a sua capacidade de resposta às necessidades da criança (Meira, 2023; Silva et al., 2021). O cuidado do bem-estar psicológico parental está associado a melhores resultados das intervenções e tem repercussões positivas em todo o sistema familiar (Smith et al., 2020).

Um aspeto fundamental na conceção e implementações das intervenções em parentalidade é a inclusão de diferentes cuidadores no processo, como ambos os pais, avós ou outras figuras significativas da família. Embora ainda pouco frequentes, as iniciativas que incentivem a participação de cuidadores do sexo masculino ou outras figuras parentais têm revelado potencial na ampliação da rede de suporte à criança (Buchanan et al., 2023). Paralelamente, a adaptação cultural das intervenções, garantindo a adequação linguística e o respeito pelos valores e práticas familiares tem-se revelado essencial para promover a adesão e eficácia dos programas, especialmente em contextos marcados pela diversidade sociocultural (Seabra-Santos et al., 2019; Silva et al., 2021).

No que diz respeito aos resultados, a literatura evidencia melhorias significativas nos domínios cognitivo, motor, socioemocional e comportamental do desenvolvimento infantil, bem como um fortalecimento das práticas parentais responsivas e da qualidade das interações familiares (Reticena et al., 2019; Smith et al., 2020). A diminuição do stress parental e das preocupações excessivas é, também, frequentemente, reportada como contribuindo para uma dinâmica familiar mais harmoniosa e favorável ao bem-estar de todos os seus membros (Meira, 2023; Serra, 2016).

Em suma, as metodologias e programas de apoio à parentalidade nos CSP devem assentar numa abordagem colaborativa, personalizada e sustentada pela evidência. Através de estratégias como visitas domiciliárias, sessões educativas, intervenções breves integradas nas consultas, apoio à saúde mental dos pais, inclusão de diversas figuras parentais e adaptação cultural das intervenções, os enfermeiros podem promover o desenvolvimento saudável da criança e fortalecer os vínculos familiares. Estas ações contribuem, de forma significativa, para a redução das desigualdades desde a primeira infância, consolidando uma prática de enfermagem orientada para a equidade e a promoção da parentalidade positiva (Buchanan et al., 2023).

2.3 METODOLOGIA

A metodologia constitui um dos pilares centrais de um estudo empírico, funcionando como um guia para a organização e condução da investigação. Segundo Fortin (2009), corresponde à definição dos meios pelos quais a pesquisa será realizada, permitindo ao investigador delinear o percurso necessário para responder às questões formuladas. Esta etapa exige um planeamento rigoroso e detalhado, pois envolve a definição dos métodos, das técnicas e dos procedimentos a adotar. Dada a sua complexidade, a metodologia deve ser apresentada de forma clara e fundamentada, com uma justificação coerente para cada escolha, de modo a assegurar a validade e a credibilidade dos resultados obtidos.

Assim, este subcapítulo descreve e fundamenta as etapas do estudo, iniciando-se pela identificação da questão de investigação, a finalidade do estudo e os objetivos. Segue-se a apresentação do tipo de estudo, a caracterização da população e da amostra, as variáveis em estudo, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos éticos, culminando com a descrição dos métodos de recolha e de tratamento de dados.

2.3.1 Questão de Investigação, Finalidade e Objetivos

As questões de investigação são formuladas de forma interrogativa e específica, redigidas no tempo presente, com o propósito de orientar o estudo. Habitualmente, envolvem uma ou duas variáveis e identificam de forma clara a população-alvo da investigação. Para além de definirem os elementos a serem analisados, estas questões possibilitam a exploração de eventuais relações entre as variáveis, permitindo delimitar com precisão o foco do estudo e assegurar a sua coerência face aos objetivos estabelecidos (Fortin, 2009).

O presente estudo teve como ponto de partida a seguinte questão de investigação: “Qual a perceção dos enfermeiros de família sobre as suas práticas na promoção da parentalidade, em crianças até aos 6 anos de idade?”

Considerando a problemática em análise e a questão de investigação formulada, a principal finalidade deste trabalho consiste em contribuir para que os enfermeiros possam refletir sobre a sua prática no apoio à parentalidade, no sentido da sua validação ou melhoria. Este processo

reflexivo pretende identificar áreas suscetíveis de aperfeiçoamento, promovendo, assim a implementação de estratégias mais eficazes e ajustadas às necessidades das famílias.

Em consonância com a questão de investigação e reconhecendo que a definição dos objetivos constitui um elemento fundamental para o desenvolvimento e orientação de todo o projeto de investigação, definiu-se como objetivo geral:

- Caracterizar a perceção dos enfermeiros de família relativamente à sua intervenção na promoção da parentalidade em crianças até aos seis anos de idade.

E como objetivos específicos, estabeleceram-se os seguintes:

- Identificar os temas abordados pelos enfermeiros no âmbito da promoção da parentalidade;
- Identificar as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros na promoção da parentalidade;
- Identificar os métodos utilizados pelos enfermeiros para avaliar a eficácia das intervenções implementadas para a promoção da parentalidade; e
- Identificar os motivos que levam os enfermeiros a implementar ações de apoio à parentalidade.

2.3.2 Tipo de Estudo

De acordo com Fortin (2009), o desenho do estudo corresponde a um “plano de conjunto, indicando as decisões a tomar para definir uma estrutura que servirá para pôr à prova as questões de investigação ou as hipóteses” (p. 572). À luz desta definição, e tendo em consideração os objetivos delineados e a questão de investigação formulada, optou-se por uma abordagem metodológica de natureza quantitativa, estruturada sob a forma de um estudo observacional, descritivo e de corte transversal.

A opção por uma metodologia quantitativa fundamenta-se na premissa de que a realidade pode ser compreendida por meio da observação sistemática e da medição objetiva de fenômenos (Fortin, 2009). Esta abordagem assume que todos os dados são quantificáveis, permitindo a sua transformação em valores numéricos e, por conseguinte, a sua análise estatística (Reis, 2010).

Neste enquadramento, a opção por um estudo observacional, descritivo e transversal justifica-se pela ausência de intervenção por parte do investigador e pelo interesse em descrever características específicas de uma determinada população num momento determinado. Este tipo de estudo visa, assim, identificar a frequência de ocorrência de fenômenos e delinear padrões observáveis, sem, contudo, pretender estabelecer relações de causalidade direta (Fortin, 2009).

2.3.3 População e Amostra

O desenvolvimento de um trabalho de investigação requer a definição clara da população ou universo a estudar. De acordo com Fortin (2009), a população corresponde a um conjunto de pessoas que partilham determinadas características, selecionadas em função dos objetivos do estudo e dos critérios previamente definidos pelo investigador. A amostra, por sua vez, é um subconjunto dessa população — um grupo mais restrito de participantes que a representa e que é selecionado para integrar o estudo.

Neste sentido, a população alvo deste estudo inclui todos os enfermeiros de família a exercer funções na USFMN, USF Foz do Lima, UCSP de Darque, USF Cuidarte, USF Gil Eanes e USF Tiago de Almeida, totalizando 47 profissionais. Foi também, enviado convite para participação à UCSP de Viana do Castelo; contudo, na ausência de resposta, esta unidade foi excluída do estudo.

A amostra é coincidente com a população alvo, configurando-se como uma amostra não probabilística, de conveniência.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão:

- Enfermeiros a exercer funções, há pelo menos um ano, numa USF ou UCSP;
- Que prestem cuidados a crianças até aos seis anos de idade; e
- Que aceitem participar no estudo.

Como critério de exclusão, definiu-se:

- A não submissão integral do questionário.

2.3.4 Variáveis em Estudo

As variáveis correspondem a qualidades, propriedades ou características dos elementos em estudo - sejam estas pessoas, objetos ou situações - e desempenham um papel essencial na investigação (Fortin, 2009). No presente estudo, foram consideradas exclusivamente variáveis independentes, de atributo, relacionadas com aspetos sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros, especificamente a idade, o género, o estado civil, o grau de escolaridade, a categoria profissional, a formação em enfermagem de família, o tempo total de exercício profissional, o tempo de serviço na unidade de saúde onde atualmente exercem funções, a experiência prévia noutras unidades ou serviços e o tipo de vínculo contratual com a instituição.

Paralelamente, foram incluídas variáveis independentes, de natureza contextual, que se relacionam diretamente com os objetivos da investigação. Estas referem-se às práticas e perceções dos enfermeiros no apoio à parentalidade e incluem: as iniciativas desenvolvidas, os conteúdos temáticos abordados nas intervenções, as motivações que orientam a atuação dos profissionais, o público-alvo das suas ações, o apoio institucional disponível e os métodos utilizados para avaliar a eficácia das suas intervenções.

As classificações das variáveis em estudo encontram-se no apêndice I.

2.3.5 Instrumento de Recolha de Dados

No âmbito das abordagens quantitativas, o questionário constitui a técnica mais frequentemente utilizada para a recolha de dados. Este instrumento é composto por questões fechadas, previamente definidas e codificadas, o que facilita tanto a recolha como a análise dos dados, conferindo ao processo maior objetividade e sistematização (Vilelas, 2022). Conforme salienta Freixo (2011), uma das principais vantagens do questionário reside na possibilidade de apresentar um conjunto uniforme de questões a todos os participantes, assegurando a consistência na aplicação. Adicionalmente, o anonimato garantido aos respondentes promove a sinceridade nas respostas, conferindo maior fiabilidade aos dados obtidos.

O instrumento de recolha de dados foi estruturado em duas partes: a primeira corresponde à caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros (Apêndice II); a segunda é constituída pelo Questionário das Práticas de Apoio à Parentalidade no Contexto dos CSP (Anexo I) de Martins (2019), cuja utilização foi autorizada previamente pela autora (Apêndice III).

O Questionário das Práticas de Apoio à Parentalidade no Contexto dos CSP foi especificamente construído para recolher dados sobre as práticas profissionais de apoio à parentalidade neste contexto. A sua elaboração seguiu orientações metodológicas amplamente reconhecidas, nomeadamente o *Guía de Buenas Prácticas en Parentalidad Positiva* (Rodrigo et al., 2014) e as *Buenas Prácticas Profesionales para el apoyo a la Parentalidad Positiva* (Rodrigo, Máiquez & Martín-Quintana, 2005), assegurando uma fundamentação teórica consistente e alinhada com as boas práticas internacionais no domínio da parentalidade (Martins, 2019). Não obstante, importa referir que a autora do instrumento, no documento consultado, não apresenta dados explícitos relativo às propriedades psicométricas do questionário.

Assim, e com o objetivo de aferir a consistência interna do questionário no contexto específico do presente estudo, procedeu-se ao cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, tendo-se obtido um valor de 0,88. Este resultado evidencia uma excelente consistência interna do instrumento, de acordo com os critérios definidos por George e Mallery (2003).

2.3.6 Procedimentos Éticos

A investigação em saúde, por envolver diretamente seres humanos, exige uma atenção rigorosa às questões éticas em todas as etapas do processo. É fundamental garantir o respeito pelos direitos, pela dignidade e pelo bem-estar dos participantes, assegurando, desde o início, o consentimento informado, a confidencialidade dos dados e a total transparência na condução do estudo.

Para a concretização deste projeto de investigação, obteve-se autorização formal de todos os Coordenadores das Unidades de Saúde envolvidas (Apêndices V a X), bem como parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ULSAM – Parecer nº 41/2024 (Anexo II).

Todo o processo seguiu as diretrizes estabelecidas na Declaração de Helsínquia, que sublinha a importância da ética na investigação científica, nomeadamente no que se refere ao respeito pela dignidade humana, à aplicação dos princípios de não maleficência e beneficência, ao direito à informação e ao consentimento esclarecido, bem como à garantia da autonomia dos participantes, do anonimato e da confidencialidade dos dados (Néné & Sequeira, 2022).

Em consonância com estes princípios, os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, os procedimentos metodológicos e a duração da investigação. A participação foi voluntária e formalizada mediante a assinatura do "Consentimento informado, livre e esclarecido" (Apêndice IV), sendo garantido o direito de recusa ou desistência a qualquer momento, sem prejuízo para os participantes. Para assegurar a proteção da identidade dos participantes e a confidencialidade da informação recolhida, os instrumentos de recolha de dados foram numericamente codificados de forma sequencial, impedindo qualquer associação direta aos inquiridos. Esta estratégia visou assegurar o cumprimento dos princípios da beneficência, justiça e respeito pela privacidade.

Foram igualmente respeitadas as disposições do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados – Regulamento n.º 2016/679, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril (Portugal, 2016), no que se refere aos “dados relativos à saúde”. Os dados foram armazenados em computador protegido por palavra-passe, com acesso restrito à equipa de investigação.

Está também prevista a eliminação segura de todos os dados, documentos de recolha e os consentimentos informados, um ano após a defesa pública do estudo.

2.3.7 Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados

Após obtenção de parecer favorável por parte da CES da ULSAM, procedeu-se à recolha de dados, que decorreu entre novembro e dezembro de 2024.

Para a operacionalização da recolha de dados, foi solicitada a colaboração do enfermeiro que integra o Conselho Técnico de cada Unidade de Saúde envolvida, com o objetivo de agendar um momento — durante uma reunião semanal ou mensal da equipa de enfermagem — destinado à apresentação do estudo por parte da investigadora. Nessa ocasião, foram distribuídos, em envelope individual, o consentimento informado (Apêndice IV) e o questionário de autopreenchimento (Anexo I e Apêndice II), tendo sido prestados todos os esclarecimentos necessários. Após o preenchimento, os participantes selaram os envelopes, assegurando a confidencialidade da informação recolhida.

Em cada secretariado ficou um envelope de maiores dimensões, devidamente identificado, de forma a que cada enfermeiro pudesse depositar os envelopes com os documentos preenchidos, os quais foram posteriormente recolhidos pela investigadora. Dos 47 questionários distribuídos, foram incluídos 40 no presente estudo, e excluídos 7: 3 por se encontrarem em branco e 4 por não estarem totalmente preenchidos.

O tratamento estatístico dos dados obtidos foi realizado com recurso ao software *IBM® Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21, através da construção de uma base de dados e posterior análise descritiva dos resultados.

Para a análise dos dados, no caso das variáveis quantitativas discretas, para além da distribuição absoluta e relativa, foram calculadas medidas de tendência central, nomeadamente a média, a moda e a mediana, bem como medidas de dispersão, como os valores mínimo e máximo.

Relativamente às variáveis qualitativas, a análise baseou-se nas frequências absolutas e relativas, o que permitiu uma leitura clara da distribuição das respostas entre os participantes.

2.4. RESULTADOS

A apresentação dos resultados tem início com a caracterização sociodemográfica e profissional dos 40 enfermeiros que integraram a amostra deste estudo. Esta etapa é fundamental para contextualizar os participantes e favorecer uma compreensão mais aprofundada dos dados subsequentes.

Posteriormente, os resultados são organizados e apresentados em função dos objetivos específicos previamente definidos, o que permite uma análise coerente, sistemática e alinhada com a questão de investigação.

Com o intuito de facilitar a leitura e interpretação dos dados, recorreu-se à utilização de tabelas e gráficos, os quais contribuem para uma exposição visual clara e acessível da informação obtida.

2.4.1 Caracterização Sociodemográfica e Profissionais

Os dados de caracterização sociodemográfica e profissionais encontram-se sintetizados na tabela 1.

Os 40 enfermeiros que constituem a amostra deste estudo apresentam idades compreendidas entre os 40 e os 64 anos. A idade média de 50 ± 7 anos, a mediana situa-se nos 49 anos, correspondendo também, esta idade (49 anos) à moda. Quando as idades são agrupadas por grupos etários, observa-se que os grupos dos 40 aos 44 anos e dos 45 aos 49 anos são os mais representativos, cada um com 30,0% dos participantes. Seguem-se o grupo dos 55 aos 59 anos (20,0%), o dos 50 aos 54 anos (12,5%) e, por fim, o grupo dos 60-64 anos com 7,5% dos enfermeiros.

Tabela 1- Distribuição das características sociodemográficas e profissionais da amostra

Características sociodemográficas e profissionais		n_i	f_i
Idade	40-44 anos	12	30,0
	45-49 anos	12	30,0
	50-54 anos	5	12,5
	55-59 anos	8	20,0
	60-64 anos	3	7,5
Gênero	Feminino	37	92,5
	Masculino	3	7,5
Estado civil	Casado	31	77,5
	Divorciado/a ou separado/a	5	12,5
	Solteiro	1	2,5
	União de facto	3	7,5
Grau de Escolaridade	Bacharelato	1	2,5
	Licenciatura	29	72,5
	Mestrado	10	25,0
Categoria Profissional	Enfermeiro	26	65,0
	Enfermeiro Especialista	14	35,0
Formação em enfermagem de família	Não	22	55,0
	Sim	18	45,0
Tempo de Exercício profissional	17-19 anos	5	12,5
	20-24 anos	10	25,0
	25-29 anos	10	25,0
	30-34 anos	10	25,0
	35-39 anos	3	7,5
	40-45 anos	2	5,0
Tempo de exercício profissional na unidade atual	0-9 anos	7	17,5
	10-19 anos	18	45,0
	20-29 anos	13	32,5
	30-36 anos	2	5,0
Experiência profissional anterior	Não	7	17,5
	Sim	33	82,5
Local de exercício anterior	Hospital	11	33,3
	CSP e hospital	7	21,2
	Nos CSP, hospital e lar	1	3,0
	Nos CSP e outro.	14	42,4
Tipo de contrato atual	Contrato de Trabalho indeterminado	11	27,5
	Contrato de Trabalho Funções Públicas	29	72,5

A grande maioria dos enfermeiros que integram a amostra é do género feminino, representando 92,5% dos enfermeiros. Relativamente ao estado civil, verifica-se que maioria (77,5%) são casados, 12,5% são divorciado/a ou separado/a, 7,5% vivem em união de facto e 2,5% são solteiros. No que diz respeito ao grau de escolaridade, 72,5% dos enfermeiros são licenciados, 25,0% são mestres e 2,5% bacharéis. Entre os enfermeiros com grau de mestre, 12,5% detêm o mestrado em Enfermagem Comunitária, dos quais 7,5% são mestres em Enfermagem de Saúde Familiar, 5,0% em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e 1,0% em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Relativamente à categoria profissional, 65,0% dos enfermeiros detêm a categoria de enfermeiro, enquanto 35,0% possuem a categoria de enfermeiro especialista (EE). Entre os EE, 22,5% são especializados em Enfermagem Comunitária, 5,0% em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2,5% em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2,5% em Enfermagem de Reabilitação e 2,5% em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

No que respeita à formação específica em Enfermagem de Saúde Familiar, mais de metade dos enfermeiros (55,0%) indicou não possuir formação nesta área. Dos 45,0% que responderam ter formação específica nesta área, 77,7% adquiriram-na em contexto académico e 22,3% no âmbito da instituição onde exercem ou exerceram funções.

Em termos de experiência profissional, os enfermeiros exercem a profissão de enfermagem, em média, há $27,1 \pm 6,77$ anos, sendo que o tempo médio de exercício na unidade atual é de $15,98 \pm 8,29$ (equivalente a 15 anos e aproximadamente 11,8 meses).

A grande maioria (82,5%) já exerceu funções noutras unidades ou serviços, sendo que 57,5% teve experiência anterior no contexto hospitalar e 42,4% mencionam experiência nos CSP ou noutro contexto não especificado.

Relativamente ao vínculo contratual, 72,5% dos enfermeiros possuem contrato de funções publicas, enquanto os restantes possuem um contrato por tempo indeterminado.

2.4.2 Práticas de Apoio à Parentalidade no Contexto dos CSP

Todos os enfermeiros participantes referiram a existência de iniciativas de apoio à parentalidade, dirigidas a pais e mães de crianças até aos seis anos, no seu contexto de trabalho.

Identificar os temas abordados pelos enfermeiros no âmbito da promoção da parentalidade

De acordo com os enfermeiros, todos os temas que integram o questionário destinados à promoção da parentalidade são abordadas nas consultas às crianças até aos seis anos (Tabela 2). Os temas mais frequentemente abordados são as regras e limites na educação abordados “quase sempre” por 72,5% dos profissionais. Seguem-se os temas relacionados com os laços efetivos na relação pais e filhos, com as rotinas e hábitos no ambiente familiar, bem como com a autonomia dos filhos, todos referidos como abordados “quase sempre” por 70,0% dos enfermeiros. São ainda abordados, “quase sempre”, pela maior parte dos enfermeiros: o conhecimento e atenção aos interesses dos filhos e o uso dos recursos comunitários (serviços de saúde, creche e jardim de infância, espaços de lazer, etc.), ambos com 57,5%; a educação sem violência (60,0%); a gestão partilhada das tarefas parentais (55,0%); os sentimentos de satisfação e competência com o papel parental (52,5%); e o tempo dedicado ao papel de mãe/pai (50,0%).

Temas de menor frequência de abordagem, embora ainda considerados relevantes já que são abordados “algumas vezes”, encontram-se as necessidades de apoio e orientação nos aspetos relacionados com a aprendizagem formal e informal dos filhos, mencionado por 55,0% dos enfermeiros, bem como a participação da criança nas decisões familiares e a comunicação e envolvimento da família alargada, ambos referidos por 50,0% dos enfermeiros.

O tema sensibilidade materna/paterna às características dos filhos, é abordado “algumas vezes” por 45,0% dos enfermeiros e “quase sempre” por 42,5%.

A gestão partilhada das tarefas parentais e a comunicação e envolvimento da família alargada, foram identificados como “nunca” abordados por 2,5% dos enfermeiros.

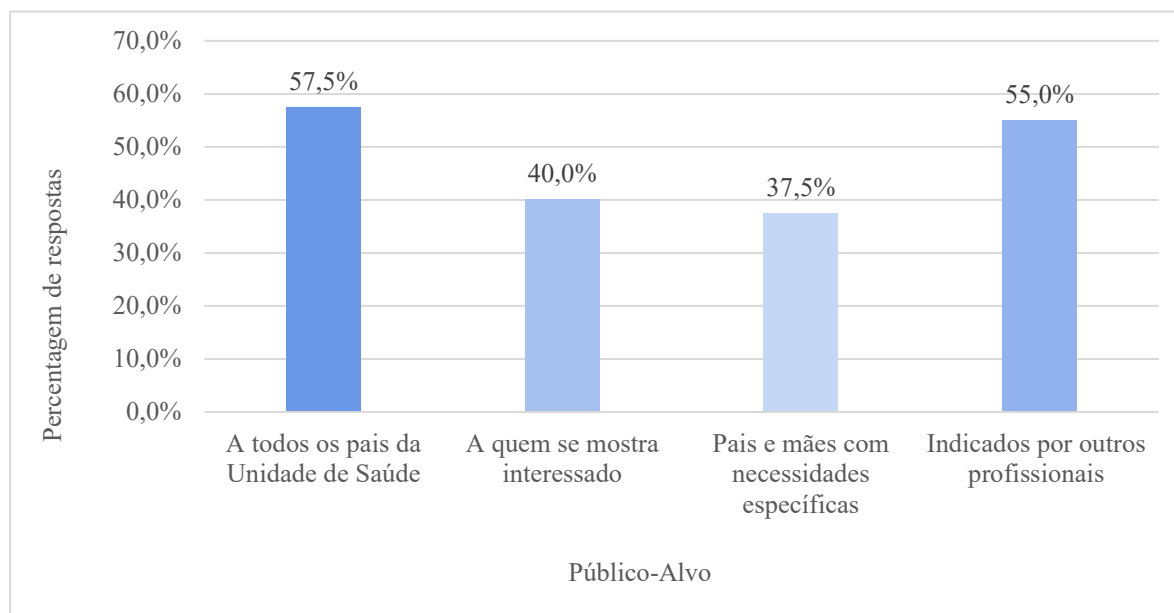
Tabela 2 - Distribuição dos temas abordadas com os pais

Temas	Nunca		Poucas Veze		Algumas Veze		Quase Sempre	
	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>
Os laços afetivos na relação pais e filhos	0	0	1	2,5	11	27,5	28	70,0
As rotinas e os hábitos no ambiente familiar	0	0	0	0	12	30,0	28	70,0
As regras e os limites na educação das crianças	0	0	1	2,5	10	25,0	29	72,5
Necessidades de apoio e orientação nos aspetos relacionados com a aprendizagem formal e informal dos filhos	0	0	2	5,0	22	55,0	16	40,0
Conhecimento e atenção aos interesses dos filhos	0	0	3	7,5	14	35,0	23	57,5
A participação da criança nas decisões familiares	0	0	10	25,0	20	50,0	10	25,0
A sensibilidade materna/paterna às características dos filhos	0	0	5	12,5	18	45,0	17	42,5
A educação sem violência	0	0	2	5,0	14	35,0	24	60,0
A autonomia dos filhos	0	0	0	0	12	30,0	28	70,0
A gestão partilhada das tarefas parentais	1	2,5	3	7,5	14	35,0	22	55,0
O tempo dedicado ao papel de mãe/ pai	0	0	3	7,5	17	42,5	20	50,0
Os sentimentos de satisfação e competência com o papel parental	0	0	4	10,0	15	37,5	21	52,5
A comunicação e envolvimento da família alargada	1	2,5	6	15,0	20	50,0	13	32,5
O uso dos recursos comunitários (serviços de saúde, creche e jardim de infância, espaços de lazer, etc.)	0	0	9	22,5	8	20,0	23	57,5

Identificar as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros na promoção da parentalidade

No que concerne ao público-alvo das estratégias implementadas para a promoção da parentalidade, os enfermeiros podiam assinalar múltiplas opções de resposta. A maioria (57,5%) indica que tais ações são direcionadas a todos os pais inscritos na unidade de saúde, enquanto 55,0% referiram destinam-se a pais indicados por outros profissionais de saúde (Gráfico 1). Há ainda, 40,0% dos enfermeiros a assinalar que as estratégias foram direcionadas para pais que demonstraram interesse em participar, e 37,5% indicaram que as intervenções foram orientadas para pais com necessidades específicas.

Gráfico 1- Público-alvo das estratégias na promoção da parentalidade



No apoio à parentalidade (Tabela 3), 27,5% dos enfermeiros reportaram utilizar, com a frequência de “quase sempre”, sessões temáticas, de interesse para pais e de iniciativa dos profissionais, relacionadas com o desenvolvimento da criança (nutrição, higiene, sono, etc.). Com igual percentagem (25,0%), indicaram a divulgação de informação específica para pais com filhos através de folhetos e cartazes e através de sessões temáticas de interesse para pais de iniciativa dos profissionais, relacionadas com o comportamento infantil e práticas parentais. As visitas domiciliárias e as chamadas telefónicas foram as iniciativas mais frequentemente realizadas, com 57,5% dos enfermeiros a referirem a sua implementação na frequência de “algumas vezes”. Por outro lado, as sessões abertas dinamizadas por convidados externos à unidade de saúde, apresentaram menor frequência de realização, sendo que 40,0% dos enfermeiros relataram que estas ocorreram com a frequência de “poucas vezes”. Importa salientar que o programa de apoio à parentalidade com manual de aplicação, “nunca” foi utilizado por 87,5% dos enfermeiros e 60,0% “nunca” visualizou o registo em formulário próprio das necessidades percecionadas na parentalidade. Além disso, quando questionados sobre os programas de apoio à parentalidade com manual de aplicação nenhum participante especificou o tipo de programa utilizado.

Tabela 3 - Distribuição das iniciativas de apoio à parentalidade

Iniciativas	Frequência							
	Nunca		Poucas Vezez		Algumas Vezez		Quase Sempre	
	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>
Dinamização de ações para pais em colaboração com outras instituições	16	40	14	35,0	7	17,5	3	7,5
Divulgação de informação específica para pais com filhos através de folhetos e cartazes	4	10	8	20,0	18	45,0	10	25,0
Divulgação de informação específica para pais com filhos através de sites, blogs, aplicações.	15	37,5	8	20,0	13	32,5	4	10,0
Sessões abertas dinamizadas por convidados externos à unidade de saúde	15	37,5	16	40,0	8	20,0	1	2,5
Sessões temáticas de interesse para pais de iniciativa dos enfermeiros: Desenvolvimento da criança	4	10	12	30,0	13	32,5	11	27,5
Sessões temáticas de interesse para pais de iniciativa dos enfermeiros: Comportamento	5	12,5	15	37,5	10	25,0	10	25,0
Sessões temáticas de interesse para pais de iniciativa dos enfermeiros: práticas parentais	6	15	13	32,5	11	27,5	10	25,0
Programas de apoio à parentalidade sem manual de aplicação.	9	22,5	13	32,5	13	32,5	5	12,5
Programas de apoio à parentalidade com manual de aplicação.	35	87,5	2	5,0	1	2,5	2	5,0
Horário e espaço específicos de atendimento para ouvir e responder a questões e dúvidas dos pais.	16	40,0	9	22,5	9	22,5	6	15,0
Registo em formulário próprio das necessidades percebidas na parentalidade.	24	60,0	10	25,0	3	7,5	3	7,5
Chamadas telefónicas	3	7,5	10	25,0	23	57,5	4	10,0
Visitas domiciliárias	1	2,5	9	22,5	23	57,5	7	17,5

Identificar os métodos utilizados pelos enfermeiros para avaliar a eficácia das intervenções implementadas para a promoção da parentalidade

Nas estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a avaliação da eficácia das intervenções conforme apresentado na tabela 4, a estratégia com maior frequência de avaliação refere-se ao grau de satisfação das famílias participantes, sendo que 40,0% indicaram que essa

avaliação foi realizada “algumas vezes” ou “quase sempre”. Em contrapartida, as estratégias de registo de dados dos participantes e o recurso a técnicas que permitam avaliar as ações realizadas apresentaram maior prevalência na categoria “nunca”, com 45,0% e 40,0%, respetivamente. A recolha de informação sobre o profissional que dinamiza a ação e a análise e avaliação do impacto das ações na parentalidade foram assinaladas como realizadas “poucas vezes” por, respetivamente, 42,5% e 40,0% dos enfermeiros. As estratégias registo da assiduidade e interesse dos pais e recolha de informação durante o decurso das ações foram mais referidas na categoria “algumas vezes”, ambas com 27,5%. Por fim, na categoria “quase sempre”, destacaram-se a recolha de informação sobre o profissional dinamizador e a avaliação da satisfação das famílias, ambas com 17,5%.

Tabela 4 - Distribuição das estratégias de avaliação de apoio à parentalidade

Estratégias	Frequência							
	Nunca		Poucas Vezes		Algumas Vezes		Quase Sempre	
	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>
Recurso a técnicas que permitam a avaliação das ações realizadas.	16	40,0	15	37,5	8	20,0	1	2,5
Registo da assiduidade e interesse dos pais.	13	32,5	14	35,0	11	27,5	2	5
Registo de dados dos participantes.	18	45,0	12	30,0	7	17,5	3	7,5
Recolha de informação acerca do profissional que dinamiza a ação.	10	25,0	17	42,5	6	15,0	7	17,5
Recolha de informação, durante o decurso das ações, no sentido de perceber se esta responde e se ajusta às necessidades da população	11	27,5	14	35,0	11	27,5	4	10,0
Análise e avaliação do impacto destas ações na parentalidade.	13	32,5	16	40,0	5	12,5	6	15,0
Análise e avaliação do impacto destas ações no desenvolvimento profissional e qualidade do serviço.	12	30,0	15	37,5	7	17,5	6	15,0
Avaliação do grau de satisfação das famílias participantes.	11	27,5	13	32,5	9	22,5	7	17,5

Identificar os motivos que levam os enfermeiros a implementar de ações de apoio à parentalidade

De acordo com os dados apresentados na tabela 5, no que concerne aos motivos que levam os enfermeiros à implementação de ações de apoio à parentalidade, observa-se que na frequência “quase sempre”, a maioria dos enfermeiros refere como principal fator, o interesse manifestado pelos próprios profissionais da Unidade de Saúde (22,5%), seguido da colaboração com outras instituições (10,0%). Estes dois fatores são também, os motivos mais apontados para a implementação de ações promotoras da parentalidade, na frequência “algumas vezes” com, respetivamente, 52,5% e 47,5%. Para 32,5% dos enfermeiros, os estudos prévios da população para detetar necessidades formativas e interventivas das famílias “nunca” foram os motivos para o desenvolvimento destas iniciativas. Do mesmo modo, 22,5% dos enfermeiros refere que os pedidos e sugestões dos utentes da Unidade de Saúde não foram considerados determinantes neste contexto. De salientar que nenhum dos enfermeiros mencionou outros fatores motivacionais para a implementação de medidas de apoios à parentalidade.

Tabela 5 - Distribuição dos motivos que levam a implementação de ações dirigidas de apoio à parentalidade

Motivos	Frequência							
	Nunca		Poucas Vezes		Algumas Vezes		Quase Sempre	
	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>
Estudos prévios da população para detetar necessidades formativas e interventivas das famílias.	13	32,5	17	40,0	9	22,5	2	5,0
Pedidos e sugestões dos utentes da Unidade de Saúde	9	22,5	17	42,5	13	32,5	1	2,5
Interesse dos profissionais da Unidade de Saúde tendo em conta a informação e conhecimento das famílias	2	5,0	8	20,0	21	52,5	9	22,5
Colaboração com outras instituições da comunidade.	3	7,5	14	35,0	19	47,5	4	10,0

Os resultados mostram que 80,0% das iniciativas de apoio à parentalidade desenvolvidas nos CSP em pais de crianças até aos seis anos de idade (tabela 6), contam com o apoio do

Conselho Técnico da respetiva Unidade de Saúde. Além disso, verifica-se que a grande maioria dessas ações (97,5%) decorre no período integrado no horário de trabalho dos profissionais envolvidos.

Relativamente aos 2,5% dos profissionais que referiram que as ações de apoio à parentalidade não são realizadas dentro do horário de trabalho, todos indicam beneficiar de compensação horária pela sua participação nestas atividades.

Tabela 6 - Colaboração da unidade de saúde nas iniciativas de apoio à parentalidade

	Sim		Não	
	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>	<i>n_i</i>	<i>f_i</i>
Apoio do Conselho Técnico da unidade de saúde	32	80,0	8	20,0
Realizadas no horário de trabalho	39	97,5	1	2,5

2.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Concluída a apresentação dos resultados, torna-se pertinente proceder à análise crítica e interpretativa dos dados obtidos, com vista a dar resposta aos objetivos definidos no presente estudo, bem como à questão de investigação que o orienta. Para tal, procede-se à análise e interpretação crítica dos dados obtidos, salientando os principais achados e estabelecendo uma articulação com evidência científica disponível.

Deste modo, inicia-se a discussão dos resultados, a qual está estruturada de acordo com os objetivos específicos do estudo, começando pela caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.

2.5.1 Caracterização Sociodemográfica e Profissional

O perfil sociodemográfico dos participantes revela uma predominância do sexo feminino, uma média de idade 50 ± 7 anos e nível de escolaridade correspondente à licenciatura. Esta tendência está em consonância com os resultados de Sánchez-Muñoz et al. (2024), os quais reportaram uma feminização significativa da profissão de enfermagem, especialmente no

domínio dos CSP, onde as mulheres representam mais de 85% do contingente profissional. Além disso, a maioria dos participantes apresenta vários anos de experiência profissional, o que potencialmente favorece a sua capacidade de adaptação a novos papéis, como o apoio parental.

No entanto, apesar da experiência acumulada, foram identificadas lacunas relevantes na formação específica em Enfermagem de Saúde Familiar. Conforme destacado por Dellafiore et al. (2022), a especialização em contextos comunitários permanece limitada, afetando a implementação efetiva de intervenções centradas na família e na comunidade. Esta deficiência na formação avançada constitui um fator limitador para o desenvolvimento de competências clínicas complexas, essenciais para um apoio parental abrangente e efetivo.

Além disso, verificou-se que a experiência profissional, por si só, não garante uma atuação eficaz em situações de elevada complexidade. Nesse sentido, Aryuwat et al. (2024) ressaltam a importância de fatores como resiliência e apoio institucional durante a prática clínica, os quais têm impacto direto na capacidade do profissional lidar com cenários de elevada exigência emocional ou técnica. A ausência de formação específica, aliada a condições laborais desfavoráveis, pode limitar o comprometimento dos profissionais e a implementação de ações inovadoras na saúde da família.

Portanto, embora o perfil profissional dos participantes possa favorecer a implementação de atividades de apoio à parentalidade em determinados aspectos, como o conhecimento do contexto comunitário, também se evidenciam fragilidades estruturais, como a carência de formação especializada, que comprometem o alcance e a sustentabilidade dessas intervenções.

2.5.2 Práticas de Apoio à Parentalidade no Contexto dos CSP

Identificar os temas abordados pelos enfermeiros no âmbito da promoção da parentalidade

Os resultados do presente estudo evidenciam que os enfermeiros tendem a abordar com maior frequência temas relacionados com a parentalidade quotidiana, como o estabelecimento de rotinas, o reforço dos laços afetivos e a definição de normas e limites educativos. Estas

dimensões foram indicadas como "quase sempre" abordadas por mais de 70% dos profissionais participantes, o que sugere uma orientação consistente para os aspetos fundamentais da parentalidade positiva.

A abordagem destes temas está alinhada com as orientações apresentadas por National Academies of Sciences et al. (2016), que salientam que a parentalidade positiva deve centrar-se na criação de vínculos afetivos seguros, na estruturação de um ambiente familiar previsível e na aplicação de práticas educativas fundamentadas no respeito e na comunicação eficaz. De igual modo, Stuart et al. (2021) destacam a importância dessas interações precoces para o desenvolvimento socioemocional da criança, indicando que a qualidade das relações pais-filhos constitui um preditor chave do bem-estar psicológico, especialmente em contextos vulneráveis.

Contudo, os resultados também revelam que existem áreas menos exploradas na prática clínica, como a participação das crianças na tomada de decisões familiares ou a comunicação com a família alargada. Estas dimensões foram classificadas como “raramente” abordadas, o que pode indiciar uma visão reducionista da parentalidade, centrada exclusivamente na díade mãe-filho, em detrimento de uma perspetiva mais sistémica ou ecológica do ambiente familiar.

Diversos fatores podem explicar essa omissão, incluindo limitações de tempo nas consultas, a carência de formação específica sobre dinâmicas familiares complexas ou a ausência de protocolos institucionais que orientem a inclusão sistemática desses conteúdos. Sánchez-Muñoz et al. (2024) referem que, apesar do elevado grau de especialização clínica, muitos enfermeiros de saúde comunitária enfrentam obstáculos estruturais e formativos que limitam a implementação de intervenções mais holísticas.

Dellafiore et al. (2022) salientam que a prática da enfermagem comunitária exige não apenas competências técnicas, mas também uma compreensão profunda dos contextos relacionais e socioculturais em que as famílias se inserem. Assim, a omissão sistemática de determinados temas poderá comprometer o potencial transformador das intervenções de apoio à parentalidade, reduzindo a sua eficácia na promoção de ambientes familiares inclusivos, participativos e emocionalmente seguros.

Identificar as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros na promoção da parentalidade

Os resultados obtidos indicam que as estratégias mais utilizadas pelos enfermeiros no contexto dos CSP foram as visitas domiciliárias e as chamadas telefônicas, seguidas de sessões temáticas centradas no desenvolvimento e comportamento da criança. Este padrão sugere uma preferência por intervenções diretas, relacionais e flexíveis que possibilitam uma adaptação às especificidades de cada contexto familiar.

Por outro lado, a utilização de programas estruturados, apoiados por manuais de intervenção foi praticamente inexistente, com 87,5% dos participantes a responderem que “nunca” recorriam a tais recursos. Esta constatação reflete desafios importantes relacionados com a disponibilidade de recursos, o tempo de atendimento, a formação profissional e o apoio institucional. A ausência de estratégias fundamentadas em protocolos padronizados limita a possibilidade de sistematização, a reprodutibilidade e a avaliação sistemática e rigorosa das intervenções, aspetos essenciais para o desenvolvimento da prática baseada em evidências.

Esses resultados estão em consonância com as observações de Buchanan-Pascall et al. (2023), que apontam que estratégias multicomponentes e padronizadas tendem a gerar um impacto mais significativo na competência parental e no bem-estar familiar, sobretudo quando se combinam sessões educativas, dinâmicas práticas e acompanhamento contínuo. Da mesma forma, Kaufman et al. (2018) destacam que programas que combinam diferentes modalidades de intervenção - presenciais, domiciliárias e virtuais - apresentam maior adesão por parte das famílias e resultados mais positivos na promoção do desenvolvimento infantil.

Além disso, o estudo de Rojas-Torres et al. (2020) que investigou intervenções em famílias com crianças com perturbações do espectro do autismo, evidencia a eficácia de programas mediados pelos pais, estruturados e apoiados por manuais, os quais facilitam uma melhor coordenação entre profissionais e cuidadores, promovem maior continuidade do tratamento no ambiente familiar e geram impactos sustentados no desenvolvimento da criança.

De um modo geral, diversos autores reconhecem que o desenvolvimento de estratégias estruturadas, validadas e adaptadas ao contexto dos CSP é uma necessidade urgente para otimizar o apoio parental. Autores como Seabra-Santos et al. (2019), Silva et al. (2021) e Aryuwat et al. (2024) sublinham a importância de uma formação sólida, aliada a políticas

institucionais que integrem a dimensão educativa e preventiva do papel da enfermagem no trabalho com as famílias.

Identificar os métodos utilizadas pelos enfermeiros para avaliar a eficácia das intervenções implementadas para a promoção da parentalidade

Os resultados deste estudo evidenciam uma implementação insuficiente de estratégias sistemáticas de avaliação das intervenções de apoio à parentalidade. 45% dos profissionais indicaram que "nunca" utilizaram registos de dados e 40% “nunca” utilizaram técnicas formais de avaliação, o que revela uma ausência significativa de mecanismos estruturados de monitorização e avaliação do processo de intervenção. A avaliação mais frequentemente referida foi a perceção de satisfação por parte das famílias, que, embora constitua um indicador útil de aceitabilidade, não permite uma análise rigorosa do impacto real ou da sustentabilidade das ações implementadas.

Esse resultado vai ao encontro das críticas formuladas por Jensen-Doss e Hawley (2010), que apontam a carência de instrumentos validados e padronizados para a avaliação das intervenções parentais como um fator que compromete a qualidade do processo de cuidado. Segundo os autores, a ausência de estratégias sistemáticas de avaliação dificulta a tomada de decisões clínicas fundamentadas em evidências, e a avaliação limitada à satisfação pode ainda mascarar necessidades não resolvidas ou impactos negativos não percebidos pelos utentes a curto prazo.

Além disso, Łada-Maśko et al. (2025) salientam que as intervenções dirigidas às famílias devem incluir uma avaliação multiaxial que tenha em conta não só a perceção subjetiva, mas também indicadores objetivos de mudança nos conhecimentos, nas atitudes parentais, nas interações familiares e no bem-estar da criança. Este tipo de avaliação requer formação específica, alocação de tempo na carga horária dos profissionais para a sua realização e disponibilidade de instrumentos validados, fatores que, atualmente, parecem não estar garantidos em muitos contextos de CSP.

A literatura científica reforça que, na ausência de uma estratégia formal de avaliação, as boas práticas não podem ser reproduzidas, ajustadas ou aprimoradas de forma contínua, limitando

a sua eficácia a longo prazo (Centers for Disease Control and Prevention, 2023). A falta de mecanismos de avaliação dificulta também, o diálogo entre as equipas profissionais e as instituições responsáveis pela formulação das políticas públicas, perpetuando intervenções que muitas vezes se encontram dissociadas dos padrões internacionais de qualidade e evidência científica.

Identificar os motivos que levam os enfermeiros a implementar de ações de apoio à parentalidade

Os resultados deste estudo indicam que as principais motivações que impulsionam a implementação de ações de apoio à parentalidade no contexto dos CSP estão relacionadas com o interesse pessoal dos profissionais da unidade (foi a motivação que 22,5% dos enfermeiros referiram estar “quase sempre” na base da implementação destas ações) e com a colaboração interinstitucional, sendo este motivo assinalado por 10% dos enfermeiros. Estes dados refletem uma lógica de atuação centrada, sobretudo, na iniciativa individual ou de grupo dentro das equipas de saúde, com um fraco enfoque em um planeamento estratégico fundamentado nas solicitações e necessidades das famílias atendidas.

Por outro lado, a influência de estudos prévios ou de pedidos explícitos das famílias como motores das intervenções, revelou-se pouco significativa, com 32,5% dos enfermeiros a indicarem que os estudos anteriores "nunca" foram tidos em conta e 22,5% a afirmarem que os pedidos das famílias não foram levados em conta. Esta ausência de alinhamento com as necessidades expressas pelas famílias e com os contextos reais de prática sugere uma orientação frágil para uma abordagem de saúde centrada na família e uma incorporação limitada do paradigma da saúde familiar.

Estes resultados representam uma preocupação, uma vez que as boas práticas nos CSP requerem a participação ativa dos utilizadores na conceção, implementação e avaliação das intervenções. Kuo et al. (2012) ao proporem o modelo de cuidado centrado na família, enfatizam que a co-construção do cuidado envolve não apenas a escuta das necessidades explícitas das famílias, mas também a integração dos seus conhecimentos, as suas experiências e prioridades como elementos essenciais na tomada de decisões clínicas e organizacionais.

Da mesma forma, estudos como os de Seabra-Santos et al. (2019) e Sánchez-Muñoz et al. (2024) demonstram que a eficácia e a sustentabilidade das ações de apoio parental são significativamente reforçadas quando fundamentadas em diagnósticos comunitários participativos e em relações horizontais entre as equipas profissionais e os atores sociais. A implementação baseada exclusivamente na motivação da equipa ou em oportunidades externas de colaboração pode conduzir a práticas fragmentadas, assistemáticas ou irrelevantes para a população atendida.

Neste sentido, é necessário promover uma reorientação dos motivos de implementação para uma lógica mais participativa, na qual diagnósticos comunitários, necessidades expressas pelas famílias e dados epidemiológicos locais orientem o planeamento das intervenções. Tal abordagem potencializaria a pertinência e a efetividade das ações, além de fortalecer o compromisso das famílias e conferir legitimidade ao papel do enfermeiro de família no apoio à parentalidade.

2.6 CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo conhecer a perceção dos enfermeiros de família sobre as suas práticas de apoio parental no contexto CSP. Respondendo à questão de investigação, identificaram-se as principais temáticas abordadas, as estratégias utilizadas, os métodos de avaliação utilizados e as motivações que impulsionam a implementação de intervenções de apoio à parentalidade.

No que diz respeito aos objetivos específicos, constatou-se que os enfermeiros tendem a abordar frequentemente os aspetos fundamentais da parentalidade, tais como o estabelecimento de vínculos afetivos, as rotinas familiares e os limites educativos. Contudo, a inclusão de temas mais complexos, como a participação das crianças nas decisões familiares ou a articulação com redes de apoio ampliadas, mostrou-se limitada. Quanto às estratégias de intervenção, predominam as ações de contacto direto, como as visitas domiciliárias e telefonemas, enquanto intervenções estruturadas, apoiadas por manuais ou avaliações sistemáticas, permanecem pouco frequentes.

As motivações para a implementação das ações foram predominantemente de origem interna, fundamentadas no interesse individual dos profissionais ou na dinâmica das equipes, apresentando baixa influência das necessidades expressas pelos pais ou de diagnósticos comunitários. Tal padrão de atuação evidencia um afastamento em relação ao paradigma de atenção centrada na família e na comunidade, o qual pressupõe a participação ativa dos pais no processo de construção e avaliação das intervenções.

A ausência de apoio institucional, a sobrecarga de tarefas nos CSP e a carência de formação contínua específica em parentalidade, foram apontadas como barreiras significativas, reforçando a necessidade de se investir não apenas no desenvolvimento de competências técnicas, mas também na implementação de condições estruturais e políticas públicas que valorizem o papel do enfermeiro de família na promoção da parentalidade. Tais lacunas comprometem a eficácia, continuidade e sustentabilidade das ações, limitando o impacto real das práticas no contexto comunitário

Este estudo oferece uma contribuição relevante para a reflexão e o aprimoramento da prática profissional. Ao identificar pontos fortes e fragilidades das intervenções em curso, os resultados podem subsidiar a formulação de estratégias formativas mais adequadas, o desenvolvimento de ferramentas de avaliação e a elaboração de protocolos clínicos específicos para o apoio à parentalidade nos CSP.

Reforça-se, a importância de reconhecer a parentalidade como um eixo estruturante da intervenção em Enfermagem de Saúde Familiar, não apenas pelo seu impacto direto no desenvolvimento infantil, mas também pela sua capacidade de promover ambientes familiares seguros, estáveis e emocionalmente saudáveis. A implementação de práticas fundamentadas em evidências, articuladas com as necessidades da comunidade, deve constituir um compromisso central das instituições formadoras, dos gestores de saúde e dos próprios profissionais, visando à consolidação de ações mais efetivas e sustentáveis no âmbito do apoio à parentalidade.

2.7 CONTRIBUTOS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA, FORMAÇÃO, GESTÃO E INVESTIGAÇÃO

Os resultados deste estudo oferecem contributos significativos para a prática clínica, formação, gestão e investigação, na área da Enfermagem de Saúde Familiar.

No que se refere à prática clínica, os dados objetivos obtidos permitem identificar áreas de melhoria nas práticas atuais dos enfermeiros de família. A utilização recorrente de estratégias flexíveis pode ser otimizada mediante a adoção de programas estruturados e a aplicação de métodos formais de avaliação, promovendo assim intervenções mais consistentes, eficazes e baseadas em evidência.

No âmbito da formação, evidencia-se a necessidade de integrar o apoio à parentalidade como uma componente transversal na preparação dos enfermeiros especialistas, com especial ênfase no desenvolvimento de competências relacionais, familiares e comunitárias, essenciais para uma atuação sensível às dinâmicas familiares e às necessidades específicas.

Em termos de gestão, os resultados reforçam a importância do apoio institucional e da articulação intersetorial como elementos fundamentais para a implementação de práticas parentais efetivas. Estes achados sublinham a urgência na formulação de políticas e diretrizes específicas que sustentem o papel do enfermeiro de família no apoio à parentalidade, assegurando ações que sejam alinhadas com a realidade comunitária.

Apesar da relevância dos achados, é importante considerar as limitações deste estudo. A amostra foi selecionada de forma intencional, composta por enfermeiros de diferentes USF e UCSP da mesma região, o que permitiu uma compreensão contextualizada das práticas analisadas. No entanto, por se tratar de uma amostragem não probabilística e restrita, os resultados devem ser interpretados com cautela, não sendo possível generalizá-los para outros contextos regionais ou institucionais.

Para investigações futuras, recomenda-se a inclusão da perspetiva dos pais acerca das ações de apoio recebidas, de modo a obter uma visão mais abrangente e centrada na família. Além disso, sugere-se a implementação piloto de programas estruturados, sustentados por manuais baseados em evidências, acompanhados de avaliação sistemática de impacto. Por fim, destaca-se a importância do desenvolvimento de ações de formação contínua para

enfermeiros, com foco específico na parentalidade, nas metodologias participativas e na utilização de instrumentos de avaliação validados, garantindo assim a qualificação contínua dos profissionais e a eficácia das intervenções no apoio à família.

3. PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

3.1 ANÁLISE SOBRE O PERCURSO FORMATIVO EM CONTEXTO CLÍNICO

O percurso formativo em contexto clínico constitui uma etapa essencial na preparação dos profissionais de saúde, assumindo um papel determinante na articulação entre o saber teórico e a prática profissional. Neste sentido, o presente capítulo propõe uma reflexão crítica e contextualizada sobre o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo dos Estágios realizados no âmbito do mestrado. Refere-se, em particular, ao Estágio de Enfermagem de Saúde Familiar, desenvolvido entre 8 de abril e 21 de junho de 2024 (com um total de 200 horas), e ao Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, decorrente entre 1 de outubro de 2024 e 31 de março de 2025 (num total de 390 horas). Esta análise tem como referência as competências comuns do EE bem como as competências específicas do EEECESF, definidas pela OE (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Com o objetivo de organizar e sistematizar as atividades realizadas, foi construída uma Matriz de Competências (Apêndice X), onde se relacionam as ações desenvolvidas com a aquisição das competências mencionadas. Esta matriz proporciona uma visão clara e estruturada do percurso formativo, evidenciando o contributo de cada experiência para o desenvolvimento profissional e para a consolidação das aprendizagens adquiridas ao longo dos Estágios.

3.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE é um profissional dotado de competência científica, técnica e humana, capaz de prestar cuidados de enfermagem especializados numa área específica de enfermagem. No entanto, independentemente da especialidade, é fundamental que esses profissionais compartilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). Estas abrangem “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”

(Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744) e integram quatro domínios de competência: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019), que de seguida apresento.

Neste enquadramento, os Estágios constituíram um espaço privilegiado de desenvolvimento destas competências, sendo a prática especializada vivenciada como uma experiência profundamente enriquecedora. Ao longo do percurso, foi possível consolidar os conhecimentos teóricos adquiridos durante a formação académica e mobilizá-los de forma crítica, reflexiva e autónoma, no exercício de cuidados especializados centrados na pessoa, na família e na comunidade.

3.2.1 Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio destaca a importância de assegurar que a prática profissional seja conduzida de forma ética e legal, garantindo que os cuidados prestados estejam sempre alinhados com os princípios éticos, as normas legais e a deontologia profissional, assegurando, assim, a qualidade e a segurança dos utentes. Além disso, reforça a necessidade de se respeitar os direitos humanos, garantindo que os cuidados sejam prestados com dignidade, equidade e justiça, o que implica: cumprir o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e o Código Deontológico da OE, bem como assegurar que as decisões clínicas e éticas respeitem a autonomia do utente, promovendo a sua participação ativa no processo de cuidados. O REPE define o âmbito da prática profissional, as competências e os deveres dos enfermeiros, enquanto o Código Deontológico, presente no Estatuto da OE, estabelece os princípios fundamentais da ética profissional, como a dignidade da pessoa humana, a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça.

Tal como refere Lucília e Guida (2022), a enfermagem é uma profissão profundamente enraizada numa tríade de dimensões essenciais: ética, moral e deontológico-jurídica. Envolve, antes de mais, um compromisso ético com o respeito e a salvaguarda da dignidade humana. Exige, também, uma atuação moralmente responsável, assente na competência e na qualificação técnica do profissional. Por fim, integra uma dimensão deontológica e legal, orientada por um conjunto de valores, princípios, virtudes e deveres que sustentam e regulam a prática profissional.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, destacam-se duas competências (Regulamento n.º 140/2019, 2019):

- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- E garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O estudo de investigação, validado pela CES da ULSAM E.P.E., respeitou, integralmente, os princípios éticos fundamentais de autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade e consentimento informado. Além disso, foi assegurada a proteção do bom nome das instituições e dos participantes, conforme estabelecido pela Declaração de Helsínquia. A elaboração do protocolo de investigação, submetido à CES, foi um processo enriquecedor que possibilitou a articulação e consolidação de conceitos, como o desenvolvimento de competências metodológicas e a organização da fase de execução. Além disso, este processo proporcionou uma oportunidade para relembrar e reforçar a importância de cada princípio ético na investigação, assegurando que todos os aspetos do estudo fossem conduzidos com integridade, responsabilidade e respeito pelos direitos dos envolvidos.

A experiência acumulada, ao longo dos 20 anos da minha prática profissional, proporcionou-me uma visão mais reflexiva e crítica sobre os desafios éticos da profissão, permitindo-me consolidar uma abordagem profissional baseada na integridade, humanização dos cuidados e respeito pelos direitos dos utentes. Esta vivência reforçou o meu compromisso com a prestação de cuidados seguros, éticos e responsáveis, sempre orientados pelo respeito pela dignidade, autonomia e individualidade dos utentes. Simultaneamente, possibilitou a aplicação consistente de uma tomada de decisão fundamentada nos princípios éticos e legais, assegurando que todas as intervenções fossem realizadas em conformidade com as normas e diretrizes em vigor. Além disso, esta prática sustentou um compromisso contínuo com a ética e a deontologia profissional, promovendo uma conduta transparente, empática e coerente com os deveres inerentes ao exercício da enfermagem.

Dessa forma, a articulação entre experiência e formação contínua foi essencial para reforçar a minha identidade profissional, permitindo-me enfrentar desafios éticos e legais

com segurança, responsabilidade e compromisso com a excelência dos cuidados prestados.

Em todas as consultas realizadas, foi solicitada antecipadamente a autorização para a sua realização, garantindo ao utente/família total liberdade de escolha. Este processo assegurou que o utente/família tivesse mais controle sobre a sua participação ativa no atendimento, refletindo o princípio fundamental de autonomia. Essa liberdade manifestou-se tanto na escolha do profissional responsável pelo atendimento quanto na decisão consciente sobre o plano terapêutico proposto, alinhando-se diretamente com o conceito de dignidade humana. Foi essencial também, respeitar as suas especificidades, necessidades, escolhas, objetivos, valores, costumes e crenças, garantindo que cada decisão e intervenção fosse adaptada à pessoa como um todo, usando o tempo disponível numa escuta ativa do utente/família.

Na prestação de cuidados assegurei que o utente/família tivesse acesso a toda a informação que necessitava, assegurando ainda, o direito ao sigilo, à confidencialidade, à privacidade e à segurança de todas as informações. Ao adotar esta abordagem, respeitei o direito ao utente/família de tomar decisões informadas e voluntárias sobre os cuidados, promovendo um modelo de cuidado centrado na pessoa. Este exercício de autonomia, além de ter fortalecido o relacionamento entre profissional e utente/família, contribuiu para uma prática ética, que valorizou o respeito pelos direitos humanos e a construção de um ambiente de confiança, transparência e respeito mútuo.

A discussão com outros membros da equipa, em particular com a enfermeira tutora, foi essencial para uma reflexão crítica e aprofundada sobre as práticas do EE, possibilitando o aprimoramento contínuo das competências, especialmente no contexto da liderança dos processos de tomada de decisão ética. Esse espaço de troca de experiências e conhecimentos fortaleceu a qualidade dos cuidados prestados e assegurou uma avaliação constante do processo e dos resultados das decisões tomadas, permitindo ajustes e melhorias contínuas na prática.

Face ao exposto, acredito que a competência de Responsabilidade Profissional, Ética e Legal foi desenvolvida de forma sólida. É importante reconhecer que essa competência é constantemente posta à prova no dia a dia da prática profissional. As singularidades de cada pessoa, família e situação, exigem que o enfermeiro se adapte e aplique com rigor os princípios éticos, legais e deontológicos, assegurando que as decisões e ações sejam sempre alinhadas aos valores e deveres que regem a profissão.

3.2.2 Melhoria Contínua na Qualidade

No que se refere ao domínio da melhoria contínua da qualidade, o EE deve desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Além disso, deve desenvolver práticas de qualidade, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua, garantindo que a qualidade dos cuidados seja continuamente aperfeiçoada e adaptada às necessidades da população (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A qualidade e a segurança são pilares indissociáveis da prestação de cuidados de saúde, devendo estar presentes em todas as dimensões do cuidado. Promover cuidados eficazes, seguros e centrados na pessoa é uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, refletindo um compromisso ético com a equidade, a acessibilidade e a eficiência dos serviços. Este compromisso está consagrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio) e reforçado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Portugal, DGS, 2021) que traça orientações para a prevenção de eventos adversos e a promoção de práticas seguras e de melhoria contínua. Ambos os documentos destacam a importância de colocar a pessoa no centro do cuidado, respeitando os seus direitos e promovendo a confiança no sistema de saúde, num ambiente justo, eficiente e humanizado.

Assim, no domínio da Melhoria da Qualidade identificam-se três competências que o EE deve desenvolver (Regulamento n.º 140/2019, 2019):

- Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garantir um ambiente terapêutico e seguro.

Neste contexto as intervenções realizadas, ao longo dos estágios, proporcionaram a implementação de medidas para promoção da qualidade dos cuidados. A condução deste processo, alicerçada em normas clínicas e protocolos garantiu a padronização dos procedimentos, promovendo uma abordagem sistemática e estruturada na prestação dos cuidados. A adoção de um pensamento crítico e reflexivo foi essencial para garantir a qualidade e fortalecer a cultura de melhoria contínua dentro da equipa de enfermagem.

Neste âmbito, tive a oportunidade de desenvolver, também, competências de investigação, fundamentais para aprimorar o meu conhecimento e prática, contribuindo para a reflexão crítica sobre os cuidados prestados e identificando áreas de melhoria contínua.

A dinamização da Consulta de PF surgiu como resposta a uma necessidade previamente identificada pela equipa da USFMN, tendo como base os dados contratualizados que evidenciavam uma reduzida adesão a esta consulta, tanto por parte de mulheres em idade fértil como de homens, independentemente da faixa etária. Perante este cenário, tornou-se imperativo reforçar a sensibilização, capacitação e envolvimento do utente e da sua família, promovendo uma participação ativa, consciente e colaborativa no seu processo de cuidados em saúde reprodutiva. Com o propósito de fomentar o acesso a esta valência e assegurar o exercício do direito à autodeterminação reprodutiva de forma informada, segura e saudável, conforme preconizado pela DGS (Portugal, DGS, 2008), foram desenvolvidos neste último Estágio, em coautoria com a colega dos Estágios, dois materiais informativos: um flyer (Apêndice XII) e um poster (Apêndice XIII). Ambos foram validados pelo Conselho Técnico da USFMN e a sua divulgação revelou-se uma estratégia pertinente para potenciar a visibilidade e a valorização da consulta de PF junto da comunidade.

O flyer informativo foi disponibilizado em formato digital e impresso, sendo estrategicamente colocado em todos os gabinetes de enfermagem da USFMN, com o intuito de facilitar o seu acesso por parte dos utentes durante o momento da consulta. Por sua vez, o poster elaborado encontra-se, à data, em processo de validação pelo Departamento de Formação da ULSAM, prevendo-se a sua afixação na sala de espera da unidade após aprovação. Ambas as iniciativas visam contribuir para o reforço da literacia em saúde da população, através da disseminação de informação clara e acessível, promovendo a educação para a saúde, a adesão informada à consulta de PF e a melhoria da sua acessibilidade, em consonância com os princípios da equidade e universalidade no acesso aos CSP.

De acordo com Melo (2021), os enfermeiros desempenham um papel essencial na integração da sexualidade como parte integrante da saúde e do bem-estar. O autor defende que estes profissionais devem estar capacitados para abordar este tema com sensibilidade, conhecimento e respeito pelas particularidades culturais e individuais de cada utente. Neste sentido, a promoção e divulgação da consulta de PF revelou-se fundamental para

aumentar a adesão das pessoas e das famílias, contribuindo para uma maior consciencialização sobre a relevância dos cuidados em saúde reprodutiva. Esta abordagem favorece uma resposta mais eficaz às necessidades da população, com foco na prevenção e no acompanhamento contínuo.

Tive ainda a oportunidade de intervir no domínio da educação e promoção da saúde junto de famílias com recém-nascidos ou durante a gravidez, através da elaboração, em colaboração com a minha colega de Estágios, de um Manual de Apoio ao Recém-nascido (Apêndice XIV), cuja aprovação foi obtida junto do Conselho Técnico da UFSMN. Esta iniciativa emergiu de uma necessidade identificada pela equipa de enfermagem do Centro de Saúde (CS) de Barroselas — abrangendo tanto a USF como a UCC — no sentido de dispor de um instrumento normalizador que promovesse a uniformização das práticas profissionais, garantindo que as intervenções dos enfermeiros se orientassem por recomendações consistentes e baseadas na melhor evidência científica. Simultaneamente, a disponibilização deste manual às famílias constitui uma estratégia potenciadora do seu empoderamento, ao proporcionar-lhes conhecimento estruturado e acessível, contribuindo para uma transição mais segura e consciente no período neonatal.

Ao longo dos Estágios foi possível observar e integrar uma prática de enfermagem fortemente orientada para a segurança do utente e da família, com base na adoção sistemática de normas e protocolos estabelecidos, assegurando a uniformização dos cuidados prestados e a promoção de um ambiente terapêutico seguro e de qualidade. Neste enquadramento, comprometi-me com a implementação rigorosa de medidas que visam a salvaguarda da segurança da informação em saúde, respeitando escrupulosamente os princípios de confidencialidade, privacidade e integridade dos dados clínicos. Para tal, recorri de forma criteriosa e eficaz aos sistemas de informação disponíveis — nomeadamente o SClínico, o CSP_Perfil Enfermagem e o EVacinas —, garantindo uma gestão adequada dos registos, a continuidade dos cuidados e o suporte à tomada de decisão clínica baseada em dados fidedignos e atualizados.

Nos Estágios, dinamizei, em colaboração com a minha colega, três ações de formação interna dirigidas aos profissionais de saúde. A primeira consistiu na apresentação do MDAIF, com ênfase na sua aplicabilidade prática e nos instrumentos de avaliação familiar disponíveis (Apêndice XV). Seguiu-se a apresentação formal do Projeto de Estágio (Apêndice XVI) à equipa multidisciplinar, incluindo a exposição detalhada do estudo de investigação a desenvolver. Por fim, foi realizada uma sessão de formação

intitulada “Promoção da Parentalidade nos Cuidados de Saúde Primários” dirigida a todos os profissionais do CS de Barroselas (Apêndice XVIII). Estas ações formativas constituíram momentos significativos de partilha e construção coletiva de saberes, promovendo a reflexão crítica entre os profissionais de saúde e fortalecendo a articulação entre a teoria e a prática clínica, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo dos Estágios, foram vários os momentos de reflexão e análise de situações de cuidados, que culminaram em gratificantes oportunidades de crescimento e aprendizagem. Procurei realizar sempre uma prestação de cuidados num ambiente terapêutico e seguro, visando a prevenção de incidentes, a gestão de risco, a segurança e a qualidades dos cuidados, privilegiando o bem-estar do utente e/ou família.

A mobilização diferenciada do conhecimento e a análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas proporcionaram ambientes favorecedores de mudança, o que contribuiu para o desenvolvimento e crescimento da equipa. Desta forma, considero ter desempenhado um papel dinamizador, com participação ativa, articulada e complementar nos processos de formação contínua da instituição, sempre com enfoque na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

3.2.3 Gestão dos Cuidados

A Gestão dos Cuidados refere-se à organização, planeamento e implementação de todo o processo de cuidados, desempenhando um papel fundamental na busca contínua por qualidade, segurança e eficiência nos cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Além disso, desempenha um papel fundamental: na articulação das equipas multiprofissionais, promovendo a integração de saberes e competências para uma abordagem mais holística e centrada no utente e/ou família.

No domínio da Gestão de Cuidados, o EE deve adquirir as seguintes competências (Regulamento n.º 140/2019, 2019):

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Na primeira competência, o EE, assegurando a segurança e qualidade das tarefas delegadas, desempenha um papel fundamental na gestão dos cuidados, otimizando as respostas da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar de saúde. As duas unidades de competência associadas são: otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, assegurando intervenções baseadas na melhor evidência disponível e na especificidade de cada contexto; e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo que são realizadas com segurança e qualidade, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Desta forma, o EE contribui ativamente para um ambiente assistencial mais seguro, eficiente e centrado nas necessidades dos utentes.

Relativamente à segunda competência, no âmbito da Gestão de Cuidados, o EE desempenha um papel crucial na adequação dos recursos às necessidades dos utentes, identificando o estilo de liderança mais apropriado para garantir a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). As unidades de competência associadas a esta área são: otimiza o trabalho da equipa, assegurando uma distribuição eficiente dos recursos em função das necessidades de cuidados, promovendo a eficácia e a continuidade assistencial; e adapta o estilo de liderança ao contexto de trabalho, ajustando-o ao clima organizacional e incentivando a colaboração, a motivação e a resposta eficiente do grupo e dos indivíduos (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Assim, o EE assume um papel estratégico na organização e dinamização dos cuidados, garantindo um ambiente de trabalho produtivo, seguro e alinhado com os objetivos institucionais. Aspetos como a gestão de enfermagem, a cultura institucional, a disponibilidade de recursos e as características da equipa de enfermagem são fundamentais para determinar as abordagens mais adequadas (Silva et al., 2022b; Rocha & Almeida, 2023).

Assim, tornou-se essencial compreender os processos organizacionais da USFMN, incluindo o Regulamento Interno, o Plano de Ação, o Manual de Procedimentos e os protocolos institucionais, entre outros documentos fundamentais. Além disso, conhecer a dinâmica da equipa e as funções específicas de cada profissional revelou-se crucial para uma gestão eficiente.

Considero que esta competência esteve presente em todas as atividades realizadas no Estágios, quer formativas, quer de educação para a saúde, sempre guiada pelas necessidades e prioridades identificadas. Elementos essenciais como a comunicação, a adoção de práticas seguras, a liderança e a gestão eficiente dos recursos foram

fundamentais para cada situação. O foco esteve na busca de estratégias eficazes que contribuíram para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Atualmente, a gestão de um serviço de saúde representa um desafio crescente, exigindo do enfermeiro competências de liderança que permitam a promoção do bem-estar e a prestação de cuidados de qualidade, refletindo-se em ganhos efetivos em saúde (Ferreira et al., 2023, Gomes et al, 2021; Santos & Oliveira, 2022). A liderança eficaz contribui para a otimização dos recursos, a melhoria contínua dos cuidados de saúde e o fortalecimento das equipas de trabalho, fatores essenciais para a segurança e satisfação dos utentes e/ou famílias.

3.2.4 Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A OE (2006) destaca que a prática baseada na evidência é essencial para garantir a excelência e a segurança dos cuidados prestados, além de contribuir para a obtenção de melhores resultados em enfermagem. Por isso, no âmbito das competências relacionadas com o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, é fundamental que o enfermeiro cultive o autoconhecimento e a assertividade, alicerçando a sua prática clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Neste domínio o EE deve adquirir competências a dois níveis (Regulamento n.º 140/2019, 2019):

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

No que diz respeito à primeira competência, o EE demonstra um elevado grau de autoconhecimento, o qual é fundamental para a prática de enfermagem. Este autoconhecimento tem um impacto direto nas relações terapêuticas, tanto com o utente/família como no contexto de trabalho com a equipa multiprofissional. Em diferentes contextos - pessoal, profissional ou organizacional - o enfermeiro destaca a sua própria identidade e a relação com os outros. Dentro deste domínio, duas unidades de competência se destacam: a consciência de si enquanto pessoa e profissional, e a capacidade de gerar respostas adaptáveis tanto a nível individual quanto organizacional (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No que se refere à segunda competência, o EE fundamenta as suas decisões e intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, desempenhando um papel crucial como facilitador nos processos de aprendizagem e como agente ativo no campo da investigação. Para tal, existem três unidades de competência essenciais: a responsabilidade de ser facilitador da aprendizagem no contexto de trabalho, o suporte à prática clínica baseado em evidência científica e a promoção da formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A pesquisa esteve sempre presente ao longo dos Estágios, apoiando a prestação de cuidados, o trabalho de investigação e as decisões clínicas, permitindo uma prática mais segura e sustentada em evidência científica. Reconheço a importância de uma prática sustentada no conhecimento científico, aliada à assertividade e ao autoconhecimento. É essa integração que nos impulsiona a evoluir, não apenas enquanto profissionais de saúde, mas também enquanto pessoas. Desta forma, a relação e a resposta ao utente/família ganham uma nova dimensão, pois não se baseiam apenas em técnicas e evidências, mas também em competências pessoais e interpessoais que enriquecem a nossa intervenção.

Participei em todas as atividades de enfermagem exequíveis, considerando-as como oportunidades de desenvolvimento e de transferibilidade de conhecimentos adquiridos em contexto profissional e académico. Desenvolvi uma maior consciência dos meus limites e, quando as competências necessárias iam além das minhas capacidades, encaminhei para um colega ou outro profissional. Esta atitude, contribuiu para o aperfeiçoamento do meu autoconhecimento, facilitando não apenas o relacionamento com o utente e/ou família, mas também reforçou a importância do trabalho em equipa multidisciplinar.

A realização de um diagnóstico de situação, ao identificar as necessidades da USFMN, teve um impacto direto na minha atuação como facilitador da aprendizagem. Este processo exigiu uma pesquisa aprofundada para encontrar a melhor evidência científica, permitindo-me articular conceitos teóricos com as realidades práticas.

Tal como refere Houser (2018), a aplicação de práticas baseadas em evidências na enfermagem é um processo contínuo, que envolve a análise crítica da literatura e a integração dessas evidências na prática clínica. Este processo contribui significativamente para a melhoria dos resultados em saúde. Também Boström et al. (2020) afirmam que a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem resulta num impacto

positivo não só nos resultados dos pacientes, mas também na satisfação da equipa de enfermagem, ao promover uma prática mais reflexiva e informada.

O acesso a múltiplas bases de dados científicas durante os Estágios constituiu um recurso essencial para a consolidação de uma prática clínica fundamentada na evidência. Esta possibilidade permitiu aprofundar o conhecimento sobre diversas temáticas relevantes no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, promovendo uma atuação mais crítica, reflexiva e fundamentada. Como referido anteriormente, a realização do estudo de investigação, o desenvolvimento do estudo de caso com aplicação do MDAIF, a dinamização de ações de formação em serviço e a elaboração de materiais educativos — tais como o flyer e o poster sobre PF, bem como o Manual de Apoio ao Recém-Nascido — representaram oportunidades significativas de análise, reflexão e avaliação das práticas implementadas. Este percurso, para além de contribuir para aumentar a qualidade dos cuidados prestados às famílias, potenciou o meu desenvolvimento pessoal e profissional, reforçando a autonomia na tomada de decisão clínica e promovendo uma atuação alinhada com os princípios da prática baseada na melhor evidência científica disponível.

3.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

As competências específicas do EEECESF, conforme definidas pela OE, estão claramente delineadas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar publicado no Diário da República, II Série, nº 135, de 16 de julho de 2018 (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Este regulamento estabelece um quadro normativo para a certificação das competências destes profissionais, ao mesmo tempo que orienta as pessoas sobre as expectativas em relação aos cuidados prestados por esses enfermeiros especialistas.

Em conformidade com o Regulamento nº 428/2018, são definidas as seguintes competências:

- Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;

- Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

Segue-se uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento das competências adquiridas ao longo dos Estágios, com destaque para as atividades realizadas e as estratégias adotadas. Pretende-se, com esta reflexão, evidenciar de que forma a prática profissional esteve em consonância com os referenciais legais e normativos que orientam o exercício da Enfermagem de Saúde Familiar.

3.3.1 Cuida a Família enquanto Unidade de Cuidados, e de Cada um dos seus Membros ao Longo do Ciclo Vital e aos Diferentes Níveis de Prevenção

O EEECESF, no compromisso com a excelência profissional, orienta-se pelos mais elevados padrões de qualidade, visando a satisfação do indivíduo e/ou família e promovendo a capacitação para uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança. Para esta qualidade ser alcançada, é elementar que o enfermeiro conceba a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade, cooperando, também, para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem.

O descritivo desta competência, “cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”, refere que o EEECESF, “considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação, focando-se na família como um todo, e nos seus membros, individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p. 19357). Para o seu alcance estão identificadas oito unidades de competência:

- Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas;
- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família;
- Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas;
- Desenvolve a prática de Enfermeiro de Família baseada na evidência científica;

- Intervém, de forma eficaz, na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas;
- Facilita a resposta da família em situação de transição complexa;
- Envolve-se de forma ativa e intencional na prática da enfermagem de saúde familiar;
- E formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

O EEECESF possui um papel determinante no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital, trabalha as relações, a estrutura, o funcionamento, as dinâmicas internas da família, bem como o relacionamento com o meio envolvente, estimulando mudanças nos processos de interação intra e inter familiares na promoção da saúde e gestão da doença.

No decorrer dos Estágios, prestei cuidados à pessoa e à família, adotei uma abordagem sistémica, priorizando o estabelecimento de uma relação de parceria fundada no diálogo aberto e na colaboração contínua. Esta postura permitiu a elaboração de planos de ação eficazes, centrados na promoção da saúde, prevenção da doença e na gestão de situações de complexidade, considerando as especificidades de cada caso.

A abordagem adotada valorizou as forças e os recursos internos das famílias, reconhecendo as competências e capacidades dos seus membros, com o objetivo de promover a sua autonomia e facilitar os processos de adaptação e mudança. Esta perspetiva, orientada para a pessoa, permitiu uma compreensão aprofundada da complexidade do sistema familiar, considerando não apenas a sua estrutura, mas também as suas dinâmicas, relações interpessoais e contextos socioculturais que influenciam o seu funcionamento. Desta forma, o processo de cuidado não se limitou à resolução de problemas imediatos, mas procurou promover mudanças duradouras, com um impacto positivo na saúde e bem-estar das famílias.

Tive a oportunidade de prestar cuidados a diferentes famílias, com distintos status sociais, estruturais, organizacionais e comportamentais. O facto de não possuir uma relação prévia com as famílias dificultou, em alguns casos, o desenvolvimento do processo de cuidados, uma vez que a avaliação familiar requer um nível de confiança elevado para que as famílias estejam disponíveis para partilhar as suas preocupações, vulnerabilidades e forças familiares. Para estabelecer uma relação colaborativa, recorri a competências como

empatia, comunicação e colaboração, competências transversais fundamentais para promover um espaço de confiança, permitindo uma interação eficaz e construtiva com as famílias.

Abordei as famílias, tendo em consideração os seus valores, crenças e desejos, gerando um clima de confiança facilitador da relação terapêutica. Procurei conhecer o seu contexto social, os seus recursos, e a comunidade em que estava inserida, tendo presente que um problema ao atingir um dos seus membros se reflete nas relações como um todo. Além disso, tive atenção ao ciclo vital em que se encontravam de forma a identificar as possíveis necessidades e preocupações, favorecendo desta forma a prestação de cuidados mais globais e o mais personalizados possível.

A programação prévia das consultas e das visitas domiciliárias facilitou a obtenção prévia de informações pertinentes referentes à família.

O trabalho em equipa multidisciplinar revelou-se um aspeto fundamental na concretização desta competência. A interação com outros profissionais de saúde facilitou uma abordagem mais abrangente e integrada, assegurando uma resposta mais eficaz às necessidades das famílias. A troca de experiências e a partilha de conhecimentos entre os membros da equipa foram determinantes para o meu crescimento pessoal e profissional, permitindo-me consolidar uma prática de enfermagem centrada na família, baseada na evidência e orientada para ganhos efetivos em saúde.

Para intervir na família é necessária uma avaliação adequada da mesma, e para isso é necessário que sejam colhidos dados pertinentes. Esta recolha de dados realiza-se através de modelos de avaliação familiar que são diversos e facilitam a compreensão da família fornecendo informações pertinentes da mesma. Entre os vários modelos de avaliação familiar utilizados, destaca-se o MDAIF (Figueiredo, 2012).

Tal como refere Pinho et al (2022), a utilização do MDAIF nos CSP é uma ferramenta essencial para os enfermeiros, não só porque facilita a continuidade de cuidados através da compreensão do sistema familiar e do processo de enfermagem resultante, como também alavanca a qualidade dos mesmos. Para além disso, intensifica a visão holística tão característica e necessária à área de saúde.

Através dos instrumentos de avaliação disponíveis no SClínico, aprofundei o conhecimento sobre a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento de cada família, incluindo a sua composição, o tipo de família, a etapa do ciclo vital de Duvall e a

funcionalidade familiar. Essa abordagem orientou-me na formulação de diagnósticos e na definição de intervenções ajustadas a cada contexto familiar, sempre com o objetivo de promover a sua autonomia e capacitação, respeitando as suas necessidades, perspectivas e ritmo.

Ao longo dos Estágios, o desenvolvimento desta competência permitiu-me consolidar a percepção da família como um elemento central na Enfermagem de Saúde Familiar, onde cada membro desempenha um papel crucial para o equilíbrio e bem-estar do grupo. A experiência prática evidenciou a importância de uma abordagem integrada e participativa, que valoriza a capacitação das famílias, ajudando-as a fortalecer a sua autonomia e a lidar de forma mais eficaz com os desafios que surgem ao longo do tempo. Como afirmado por Lima (2023), a promoção da autonomia das famílias é uma das premissas fundamentais da Enfermagem de Saúde Familiar, sendo essencial que os profissionais de saúde ofereçam recursos que permitam às famílias tomar decisões informadas e responsáveis sobre a sua saúde e bem-estar. Essa abordagem também me levou a refletir sobre o papel do EEECESF na implementação de estratégias que não se limitem apenas a responder às necessidades imediatas, mas que visem gerar um impacto positivo e duradouro na saúde das famílias. De acordo com Figueiredo (2023), a Enfermagem de Saúde Familiar deve ser orientada para a criação de soluções sustentáveis que promovam a adaptação das famílias a novos desafios e contextos. Assim, a intervenção do EEECESF deve ser voltada para a transformação contínua e a capacitação das famílias, para garantir a eficácia e continuidade do cuidado.

O acompanhamento contínuo e a proximidade com os utentes permitiram-me compreender melhor a importância de uma intervenção bem estruturada, baseada em modelos de boas práticas e focada num cuidar próximo, humano e adaptado à realidade de cada família. Tal como refere Vilelas (2022), é essencial que a prática em saúde familiar seja fundamentada em modelos teóricos que integrem as necessidades da família, considerando as suas particularidades e o contexto de vida. A intervenção eficaz deve ser dinâmica, ajustando-se às mudanças no ciclo de vida da família e aos desafios que surgem ao longo do tempo.

3.3.2. Lidera e Colabora nos Processos de Intervenção, no Âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar

Para o EEECESF, a competência “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar” traduz-se na capacidade de gerir, coordenar e otimizar os recursos disponíveis, assegurando que os cuidados prestados à família sejam adequados às suas necessidades e promovam o seu bem-estar (Regulamento nº 428/2018, 2018). Aqui, existem duas unidades de competência:

- Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família;
- Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.

A competência em questão foi aprimorada através da análise crítica e compreensão profunda da dinâmica organizacional da USFMN, bem como da sua articulação com outras equipas de saúde. A colaboração interdisciplinar, estabelecida com diversos profissionais — entre os quais enfermeiros, médicos, assistentes técnicos e operacionais —, revelou-se fundamental para assegurar uma resposta eficaz às necessidades dos indivíduos e famílias. Esta abordagem integrada foi um pilar fundamental para garantir uma resposta coordenada e ajustada às especificidades de cada caso. A capacidade de trabalhar em conjunto com outras equipas de saúde permitiu-me uma maior consciência da importância de um cuidado holístico e contínuo, que não se limita ao trabalho individual, mas que envolve uma rede de profissionais. Assim, sempre que se considerou necessário, e com o consentimento da família, procedeu-se ao encaminhamento de indivíduos ou famílias para outros profissionais de saúde, com o intuito de complementar a intervenção e garantir a melhor qualidade de cuidados possível. Esse processo de encaminhamento contribui para uma articulação eficiente entre diferentes níveis de cuidado e facilitou a mobilização de recursos essenciais para a continuidade do tratamento e acompanhamento.

Um exemplo concreto desse processo foi a referência de grávidas para a UCC, com o objetivo de participarem no Curso de Preparação para o Parto e nas aulas de Massagem Infantil. Este encaminhamento evidenciou a importância de se oferecer intervenções que abordam a saúde da mãe e do bebé de forma integrada, reconhecendo as múltiplas dimensões que influenciam o bem-estar familiar. De acordo com Lima (2023), a colaboração interdisciplinar, quando bem coordenada, resulta na criação de estratégias

mais eficazes para lidar com as necessidades complexas das famílias, promovendo, assim, uma saúde integral e contínua.

A articulação entre as equipas de saúde e a integração de recursos é, portanto, um fator decisivo na otimização dos cuidados prestados, possibilitando um atendimento mais completo e adequado às especificidades de cada núcleo familiar. Tal como refere Silva (2021), o EEECESF ao reconhecer as limitações e potencialidades de cada situação, assegura um encaminhamento adequado para outros níveis de cuidados ou para diferentes especialidades, garantindo que a abordagem prestada seja holística e devidamente estruturada.

As atividades desenvolvidas ao longo dos Estágios possibilitaram uma compreensão mais aprofundada e abrangente do funcionamento dos CSP, evidenciando a complexidade inerente à gestão dos cuidados e à necessidade de uma abordagem centrada na família ao longo das diferentes fases do ciclo vital. Esta vivência permitiu consolidar a importância do EEECESF como um profissional de referência, que presta cuidados, desempenhando um papel fundamental na orientação, capacitação e apoio às famílias na gestão da sua saúde. Tive a oportunidade de orientar o processo de intervenção familiar nas diferentes fases do ciclo de vida familiar, gerindo os cuidados de saúde aos diferentes níveis de prevenção, tendo por base os referenciais teóricos e o seu quadro conceptual.

Nos diferentes níveis de prevenção, a abordagem variou conforme as necessidades identificadas. Na prevenção primária, foram realizados cuidados voltados para a prevenção de várias patologias, o incentivo à vacinação, a adoção de medidas e dispositivos de segurança, a prática regular de exercício físico, a alimentação saudável, bem como a evitar o consumo de substâncias nocivas como tabaco e álcool. Na prevenção secundária, concentrei-me na identificação precoce de fatores de risco e na realização de rastreios (como o diagnóstico precoce, o rastreio visual infantil, o rastreio do cancro do colo do útero, incentivar a autovigilância da mama e a realização de rastreios do cancro da mama e do colon e reto), contribuindo para a deteção atempada de condições de saúde que poderiam comprometer o equilíbrio familiar. Foram abordadas questões como a hipertensão arterial, a diabetes e o rastreio oncológico, proporcionando às famílias informações e suporte para a adoção de medidas preventivas adequadas. Relativamente à prevenção terciária, trabalhei na gestão e acompanhamento de famílias que lidavam com doenças crónicas (por exemplo, nas consultas de enfermagem dos grupos de risco de hipertensão arterial e diabetes *Mellitus*) ou situações de dependência, promovendo a

capacitação dos cuidadores formais/informais e fortalecendo a rede de suporte social. Neste contexto, foi fundamental estabelecer um plano de cuidados individualizado, adaptado às necessidades específicas de cada família, garantindo um acompanhamento próximo e contínuo, no sentido de controlar a patologia existente e reduzir a possibilidade das suas complicações.

Na prevenção quaternária a minha atuação foi sempre no sentido de respeitar a autonomia e as decisões dos utentes e famílias, incluindo: o uso racional dos recursos de saúde e a promoção da autonomia da pessoa/família, garantindo que as decisões em saúde fossem informadas e alinhadas com as suas vontades e valores; monitorização do uso adequado dos serviços de saúde, prevenindo consultas, exames e tratamentos desnecessários que pudessem causar mais danos do que benefícios; e apoio nos cuidados paliativos, assegurando que os cuidados fossem proporcionais e respeitassem a dignidade da pessoa e da família. A minha prática refletiu a necessidade de uma abordagem crítica e ética, com foco na segurança e no bem-estar da família, assegurando que os cuidados prestados fossem baseados na melhor evidência disponível e no respeito pela individualidade de cada utente.

Em síntese, todas as atividades desenvolvidas nos Estágios contribuíram de forma significativa para a consolidação de competências fundamentais à prática especializada em Enfermagem de Saúde Familiar. A análise reflexiva deste percurso formativo, à luz dos objetivos delineados no plano de estudos do mestrado — os quais se traduzem em competências profissionais a adquirir — permite afirmar, com fundamento, que o desafio proposto foi plenamente superado. Esta superação traduziu-se num processo evolutivo contínuo, pautado pelo compromisso, rigor e envolvimento ativo de todos os intervenientes. A imersão em contextos reais de prática constituiu uma oportunidade fundamental para aplicar criticamente os conhecimentos teóricos adquiridos, permitindo simultaneamente o aprofundamento de uma abordagem centrada na família. Esta prática foi guiada por princípios de qualidade, ética profissional, sustentada em evidência científica, elementos que contribuíram significativamente para o desenvolvimento de uma intervenção mais consciente, competente e humanizada. As competências, os conhecimentos, as capacidades e atitudes desenvolvidas ao longo deste percurso terão, inegavelmente, um impacto duradouro na construção de uma prática clínica mais informada, reflexiva e sensível às necessidades emergentes das famílias nos CSP. Esta experiência constituiu um marco relevante na minha trajetória profissional, não só pelo

enriquecimento técnico-científico, mas também pelo amadurecimento pessoal e pelo fortalecimento de uma identidade profissional comprometida com a excelência no cuidar.

3.4. OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS PARA O ENVOLVIMENTO ATIVO E INTENCIONAL NA PRÁTICA ESPECIALIZADA E DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

A formação contínua e especializada constitui-se como um pilar fundamental na prática profissional do EE, sendo imprescindível para garantir cuidados de saúde de elevada qualidade, fundamentados na melhor evidência científica disponível (OE, 2021). Durante a componente letiva do mestrado, e ao longo dos Estágios, esta premissa foi constantemente valorizada e operacionalizada.

O percurso formativo foi marcado por um compromisso firme com a aquisição e aprofundamento de conhecimentos, refletindo a consciencialização da necessidade de desenvolvimento contínuo de competências clínicas, comunicacionais, éticas e relacionais. Os Estágios constituíram um espaço fundamental para a consolidação das aprendizagens adquiridas, ao permitir a aplicação concreta dos conhecimentos teóricos em situações reais. Este processo foi enriquecido pela reflexão crítica constante sobre a complexidade e diversidade dos desafios enfrentados no dia a dia clínico, favorecendo o desenvolvimento de competências práticas, a tomada de decisões informadas e o aprimoramento contínuo da atuação profissional. Este processo contribui, de forma decisiva, para o reforço de uma prática profissional especializada, centrada na promoção da saúde, na prevenção da doença e na resposta eficaz às necessidades emergentes das pessoas e famílias, num quadro de proximidade e humanização do cuidado.

A participação ativa na divulgação científica destacou-se como um elemento central do percurso formativo, refletindo o compromisso com a partilha de conhecimento e com a valorização do papel do EEECESF enquanto agente de transformação na prática clínica. Estas contribuições evidenciam não apenas o envolvimento ativo na disseminação de conhecimento, mas também o fortalecimento da identidade profissional enquanto EE em formação, comprometida com a produção e partilha de saber científico. Neste contexto, destacam-se as seguintes iniciativas:

- Apresentação oral

“Comunicação entre Equipas – Um Contributo para a Enfermagem de Saúde Familiar”. Comunicação oral apresentada no International Congress Family Health (Anexo III);

“*Intervenção dos Enfermeiros de Saúde Familiar na Transição para a Parentalidade: Scoping Review*”. Comunicação oral apresentada no VI Congresso Internacional de Enfermagem De Saúde Familiar (Anexo IV); e

“*Supervisão Clínica – Um Desafio para a Enfermagem de Saúde Familiar: Scoping Review*”. Comunicação oral apresentada no VI Congresso Internacional de Enfermagem De Saúde Familiar. (Anexo V).

- Apresentação em poster

“A Família como Unidade de Cuidados: Estudo de Caso”. Poster apresentado no International Congress Family Health (Anexo VI).

Paralelamente, a seleção e participação em ações formativas ao longo do mestrado e dos Estágios foram orientadas por critérios de relevância clínica, pertinência científica e impacto direto na prática, potenciando também o desenvolvimento das competências previstas no perfil do EEECESF. Assim, a formação contínua assumiu-se não apenas como um meio de atualização profissional, mas como um imperativo ético e técnico para a consolidação de uma prática de excelência, adaptada aos desafios contemporâneos dos CSP. Deste modo, importa realçar a participação em eventos científicos que concretizaram este compromisso:

Formação Especializada em Enfermagem: Que desafios em contexto(s) de mudança? Conferência proferida pela Professora Doutora Lucília Nunes, organizada pela ESS – IPVC, na abertura do segundo ano do Mestrado, realizada no auditório da ESS no dia 2 de outubro de 2024;

XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Por uma vida melhor”, realizada no auditório da ESS do Vale do Ave, em Vila Nova de Famalicão, nos dias 28 e 29 de novembro de 2024 (Anexo VII);

International Congress Family Health (ICFH’25), realizada na ESS da Universidade de Aveiro, nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025 (Anexo VIII);

VII Encontro Internacional de História da Enfermagem – Guardiões de Higeia: Legado Histórico da Enfermagem Comunitária, organizado pela Sociedade Portuguesa de

História da Enfermagem, na ESS – IPVC, no auditório da ESS, nos dias 7 e 8 de março de 2025 (Anexo IX); e

VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, realizado na ESS Santa Maria, no Porto, nos dias 29,30 e 31 de maio de 2025 (Anexo X).

Estas experiências, formativas e científicas, foram determinantes para o enriquecimento do meu percurso académico e profissional, promovendo a integração do conhecimento teórico com a prática e reforçando a importância da atualização contínua no exercício de uma enfermagem especializada e baseada na evidência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho marca a conclusão de um percurso acadêmico e profissional exigente, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ao longo dos Estágios que integram o plano deste Curso e do processo de investigação, foi possível consolidar competências comuns ao EE e competências do EE na área do Mestrado, com especial ênfase na intervenção junto das famílias e no desenvolvimento de ações promotoras da parentalidade, no contexto dos CSP.

A experiência adquirida nos Estágios proporcionou vivências enriquecedoras e profundamente significativas, permitindo uma compreensão alargada da complexidade inerente ao trabalho em equipa multidisciplinar, da importância da continuidade dos cuidados e da capacidade do enfermeiro para estabelecer relações terapêuticas efetivas com as famílias. Esta experiência contribuiu, igualmente, para o reconhecimento do EEECESF como agente de mudança, assumindo um papel determinante na promoção da saúde, na prevenção da doença e na abordagem dos determinantes sociais da saúde.

No domínio da investigação, os resultados obtidos evidenciaram que, apesar do elevado envolvimento dos enfermeiros no apoio à parentalidade, as intervenções implementadas revelam lacunas ao nível da sistematização, da avaliação formal e da sustentação institucional. Identificou-se, assim, a necessidade premente de reforçar a formação específica nesta área, desenvolver e implementar protocolos orientadores, bem como fomentar a articulação intersetorial, assegurando práticas clínicas fundamentadas na evidência científica e ajustadas às especificidades das famílias.

De forma global, este trabalho contribuiu para o desenvolvimento de competências clínicas, investigativas e reflexivas, reforçando a importância de uma prática profissional crítica, fundamentada e sensível às necessidades emergentes da comunidade. Evidencia-se, assim, que os cuidados de saúde familiar exigem uma abordagem holística, humanizada e centrada no bem-estar ao longo do ciclo vital da pessoa e da família. Neste sentido, o EEECESF assume um papel fulcral na construção de comunidades mais saudáveis, coesas e resilientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamakidou, T. (2023). O modelo de Calgary para a avaliação e intervenção na família [Capítulo]. In T. Adamakidou, *Manual de avaliação da saúde familiar nos cuidados de enfermagem domiciliários* [Manual de licenciatura]. Kallipos, Edições Académicas Abertas. <https://hdl.handle.net/11419/9403>
- Algül, G., & Kılıçarslan, E. (2024). *Effects of School-Based Interventions Implemented by Nurses for Children Aged 3-6 Years: A Systematic Review of Experimental Evidence*. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 31(3), 277–287. <https://doi.org/10.17343/sdutfd.1498527>
- Araújo, G., & Rocha, C. (2025). *A importância da parentalidade positiva no processo de autointegração e de aprendizagem do ser humano*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto. Comunicação apresentada no IV Simpósio Luso-Brasileiro de Estudos da Criança. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/125569/2/377266.pdf>
- Aryuwat, P., Holmgren, J., Asp, M., Lövenmark, A., Radabutr, M., & Sandborgh, M. (2024). *Factors associated with resilience among Thai nursing students in the context of clinical education: A cross-sectional study*. *Education Sciences*, 14(1), 78. <https://doi.org/10.3390/educsci14010078>
- Bales, R. F., & Parsons, T. (2014). *Family: Socialization and Interaction Process*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315824307>
- Belsky, J., & de Haan, M. (2011). Annual research review: Parenting and children's brain development: The end of the beginning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 409-428. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02281.x>
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). *A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora* [Primary health care reform in Portugal: Portuguese, modern and innovative]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701–712. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Bornstein, M. H. (2016). *Determinants of parenting*. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (pp. 3-28). Routledge.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.

- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Basic Books.
- Boström, A. M.; Wallin, L.; Nordström, G.; Ruoch, M.; Günther, D. (2020). *Implementing Evidence-Based Nursing Practice: A National Survey of Nurses - Experiences in Sweden*. *Journal of Advanced Nursing*, v. 76, nº. 2.
- Bredemeyer, A. B., Silva, F. M., & Souza, L. C. (2023). *The impact of lactation education for nurses on infant breastfeeding rates during the early postnatal period*. *Journal of Neonatal Nursing*, 30(1). <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2023.07.017>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press.
- Buchanan, G., Sullivan, E., Berkel, C., Breitenstein, S., Feinberg, E., Valado, T., & Willis, D. (2023). *Implementing Parenting Programs in Primary Care: A Framework and a Call for Action*. *Academic Pediatrics*, 23(7), 1315–1325. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2023.04.006>
- Buchanan-Pascall, S., Melvin, G. A., Gordon, M. S., & Gray, K. M. (2023). *Evaluating the Effect of Parent-Child Interactive Groups in a School-Based Parent Training Program: Parenting Behavior, Parenting Stress and Sense of Competence*. *Child Psychiatry and Human Development*, 54(3), 692-710. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01276-6>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Implementation evaluation: Assessing efficiency, effectiveness, and impact of public health programs. Preventing Chronic Disease*, PCD Collection. https://www.cdc.gov/pcd/collections/Implementation_Evaluation.htm
- César-Santos, B., Bastos, F., Dias, A., & Campos, M. J. (2024). *Family Nursing Care during the Transition to Parenthood: A Scoping Review*. *Healthcare*, 12(5), 515. <https://doi.org/10.3390/healthcare12050515>
- Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2014). *Estudo nº 1: O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem*. <http://www.ncpi.org.br>.
- Coutinho, C. P. (2019). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2.a Edição). Edições Almedina, S.A.

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Quarteto Editora.

Decreto-Lei n.º 28/2008. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. 22 de fevereiro de 2008. Diário da República n.º 38/2008, Série I, 1182–1189. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Decreto-Lei n.º 103/2023. *Presidência do Conselho de Ministros*. 7 de novembro de 2023 (2023). Diário da República n.º 215/2023, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>

Decreto-Lei n.º 157/99. *Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde e institui a matriz organizativa baseada nas Unidades de Saúde Familiar*. 10 de maio. (1999). Diário da República, 1.ª série, n.º 109. <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/108501738/202204211233/73834731/diploma/indice>

Dellafiore, F., Caruso, R., Cossu, M., Russo, S., Baroni, I., Barello, S., Vangone, I., Acampora, M., Conte, G., Magon, A., Stievano, A., & Arrigoni, C. (2022). *The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), Article 7. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074382>

Despacho n.º 5613/15 de 27 de maio (2015). *Diário da República n.º 102/15 – II série*. Ministério da Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021). *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Utentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. Diário da República n.º 187/2021, Série II (2021-09-24), (96-103). <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Utentes-2021-2026.pdf>

Enebeli, M. O., Saint, V., & Hämel, K. (2024). Nurses' health promotion practices in rural primary health care in Nigeria. A qualitative study. *Health Promotion International*, 39(5), 1–10. <https://doi.org/10.1093/heapro/daae120>

Fareleira, F., Xavier, M. R., Velte, J., Teixeira, A., & Martins, C. (2021). Parenting, child development and primary care—‘Crescer em Grande!’ intervention (CeG!) based

- on the Touchpoints approach: a cluster-randomised controlled trial protocol. *BMJ Open*, 11(5), e042043. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042043>
- Fermo, V. C., Alves, T. F., Boll, J. E. W., & Tourinho, F. S. V. (2021). Consulta de enfermagem no enfrentamento da COVID-19: Experiências na atenção primária à saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 23, 1-7. <https://doi.org/10.5216/ree.v23.65893>
- Ferreira, J., Almeida, P., & Costa, M. (2023). *Gestão e liderança em enfermagem: desafios e oportunidades*. Editora Saúde Integral.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lusodidacta.
- Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Lidel.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência.
- França, J. S. (2022). *Aspectos da parentalidade e o papel da atenção primária em saúde* [Monografia de especialização, Universidade Federal de Ouro Preto]. Repositório Institucional da UFOP. <http://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/4061>
- Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. Instituto Piaget.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (s.d). Pordata. https://www.pordata.pt/sites/default/files/2024-06/Municipios_Populacao_residente_segundo_os_Censos_total_e_por_grandes_grupos_etarios.xlsx
- Gálvez, A., Lima-Serrano, M., Allande-Cussó, R., Costanzo-Talarico, M., García, M. M., Bueno-Ferrán, M., Fernández-García, E., D'Agostino, F., & Romero-Sánchez, J. (2024). *Enhancing nursing care through technology and standardized nursing language: The TEC-MED multilingual platform*. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29, 1–9. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12493>
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

- Goldberg, L., Rankine, J., Devlin, B., Miller, E., & Ray, K. N. (2023). *School Nurse Perspectives on Collaboration With Primary Care Providers*. *Journal of School Health*, 93(8), 717–725. <https://doi.org/10.1111/josh.13325>
- Gomes, R., Silva, C., & Mendes, L. (2021). *A importância da liderança no contexto da enfermagem: impacto na qualidade dos cuidados prestados*. *Revista de Gestão em Saúde*.
- Graça, L. C. C., Marques, M. A. A., Viana, M. C. C., Calvinho, M. S. E., Cerqueira, M. M. A., & Sousa, S. C. S. (2021). *Normas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos*. Viana do Castelo. https://www.ipv.pt/ess/wp-content/uploads/sites/6/2022/05/Proposta-normas_trabalhos.-rev.-14-04-2022.pdf
- Guia Orientador/Protocolo de Estágio 2024/2025 (2024). *Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Hohman, E., Hernandez, E., Dadzie, A., Master, L., Anzman-Frasca, S., Savage, J., Buxton, O., & Paul, I. (2023). Responsive Infant Parenting Intervention and Child Sleep at Age 6 Years. *Sleep*, 46(1), 338–339. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsad077.0767>
- Houser, J. (2018). *Nursing Research: Reading, Using, and Creating Evidence*. 4. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Instituto Politécnico de Viana do Castelo. (2024). Despacho n.º 12223/2024, de 16.10.2024: *Procede à aprovação das Normas Regulamentares dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo*. Diário da República. [Despacho-n.o-12223-2024_Normas-Regulamentares-Mestrados-IPVC.pdf](https://www.dre.pt/II-2024/10/16/12223-2024-normas-regulamentares-mestrados-ipvc.pdf)
- Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2010). *Understanding barriers to evidence-based assessment: Clinician attitudes toward standardized assessment tools*. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 39(6), 885-896. <https://doi.org/10.1080/15374416.2010.517169>

- Kaufman, J., Ryan, R., Walsh, L., Horey, D., Leask, J., Robinson, P., & Hill, S. (2018). *Face-to-face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018(5), CD010038. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010038.pub3>
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). *Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care*. Maternal and Child Health Journal, 16(2), 297-305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>
- Łada-Maśko, A., Sajewicz-Radtke, U., Jurek, P., Olech, M., Radtke, B. M., & Lipowska, M. (2025). *(Non)specific interaction patterns in families raising a child with disability or chronic illness: A latent profile analysis*. Frontiers in Psychology, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1555879>
- Lima, I. M. P. (2018). *Promover a parentalidade positiva – O Triple P em Portugal*. Comunicação apresentada no VI Seminário Internacional Cognição, Aprendizagem e Desempenho, Instituto de Educação, Universidade do Minho, 28-29 de junho de 2018. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/117087/2/289945.pdf>
- Lima, L. R. (2023). *A Importância Da Pesquisa Científica No Ensino Superior*. Revista Expressão Católica, [S.L.], Volume 12, Nº. 1. Doi: 10.25190/Rec.V12i1.442. <https://doi.org/10.25190/rec.v12i1.442>
- Lucília, N., & Guida, A. (2022). *Sobre fundamentos do agir profissional em Enfermagem. Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41867/1/Sobrefundamentos%20_EDDP%20I%20_%20vol%20I_%20Etica%20e%20Dlimaeontologia%20set2022_compr.pdf
- Manual de Acolhimento para Profissionais de Saúde e Alunos de Medicina e Enfermagem. (2023). Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva.
- Martins, S. P. (2019). *Perceções de pais e profissionais de saúde dos apoios à parentalidade positiva. Um estudo das dimensões e determinantes das necessidades de apoio*. [Tese de Doutoramento em Estudos da Criança, Universidade do Minho]. Repositório Aberto da Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/66109>

- Martins, S., Augusto, C., Silva, M. J., Duarte, A., Martins, F., & Rosário, R. (2022). Parentalidade positiva e a sua relação com o desenvolvimento socioemocional em crianças. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 9 (Esp.), 118–131. <https://www.redalyc.org/journal/6952/695272675016/ht>
- Meira, C. T. C. (2023). *O enfermeiro especialista na promoção da parentalidade em pais de crianças internadas* [Relatório de estágio de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da UCP. <http://hdl.handle.net/10400.14/45641>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., & Dean, S. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, P. (2021). *A sexualidade e o contributo do enfermeiro de família para o desenvolvimento social*. Just News. <https://justnews.pt/artigos/sexualidade-enfermagem-e-desenvolvimento-social>
- Moller, N., Tellegen, C. L., Ma, T., & Sanders, M. R. (2024). *Facilitators and Barriers of Implementation of Evidence-Based Parenting Support in Educational Settings*. *School Mental Health*, 16(1), 189–206. <https://doi.org/10.1007/s12310-023-09629-3>
- National Academies of Sciences, E., Education, D. of B. and S. S. and, Board on Children, Y., Children, C. on S. the P. of Y., Breiner, H., Ford, M., & Gadsden, V. L. (2016). *Parenting Knowledge, Attitudes, and Practices*. En *Parenting Matters: Supporting Parents of Children Ages 0-8*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK402020/>
- National Academies of Sciences, E., Medicine, N. A. of, Nursing 2020–2030, C. on the F. of, Flaubert, J. L., Menestrel, S. L., Williams, D. R., & Wakefield, M. K. (2021). *The Role of Nurses in Improving Health Equity*. En *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573898/>

- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Parenting matters: Supporting parents of children ages 0–8*. H. Breiner, M. Ford, & V. L. Gadsden (Eds.). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/21868>
- Néné, M. & Sequeira, C (2022). *Investigação em Enfermagem- Teoria e Prática*. Lidel Edições.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *A Importância do Exercício da Parentalidade para o Bebê*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11017/24-fev-2019.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Parentalidade na Primeira Infância: Um Investimento para toda a vida*. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://www.paho.org/>
- Organização Mundial da Saúde. (2025). *Cuidados de saúde primários: Conceito e importância global*. <https://www.who.int/>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Parentalidade na Primeira Infância: Um Investimento para toda a vida*. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://www.paho.org/>

- Özcan, E., & Temiz, S. (2025). *The impact of nursing care based on transition theory on maternal role performance and parental self-efficacy in primiparous women: a randomized controlled study*. BMC Nursing, 24(1), 377. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03054-4>
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12.^a ed.). AMGH Editora. <https://archive.org/details/desenvolvimento-humano/page/n1/mode/2up>
- Pedrosa da Carpinteira, S. F., Ortiz Sanchez, M. C., Pereira, M. J., & Ribeiro de Castro, M. (2014). *Os modelos teóricos nos serviços de enfermagem na visão dos enfermeiros da assistência: Um estudo exploratório*. ACC CIETNA – Revista Acadêmica de Ciencias de la Salud, 1(2), 75–91. <https://doi.org/10.35383/cietna.v1i2.158>
- Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). *Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 22(suppl 2), 1525–1534. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
- Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., Sousa, S., Vilar, A.I., Figueiredo, M.H. (2022). *Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar aos Cuidados Continuados*. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, <https://doi:10.37914/riis.v5i2.182>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar*. Edição revista e atualizada. Lisboa. https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Portugal. Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Circular Normativa n.º 10/2013, de 31 de maio. Ministério da Saúde. [PNSIJ-2.pdf \(mgpfamiliar.net\)](https://www.mgpfamiliar.net/PNSIJ-2.pdf)
- Portugal. Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). Jornal Oficial

- da União Europeia, L 119, 1–88. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>
- Portugal. Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Guia para pais*. SNS 24. <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/prevencao-e-cuidados-de-saude/guia-para-pais/>
- Regulamento n.º 428/2018 - *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República: II Série, n.º 135 de 2018-07-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento nº 140/2019 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República: II série, nº. 26 de 2019-02-06. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Reis, F. (2010). *Como elaborar uma dissertação de mestrado*. Lisboa: Pactor.
- Reticena, K. de O., Yabuchi, V. do N. T., Gomes, M. F. P., Siqueira, L. D., Abreu, F. C. P. de, & Fracolli, L. A. (2019). *Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 27, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3031.3213>
- Reticena, K. de O., Gomes, M. F. P., & Fracolli, L. A. (2022). *Promoção da parentalidade positiva: Percepção de enfermeiros da atenção básica*. Texto & Contexto Enfermagem, 31, e20220203. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0203pt>
- Ribeiro, S. E. (2018). *Capacitação parental: o cuidar à criança/jovem com doença crónica* [Relatório de estágio de mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/23411>
- Rocha, L. & Almeida, P. (2023). *Gestão de Cuidados e Modelos Organizacionais em Enfermagem: Desafios e Estratégias na Prática Profissional*. Editora Saúde e Conhecimento.

- Rodrigo, M.J., Amorós, P., Arranz, E., Hidalgo, V., Máiquez, M.L., Martín, J.C., Martínez, R.A. & Ochaita, E. (2014). *Guía de buenas prácticas en parentalidad positiva*.
https://familiasenpositivo.org/system/files/guia_de_buenas_practicas_2015.pdf
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., & Martín-Quintana, J. C. (2005). *Buenas Prácticas Profesionales*. https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/BuenasPractParentalidadPositiva_0.pdf
- Rojas-Torres, L. P., Alonso-Esteban, Y., & Alcantud-Marín, F. (2020). *Early Intervention with Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Review of Programs*. *Children*, 7(12), 294. <https://doi.org/10.3390/children7120294>
- Sánchez Pina, C., Cuervo Valdés, J. J., Garrido Torrecillas, J., Martín Delgado, M. I., Cortés Rico, O., Esparza Olcina, M. J., & Mengual Gil, J. M. (2023). *Avanzamos en salud gracias a la aplicación salud infantil papi: programa de actividades preventivas de la infancia y adolescencia*. *Anales de Pediatría*, 98(1), 59. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.11.004>
- Sánchez-Muñoz, F., Fernández-Medina, I. M., Ventura-Miranda, M. I., Ortega-Galán, Á. M., Jiménez-Lasserrotte, M. D. M., & Ruíz-Fernández, M. D. (2024). *An Overview of Family and Community Nurse Specialists' Employment Situation in Spain: A Qualitative Study*. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(22), 2268. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222268>
- Santos, A., & Oliveira, T. (2022). *Liderança e gestão de recursos na enfermagem: estratégias para um serviço eficiente*. *Journal of Nursing Management*.
- Seabra-Santos, M. J., Azevedo, A. F., Homem, T. C., Sousa, D. S., Baptista, E., Pimentel, M., Major, S. O., & Gaspar, M. F. (2019). *Promoção de parentalidade positiva nos cuidados de saúde primários: Formação de profissionais*. *Psychology, Community & Health*, 8(1), 45–59. <https://doi.org/10.5964/pch.v8i1.257>
- Serra, M. A. C. C. (2016). *Promoção da parentalidade potenciadora do desenvolvimento infantil* [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Saúde de Santarém]. <https://www.pdfdrive.to/dl/promocao-da-parentalidade-potenciadora-do-desenvolvimento-infantil-marisa-alexandra-calado>

- Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9824>
- Silva, B. P., Macêdo, E. D., & Nunes, J. S. S. (2022a). *Programa de crescimento e desenvolvimento infantil nas unidades básicas de saúde: A percepção dos responsáveis e dos profissionais de enfermagem*. *Research, Society and Development*, 11(16), e153111638065. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38065>
- Silva, C. M. L., Paiva, J. da S., Costa, E. C., Queiroz, T. A., Nepomuceno, S. dos R., Pereira, A. E. E., Braga, H. F. G. M., Santos, A. C. dos, Paiva, A. C. M., Lima, F. D. P. D. de, Alcântara, J. T. de, Lima, H. de F., Silva, N. E. da, Gadelha, E. S., & Falcão, K. da C. (2022b). *Difficulties faced by the nurse manager in the primary health care unit*. *Research, Society and Development*, 11(4), e18911427248. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27248>
- Silva, M. M., Gavinhos, M. S. A., Neves, V. F. H. P., & Camarneiro, A. P. F. (2021). *Fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade*. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 20–32.
- Silva, R. A. C. P. (2021). *Avaliação e intervenção familiar em famílias com uma pessoa dependente: o contributo do enfermeiro de família* [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/24633>
- Smith, J. D., Cruden, G. H., Rojas, L. M., van Ryzin, M., Fu, E., Davis, M. M., Landsverk, J., & Brown, C. H. (2020). *Parenting Interventions in Pediatric Primary Care: A Systematic Review*. *Pediatrics*, 146(1), e20193548. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3548>
- Sousa, D. S. N. de. (2016). *Formação sobre parentalidade nos cuidados de saúde primários: Levantamento de necessidades e avaliação do impacto nas redes (in)formal dos profissionais* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <https://hdl.handle.net/10316/33378>
- Statistical Package for the Social Sciences. (2025). *SClínico Cuidados de Saúde Primários (CSP)*. <https://www.spms.min-saude.pt/>

- Stuart, A. C., Egmore, I., & Smith-Nielsen, J. (2021). *Supportive parenting and social and behavioral development: Does classroom emotional support moderate?* *Journal of Applied Developmental Psychology*, 77, 101331. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2021.101331>
- ULSAM. (2025) *Breve apresentação da ULSAM, E.P.E. - ULS do Alto Minho*. Retrieved May 12, 2025, from <https://www.ulsam.min-saude.pt/institucional/missao-visao-e-valores/>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª edição). Edições Sílabo, Lda.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª edição). Edições Sílabo, Lda.
- World Health Organization. (2018). *Parenting for Lifelong Health*. WHO. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/parenting-for-lifelong-health>
- World Health Organization. (2023). *WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent–child relationships with children aged 0–17 years*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240065505>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F. A. Davis Company.

ANEXOS

Anexo I - Questionário das práticas de apoio à parentalidade no contexto dos CSP

1. No seu contexto de trabalho, existem iniciativas de apoio à parentalidade?

☐ Sim

☐ Não

2. Se respondeu “sim” na questão anterior assinale com que frequência desenvolve as seguintes iniciativas de apoio à parentalidade dirigidas a pais e mães de crianças até aos 6 anos, na instituição de saúde onde trabalha?

	Nunca	Poucas Vezez	Algumas Vezez	Quase sempre
1. Dinamização de ações para pais em colaboração com outras instituições (Escolas, CPCJ, Serviços de Apoio Social)				
2. Divulgação de informação específica para pais com filhos através de:				
2.1. Folhetos e cartazes				
2.2. Sites, blogs, aplicações.				
3. Sessões abertas (eg. Palestras) dinamizadas por convidados externos ao serviço.				
4. Sessões temáticas de interesse para pais de iniciativa dos próprios profissionais do centro/unidade de saúde:				
4.1. Desenvolvimento da criança (nutrição, higiene, sono, etc.)				
4.2. Comportamento				
4.3. Práticas parentais				
5. Programas de apoio à parentalidade sem manual de aplicação.				
6. Programas de apoio à parentalidade com manual de aplicação. Qual? _____				
7. Horário e espaço específicos do atendimento para ouvir e responder a questões e dúvidas dos pais.				
8. Registo em formulário próprio das necessidades percecionadas na parentalidade.				
9. Chamadas telefónicas				
10. Visitas domiciliárias				

3. Na sua prática profissional com que frequência aborda estas questões na sua intervenção com os pais?

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre
Os laços afetivos na relação pais e filhos				
As rotinas e os hábitos no ambiente familiar				
As regras e os limites na educação das crianças				
Necessidades de apoio e orientação nos aspetos relacionados com a aprendizagem formal e informal dos filhos				
Conhecimento e atenção aos interesses dos filhos				
A participação da criança nas decisões familiares				
A sensibilidade materna/paterna às características dos filhos				
A educação sem violência				
A autonomia dos filhos				
A gestão partilhada das tarefas parentais				
O tempo dedicado ao papel de mãe/ pai				
Os sentimentos de satisfação e competência com o papel parental				
A comunicação e envolvimento da família alargada				
O uso dos recursos comunitários (serviços de saúde, creche e J.I., espaços de lazer, etc.)				

4. Que motivos estão associados às ações dirigidas ao apoio à parentalidade?

	Nunca	Poucas Vezes	Algumas vezes	Quase sempre
Estudos prévios da população para detetar necessidades formativas e interventivas das famílias.				
Pedidos e sugestões dos utentes do Centro/Unidade de Saúde				
Interesse dos profissionais do Centro/Unidade de Saúde tendo em conta a informação e conhecimento das famílias				
Colaboração com outras instituições da comunidade (CPCJ, Escolas, Serviços Sociais).				
Outro? Especifique: _____.				

5. A quem são dirigidas estas iniciativas de apoio?

- ☐ A todos os utentes do Centro/Unidade de Saúde
- ☐ A quem se mostra interessado
- ☐ Pais e mães com necessidades específicas
- ☐ Indicados por outros profissionais (Serviços Sociais, Escolas, CPCJ).

6. Estas iniciativas são apoiadas pelo Conselho Técnico da unidade de saúde?

Sim ☐

Não ☐

7. Estas iniciativas são realizadas dentro do seu horário de trabalho?

Sim ☐

Não ☐

8. Se "não", tem compensação horária?

Sim ☐

Não ☐

9. Relativamente à avaliação destas ações, indique, em que medida acontecem os seguintes aspetos:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre
Recurso a técnicas (eg. questionários, entrevistas) que permitam a avaliação das ações realizadas.				
Registo da assiduidade e interesse dos pais				
Registo de dados dos participantes (caraterísticas sociodemográficas, motivos para a participação etc.)				
Recolha de informação acerca do profissional que dinamiza a ação (qualificação, experiência, etc.)				
Recolha de informação, durante o decurso das ações, no sentido de perceber se esta responde e se ajusta às necessidades da população				
Análise e avaliação do impacto destas ações na parentalidade.				
Análise e avaliação do impacto destas ações no desenvolvimento profissional e qualidade do serviço.				
Avaliação do grau de satisfação das famílias participantes.				

**Anexo II - Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM para a realização do
estudo de investigação**

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 41/2024 -CES	Pág. 1 de 2
--	--	-------------

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: N.º 37/2024 - 24/07/2024	Solicitado pelo Conselho de Administração
Assunto: Apoio à Parentalidade – Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários.	Em nome do(s) investigador(es): Patrícia Gomes Cardoso, mestrande em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

“O estudo proposto é um estudo do tipo observacional, descritivo e transversal e tem como objetivo principal caracterizar a perceção dos enfermeiros de CSP sobre as suas práticas na promoção da parentalidade. Tem ainda como objetivos específicos: (1) identificar as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros na promoção da parentalidade; (2) identificar os temas abordados pelos enfermeiros na promoção da parentalidade; (3) identificar a motivação dos enfermeiros para uma prática promotora da parentalidade; e (4) identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a avaliação da eficácia das intervenções na promoção da parentalidade.

Pretende-se realizar este estudo em 7 unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde, da Unidade Local de Saúde do Alto Minho - USF Margens do Neiva, USF Arquis Nova, UCSP de Darque, UCSP de Viana do Castelo, USF Cuidarte, USF Gil Eanes e USF Tiago de Almeida. A população são todos os enfermeiros de CSP a exercer funções nessas unidades, num total de 61 enfermeiros. A amostra será coincidente com a população alvo, sendo uma amostra não aleatória, de conveniência.

Os critérios de inclusão são: enfermeiros na prestação de cuidados nos CSP (USF ou UCSP) há mais de um ano, que atendam crianças até aos 6 anos e que aceitem participar no estudo. A participação será informada e voluntária. Serão excluídos os enfermeiros que não preencham integralmente o questionário.

O instrumento de colheita de dados é constituído por duas partes: a caracterização sociodemográfica dos participantes e o questionário das práticas de apoio à parentalidade no contexto dos CSP. Será garantida a anonimização dos dados, pela codificação dos respetivos instrumentos de recolha de dados de forma numérica sequencial, sem possibilidade de estabelecer ligação com o participante. Os dados serão guardados num computador protegido por palavra-passe com acesso apenas à equipa de investigação, e serão destruídos, um ano após a conclusão do estudo, assim como os documentos de recolha de dados e o consentimento informado de todos os participantes.

As análises estatísticas do conjunto de dados recolhidos serão realizadas com recurso ao programa IBM® SPSS. Para a análise dos dados serão utilizados procedimentos de estatística descritiva, nomeadamente a distribuição de frequências absolutas e relativas para qualquer tipo de variável, associando-se as medidas de tendência central (média, desvio-padrão e moda) para o estudo das variáveis quantitativas de razão contínuas.

De acordo com o cronograma apresentado, a recolha de dados iniciar-se-á após a aprovação do estudo pela Comissão de Ética e Saúde da ULSAM, estando a entrega do trabalho final prevista para junho de 2025.”

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 41/2024 -CES	Pág. 2 de 2
--	--	-------------

2. Fundamentação

“Segundo o Comité Científico do Núcleo Ciência pela Infância (2014), a Primeira Infância, idade compreendida entre os 0 a os 6 anos, é um período decisivo onde ocorre o desenvolvimento de estruturas e circuitos cerebrais, bem como a aquisição de capacidades básicas que irão permitir o aperfeiçoamento de habilidades futuras mais complexas. Este período de desenvolvimento tem uma peculiaridade: os pais são os principais responsáveis por proporcionarem o desenvolvimento destas capacidades. Oferecer apoio aos pais no desenvolvimento da parentalidade contribui para o bem-estar das crianças, fortalece os laços da família e estabelece valores sociais fundamentais para a formação de cidadãos mais saudáveis. Neste âmbito, é fundamental que o enfermeiro identifique a sua prática no apoio à parentalidade, no sentido de a validar ou melhorar. Associada a esta necessidade, a investigadora tem motivação pessoal e profissional por ser uma área de grande interesse na saúde familiar e na prática diária de cuidados de enfermagem nos CSP.”

3. Conclusão/parecer

De acordo com o investigador, a colheita de dados será feita com total anonimização de dados identificadores, assumindo-se assim, que a confidencialidade dos dados está salvaguardada, pelo que se emite parecer favorável à realização do estudo proposto.

Após a conclusão do projeto a equipa investigadora deverá comunicar à CES o seu término.

Nota: Referências bibliográficas:

Foram apresentadas 14 referências bibliográficas. Foram ainda apresentados os modelos do consentimento informado e dos questionários a utilizar no estudo proposto.

Relator(es)	Leonor Noronha Rego
Ratificado em reunião do dia	26/09/2024
Enviado parecer: ____ / ____ / ____	

26/09/24 O Presidente da CES

DR. CARLOS RIBEIRO
Presidente da CES

Projeto de investigação "Apoio à Parentalidade – Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários"

De Secretariado do Conselho de Administração <administracao@ulsam.min-saude.pt>

Data sex, 22/11/2024 14:55

Para Patrícia Gomes Cardoso <patricia.gomes.cardoso@ulsam.min-saude.pt>

Cc Cristina Roque <cristina.roque@ulsam.min-saude.pt>

Exma. Senhora
Patrícia Gomes Cardoso

Em resposta ao pedido de autorização para efetivação do projeto de investigação "*Apoio à Parentalidade – Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários*", comunica-se que o Conselho de Administração deliberou **aprovar** o referido projeto de investigação, na sessão do dia 21.11.2024.

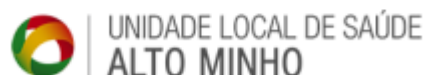
Com os melhores cumprimentos,

O Secretariado do Conselho de Administração

Ana Cristina Amorim

Secretariado do Conselho de Administração

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE

Estrada de Santa Luzia 4900-408 Viana do Castelo | 4900-408 Viana do Castelo

T: 258 802 166 | E: 258802166 - 258802276 | M:

www.ulsam.min-saude.pt

**Anexo III – Certificado Da Comunicação Oral “Comunicação Entre Equipas - Um
Contributo Para A Enfermagem De Saúde Familiar”**

CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

PATRÍCIA CARDOSO, SÓNIA PEREIRA, BEBIANA LOPES, SUSANA FERREIRA, CÂNDIDA CRACEL

participaram no **International Congress Family Health (ICFH'25)** com uma comunicação oral intitulada:
"COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPAS - UM CONTRIBUTO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR", que
decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime
misto (presencial/virtual).

Aveiro, 27 de fevereiro de 2025



Diretor ESSUA/UA
(Prof. Doutor Rui Costa)



Presidente da Comissão Científica
(Profª Doutora Helena Loureiro)

Anexo IV – Certificado da Comunicação Oral “Intervenção dos Enfermeiros de Saúde Familiar na Transição para a Parentalidade: Scoping Review”

CINESF
**VI CONGRESSO
INTERNACIONAL**

Enfermagem de Saúde Familiar

29 a 31
MAIO 2025
PORTO



SANTA MARIA
HEALTH SCHOOL
Escola Superior de Saúde Santa Maria

Certificado

Certifica-se que

Sónia Pereira

Apresentou o abstract com o título **INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS DE SAÚDE FAMILIAR NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: SCOPING REVIEW** na forma de **Comunicação Oral** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: Sónia Pereira^{1,2}; Patrícia Cardoso^{1,3}; Bebiã Lopes^{1,4}; Susana Coelho^{1,5}; Carminda Morais⁶; Cândida Cracel⁷;

1 - Escola Superior de Saúde(ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo(IPVC)/ Mestranda no II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MEC/ESF) (2003/25); 2 - ULS Alto Minho/ Enfermeira na USF Foz do Lima; 3 - ULS Alto Minho/ Enfermeira no Serviço de Medicina; 4 - Hospital da Luz Guimarães Enfermeira no Serviço de Gastroenterologia; 5 - ULS Alto Ave Enfermeira na Unidade de Endoscopia Digestiva; 6 - Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) Professora Coordenadora; 7 - Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) Professora Adjunta;

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
NIF: 514 990 250
Maria Henriqueta Figueiredo
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

**Anexo V – Certificado da Comunicação Oral “Supervisão Clínica – Um Desafio para a
Enfermagem de Saúde Familiar: Scoping Review”**



Certificado

Certifica-se que

Bebiana Lopes

Apresentou o abstract com o título **SUPERVISÃO CLÍNICA - UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR : SCOPING REVIEW** na forma de **Comunicação Oral** inserido no **VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar** que decorreu em formato híbrido nos dias **29, 30 e 31 de maio de 2025**.

Autores: Bebiana Lopes ^{1,2}; Patrícia Gomes Cardoso ^{1,3}; Sónia Pereira ^{1,4}; Susana Ferreira ^{1,5}; Carminda Morais ⁶; Cândida Cracel ⁷;

1 - Escola Superior de Saúde(ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo(IPVC)/ Mestranda no II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MEC/ESF) (2003/25); 2 - Hospital da Luz Guimarães Enfermeira no Serviço de Gastroenterologia; 3 - ULS Alto Minho/Enfermeira no Serviço de Medicina; 4 - ULS Alto Minho Enfermeira na USF Foz do Lima; 5 - ULS Alto Ave Enfermeira na Unidade de Endoscopia Digestiva; 6 - Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) Professora Coordenadora; 7 - Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC) Professora Adjunta;

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar
Associação
NIF: 504 960 250
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

Anexo VI – Certificado Do Poster “A Família Como Unidade De Cuidados: Estudo De Caso”

CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

SUSANA FERREIRA, BEBIANA LOPES, PATRÍCIA CARDOSO, SÓNIA PEREIRA, CÂNDIDA CRACEL

participaram no **International Congress Family Health (ICFH'25)** com uma comunicação livre (poster) intitulada:
"A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS: ESTUDO DE CASO ", que decorreu nos dias 7 e 8 de fevereiro de
2025, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual).

Aveiro, 27 de fevereiro de 2025



Diretor ESSUA/UA
(Prof. Doutor Rui Costa)



Presidente da Comissão Científica
(Profª Doutora Helena Loureiro)

**Anexo VII – Certificado de presença nas XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de
Saúde Materna e Obstétrica**



XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Por uma vida melhor...

Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Patrícia Gomes Cardoso

esteve presente, nas “XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - Por uma vida melhor...”, realizadas nos dias 28 e 29 de Novembro de 2024, no auditório da CESPU - Escola Superior de Saúde de Vale do Ave, Vila Nova de Famalicão, com a duração de 16 horas.

A Comissão Organizadora

Famalicão, 29 de Novembro de 2024

28 29 NOV. 2024
Quinta Sexta

Auditório:
CESPU
Escola Superior de Saúde do Vale do Ave
V. N. de Famalicão

Anexo VIII – Certificado presença no International Congress Family Health (ICFH'25)

CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

Patrícia Gomes Cardoso

participou no International Congress Family Health (ICFH'25), que decorreu
nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2025, na Escola Superior de Saúde da
Universidade de Aveiro em regime misto (presencial/virtual).

Aveiro, 14 de fevereiro de 2025



Diretor ESSUA/UA
(Prof. Doutor Rui Costa)



Presidente da Comissão Científica
(Profª Doutora Helena Loureiro)

**Anexo IX – Certificado presença no VII Encontro Internacional de História da
Enfermagem – Guardiões de Higeia: legado histórico da Enfermagem Comunitária**



VII Encontro Internacional de História da Enfermagem
Guardiões de Higeia: Legado Histórico da Enfermagem Comunitária

CERTIFICADO

Declaro que **Patrícia Gomes Cardoso** esteve presente no VII Encontro Internacional de História da Enfermagem "Guardiões de Higeia: Legado Histórico da Enfermagem Comunitária", organizado pela Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem, que decorreu nos dias 7 e 8 de março de 2025, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, com a duração de 09 horas.

Viana do Castelo, 8 de março de 2025

O Presidente da Direção da SPHE

Assinado por: Rui Manuel Pinto Costa
Número de identificação: 10402619
Data: 2025-03-26 23:37:32+0100



Rui Manuel Pinto Costa



**Anexo X – Certificado Presença no VI Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde
Familiar**



Certificado

Certifica-se que

PATRÍCIA GOMES CARDOSO

Esteve presente no
**VI Congresso Internacional de
Enfermagem de Saúde Familiar,**
em formato online, que decorreu nos dias 29, 30 e 31 de Maio
de 2025 na Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto.

SPESF - Sociedade Portuguesa de
Enfermagem de Saúde Familiar - Associação
N.º 014 696 230
R. Cruz de Malpique n.º 115, 2.º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

APÊNDICES

Apêndice I – Operacionalização das variáveis em estudo

OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO	ATRIBUTO	CODIFICAÇÃO
Idade	Quantitativa Numérica	Idade em anos	nº
Género	Qualitativa Nominal	Feminino	1
		Masculino	2
Estado civil	Qualitativa Nominal	Casado	1
		Divorciado/a ou separado/a	2
		Solteiro	3
		União de facto	4
Grau de escolaridade	Qualitativa Ordinal	Bacharelato	1
		Licenciatura	2
		Mestrado	3
Categoria profissional	Qualitativa Nominal	Enfermeiro	1
		Enfermeiro Especialista	2
Formação em enfermagem de família	Qualitativa Nominal	Não	0
		Sim	1
Tempo de exercício profissional	Quantitativa	Tempo em anos	nº
Tempo de exercício profissional na unidade atual	Quantitativa	Tempo em anos	nº
Experiência profissional anterior noutra(s) unidade(s)/serviço(s): Se sim, Qual?	Qualitativa Nominal	Não	0
		Sim	1
	Qualitativa Nominal	Hospital	1
		Nos CSP e hospital	2
		Nos CSP, hospital e lar	3
		Nos CSP e outro	4
Tipo de contrato	Qualitativa Nominal	Contrato de Trabalho Funções Públicas	1
		Contrato de Trabalho Indeterminado	2
		Contrato de Trabalho a termo incerto	3
		Contrato de Trabalho a termo certo	4
Iniciativas de apoio à Parentalidade	Qualitativa Nominal	Não	0
		Sim	1
Iniciativas desenvolvidas	Qualitativa Ordinal	Nunca	0
		Poucas Vezes	1
		Algumas Vezes	2
		Quase Sempre	3
Conteúdos temáticos	Qualitativa Ordinal	Nunca	0
		Poucas Vezes	1
		Algumas Vezes	2
		Quase Sempre	3
As motivações dos profissionais	Qualitativa Ordinal	Nunca	0
		Poucas Vezes	1
		Algumas Vezes	2

		Quase Sempre	3
Público-alvo	Qualitativa Nominal	Todos os utentes da Unidade de Saúde	1
		Quem se mostra interessado	2
		Pais e mães com necessidades específicas	3
		Indicados por outros profissionais.	4
Apoio do Conselho Técnico da unidade de saúde	Qualitativa Nominal	Não	0
		Sim	1
Avaliação das intervenções	Qualitativa Ordinal	Nunca	0
		Poucas Vezes	1
		Algumas Vezes	2
		Quase Sempre	3

Apêndice II - Questionário Sociodemográfico e Profissional

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRAFICO PARA OS ENFERMEIROS

Em cada uma das questões, por favor coloque uma cruz no quadrado da resposta que se adequa melhor à sua situação; escolha apenas uma opção exceto se na questão existir orientação contrária. Quando solicitado, responda por breves e simples palavras nos espaços e linhas em branco.

1. Idade: ____ (em anos)

2. Género:

☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outro (especifique _____)

3. Estado civil:

☐ Solteiro/a ☐ Casado/a ☐ União de facto ☐ Divorciado/a ou separado/a ☐ Viúvo/a

4. Grau de Escolaridade:

☐ Doutoramento, área _____
☐ Mestrado, área _____
☐ Licenciatura
☐ Bacharelato

5. Categoria Profissional:

☐ Enfermeiro
☐ Enfermeiro Especialista, área _____
☐ Enfermeiro Gestor

6. Formação em enfermagem de família: ☐ Sim ☐ Não.

Se sim, assinale todas as que se aplique:

☐ Contexto Académico ☐ Na Instituição ☐ Outros Contextos: Especifique

_____.

7. Tempo de Exercício profissional: _____(anos)_____(meses).

8. Tempo de exercício profissional na unidade onde atualmente exerce funções: _____(anos)_____(meses).

9. Experiência profissional anterior noutra(s) unidade(s)/serviço(s):

☐ Sim ☐ Não.

Se sim,

Qual? _____. Quanto tempo? _____.

Qual? _____. Quanto tempo? _____.

Qual? _____. Quanto tempo? _____.

Qual? _____. Quanto tempo? _____.

10. Tipo de contrato:

☐ Contrato de Trabalho Funções Públicas (CTFP) ☐ Contrato de Trabalho (CT)
indeterminado ☐ CT a termo incerto ☐ CT a termo certo

**Apêndice III - Autorização para Aplicação do “Questionário das Práticas de Apoio à
Parentalidade no Contexto dos CSP”**

Re: Pedido de autorização para aplicação do "Questionário das práticas de apoio à parentalidade no contexto dos CSP"

Silvana Martins <silvana.martins12@gmail.com>

qui, 06/06/2024 08:31

Para: Patrícia Gomes Cardoso <patricia.gomes.cardoso@ulsam.min-saude.pt>

Cc: Ana Almeida <anatalmeida@gmail.com>

Bom dia, Enfermeira Patrícia.

Espero que se encontre bem.

Agradeço o seu contacto.

Venho, por este meio, dar-lhe permissão para usar o questionário "Questionário das práticas de apoio à parentalidade no contexto dos CSP" que foi desenvolvido por mim e pela minha orientadora no âmbito da minha tese de doutoramento. Teremos todo o gosto em conhecer os resultados do seu estudo.

Com os melhores cumprimentos,
Silvana Martins

**Apêndice IV - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação na
Investigação**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Para participação em projetos de investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que não está claro, que surgem dúvidas, não hesite em solicitar mais informação. Se concorda com a proposta que lhe está a ser feita, queira por favor assinar o consentimento

TÍTULO DO ESTUDO: APOIO À PARENTALIDADE – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Enquadramento: O estudo de investigação supracitado será desenvolvido por Patrícia Gomes Cardoso, inscrita com o número 50684 na Ordem dos Enfermeiros, enfermeira a exercer funções na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), Entidades Públicas Empresarias (E.P.E.), e simultaneamente a frequentar a Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório final, do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESSIPVC), em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Explicação do estudo: O presente estudo assentará na metodologia quantitativa, sendo um estudo do tipo observacional, descritivo e transversal. O instrumento de recolha de dados integra uma parte de caracterização sociodemográfica e o “Questionário práticas de apoio à parentalidade no contexto dos Cuidados de Saúde Primários”, com a autorização da Doutora Silvana Peixoto Martins. Com este estudo pretende-se caracterizar a perceção dos Enfermeiros de CSP sobre as suas práticas na promoção à Parentalidade, em crianças até aos 6 anos; com a finalidade de a validar ou melhorar.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outra. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento, sem quaisquer consequências ou prejuízos para si. Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM, E.P.E.

Confidencialidade e anonimato: Em todas as fases do estudo são garantidos os princípios da Declaração de Helsínquia, preservando-se o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos, usados apenas para efeitos do presente estudo. Será garantida a anonimização dos dados, pela codificação dos respetivos instrumentos de recolha de dados de forma numérica sequencial, sem possibilidade de estabelecer ligação com o participante. Os dados serão guardados num computador protegido por palavra-passe com acesso apenas pela equipa de

investigação, e serão destruídos, um ano após a conclusão do estudo, assim como os documentos de recolha de dados e o consentimento informado de todos os participantes.

Agradeço antecipadamente a sua participação.

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida através de: patricia.gomes.cardoso@ulsam.min-saude.pt

Data: __/__/____
Investigadora Principal:
Enfermeira e Mestranda
Patrícia Cardoso

Declaro ter lido e compreendido as informações que constam deste documento, assim como ter obtido esclarecimento pela investigadora que assina este documento, que considero suficientes. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem quaisquer consequências ou prejuízos pessoais.

Aceito participar neste estudo e autorizo a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: __/__/____.

Este documento, composto de 2 páginas, é feito em duplicado: uma via para a investigadora principal, outra para a pessoa que consente.

Apêndice V - Autorização para a realização do estudo à Coordenadora da USFMN

Ex^{ma}. Senhora
Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva,
Dr.^a Natalina Sá.

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo "Apoio à Parentalidade – Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários".

Eu, Patrícia Gomes Cardoso, Estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; Enfermeira no Serviço de Medicina 1 – Piso 7, pretendo realizar um estudo de investigação subordinado ao tema "Apoio à Parentalidade – Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários". Este estudo tem por objetivo identificar a perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre as suas práticas na promoção à Parentalidade.

A colheita de dados será realizada através de um questionário no período de dezembro de 2024 e fevereiro de 2025. A população deste estudo são todos os Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários a exercer funções. Pretende-se realizar este estudo na Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva, que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde do Alto Minho E.P.E.

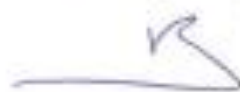
Assegura-se que só serão incluídos Enfermeiros que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição no final da investigação.

Assim, solicito autorização para realização do estudo supracitado.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão do projeto de investigação supracitado.

Atenciosamente

Autorizo
25/06/2024



19/6/2024

Apêndice VI - Autorização para a realização do estudo à Coordenadora da UCSP de Darque

RE: Pedido de autorização para realização de estudo (previamente autorizado pelo anterior coordenador Dr. Avelino Romano)

De: Ana Barbosa <ana.sofia.barbosa@ulsam.min-saude.pt>

Data: seg, 25/11/2024 11:16

Para: Patrícia Gomes Cardoso <patricia.gomes.cardoso@ulsam.min-saude.pt>

Cara Enf. Patrícia,

Sem inconveniente para o Serviço, pelo que autorizo a realização do estudo infracitado.

Com os melhores cumprimentos,

De: Patrícia Gomes Cardoso <patricia.gomes.cardoso@ulsam.min-saude.pt>

Enviado: 20 de novembro de 2024 18:51

Para: Ana Barbosa <ana.sofia.barbosa@ulsam.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo (previamente autorizado pelo anterior coordenador Dr. Avelino Romano)

Exma. Senhora

Coordenadora da Unidade de Cuidados de Saúde
Personalizados de Darque

Dr.ª Ana Barbosa

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo “Apoio à Parentalidade – Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários” (previamente autorizado pelo anterior coordenador Dr. Avelino Romano)

Eu, Patrícia Gomes Cardoso, Estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; Enfermeira no Serviço de Medicina 1 – Piso 7, pretendo realizar um estudo de investigação subordinado ao tema “Apoio à Parentalidade – Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários”. Este estudo tem por objetivo identificar a perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre as suas práticas na promoção à Parentalidade.

Pretende-se proceder à colheita de dados, através de um questionário no período de novembro e dezembro de 2024. Pretende-se realizar este estudo na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Darque, que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde do Alto Minho E.P.E. A população deste estudo são todos os Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários a exercer funções.

Assegura-se que só serão incluídos Enfermeiros que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição no final da investigação.

Assim, solicito autorização para realização do estudo supracitado.

Remeto em anexo o Parecer nº41/2024 da Comissão de Ética para a Saúde, para a realização do referido projeto de investigação.

Atenciosamente

Investigadora Principal,

Patrícia Gomes Cardoso

Mestranda do II Mestrado em Enfermagem Comunitária,

na área de Enfermagem de Saúde Familiar

patricia.gomes.cardoso@ulsam.min-saude.pt

932 652 097

Viana do Castelo, 20 de novembro de 2024

Patrícia Gomes Cardoso

Enfermeiro

Medicina 1

Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALTO MINHO

Apêndice VII - Autorização para a realização do estudo ao Coordenador da USF Foz do Lima

Ex^{mo}. Senhor

Coordenador da Unidade de Saúde Familiar Foz
do Lima

Dr. Rogério Fernandes

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo “Apoio à Parentalidade – Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários”.

Eu, Patrícia Gomes Cardoso, Estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; Enfermeira no Serviço de Medicina 1 – Piso 7, pretendo realizar um estudo de investigação subordinado ao tema “Apoio à Parentalidade – Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários”. Este estudo tem por objetivo identificar a perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre as suas práticas na promoção à Parentalidade.

Pretende-se proceder à colheita de dados, através de um questionário no período de novembro e dezembro de 2024. Pretende-se realizar este estudo na Unidade de Saúde Familiar Foz do Lima, que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde do Alto Minho E.P.E. A população deste estudo são todos os Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários a exercer funções.

Assegura-se que só serão incluídos Enfermeiros que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição no final da investigação.

Assim, solicito autorização para realização do estudo supracitado.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão do projeto de investigação supracitado.

Atenciosamente


INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR FOZ DO LIMA
Contrib. nº. 508 786 193
Rua Cidade Nova
1905, 007 Darque - Viana do Castelo
7/11/2024

Investigadora Principal,

Patricia gomes Cardoso

Patricia Gomes Cardoso

Mestranda do II Mestrado em Enfermagem Comunitária,

na área de Enfermagem de Saúde Familiar

patricia.gomes.cardoso@ulsam.min-saude.pt

932 652 097

Viana do Castelo, 7 de novembro de 2024

Nada a operar,



7-11-2024
ulsam
Sociedade por Acção
Lda
Rua do Espírito Santo, 508 4800-193
Viana do Castelo
Viana do Castelo

Apêndice VIII - Autorização para a realização do estudo ao Coordenador da USF Cuidarte

Re: Pedido de autorização para realização de estudo

Coordenador USF Cuidarte <coord.usfcuidarte@ulsam.min-saude.pt>

ter, 25/06/2024 16:10

Para: Patrícia Gomes Cardoso <patricia.gomes.cardoso@ulsam.min-saude.pt>

Não se observam impedimentos, a equipa está disponível para colaborar.

De: Patrícia Gomes Cardoso <patricia.gomes.cardoso@ulsam.min-saude.pt>

Enviado: quarta-feira, junho 19, 2024 8:10 PM

Para: Coordenador USF Cuidarte <coord.usfcuidarte@ulsam.min-saude.pt>; Pedro Marques <pedro.marques@ulsam.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

Exmo. Senhor

Coordenador da Unidade de Saúde Familiar Cuidarte

Dr. Pedro Marques

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo “Apoio à Parentalidade - Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários”.

Eu, Patrícia Gomes Cardoso, Estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; Enfermeira no Serviço de Medicina 1 – Piso 7, pretendo realizar um estudo de investigação subordinado ao tema “Apoio à Parentalidade – Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários”. Este estudo tem por objetivo identificar a perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre as suas práticas na promoção à Parentalidade.

Pretende-se proceder à colheita de dados, através de um questionário no período de dezembro de 2024 e fevereiro de 2025. Pretende-se realizar este estudo na Unidade de Saúde Familiar Cuidarte, que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde do Alto Minho E.P.E. A população deste estudo são todos os Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários.

Assegura-se que só serão incluídos Enfermeiros que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição no final da investigação.

Assim, solicito autorização para realização do estudo supracitado.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão do projeto de investigação supracitado.

Atenciosamente

Investigadora Principal,

Apêndice IX - Autorização para a realização do estudo ao Coordenador da USF Gil Eanes

FW: Pedido de autorização para realização de estudo

Liliana Castro <liliana.castro@ulsam.min-saude.pt>

qua, 26/06/2024 10:22

Para: Patricia Gomes Cardoso <patricia.gomes.cardoso@ulsam.min-saude.pt>

1 anexos (146 KB)

Pedido de autorização Gil Eanes.pdf;

Bom dia.

Em representação da coordenadora da USF Gil Eanes, venho por este meio autorizar a realização do estudo.

Atenciosamente

Liliana Castro
Enfermeira do Conselho Técnico
USF Gil Eanes

De: Lurdes Matos <lurdes.matos@ulsam.min-saude.pt>

Enviado: 26 de junho de 2024 09:44

Para: Liliana Castro <liliana.castro@ulsam.min-saude.pt>

Assunto: Fwd: Pedido de autorização para realização de estudo

Enviado a partir do [Outlook para iOS](#)

De: Patricia Gomes Cardoso <patricia.gomes.cardoso@ulsam.min-saude.pt>

Enviado: Wednesday, June 19, 2024 8:32:09 PM

Para: Coordenador USF Gil Eanes <coord.usfgileanes@ulsam.min-saude.pt>; Lurdes Matos <lurdes.matos@ulsam.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

Exma. Senhora
Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Gil Eanes
Dr^a. Lurdes Matos

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo "Apoio à Parentalidade - Percepção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários".

Eu, Patrícia Gomes Cardoso, Estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; Enfermeira no Serviço de Medicina 1 – Piso 7, pretendo realizar um estudo de investigação subordinado ao tema “Apoio à Parentalidade – Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários”. Este estudo tem por

objetivo identificar a percepção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre as suas práticas na promoção à Parentalidade.

Pretende-se proceder à colheita de dados, através de um questionário no período de dezembro de 2024 e fevereiro de 2025. Pretende-se realizar este estudo na Unidade de Saúde Familiar Gil Eanes que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde do Alto Minho E.P.E. A população deste estudo são todos os Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários.

Assegura-se que só serão incluídos Enfermeiros que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição no final da investigação.

Assim, solicito autorização para realização do estudo supracitado.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão do projeto de investigação supracitado.

Atenciosamente

Investigadora Principal,

Patrícia Gomes Cardoso
Mestranda do II Mestrado em Enfermagem Comunitária,
na área de Enfermagem de Saúde Familiar
patricia.gomes.cardoso@ulsam.min-saude.pt
932 652 097

Viana do Castelo, 19 de junho de 2024

Patrícia Gomes Cardoso

Enfermeiro
Serviço de Medicina 1 Piso 8
Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE

Estrada de Santa Luzia | 4904-858 Viana do Castelo

T: 258 320 120 | E: 24 109 | M:

www.ulsam.min-saude.pt

Apêndice X - Autorização para a realização do estudo ao Coordenador da USF Tiago de Almeida

RE: Pedido de autorização para realização de estudo**Renata Sousa** <renata.sousa@ulsam.min-saude.pt>

qua, 26/06/2024 14:46

Para: Patrícia Gomes Cardoso <patricia.gomes.cardoso@ulsam.min-saude.pt>; Conselho Técnico USF Tiago de Almeida <ct.usftiagodealmeida@ulsam.min-saude.pt>; Alexandrina Campos <alexandrina.campos@ulsam.min-saude.pt>

Boa tarde Enf.ª Patrícia

Após reunião multiprofissional, a equipa da USF Tiago de Almeida decidiu aceitar o seu pedido.

Ao dispor

De: Patrícia Gomes Cardoso <patricia.gomes.cardoso@ulsam.min-saude.pt>**Enviado:** 19 de junho de 2024 20:34**Para:** Coordenador USF Tiago de Almeida <coord.usftiagodealmeida@ulsam.min-saude.pt>; Renata Sousa <renata.sousa@ulsam.min-saude.pt>**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo

Exma. Senhora

Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida

Dr.ª. Renata Sousa

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo “Apoio à Parentalidade - Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários”.

Eu, Patrícia Gomes Cardoso, Estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; Enfermeira no Serviço de Medicina 1 – Piso 7, pretendo realizar um estudo de investigação subordinado ao tema “Apoio à Parentalidade – Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários”. Este estudo tem por objetivo identificar a perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre as suas práticas na promoção à Parentalidade.

Pretende-se proceder à colheita de dados, através de um questionário no período de dezembro de 2024 e fevereiro de 2025. Pretende-se realizar este estudo na Unidade de Saúde Familiar Tiago de Almeida que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde do Alto Minho E.P.E. A população deste estudo são todos os Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários.

Assegura-se que só serão incluídos Enfermeiros que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição no final da investigação.

Assim, solicito autorização para realização do estudo supracitado.

Apêndice XI - Matriz de competências

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar			
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista			
Domínios	Competências	Objetivos	Estratégias
(A) – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia Profissional.	- Permitir a tomada de decisão em parceria com a pessoa e a família, baseada no conhecimento e experiência pessoal, na melhor evidência científica, assente nas normas legais, nos princípios éticos e deontológicos da profissão; - Participar nas decisões em equipa; - Refletir sobre a tomada de decisão, sobre os conhecimentos adquiridos e sobre a prática diária; - Garantir a consultadoria na área da especialidade.	Todas as ações.
	A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	- Assegurar uma prática de cuidados especializados e garantir que as ações delimitadas se regulem pela proteção e respeito dos direitos humanos no que diz respeito, ao acesso, confidencialidade e segurança de informação; à privacidade, escolha e autodeterminação; e aos valores, costumes e crenças, das pessoas e das famílias.	Todas as ações.
(B) – Melhoria Contínua da Qualidade	B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	- Participar na execução e melhoria de projetos institucionais, numa perspetiva de otimização de cuidados e de governação clínica.	Manual de Apoio ao Recém-Nascido.
	B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	- Identificar a importância da avaliação das práticas e dos seus resultados para o planeamento e implementação de programas de melhoria contínua; - Gerir e colaborar em programas de melhoria contínua.	Estudo de Investigação e Divulgação da Consulta de PF.
	B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro, centrado na pessoa e na família.	- Promover um ambiente terapêutico gerador de segurança e proteção, centrado nas singularidades culturais e espirituais; - Garantir o acesso a recursos adequados para a prestação de cuidados seguros; - Participar na gestão de riscos ambientais.	Todas as ações.
(C) – Gestão dos Cuidados	C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	- Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, através da assessoria e articulação com outras equipas ou profissionais.	Todas as ações.

	C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	- Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. - Fomentar um ambiente positivo e favorável à prática especializada. - Usar os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.	Todas as ações.
(D) - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	- Reconhecer os fatores que possam influenciar a relação com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar; - Identificar os recursos e limites pessoais e profissionais.	Todas as ações.
	D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	- Atuar como agente facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação, incluindo a identificação de prioridades e a divulgação de resultados; - Promover a incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos; - Realizar formação em contexto de trabalho, favorecendo o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; - Assegurar o planeamento e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.	Todas as ações.

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar		
Competência 1: - Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. <u>Descritivo:</u> Considerar a família como unidade de cuidados, promover a sua capacitação e centrar-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.		
Unidades de competência	Objetivos	Estratégias
1.1 - Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas.	- Contruir o processo de cuidados com a pessoa e a família numa abordagem colaborativa e dinâmica, baseado nas suas forças e na consecução de objetivos negociados, no sentido de promover, manter e reforçar a saúde da mesma.	Manual de Apoio ao Recém-Nascido e Divulgação da Consulta de PF.
1.2 - Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família.	- Identificar a estrutura familiar, sintomatologia atual e fatores ambientais que possam afetar o estado da saúde da pessoa e da família; - Utilizar instrumentos de avaliação familiar; - Identificar crenças e cultura familiar para incluir o seu impacto na saúde; - Identificar forças e vulnerabilidades na resposta familiar às transições de vida.	Manual de Apoio ao Recém-Nascido. Estudo de caso - MDAIF. Divulgação da Consulta de PF.
1.3 - Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas.	- Mobilizar conhecimentos de enfermagem e de outras ciências para a tomada de decisão; - Reconhecer a influência das diferentes etapas do ciclo vital e desenvolvimento familiar/individual, as crenças culturais e espirituais, os vários fatores ambientais e recursos familiares na resposta a situações complexas.	Todas as ações.
1.4 - Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.	- Capacitar a família para identificar metas e expectativas impulsionadoras da sua saúde, a fim de obter um plano de cuidados pretendido pela mesma; - Proporcionar um ambiente seguro para a reflexão e debate de temas complexos; - Usar um pensamento sistemático e crítico facilitando uma compreensão mais alargada da família e dos focos de intervenção; - Considerar a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais que influenciam os cuidados à família.	Todas as ações.
1.5 - Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas.	- Promover o diálogo e utilizar estratégias motivacionais com a família, de modo a atingir os seus objetivos; - Integrar e fomentar a investigação e evidências clínicas recentes nas intervenções de enfermagem familiar; - Definir com a família estratégias que potenciem os processos adaptativos a situações complexas; - Proporcionar ambientes seguros e saudáveis para as famílias.	Todas as ações.
1.6 - Facilita a resposta da família em situação de transição complexa	- Incentiva a família a partilhar a sua história; - Promover o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de mudança; - Explorar e negociar estratégias que promovam a dinâmica familiar saudável que facilitem o alcance dos objetivos; - Analisar com a família os recursos indispensáveis às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos;	Todas as ações.

	- Dar <i>feedback</i> e debater com a família, sistematicamente, focando os pontos fortes, analisando os desafios que a sua realização implica e partilhando observações sobre o seu crescimento; - Documentar o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente.	
1.7 - Envolve -se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar.	- Solicitar orientação que promova a melhoria contínua da prática em enfermagem de saúde familiar; - Avaliar e refletir a prática especializada, enquanto enfermeiro de saúde familiar para o contributo de ganhos em saúde; - Promover o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo; - Demonstrar competência na difusão do processo de pensamento e análise crítica da enfermagem de saúde familiar especializada.	Todas as ações.
1.8 - Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.	- Avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem na consecução dos objetivos familiares; - Integrar a investigação e a evidência científica no planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar.	Manual de Apoio ao Recém-Nascido. Estudo de caso - MDAIF. Divulgação da Consulta de PF.
Competência 2 - Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar. <u>Descritivo:</u> Gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família.		
Unidades de competência	Objetivos	Estratégias
2.1 - Articula com outras equipas de saúde mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família.	- Promover a colaboração interdisciplinar, entre equipas, de saúde na prestação de cuidados de saúde à família; - Referenciar a família em articulação com a equipa multiprofissional, sempre com autorização da família; - Contribuir para a mudança dos sistemas organizacionais.	Todas as ações.
2.2 - Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção.	- Participar no planeamento, desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, relativamente à saúde familiar; - Promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais; - Criar e sustentar uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar, aos diversos níveis de prevenção; - Participar ativa e intencionalmente no desenvolvimento de medidas, relacionadas com a saúde e direitos da família.	Todas as ações.

Apêndice XII - Flyer informativo da Consulta de Planejamento Familiar

RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

- ♥ Exame ginecológico que permite detetar precocemente lesões precursoras do cancro do colo do útero;
- ♥ Indicado em todas as mulheres que tenham iniciado a atividade sexual, entre os 30 e os 69 anos de idade;
- ♥ Realizado de 5 em 5 anos.

RASTREIO DO CANCRO DA MAMA

- ♥ Realização de uma **mamografia**, que permite analisar o tecido mamário;
- ♥ Indicado em todas as mulheres entre os 45 e 74 anos;
- ♥ Realizado de 2 em 2 anos.

Valorize a consulta
de Planeamento Familiar.

E não se esqueça:
A prevenção é a melhor saúde!

Bibliografia

- ♦ <https://bicsp.min-saude.pt/pt/blufs/3/933/30032/3140672/COMO%20FAZEMOS/>
- ♦ <https://www.sns24.gov.pt/tema/prevencao-e-cuidados-de-saude/rastreio-do-colo-do-utero/>
- ♦ https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- ♦ <https://www.sns24.gov.pt/tema/prevencao-e-cuidados-de-saude/rastreio-do-cancro-da-mama/>
- ♦ <https://www.spdc.pt>



Elaborado em: março de 2025
Revisão a:

Elaborado por: **Patrícia Cardoso e Sónia Pereira**
Mestradas de Enfermagem de Saúde Comunitária
na área de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde
do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
Com a colaboração: Enfermeira **Elisabete Correia**,
Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária.

CONSULTA de PLANEAMENTO FAMILIAR



Pólo de Barroselas
Rua do Alambique, 58
4905-472 Barroselas
Telefone: 258772761
Email: usf.margensneiva@ulsam.min-saude.pt



Pólo de Alvarães
Rua de Monsenhor António Gonçalves,
nº 47
4905-200 Alvarães
Telefone: 258777474

O QUE É O PLANEAMENTO FAMILIAR?



É uma consulta que permite o acesso a cuidados de saúde e a informação apropriada, de modo a que a pessoa/família **vivencie a sexualidade de forma satisfatória e segura** e seja orientada na tomada de decisões planeadas.

O direito ao Planeamento Familiar é garantido a todos pela Constituição da República Portuguesa, pela **Lei n.º 3/84** e reforçado pela **Lei n.º 120/99**. Esta Lei determina que os métodos contraceptivos sejam fornecidos gratuitamente nos centros de saúde e hospitais públicos.

QUAL É O OBJETIVO?



Promover
uma vivência sexual gratificante e responsável;

Informar e aconselhar
sobre a saúde sexual e reprodutiva;

Permitir
o planeamento de uma gravidez saudável e responsável;

Preparar
uma maternidade e paternidade saudáveis;

Prevenir
uma gravidez indesejada (métodos contraceptivos gratuitos);

Reduzir
os índices de mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil;

Sensibilizar
para a importância da realização do rastreio do cancro do colo do útero e da mama;

Prevenir e reduzir
o número de doenças sexualmente transmissíveis;

Identificar e orientar
os problemas de infertilidade.

A QUEM SE DESTINA?



A consulta de Planeamento Familiar destina-se a todos os indivíduos em **idade fértil**:

A consulta pode ser **agendada** na Unidade de Saúde Familiar por **iniciativa da pessoa/família** ou por iniciativa do **enfermeiro de família** ou médico de família, **presencialmente, por telefone ou via e-mail**.

É garantido o acesso à informação e privacidade.

A mulheres até aos 54 anos e homens, sem limite de idade.

Apêndice XIII – Poster da consulta de Planeamento Familiar

CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR?

População alvo



Mulheres até aos 54 anos
Homens, sem limite de idade

A prevenção é a melhor saúde...

É uma consulta que permite o acesso a cuidados de saúde e a informação apropriada, de modo que a pessoa/família vivencie a sexualidade de forma satisfatória e segura e seja orientada na tomada de decisões planeadas.

Como agendar?



Recomenda-se a marcação
de uma consulta por ano.



Na Unidade de Saúde Familiar por iniciativa do utente/família ou da equipa de saúde, presencialmente, por telefone ou via e-mail.

Objetivos da consulta:

- ✓ Promover uma vivência sexual gratificante e responsável;
- ✓ Informar e aconselhar sobre a saúde sexual e reprodutiva;
- ✓ Permitir o planeamento de uma gravidez saudável e responsável;
- ✓ Preparar uma maternidade e paternidade saudáveis;
- ✓ Prevenir uma gravidez indesejada (métodos contraceptivos gratuitos);
- ✓ Reduzir os índices de mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil;
- ✓ Sensibilizar para a importância da realização do rastreio do cancro do colo do útero e da mama;
- ✓ Prevenir e reduzir o número de doenças sexualmente transmissíveis;
- ✓ Identificar e orientar problemas de infertilidade.

RASTREIO:

.....do cancro do colo do útero

Para todas as mulheres que tenham iniciado a atividade sexual entres os 30 e 69 anos;
Realizado de 5 em 5 anos.

.....do cancro da mama

Para todas as mulheres entres os 45 e 74 anos;
Realizado de 2 em 2 anos.

Valorize a consulta de Planeamento Familiar.

A prevenção é a melhor saúde!



Elaborado por: **Patriola Cardoso e Bónia Pereira** Mestrandas de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
Com a colaboração: Enfermeira **Elisabete Correia**, Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Apêndice XIV - Manual de Apoio ao Recém-nascido

MANUAL DO BEBÉ



**DO SEU ENFERMEIRO
PARA SI E PARA O SEU BEBÉ**

março de 2025

Parabéns, queridos pais!

Este Manual do Bebé serve como um guia orientador para vos ajudar nesta linda jornada da maternidade e paternidade.

Que cada página traga mais confiança e tranquilidade para cuidarem do vosso pequeno com amor e carinho, de forma a garantirem o bem-estar e a saúde do vosso bebé.



E nunca se esqueçam, que podem contar sempre com toda a equipa de profissionais do Centro de Saúde de Barroselas!

ÍNDICE

1. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DO BEBÉ	4
1.1. O Peso.....	4
1.2. O Comprimento.....	5
1.3. A Cabeça.....	5
1.4. A Pele.....	7
1.5. Alterações Normais no Bebê	11
1.6. O Choro.....	13
1.7. Sinais de Alerta do Bebê	14
1.8. Promover o Desenvolvimento	15
2. ALIMENTAÇÃO	16
2.1. Amamentação	16
2.2. Fases de Aleitamento Materno	17
2.3. Descida do Leite	18
2.4. Duração, Intervalo da Mamada e Eructação.....	18
2.5. Pega	20
2.6. Sinais de Fome.....	21
2.7. Prevenção de Mamifos Gretados	22

2.8. Extração e Conservação do Leite Materno	22
2.9. Leite Artificial.....	25
2.10. Manobra de Desengasgamento	26
3. CUIDADOS AO BEBÉ	29
3.1. Banho	29
3.2. Mudar a fralda	33
3.3. Coto umbilical.....	34
3.4. Olhos e unhas	36
3.5. Cêficas	37
3.6. Medidas de Conforto do Bebê	38
4. CUIDADOS DE SAÚDE.....	43
5. SEGURANÇA	45
5.1. Segurança em Casa	45
5.2. Brinquedos.....	47
5.3. Sistemas de Retenção	49

1. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ

É importante os pais compreenderem que, embora a sequência de aquisição de habilidades seja a mesma em todas as crianças, o ritmo do desenvolvimento varia de criança para criança e depende de muitos fatores.

1.1. O Peso



Figura 1 - Ganho de peso no 1º ano de vida
Fonte: <https://blog.medcel.com.br/post/crescimento-e-desenvolvimento-infantil>

Nos primeiros 3 dias após o parto, o bebê pode perder até 10% do peso do nascimento, mas até ao 10º/15º dia de vida o peso é recuperado, igualando o peso à nascença. Por este motivo, no primeiro mês de vida, o bebê deve ser pesado uma vez por semana, preferencialmente na mesma balança, no mesmo dia da semana, na mesma hora e despido.

1.2. O Comprimento

O crescimento é uma característica marcante do primeiro ano de vida, uma vez que neste período, o bebê triplica, aproximadamente, o seu comprimento à nascença.

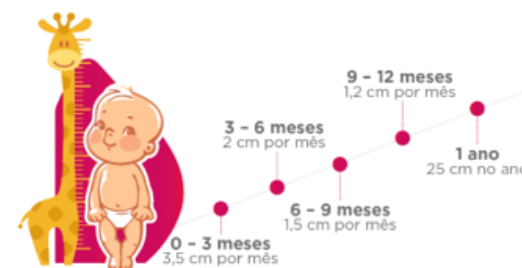


Figura 1 - Média do comprimento/altura do bebê

Fonte: <https://blog.medcel.com.br/post/crescimento-e-desenvolvimento-infantil>

1.3. A Cabeça

Durante o parto, a cabeça do bebê pode deformar-se temporariamente, mas essa situação geralmente resolve-se em poucos dias.

O bebê tem uma cabeça proporcionalmente maior em relação ao corpo, motivo pelo qual, ao pegar no bebê ao colo, deve garantir o apoio adequado da cabeça.



Figura 2 - Como pegar no bebê.

Fonte: <https://incrivel.club/articles/6-common-ways-to-hold-a-child-that-can-be-dangerous-for-their-health-1021610/>

Além disso, a cabeça do bebê apresenta suturas e fontanelas, áreas macias que permitem o crescimento do cérebro. Estas áreas são avaliadas a quando da consulta de saúde infantil para verificar o desenvolvimento adequado, a hidratação e sinais de possíveis condições médicas, como a craniossinostose (fechamento prematuro das suturas) ou sinais de desidratação, que se podem manifestar por uma fontanela deprimida.

Até os três anos de idade, a cabeça do bebê (perímetro cefálico) é medida, em todas as consultas de vigilância de saúde, com o objetivo de confirmar o seu adequado crescimento.



Figura 3 - Crescimento do Perímetro Cefálico

Fonte: <https://blog.medcel.com.br/post/crescimento-e-desenvolvimento-infantil>

1.4. A Pele

A pele do bebê é mais fina, sensível e frágil do que a pele de um adulto. Apresenta



Figura 4- Alterações que podem estar presentes na pele do bebê

Fonte: <https://www.facebook.com/share/1E7pzCAhmk/>

características próprias, por isso é importante conhecer algumas alterações frequentes. A maioria das alterações cutâneas que ocorrem neste período é fisiológica e transitória,

não necessitando de procedimentos diagnósticos ou terapêutica.

Acne neonatal – borbulhas semelhantes ao acne dos adolescentes, surgem entre a 2ª e a 3ª semana de vida. Localizam-se, sobretudo, na face (região malar/bochechas) e desaparecem espontaneamente ao fim de 2 a 3 meses. Geralmente não é necessário aplicar qualquer tipo de tratamento.



Figura 5 – Acne neonatal.

Fonte: <https://pumpkin.pt/bebes/recem-nascido/>

Crosta Láctea – pequenas crostas espessas, amareladas e oleosas no couro cabeludo (por vezes também na testa). Pode ser utilizado um champô adequado para a lavagem do cabelo, ou aplicado um óleo (óleo de amêndoas doces) ou emoliente, 10 a 15 minutos antes do banho, com posterior massagem suave do couro cabeludo para soltar a crosta. Por norma, não é necessário acompanhamento médico. Habitualmente desaparece antes do ano de idade. No entanto, se o bebé



Figura 6 – Crosta láctea

Fonte: <https://pumpkin.pt/bebes/recem-nascido/crosta-lactea/>

apresentar algum destes sintomas deve ser observado pela equipa de saúde:

- ✓ Não melhora
- ✓ Alastre a outras zonas do corpo
- ✓ Comecem a sangrar ou libertar secreções (líquido)
- ✓ Fique edemaciada (inchada)
- ✓ Surjam bolhas de água ou borbulhas

Cutis Marmorata – dilatação dos pequenos vasos sanguíneos da pele quando o bebé é exposto ao frio.



Figura 7 – Cutis Marmorata

Fonte: <https://medizonline.com/pt-pt/um-livido-congenito-qual-e-o-seu-diagnostico/>

Caracteriza-se pela presença de manchas vermelhas/violáceas em forma reticulada (em rede) que surgem no tronco e extremidades. Normalmente desaparecem quando o bebé é aquecido.

Descamação – processo fisiológico da pele, muito frequente, que parece estar associada à remoção do vérnix. Aparece na 1ª semana de vida e desaparece, frequentemente, na 3ª semana. Não é necessário realizar nenhum cuidado especial, apenas hidratação com creme.

Eritema tóxico – pápulas muito pequeninas, vermelhas, que surgem na face e depois no tronco e membros, visível no 1º ou 2º dia de vida. Não necessita de qualquer cuidado. Desaparece por volta do 1º mês de vida.

Hemangioma – aglomerados de vasos sanguíneos geralmente localizados na pele, levando a **manchas bem delimitadas**, de coloração vermelho vivo ou púrpura, com ou sem relevo. Tendem a desaparecer de forma espontânea.

Lanugo ("penugem") – são pêlos que o bebê tem nas costas, membros inferiores e superiores, testa e orelhas. Trata-se de um mecanismo que protege a pele do bebê e controla a temperatura corporal. O bebê prematuro apresenta uma maior quantidade de lanugo.

Manchas Salmão – manchas avermelhadas/cor de salmão que resultam de alterações dos vasos sanguíneos da pele na nuca, das pálpebras ou entre as sobrancelhas. É uma situação frequente nos bebês de raça caucasiana. Geralmente, desaparecem ao longo dos primeiros anos de vida.

Milia – resulta de rolhões de queratina (proteína estrutural encontrada na pele). São **pápulas do tamanho de um ponto, brancas/ amareladas**, que vulgarmente aparecem no nariz, nas bochechas e no queixo. Desaparecem ao longo dos primeiros meses de vida.

Miliária – grupos de pequenas bolhas cheias de suor, que surgem sobretudo no **peito e nas costas**, em situações de muito calor. Os poros da pele do bebê ficam obstruídos e impedem as glândulas de libertar o suor.

Vernix – creme branco que nasce com o bebê que atua como lubrificante durante o trabalho de parto. Após o nascimento ajuda a **proteger a pele e a não perder calor**.

1.5. Alterações Normais no Bebê

Embora algumas características do bebê possam ser normais, elas podem deixar os pais bastante preocupados. Vamos ver algumas delas:

- As meninas podem ter uma **secreção vaginal de cor branca** ou mesmo sanguinolenta, o que é normal e desaparece em alguns dias;

- O aumento do **volume das maminhas** é comum nos recém-



Figura 8- Maminhas aumentadas no bebê

Fonte:

<https://pediatriaparatodos.com/2014/05/08/o-meu-filho-nasceu-com-as-maminhas/>

nascidos e desaparece espontaneamente nos primeiros meses de vida sem qualquer tratamento (não devem ser apertadas).

- Os **soluços** são completamente normais e acontecem devido à imaturidade do diafragma, o músculo que auxilia a respiração. Eles podem ocorrer com frequência, especialmente após a

amamentação, pois o estômago cheio pode estimular o diafragma, causando contrações involuntárias;

- A **regurgitação** (bolçar) é comum na maior parte dos bebês. Isso acontece porque o esfíncter esofágico inferior, a válvula que separa o estômago do esôfago, ainda está imatura, permitindo que o leite volte com facilidade para a boca;
- A **icterícia neonatal** ou coloração amarela da pele do bebê é bastante comum nos primeiros dias de vida, resultando da acumulação de bilirrubina no sangue devido à imaturidade do

figado do bebê. Na maioria dos casos, é fisiológica e desaparece espontaneamente numa ou duas semanas. No entanto, se a coloração amarela se intensificar, especialmente atingindo as pernas e os pés, ou se o bebê apresentar sonolência excessiva, dificuldades para mamar ou irritabilidade, é essencial procurar um profissional de saúde. Em casos mais graves, pode ser necessária fototerapia para ajudar a eliminar o excesso de bilirrubina e evitar complicações.

1.6. O Choro

O Choro é um mecanismo que o bebê tem para se manifestar. Choram de maneira diferente dependendo da necessidade que têm. Os pais, à medida que conhecem o seu bebê, vão saber identificar as diferentes necessidades. Principais causas porque chora o bebê:

- ✓ **Causas físicas:** fome, está sujo ou molhado, roupa desconfortável, frio ou calor excessivo, sono/fadiga ou excesso de estímulos;
- ✓ **Causas emocionais:** alívio de tensão emocional, exigir a presença dos pais, insegurança, falta de atenção ou pedido de consolo ou mimo.

Ser sensível e estar atento às necessidades do bebê exige muita disponibilidade por parte dos pais. É importante responder ao apelo do choro com serenidade, pois assim o bebê sente que o seu pedido de ajuda foi compreendido e obteve uma resposta.



1.7. Sinais de Alerta no Bebê

Se o seu bebê apresentar algum dos seguintes sinais e sintomas, entre em contato com a equipe de saúde:

- **Febre** (temperatura superior a 38°C);
- Prostração, gemido, irritabilidade ou choro persistente;
- Recusa alimentar;
- Vômitos
- Fezes líquidas ou com sangue;
- Convulsões;
- Manchas na pele tipo picada de alfinete que não desaparecem quando se pressiona com o dedo
- Nódos negros de aparecimento súbito e agravamento progressivo;
- Palidez acentuada e tom acinzentado.

1.8. Promover o Desenvolvimento

O bebê precisa não só de afeto, mas de uma relação de vinculação, de proteção e segurança, para garantir o seu bem-estar e um bom desenvolvimento da sua personalidade. Para isso, os pais podem realizar diversas atividades, entre elas:

- cantar para o bebê, canções melodiosas e simples;
- olhar o bebê nos olhos e conversar com ele;
- dar mimos e embalá-lo;
- passear com o bebê na rua e em casa;
- fazer cócegas ao bebê e rir com ele;
- explorar as cores e os sons (brincar com brinquedos coloridos que emitam sons);
- massagem, pois o toque tem o poder de acalmar o bebê e aumentar a vinculação com os pais.



Figura 9 – Dar mimos ao bebê

Fonte: <https://revistacrescer.globo.com/Familia/Rotina/noticia/2013/02/5-maneiras-de-o-pai-c>

2. ALIMENTAÇÃO

A primeira necessidade do bebê é a alimentação. A forma como a mãe vai alimentar o bebê é uma escolha que deve ser pensada durante a gravidez. O importante é a mulher tomar uma decisão informada e consciente. Ao longo deste capítulo vamos falar sobre alguns aspetos relativos à amamentação e aleitamento artificial.

2.1. Amamentação

Para amamentar a mãe precisa de segurança, tranquilidade e amor.

A **prolactina** é a principal hormona responsável pela produção de leite materno. Ela é produzida pela hipófise anterior (localizada na base do cérebro) e a sua quantidade aumenta principalmente após o parto. Com a ajuda da sucção do bebê a prolactina vai ser cada vez mais estimulada. Assim, quanto mais vezes o bebê for colocado à mama maior será a produção de leite.

Além disso, ao amamentar também é ativada a libertação de outra hormona essencial: a **ocitocina**, a hormona do amor, que contrai os ductos para o leite sair.

2.2. Fases de Aleitamento Materno

O leite materno é sempre de qualidade, no entanto varia ao longo do tempo e da própria mamada.



Figura 10 – Fases do Leite Materno

Fonte: <https://www.conexaoamaternaconjugu.com.br/2024/08/02/fases-do-leite-materno/>

- **1º leite é o colostro** – rico em água, minerais, vitaminas, proteínas, anticorpos e imunoglobulinas.
- De seguida é o **leite de transição** – Gradualmente mais rico em gordura e lactose. Aparência mais esbranquiçada e menos densa que o colostro.
- Por fim o **leite maduro** – este varia ao longo da mamada sendo que a primeira fase do leite é rica em água e hidratos de carbono, seguindo-se um leite rico em proteínas e, por fim, em gordura.

2.3. Descida do Leite

Geralmente ocorre entre 48 e 72 horas após o parto, mas em algumas mulheres, pode demorar até 5 dias após o parto.

Um sinal importante é as mamas ficarem quentes e tensas.

O que pode fazer?

Com o chuveiro, e utilizando água morna, massage suavemente a pele com movimentos circulares em direção ao mamilo.

Coloque o bebê a mamar primeiro na mama mais cheia. Depois da mamada aplique compressas frias ou gelo (protegido) por 5 minutos, suspenda por 2 minutos e volte a aplicar mais 5 minutos.

Na mamada seguinte repita este procedimento na outra mama.

2.4. Duração, Intervalo da Mamada e Eructação

Duração: a bebê mama em média cerca de 20 minutos. No início a sucção é mais vigorosa e com intervalos mais curtos. Se após terminada a mamada, e depois do bebê arroter, ainda continuar à procura da mama deve voltar a oferecer a mesma mama. Isso garante que ele tenha acesso ao leite posterior, que

é mais rico em gordura e contribui para a saciedade e ganho de peso.



Figura 11 – Tamanho do estômago de um bebê.

Fonte: <https://www.dlcare.com.br/alem-da-gestacao/o-estomago-do-bebe-recem-nascido>

Intervalos entre mamadas: horário livre. No primeiro mês de vida o bebê não deve fazer intervalos muito grandes. Ou seja, não é aconselhável intervalos superiores a 3-4 horas entre mamadas. Habitualmente o recém-nascido mama mais e melhor à noite porque está a habituar-se ao ritmo extrauterino e porque a mãe tem maior produção de prolactina (a hormona que estimula a produção de leite) à noite.

Eructação (arroter): o bebê nem sempre tem de arroter. Embora seja comum e benéfico para alguns bebês, não é uma

regra obrigatória para todos. Se fizer uma boa pega e não ingerir ar pode não ter a necessidade de arrotar.

Sinais de que o bebê pode precisar arrotar:

- Ficar inquieto ou chorar após a mamada.
- Expulsar um pouco de leite ou ter dificuldades para adormecer.

Se o bebê não arrotar facilmente, pode tentar as seguintes posições:

- Colocá-lo de **pé sobre o seu ombro**, dando leves “pancadinhas” nas costas.
- **Sentá-lo no colo** e apoiar o peito dele contra o seu peito, mantendo uma leve pressão.
- Colocá-lo de **bruços** (sempre com cuidado, sobre a sua perna ou numa superfície segura) e dar umas “pancadinhas” nas costas.

2.5. Pega

Para uma posição correta, o bebê deve:

- estar alinhado com o corpo da mãe
- abocanhar o mamilo de baixo para cima

- ter o mamilo todo na boca
- ter o lábio de baixo tem de estar bem aberto
- ter o nariz livre
- ter o lábio superior revirado
- ter o queixo encostado na mama

A mãe deve segurar a mama em formato de C pois ajuda o mamilo a ficar mais saliente.



Figura 12 – Pega correta do bebê na amamentação

Fonte: <https://amarepediatria.com.br/blog/importancia-da-pegua-correta-do-bebe-na-amamentacao>

2.6. Sinais de Fome

Sinais de fome antes do choro:

- o bebê olha ao redor e faz alguns sons
- o bebê coloca a língua de fora

- o bebê coloca a mão na boca
- o bebê boceja.

2.7. Prevenção de Mamilos Gretados

Assegure-se que o bebê faz uma pega correta.

Aplique 2 a 3 gotas de leite materno no mamilo e aréola e/ou pomada cicatrizante, após o banho ou após cada mamada.

Evite a utilização de discos absorventes impermeáveis.

Não interrompa a mamada, deixar que seja o bebê a fazê-lo (caso tenha mesmo de interromper, coloque suavemente um dedo num dos cantos da boca do bebê de modo a interromper a sucção).

Lave os mamilos apenas uma vez por dia, ao realizar a higiene diária.

2.8. Extração e Conservação do Leite Materno

Pode ser necessário a extração de leite materno para antecipar alguns períodos de ausência da mãe, para mais tarde preparar refeições para o bebê, ou para o regresso ao trabalho. Para isso, existem algumas coisas a ter em conta.

Cuidados a ter:

- Antes de iniciar a extração lave as mãos.
- Armazene o leite num biberão com tampa, num recipiente de vidro ou num saco de congelação e marque a data da extração e a hora.
- Conserve pequenas porções no frio, em diferentes recipientes.
- Pode congelar o leite mesmo que tenha permanecido 48 horas no frigorífico.
- Nunca junte leite materno acabado de extrair (morno) ao leite materno já frio ou congelado.

Quadro I- Tempo e temperatura de conservação do leite materno

TEMPERATURA DE CONSERVAÇÃO	TEMPO
Temperatura ambiente (se inferior a 25°C):	6 a 8 horas
No fundo da 1ª prateleira do frigorífico (0 a 4°C)	8 dias
No fundo da 1ª prateleira do frigorífico (4 a 10°C)	3 a 5 dias
No congelador do frigorífico	2 semanas
Na arca frigorífica (-19°C ou menos)	6 meses

Como descongelar o leite materno:

Consuma em primeiro lugar o leite materno guardado há mais tempo.

Dê preferência a uma **descongelação lenta dentro do frigorífico**. Quando não é possível descongele em banho-maria (primeiro em água fria e ir aumentando a temperatura gradualmente).

Depois de descongelado, e uma vez retirado do frigorífico, deve ser consumido de imediato.

No caso de ter descongelado o leite no frigorífico, pode ser consumido durante 24 horas.

Não recongele o leite.

Como lavar o extrator do leite materno:

Os materiais utilizados na extração e no armazenamento podem ser lavados na máquina da loiça, ou com água corrente e sabão (não utilize detergentes concentrados).

Devem ser bem enxaguados com água corrente e em seguida fervidos ou esterilizados. É fundamental lavar as mãos sempre que manusear o leite materno e os materiais.

2.9. Leite Artificial

As recomendações atuais dizem que não é necessária a esterilização do biberão que está no ambiente familiar (dentro de casa), desde que sejam **lavados imediatamente após a sua utilização**. Quando tal não é possível, há o risco de haver algum crescimento de bactérias e fungos no leite que fica no biberão, pelo que nessa situação já se deve esterilizar.

Como lavar o biberão:

- ✓ Limpar a superfície onde vai lavar o biberão.
- ✓ Lavar as mãos.
- ✓ Passar o biberão e a tetina por água.
- ✓ Lavar com um escovilhão, água quente e sabão neutro.
- ✓ Passar por água corrente.

Como preparar o biberão:

- ✓ Lavar as mãos.
- ✓ Colocar no biberão previamente lavado a água fervida.
- ✓ Verificar a quantidade de água, esta terá que ser na medida prescrita.
- ✓ Dosear o leite (para cada 30ml de água = 1 medida rasa de pó).
- ✓ Deitar o pó na água colocada no biberão.

- ✓ Colocar a tetina no biberão e a tampa.
- ✓ Agitar suavemente.

2.10. Manobra de Desengasgamento

Embora a situação de um bebê engasgado seja extremamente alarmante, é essencial estar preparado para realizar os primeiros socorros. Esse incidente pode ocorrer por diversas razões, como se engasgar durante a amamentação, após vômitos ou quando um objeto é aspirado nas vias aéreas do bebê.

Sinais de engasgamento no bebê:

- **Dificuldade para respirar;**
- **Gargarejos ou sons incomuns** – Sons como chiado, gargarejo ou dificuldade para emitir sons ao tentar respirar;
- **Cor da pele alterada** – a pele pode ficar cianosada (azulada), especialmente ao redor da boca ou nas extremidades (dedos e pés). Isso indica falta de oxigênio;
- **Movimentos do corpo** – o bebê pode ficar tenso, rígido ou mostrar sinais de **esforço excessivo** para respirar;

- **Choro abafado ou falta de choro** – o bebê pode tentar chorar, mas o som sai abafado ou pode até ficar sem chorar;
- **Incapacidade de tossir** – Quando o bebê está realmente engasgado, pode não conseguir tossir para expelir o objeto bloqueador.

Independentemente da causa, os procedimentos são os mesmos: identificar o engasgamento, entrar em contato com os serviços de emergência (ligue o 112) e, em seguida, realize as manobras para desengasgar o bebê.

Se o bebê não estiver a conseguir respirar, não chorar, ou perder a consciência, agir imediatamente.

Colocar o bebê de **barriga para baixo** (decúbito ventral) com a **cabeça mais baixa que o tronco**, para que o efeito de gravidade ajude na remoção do corpo estranho, suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax no antebraço.

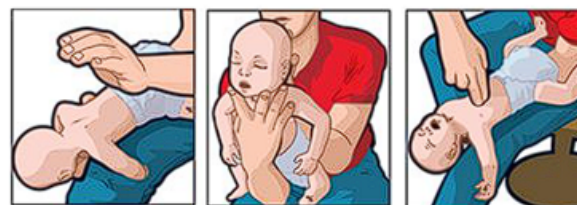


Figura 13 – Manobra de desengasgamento no bebê até 1 ano de idade

Fonte: <https://pt.dreamstime.com/illustration/heimlich.html>

Aplique **até 5 pancadas** secas com a mão, **nas costas**, entre as duas omoplatas, até sentir que o bebê está a respirar novamente.

Vire o bebê de barriga para cima e apoie-o no outro braço, mantendo a cabeça sempre mais baixa que o corpo. **Realize 5 compressões torácicas** (use **dois dedos** para pressionar suavemente o **meio do peito**, logo abaixo da linha dos mamilos. Pressione cerca de **4 cm de profundidade**, repetindo 5 vezes.)

Verifique se o objeto saiu. Repita se necessário.

3. CUIDADOS AO BEBÊ

3.1. Banho

O banho do bebê é um momento especial de cuidado e carinho, mas também exige atenção para garantir a segurança e o bem-estar.

Os bebês **nascem com uma camada protetora** (vérnix) da pele que diminui as perdas de calor e protege a pele, por isso o primeiro banho não deve ser dado no primeiro dia de vida. Contudo, é importante os pais darem banho na maternidade para se sentirem mais confiantes em casa.

O banho pode ser dado em **dias alternados** ou de **2 em 2 dias**.

A hora do banho deve ser escolhida tendo por base o que é melhor para a família e o bebê.

Durante o primeiro mês de vida a duração do banho deve ser **curta porque os bebês perdem mais facilmente o calor**.

Material necessário:

- ✓ Gel de banho
- ✓ Hidratante corporal
- ✓ Toalha de banho
- ✓ Roupas e gorro (adequar à estação do ano)
- ✓ Fralda

- ✓ Soro fisiológico e compressa
- ✓ Banheira ou shantala *
- ✓ Compressa de não tecido (para o coto, se ainda o tiver)
- ✓ Termômetro para a água, se necessário.

Use **produtos com pH neutro**, preferencialmente sem perfumes e da mesma gama.

*A **banheira Shantala** é uma banheira específica para recém-nascido, inspirada na posição fetal (ver página 39).

Como segurar o bebê no banho:

Apoiar a cabeça do bebê no antebraço e colocar dois dedos em forma de pinça na axila.



Figura 15 - O banho do bebê.

Fonte: <https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Saude/noticia/2015/10/primeiro-banho-do-bebe.html>

Cuidados a ter com o banho

Prepare os acessórios e a roupa que vai usar (abra previamente os botões ou molas).

O local deve estar a uma **temperatura agradável** (22 a 25°C).

Na **banheira** deite em primeiro lugar a água fria e depois a água quente, até cerca de **10 cm de altura**. Se utilizar a **banheira shantala** a água deve **cobrir os ombros** para manter o aquecimento do bebê.

Verifique a **temperatura da água** com o cotovelo, com a face interna do pulso ou com um termômetro (36.5 a 37°C).

Com a mão livre, lave **primeiro a face e a cabeça**, depois o corpo, os genitais e, por último, o rabinho. Atenção às dobrinhas (pescoço, axilas, virilha e atrás das orelhas).

Enxague bem. Retire todo o sabão para evitar irritações na pele.

Após o banho

Seque o bebê delicadamente, sem o esfregar, com uma toalha macia, com especial cuidado nas pregas.

Seque o coto umbilical com uma compressa e mantenha-o sempre fora da fralda.

Limpe as orelhas com uma toalha fina e não use cotonetes.

Aplique uma fina camada de creme hidratante no corpo do bebê. O **excesso de creme hidratante pode obstruir os poros e causar irritação.**

Roupa do bebê

Use **roupa de algodão** junto ao corpo do bebê.

Evite roupa de lã com pelo.

Escolha roupas **sem botões ou fitas** na parte superior porque se podem desprender e provocar acidentes.

Retire as etiquetas da roupa do bebê.

Lave a roupa do bebê antes de ser usada, com sabão ou **detergente neutro**. **Evite amaciador** pois pode causar irritação na pele.

Os bebês sentem frio e calor como nós, porém perdem mais facilmente calor pelo tronco e cabeça.

Para verificar a temperatura do bebê deve colocar a mão atrás do pescoço e perceber se está a transpirar ou se está frio.

Não verifique se o bebê tem frio ou calor através das mãos ou pés, estes vão estar sempre mais frios que o resto do corpo.

3.2. Mudar a fralda

Lave as mãos antes e após a troca da fralda.

Assegure-se que tem **tudo o que precisa** para mudar a fralda no local onde vai realizar a muda.

Limpe a zona com compressa de não tecido e água morna. Se optar por usar toalhetas certifique-se que não contêm álcool.

Passa **cada compressa/toalhita** no bebê **uma só vez**, use tantos quantos forem precisos.

Seque a zona.

Aplique uma **camada fina de creme barreira** na zona do rabinho do bebê, se necessário (e o bebê tem tendência a desenvolver irritações na pele, a pele estiver vermelha ou irritada ou durante episódios de diarreia).

Verifique se a **fralda** ficou **bem colocada** e justa, mas não apertada (deve conseguir passar um dedo entre a fralda e a pele do bebê). O coto do cordão umbilical deve ficar por fora da fralda.

Mude a fralda sempre que o bebê a tenha molhado e o mais rapidamente possível, sobretudo se o bebê tiver feito cocó.

Se apresentar a pele na zona do rabo muito vermelha e com manchas arredondadas, por mais de três dias, contactar a equipa de saúde.

Quadro 2 – Cuidados de higiene específicos

MENINAS	MENINOS
✓ Limpe num movimento único da frente para trás em direção ao ânus.	✓ Limpe num movimento único da frente para trás em direção ao ânus.
✓ Limpe a zona entre os lábios vaginais.	✓ Não é necessário puxar o prepúcio.

3.3. Coto umbilical

A zona do coto umbilical deve estar **sempre limpa e seca**, de forma a evitar sinais inflamatórios ou de infeção.

A limpeza deve ser feita **com soro fisiológico** ou água, 1 a 3 vezes por dia, e sempre que seja necessário.

O coto umbilical **pode cair entre o 6^o e o 15^o dia** de vida do bebé.

O bebé **pode chorar** na limpeza do coto não por ser doloroso, mas por ter frio.

Após a queda do coto umbilical deve continuar a limpar e pode ainda sair uns raios de sangue.



Figura 14 – Processo de cicatrização do coto do cordão umbilical.

Fonte: <https://onapaulopediatra.com.br/cuidados-com-o-coto-umbilical/>

Sinais de Alerta do Coto Umbilical

- ✓ Pele à volta vermelha
- ✓ Inchaço
- ✓ Cheiro intenso



Deve realizar a limpeza com álcool a 70^o e falar com a enfermeira ou médica de família.

3.4. Olhos e unhas

Olhos: Deve usar uma compressa de tecido não tecido e soro fisiológico. **Passa delicadamente do canto interno para o canto externo** do olho (da parte mais próxima do nariz para a lateral do rosto). Usar uma compressa diferente para cada olho.



Figura 17 - Limpeza dos olhos

Fonte: <https://www.leiviadeandrade.com.br/como-limpar-os-olhos-do-bebe/>

Unhas: Utilize uma tesoura de pontas redondas ou uma lima (leve uma para a maternidade). Deve cortar as unhas antes do banho porque depois ficam mais moles.



Figura 18 - Cortar as unhas

Fonte: <https://numubaby.com/blogs/news/como-cuidar-das-unhas-do-bebe>

3.5. Cólicas

As cólicas são comuns nos primeiros meses de vida do bebê e podem ser aliviadas com **massagens suaves**, que ajudam a soltar os gases e relaxar o bebê. Resultam da **acumulação de gases no aparelho digestivo ainda imaturo** do bebê, que não os consegue eliminar adequadamente e caracteriza-se por:

- Bebê apresenta choro intenso e desconfortável;
- Abdômen distendido (inchado) doloroso à palpação.

Tipos de massagens:

✓ Segure as pernas do bebê pelos tornozelos e, com os joelhos juntos, pressione-os suavemente contra a barriga. Mantenha esta pressão aproximadamente durante 5 segundos. Alivie a pressão e a posição das pernas e volte a repetir.



Figura 19- Massagem abdominal

Fonte: <https://sillo.com.br/blog/post/aromaterapia-para-bebes>

✓ Segure os tornozelos do bebé e dobre-lhe um joelho de cada vez sobre o abdómen, como se estivesse a andar de bicicleta.

✓ Com a mão esquerda desenhe um círculo completo no sentido dos ponteiros do relógio à volta do umbigo. Quando a mão esquerda está na região inferior do abdómen, a mão direita desenha um semicírculo (das 12h às 6h) na mesma direção. Faça este movimento várias vezes.

3.6. Medidas de Conforto do Bebé

Até ao terceiro mês de vida do bebé ele não tem consciência que já nasceu.

Os pais são fundamentais para tornar este período de adaptação calmo e relaxante para eles e para o bebé. Por isso, existem algumas formas de proporcionar conforto ao bebé, como por exemplo:

✓ **Contacto Pele a Pele**

O contacto pele a pele deve ser promovido na primeira hora de vida do bebé e durante todo o 4º trimestre.

O bebé pode estar só de fralda e deve-se promover o contacto pele com pele com o corpo da mãe ou do pai (a temperatura ambiente deve estar entre 22°C e 26°C).

Ajuda a melhorar o processo de amamentação

✓ **Mamar em livre demanda (quando o bebé quiser)**

A mama é uma forma de alimento, mas também fonte de amor.

Através da sucção o bebé obtém conforto e acalma-se.

Mamar em livre demanda é importante para o bem-estar do bebé e para aumentar a produção de leite.

✓ **Chupeta**

A chupeta pode ser introduzida, mas os pais devem estar conscientes que a mesma tem pontos positivos e negativos. Caso a tenham de introduzir só o devem fazer quando a amamentação está bem estabelecida.

Pontos positivos: acalma o bebé através do processo de sucção.

Pontos menos positivos: introduzir antes da amamentação estar estabelecida pode perturbar o processo de amamentação porque a sucção na mama é diferente da sucção

em biberões ou chupetas. Influencia negativamente o desenvolvimento da cavidade oral do bebé.

✓ **Banho relaxante**

Banhos relaxantes em shantalas fazem lembrar o meio intrauterino e podem acalmar o bebé.

Importante ter em mente que os bebés perdem muito calor e são muito reativos ao frio.



Figura 20 - Banheira shantala

Fonte: <https://www.espacomamas.pt/para-o-bebe/doomoo-banheira-shantala>

✓ **Sair com o bebé**

Numa hora calma, num local arejado, com pouco ruídos e não com muito calor, pode dar pequenos passeios com o bebé.

O bebé não deve permanecer mais de 2 horas no babycoque (mais conhecido por ovo para bebé).

Evitar centros comerciais.

✓ **Contenção (Swaddle)**

Consiste em conter o bebé numa fralda ou manta (não polar pelo risco de sobreaquecimento) de forma a sentir-se mais protegido como no útero da mãe.

Esta técnica não é indicada a partir do momento em que os bebés começam a virar-se.

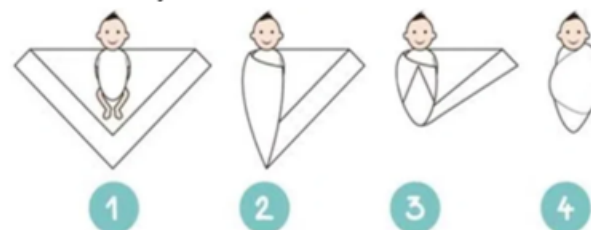


Figura 21 - Contenção (Swaddle)

Fonte: <https://afanderivera.wordpress.com/tag/swaddle/>

✓ **Técnica do Babywearing**

Consiste em utilizar um Sling, pano ou marsúpio para andar com o bebé.

Ajuda a acalmar o bebé e no desenvolvimento motor.



Figura 22 - Como utilizar o Sling

Fonte: <https://tata sling.com.br/tudo-sobre-o-tata-facil-sling/>

4. CUIDADOS DE SAÚDE

É importante proteger a saúde do seu bebê, por isso existem alguns procedimentos a ter em conta logo a seguir ao nascimento:

- Se o bebê não fez o “teste do pezinho” na maternidade, leve-o ao centro de saúde entre o 3^o e o 6^o dia de vida. Este



teste permite identificar doenças, quase sempre genéticas, nas primeiras semanas da vida do bebê, permitindo que se tratem precocemente;

- Pode ser necessário vigiar o peso semanalmente até ao 1^o mês de vida ou mais;
- A primeira consulta deve ser agendada, preferencialmente até ao 10^o dia de vida do bebê;
- As consultas seguintes são agendadas de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil no 1^o ano de vida (1, 2, 4, 6, 9 e 12 meses);
- Realize a vacinação do seu bebê para o proteger de infeções graves (maternidade provavelmente já fez a primeira dose de

hepatite B e a primeira dose contra o Vírus Sincicial Respiratório).

Tabela 1 – Programa Nacional de Vacinação 2025

Vacina Doença	Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
Haemophilus influenzae b		HB 1	HB 2	HB 3		HB 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VP 1	VP 2	VP 3		VP 4	VP 5					
Streptococcus pneumoniae		PCV 1	PCV 2	PCV 3								
Neisseria meningitidis B		MenB 1	MenB 2		MenB 3							
Neisseria meningitidis C					MenC							
Sarampo, parotidite epidêmica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano							HPV 1,2					
Tétano, difteria e tosse convulsa										Tdpa - Grávidas		
Tétano e difteria										Td	Td	Td

NOTA: A administração de Prevenar 20 passou a fazer parte do PNV aos 2, 4 e 12 meses de vida, em substituição de Prevenar 13.

Fonte: <https://www.sns24.gov.pt/tema/vacinas/programa-nacional-de-vacinacao/>

- Aos 2 meses irá dar continuidade às restantes vacinas do Programa Nacional de Vacinação (PNV);
- Informe-se sobre as vacinas não contempladas no PNV (pagas pelos pais e não disponibilizadas pelo Estado), pois também são importantes porque conferem proteção para algumas doenças que podem ser evitadas.

5. SEGURANÇA

Adquirir e manter alguns hábitos desde o primeiro dia de vida do bebé permite antecipar possíveis situações de risco e evitar danos irreparáveis. Nesta fase da vida é elementar que o bebé esteja sempre sob a vigilância de um adulto

5.1. Segurança em Casa

Nos primeiros tempos de vida, deve ter cuidados adicionais com o bebé:

- Durante o primeiro ano de vida, ou pelo menos até aos 6 meses, recomenda-se que os bebés durmam no quarto dos pais, junto da cama destes, mas sempre no seu próprio berço ou cama.
- Deite o bebé sempre de costas, também chamada de barriga para cima ou em decúbito dorsal. Esta é a posição que contribui para a segurança do bebé e que lhe permite, observar o que se passa à sua volta, ter uma maior diversidade de movimentos e interagir com outras pessoas presentes.
- A cama deve ter grades protetoras e um colchão firme adaptado ao tamanho da cama.



Figura 24 – Posição correta para dormir

Fonte: <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/saude-e-bem-estar/deite-bebe-em-seguranca>

- Coloque o bebé de forma a que os pés toquem no fundo da cama, evitando que a roupa cubra a cabeça, deixando os braços por cima da roupa.
- Na cama do bebé evite colocar brinquedos, almofadas, laços, fitas ou fios, por causa do risco de engasgamento e asfixia.
- O quarto deve estar a uma **temperatura amena**, por volta dos 20°C, não colocando fontes de calor junto à cama do bebé.
- Nunca deixe o bebé sozinho no banho ou em cima da cama, da mesa ou do sofá, sem proteções e vigilância.
- Evite realizar tarefas junto a fonte de calor com o bebé ao colo, por exemplo, cozinhar ou passar a ferro.

5.2. Brinquedos

Escolher brinquedos seguros e adequados à idade da criança é fundamental para garantir a segurança do bebé. Um brinquedo mal selecionado pode representar perigos, como asfixia, quedas, ou lesões devido ao uso inadequado.



Figura 25 – Exemplos de brinquedos

Fonte: <https://revistacrescer.globo.com/Publicador/Amazon/noticia/2019/06/os-melhores-brinquedos-educativos-e-estimulantes-para-bebes-segundo-os-clientes-da-amazoncombr.html>

Alguns cuidados importantes na hora de escolher brinquedos:

- ✓ Verifique a idade recomendada: os brinquedos são classificados por faixas etárias, portanto, é importante **escolher um brinquedo que seja adequado para a idade e habilidades da criança**. Brinquedos muito avançados para a idade podem ser perigosos;

- ✓ Verifique as instruções de uso: se há recomendações especiais sobre o uso seguro do brinquedo;
- ✓ Verifique se o brinquedo é seguro e **não apresenta riscos de asfixia, choque elétrico ou outros perigos**. Procure por marcas de certificação de segurança e **marcação CE** que garantem que o produto cumpre os padrões de segurança;
- ✓ Verifique a **qualidade**: especialmente se for de marcas pouco conhecidas. Não use brinquedos que tenham peças pequenas soltas ou partes que possam se soltar facilmente;
- ✓ Não use brinquedos com peças cortantes ou pontiagudas, que possam magoar a criança;
- ✓ Não use brinquedos que emitem sons muito altos, que possam prejudicar a audição do bebê;
- ✓ Não use brinquedos com substâncias tóxicas: como chumbo e mercúrio.

5.3. Sistemas de Retenção

Os acidentes de viação são a maior causa de morte de crianças e jovens em Portugal. A maioria dos acidentes com crianças e jovens podem ser evitados com a adoção de medidas preventivas.

Em caso de acidente, os sistemas de retenção para crianças **reduzem em 75% a probabilidade de morte e 90% a das lesões**.

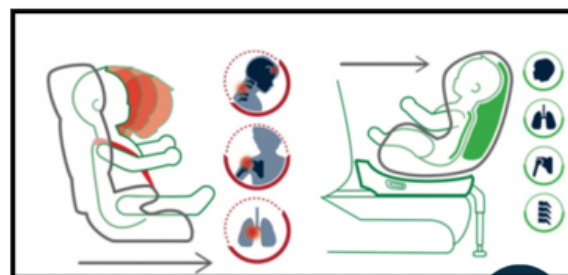


Figura 26 – Utilização adequada do sistema de retenção em crianças pequenas
Fonte: <https://prp.pt/portfolio-itens/sistemas-de-retencao-para-criancas/> (adaptado)

Qualquer que seja a distância, o percurso ou a velocidade, as **crianças com menos de 12 anos de idade ou menos de 1,35 m de altura devem estar sempre seguras por um sistema de retenção homologado e adaptado ao seu tamanho e peso, de acordo com a norma ECE R129 (i-Size)**.

As crianças devem viajar de costas para o sentido do trânsito até aos 3-4 anos de idade ou até ao máximo de peso e altura autorizados pelo fabricante da cadeira devidamente homologada. Esta posição é a mais segura devido à fragilidade do pescoço e o peso da cabeça.

Qual é o melhor lugar no banco traseiro?

- Banco central traseiro: Mais afastado das zonas de impacto (é necessário que o carro tenha nesse lugar cinto de 3 pontos ou sistema ISOFIX);
- Atrás do passageiro (lado direito): Acesso seguro pelo passeio;
- Atrás do condutor (lado esquerdo): Menos seguro, pois geralmente não permite saída pelo passeio.

E se tiver Mais do que Um Filho?

No caso de ter mais de uma criança, recomenda-se que:

- A criança mais nova seja colocada no banco central traseiro;
- E a criança mais velha ocupe o banco lateral atrás do passageiro (lado direito).

Como escolher o sistema de retenção mais adequado

Quadro 3 – Sistemas de retenção mais adequados, de acordo com o peso e a idade da criança.



Grupo	Peso	Idade (aprox.)	Posição da cadeira
0 - Alcofa	Só para casos especiais*		De lado
0+	Até 13 kg	Até 12-18 meses	Virada para trás (VT)
0+/I ou I	Até 18 kg	12 meses - 3/4 anos	Virada para trás (VT)
0+/I ou I	Até 18 kg	18 meses – 3/4 anos	Virada para a frente (VF)
II/III	15-36 kg	4/6 anos - 12 anos	Virada para a frente (VF)
III	22-36 kg	8/9-12 anos	Virada para a frente (VF)

Fonte: <https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20G%20I.2010%20EX%20SET.2010.pdf>
https://metis.med.up.pt/index.php/Transporte_de_crian%C3%A7as_no_autom%C3%B3vel
 (adaptado)

Como saber se o sistema de retenção está corretamente instalado

- É importante ler os manuais de instruções da cadeirinha e do veículo.
- Deve estar bem fixo à estrutura do veículo, através dos cintos de segurança ou sistema ISOFIX;

- Os cintos devem estar sempre **corretamente** apertados, sem folgas. Atenção a casacos, mantas e fraldas que podem não garantir que o cinto esteja devidamente ajustado;
- Caso a cadeira seja de segunda mão verifique o seu estado de conservação e funcionamento.

As crianças podem viajar no banco da frente?

Crianças com idade inferior a 3 anos – o transporte pode ser no banco da frente, no lugar do passageiro, utilizando um sistema de retenção virado para a retaguarda e airbag desativado no lugar do passageiro.

Crianças com idade igual ou superior a 3 anos – se o automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco traseiro ou não dispuser de banco traseiro (como é o caso dos veículos comerciais ou dos “smart”, por exemplo).



ATENÇÃO aos AIRBAGS



Crianças com menos de 3 anos só viajam no banco da frente se não existir Airbag ou o Airbag estiver desativado/desligado.

Como compreender a etiqueta que identifica a homologação dos Sistemas de Retenção



Figura 15 – Exemplo de uma etiqueta R129

Fonte: <https://prp.pt/portfolio-itens/sistemas-de-retencao-para-criancas/>

BIBLIOGRAFIA:

- ✓ Direção-Geral da Saúde. (2023) Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, norma nº10/2013, de 31 de maio. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015) Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização (Cadernos OE/Série I/Número 8/). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf
- ✓ Portugal. Prevenção Rodoviária Portuguesa. (2024) Sistemas de Retenção para Crianças: Novas Regras para Cadeirinhas na EU. <https://prp.pt/sistemas-de-retencao-para-criancas-novas-regras-para-cadeirinhas-na-ue/>
- ✓ Portugal. Serviço Nacional de Saúde. (2023). Guia Para Pais. <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-pais/>

CONTACTOS:

- ✓ **USF MARGENS DO NEIVA**
Rua do Alambique, 58
4905-472 Barrocelas
Telefone: 258772761
Email: usf.margensneiva@ulsam.min-saude.pt
- ✓ **EXTENSÃO DE SAÚDE DE ALVARÃES (PÓLO DA USF MARGENS DO NEIVA)**
Rua de Monsenhor António Gonçalves, nº 47
4905-200 Alvarães
Telefone: 258777474
Email: polo.usfmargensneiva@ulsam.min-saude.pt
- ✓ **UCC BARROCELAS**
Morada: Rua Alambique, N.º 58 | 4905-472 BARROCELAS
Telefone: 258 772 744
Email Geral: ucc.barrocelas@ulsam.min-saude.pt

ELABORADO POR: Patricia Cardoso e Sónia Pereira, Enfermeiras e Mestrandas de Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

COM A COLABORAÇÃO: Enfermeira Elisabete Correia, Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e Enfermeira Cristina Colaço, Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e obstétrica.

Data:

Aprovado:

Aprovado em Conselho Geral:

**Apêndice XV – Apresentação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção
Familiar (formação serviço)**



Maria Henriqueta Figueiredo



APLICAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

- Um Estudo de Caso-

(MDAIF)

...Família

A importância da **Família nos CSP**, tem vindo a evidenciar-se pelas políticas de saúde implementadas em Portugal.

Com a reorganização dos Centros de Saúde em 2005 e a implementação das USF;

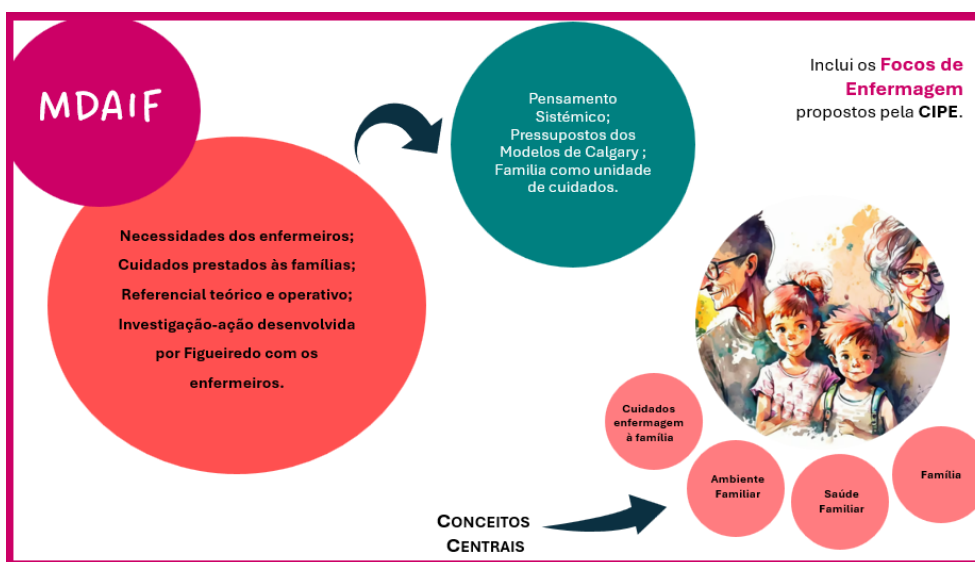
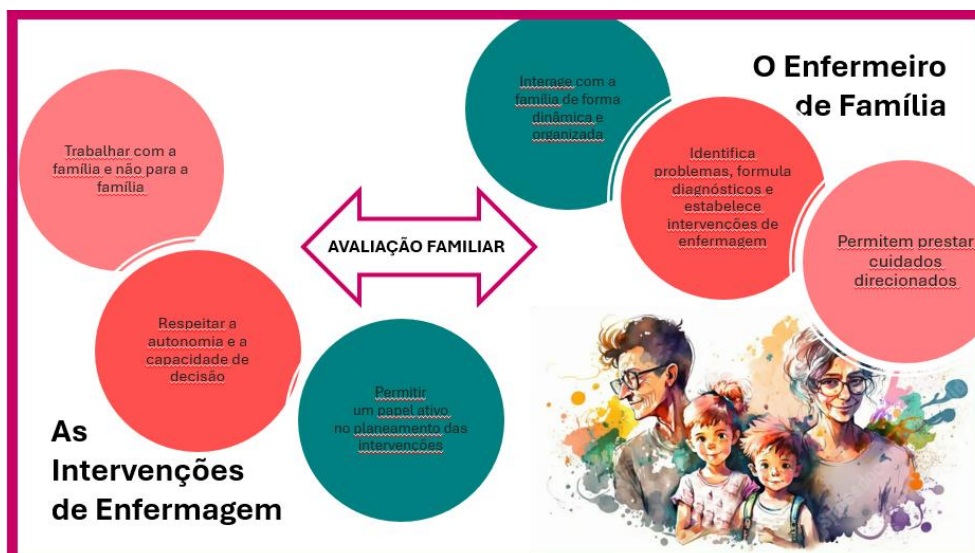
O foco da prática de enfermagem nas USF está direcionado para o **sistema familiar**;

Desempenhando a **Família** um papel importante na saúde dos seus membros.

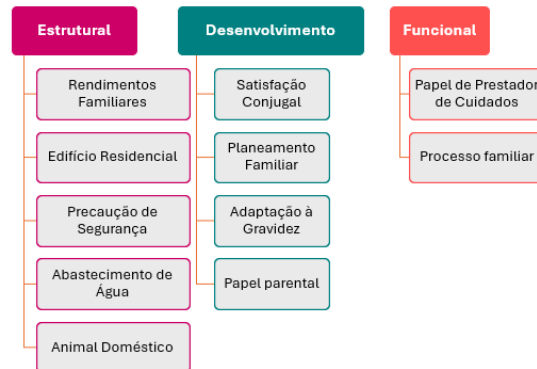


O Enfermeiro de Família



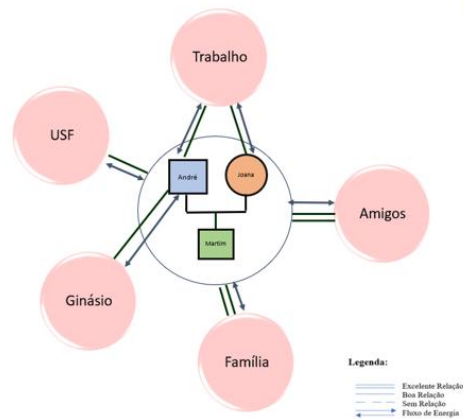


Avaliação familiar



MDAIF - Matriz Operativa

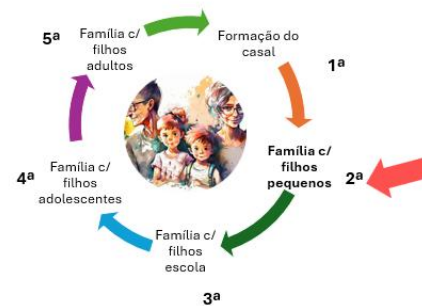
Ecomapa da Família FERREIRA



Etapa do Ciclo Vital Familiar



Estuda o crescimento da família

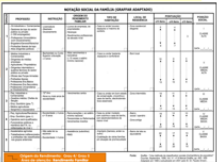


Ciclo Vital da família (Reivas 2000)




Dimensão Estrutural

Definições	
Rendimento Familiar	Classe II - Classe média alta (score 11 através da Escala de Graffar Adaptada)
Edifício Residencial	Sem barreiras arquitetónicas, tem aquecimento central, abastecimento de gás natural, higiene da habitação é boa.
Precaução de Segurança	não se aplica por inexistência de barreiras arquitetónicas
Abastecimento de água	e tratamento resíduos é da rede pública
Animal doméstico	2 gatos, que não estão vacinados nem desparasitados




Diagnósticos inerentes à Dimensão Estrutural

Foco	Juízo
Rendimento Familiar	Não Insuficiente
Edifício Residencial	Seguro – Não Negligenciado
Precaução de Segurança	Demonstrada
Abastecimento de Água	Adequado
Animal Doméstico	Negligenciado



Dimensão Desenvolvimento

Definições	Dimensões operativas	Resultados
Satisfação Conjugal	Relação dinâmica do casal	Satisfeitos
	Comunicação do casal	Satisfeitos
	Interação Sexual	Satisfeitos
	Função Sexual	Satisfeitos
	Fertilidade	Casal com 1 filho, planeiam ter mais filhos
Planeamento Familiar	Conhecimento vig. Pré- concecional	Demonstrada
	Uso de contraceptivo	Satisfeitos, a realizar A.O (azalia)
	Conhecimento sobre reprodução	Adequado , permitindo a maximização da capacidade reprodutiva
Adaptação à gravidez	Conhecimento/ Comunicação/ Comportamento de adesão	Não se aplica
Papel Parental	Conhecimento do papel	demonstrado
	Comportamento de adesão	Não demonstram conhecimento relativamente ao programa de vigilância de consultas de SI e vacinação
	Adaptação da família à escola	Não se aplica
	Consenso do Papel	sim
	Conflito do papel	não
	Saturação do papel	não

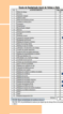


Diagnósticos inerentes à Dimensão de Desenvolvimento

Foco	Juízo
Satisfação Conjugal	Mantida
Planeamento Familiar	Eficaz
Papel Parental	Não adequado

Dimensão Funcional

Definições	Dimensões operativas	Resultados
Papel do prestador de cuidados	Não se aplica	
Processo Familiar 	Comunicação familiar	Boa comunicação entre os dois.
	Coping familiar	Reconhecerem os problemas de igual forma.
	Interação de papéis familiares	Todos os papéis são partilhados por ambos os elementos do casal.
	Relação dinâmica	O poder é partilhado de igual forma por ambos os elementos do casal. A coesão e adaptabilidade familiar, é avaliada pela escala de FACES . APGAR Familiar.
	Crenças familiares	Ambos são católicos não praticantes, adotam hábitos, valores e costumes da cultura tradicional portuguesa. Intervenção dos profissionais de saúde.

A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, identifica acontecimentos geradores de stresse. Família detém uma boa readaptação social com um score de 93, o que indica menor probabilidade de incidência de doenças.



Diagnósticos inerentes à Dimensão Funcional

Foco	Juízo
Papel do prestador de cuidados	Não se aplica
Processo familiar	funcional
Comunicação familiar	eficaz
Coping familiar	eficaz
Interação de papéis familiares	Eficaz/ não conflitual
Relação dinâmica	Não disfuncional

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES FAMILIARES

A elaboração e construção de um plano de cuidados prevê princípios básicos que devem compreender as forças e as fragilidades assumidas pela família, as prioridades de intervenção de acordo com a vontade manifestada pela mesma e a negociação, com a família, de objetivos a alcançar com vista à mudança.

(Figueiredo, 2012)

Dimensão Estrutural → Animal doméstico negligenciado
Dimensão de Desenvolvimento → Papel parental não adequado
Dimensão Funcional → Inexistência de problemas

Após analisar as várias categorias das dimensões do MDAIF identificamos diagnósticos e planeamos intervenções de enfermagem.



Plano de cuidados



DIAGNÓSTICO

Papel parental, não adequado

Foco	Juízo	Intervenções de Enfermagem
Papel parental	Não adequado	
Dimensões	Juízo	Intervenções de Enfermagem
Conhecimento dos pais (sobre desenvolvimento infantil)	Não demonstrado	
Conhecimento dos pais (sobre vacinação/vigilância de saúde infantil da criança)	Não demonstrado	

- Ensinar ao casal sobre o desenvolvimento psicomotor da criança;
- Instruir o casal como promover o desenvolvimento psicomotor da criança;
- Incentivar o casal a promover o desenvolvimento da criança;
- Providenciar fontes de leitura sobre o desenvolvimento infantil.
- Ensinar o casal sobre o plano de vacinação;
- Informar o casal sobre as vacinas não incluídas no plano de vacinação;
- Ensinar o casal sobre os efeitos secundários das vacinas e como atuar caso necessário.

Resultados esperados:

Papel parental, adequado (Conhecimento do papel sobre o desenvolvimento infantil e sobre a vacinação/vigilância de saúde da criança, demonstrado)

DIAGNÓSTICO		
Animal doméstica, negligenciado		
Foco	Juízo	
Animal doméstico	Negligenciado	
Dimensões	Juízo	Intervenções de Enfermagem
Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico	Não demonstrado	- Ensinar sobre vacinação do animal doméstico; - Motivar para vacinação do animal doméstico; - Supervisionar vacinação do animal.
Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico	Não demonstrado	- Ensinar sobre desparasitação do animal doméstico; - Motivar para desparasitação do animal doméstico;
Resultados esperados: Animal doméstico, não negligenciado (Conhecimento sobre vacinação do animal doméstico e sobre desparasitação do animal doméstico, não negligenciado)		



Bibliografia

Apêndice XVI - Apresentação do projeto do estágio à equipa multidisciplinar

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final 2024/2025

Mestrandas: Patrícia Cardoso e Sónia Pereira

Vinha do Castelo, 3 de Dezembro de 2024



Sumário



**Apresentação dos
Projetos de
Investigação**



**Título da
Investigação**



**Questão de
Investigação**



**Objetivo da
Investigação**



**Tipo de
Investigação**



Metodologia



**Cronograma da
Investigação**

Participantes no Estudo
Critérios de Inclusão e
Exclusão
Recolha de Dados
Protocolo de
Investigação



**APOIO À PARENTALIDADE – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.**

Patrícia Cardoso

**PERCEÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E DIFICULDADES DOS PAIS NOS
CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO:
CONTRIBUTOS PARA O ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR.**

Sónia Pereira





APOIO À PARENTALIDADE – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Patrícia Cardoso



Título da Investigação

APOIO À PARENTALIDADE – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Responsáveis pela Investigação:

- Patrícia Gomes Cardoso (Estudante de Mestrado)
- Enfermeira Mestre Elisabete Correia (Enfermeira Tutora)
- Professora Mestre Maria Cândida Cracel (Professora Orientadora)

Finalidade da Investigação:

- Validar ou melhorar as práticas de apoio na promoção à Parentalidade, em crianças até aos 6 anos.



Questão de investigação

Qual a perceção que os enfermeiros, a exercerem funções nos Cuidados de Saúde Primários, têm sobre as suas práticas na promoção da Parentalidade?



🎯 Objetivos da Investigação

Geral:

- Caracterizar a perceção dos enfermeiros de CSP sobre as suas práticas na promoção da Parentalidade.

Específicos:

- Identificar as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros na promoção da Parentalidade;
- Identificar os temas abordados pelos enfermeiros na promoção da Parentalidade;
- Identificar a motivação dos enfermeiros para uma prática promotora da Parentalidade;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a avaliação da eficácia das intervenções na promoção da Parentalidade.

Tipo de Investigação

- Metodologia quantitativa, sendo um estudo do tipo observacional, descritivo e transversal.



👤 Metodologia

População e Amostra:

- A população deste estudo são todos os enfermeiros de CSP a exercer funções na USF Margens do Neiva, USF Foz do Lima, UCSP de Darque, USF Cuidarte, USF Gil Eanes e USF Tiago de Almeida, num total 47 enfermeiros.
- A amostra será coincidente com a população alvo, sendo uma amostra não aleatória, de conveniência.



👤 Metodologia

Critérios de Inclusão:

- Enfermeiros na prestação de cuidados numa USF ou UCSP, há mais de um ano, que atendam crianças até aos 6 anos e que aceitem participar no estudo.

Critérios de Exclusão:

- Os enfermeiros que não preencham integralmente o questionário.

Metodologia

Recolha de dados

- Questionário sociodemográfico elaborado, para caracterizar os enfermeiros de CSP envolvidos no estudo.
- Questionário das práticas de apoio à parentalidade no contexto dos CSP de Martins (2019):
 - ✓ Conhecer se existem iniciativas à parentalidade;
 - ✓ Conhecer o tipo e a frequência com que são desenvolvidas as iniciativas de apoio à parentalidade dirigidas a pais e mães até aos 6 anos de idade, na instituição de saúde onde o enfermeiro trabalha;
 - ✓ Conhecer os temas abordados, bem como a frequência, na intervenção com os pais;
 - ✓ Conhecer os motivos, bem como a frequência, das ações dirigidas à parentalidade;
 - ✓ Saber se estas iniciativas de apoio à parentalidade são avaliadas, de que forma e com que frequência.

1. Nome do participante: _____

2. Data de nascimento: _____

3. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

4. Estado civil: ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Viúvo

5. Número de filhos: _____

6. Profissão: _____

7. Formação académica: _____

8. Anos de experiência profissional: _____

9. Local de trabalho: _____

10. Contacto: _____

11. Assinatura: _____

12. Data: _____

Metodologia

Protocolo de Investigação

- Identificação dos enfermeiros dos CSP que trabalham há mais de um ano, nas USF/UCSP, abrangidas pelo estudo;
- Entrega do consentimento informado e do instrumento de colheita de dados (questionário) a cada participante, em envelope individual (cada participante deverá preencher o questionário e coloca-lo no envelope fechado, de forma a garantir a confidencialidade dos dados);
- Tratamento e análise de dados;
- Apresentação do estudo;
- Elaboração de proposta de intervenção de acordo com as conclusões obtidas;
- Divulgação científica, mediante as oportunidades.

✓ Cronograma de Investigação

Etapas	2024					2025									
	Mai o	Jun	Out.	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	
Revisão da literatura e enquadramento	X	X	X	X	X	X	X	X							
Recolha de dados			X	X	X										
Tratamento de dados					X	X									
Resultados							X	X							
Discussão dos resultados							X	X							
Elaboração de síntese de resultados e principais conclusões								X							
Apresentação e síntese de resultados									X	X					
Elaboração do Relatório de Estágio de Natureza Profissional						X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Submissão do Relatório de Final e apresentação em prova pública														X	

**Apêndice XVII – Apresentação das atividades desenvolvidas à equipa
multidisciplinar**

Estágio de Natureza Profissional 2024/2025

APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Mestrandas: Patrícia Cardoso e Sónia Pereira

Viana do Castelo, 25 de março de 2025



Atividades Desenvolvidas

1. Planeamento Familiar

2. Apoio à Parentalidade

3. A Parentalidade nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)



1. Planeamento Familiar



PLANEAMENTO DA
AÇÃO



FLYER



POSTER

1. PLANEAMENTO FAMILIAR



PLANEAMENTO DA AÇÃO

Ação - Divulgação da Consulta de Planeamento Familiar

Fundamentação:

"A Saúde Reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos." (Portugal, 2008, p.5)

O Planeamento Familiar (PF) é essencial para garantir que indivíduos e famílias possam exercer o direito de decidir sobre sua reprodução de forma informada, segura e saudável. Além da promoção de métodos contraceptivos e do apoio à gravidez desejada, as consultas de PF de enfermagem também desempenham um papel crucial na prevenção e deteção precoce de doenças oncológicas, como o cancro da mama, do colo do útero e do testículo (Despacho n.º 8254/2017). A inclusão dessas questões oncológicas no contexto do PF reforça a importância de uma abordagem integrada da saúde sexual e reprodutiva, promovendo rastreios e diagnósticos precoces que podem salvar vidas. Assim, os profissionais de enfermagem têm um papel ativo não apenas no aconselhamento sobre contraceção e fertilidade, mas também na sensibilização para a importância da prevenção e do acompanhamento regular da saúde reprodutiva.

As consultas de PF seguem as diretrizes do Programa de Saúde Reprodutiva e PF da Direção-Geral da Saúde (DGS) de Portugal, garantindo a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Os principais objetivos dessas consultas incluem: promover uma vivência sexual gratificante e segura; informar e aconselhar sobre a saúde sexual e reprodutiva; permitir o planeamento de uma gravidez saudável e responsável; preparar uma maternidade e paternidade saudáveis; prevenir uma gravidez indesejada; reduzir os índices de mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil; reduzir o número de doenças sexualmente transmissíveis e as suas consequências, nomeadamente a infertilidade.

Desta forma, espera-se que em todas as Unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP), as equipas multidisciplinares desempenhem um papel ativo na promoção e garantia do acesso às consultas de PF. Isso inclui não apenas a oferta desses serviços, mas também a implementação de estratégias para incentivar a adesão tanto de indivíduos quanto de famílias.

1. PLANEAMENTO FAMILIAR



PLANEAMENTO DA AÇÃO

Objetivos

- Promover a Consulta de PF na USF Margens do Neiva (USFMN);
- Contribuir para o aumento da adesão à Consulta de PF das pessoas em idade fértil.

Estratégias

- Elaboração de um flyer e um poster informativo sobre a Consulta de PF, para incentivar a adesão à consulta de Enfermagem, com aprovação do Conselho Técnico da USFMN;
- Divulgação do poster na sala de espera da USFMN.

Destinatários:

- Pessoas em idade fértil inscritas na USF:
 - Mulheres dos 15 aos 54 anos
 - Homens, sem limite de idade
- Equipa multiprofissional da USFMN

Intervenientes:

- Mestrandas Patrícia Cardoso e Sónia Pereira.

Data: 30 de outubro de 2023 a 31 de março de 2025.

Indicadores de Avaliação: Aumento efetivo da percentagem da adesão à Consulta de PF das pessoas em idade fértil, através dos indicadores relativos ao acompanhamento em PF, no mesmo período temporal, janeiro a março, dos anos 2024 e 2025.

Bibliografia:

- Despacho Normativo n.º 8254/2017 - Estabelece os critérios técnicos para os rastreios oncológicos de base populacional realizados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) (2017). [Diário da República n.º 183/2017, Série II de 2017-09-21, páginas 20788 - 20799](#). [Despacho n.º 8254/2017 | DR \(diariodarepublica.pt\)](#)
- Portugal, Direção-Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar. Edição revista e atualizada. Lisboa. https://www.spcp.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf

CONSULTA de PLANEAMENTO FAMILIAR



Informa-se com a sua equipa de saúde familiar

Pólo de Barcelos
Rua do Comércio, 161
4800-473 Barcelos
Telefone: 24871706
Email: ufm.margens@ufm.mn
www.ufm.mn

Pólo de Alarcos
Rua do Marquês António Gonçalves,
2º 4º
4800-000 Alarcos
Telefone: 24871714

RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

- Exame ginecológico que permite detetar precocemente lesões precursoras do cancro do colo do útero.
- Indicado em todas as mulheres que tenham iniciado a atividade sexual, entre os 30 e os 69 anos de idade.
- Realizado de 5 em 5 anos.

RASTREIO DO CANCRO DA MAMA

- Realização de uma mamografia, que permite analisar o tecido mamário.
- Indicado em todas as mulheres entre os 45 e 74 anos.
- Realizado de 2 em 2 anos.

Valorize a consulta de Planeamento Familiar.

E não se esqueça:
A prevenção é a melhor saúde!

Bibliografia

- https://www.mn.gov.pt/pt/ufm/margens-do-neiva/ufm-mn
- https://www.mn.gov.pt/pt/ufm/margens-do-neiva/ufm-mn
- https://www.mn.gov.pt/pt/ufm/margens-do-neiva/ufm-mn
- https://www.mn.gov.pt/pt/ufm/margens-do-neiva/ufm-mn
- https://www.mn.gov.pt/pt/ufm/margens-do-neiva/ufm-mn

Elaborado em março de 2023
Revisão e
Atualização por: Patrícia Cardoso e Sónia Pereira
Mestrandas de Enfermagem de Saúde Comunitária
na área de Saúde Familiar - Unidade Regional de Saúde
de Margens do Neiva e Alarcos
Com a colaboração: Sílvia Maria Oliveira Santos
Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária

O QUE É O PLANEAMENTO FAMILIAR?

É uma consulta que permite o acesso a cuidados de saúde e a informação adequada, de modo a que a pessoa/família vivencie a sexualidade de forma satisfatória e segura e seja orientada na tomada de decisões planeadas.

O direito ao Planeamento Familiar é garantido a todos pela Constituição da República Portuguesa, pela Lei n.º 39/84 e reforçada pela Lei n.º 100/99. Esta Lei determina que os métodos contraceptivos sejam fornecidos gratuitamente nos centros de saúde e hospitais públicos.

QUAL É O OBJETIVO?

Promover uma vivência sexual gratificante e responsável.

Informar e aconselhar sobre a saúde sexual e reprodutiva.

Permitir o planeamento de uma gravidez saudável e responsável.

Preparar uma maternidade e paternidade saudáveis.

Prevenir uma gravidez indesejada (métodos contraceptivos gratuitos).

Reduzir os índices de mortalidade e morbilidade materna, perinatal e infantil.

Sensibilizar para a importância da realização do rastreio do cancro do colo do útero e da mama.

Prevenir e reduzir o número de abortos, sexualmente não planeados.

Identificar e orientar os problemas de infertilidade.

A QUEM SE DESTINA?

A consulta de Planeamento Familiar destina-se a todos os indivíduos em idade fértil.

A consulta pode ser agendada na Unidade de Saúde Familiar por iniciativa da pessoa/família ou por iniciativa do enfermeiro de família ou médico de família, presencialmente, por telefone ou via e-mail.

É garantido o acesso à informação e privacidade.

A mulheres até aos 54 anos e homens, sem limite de idade.

FLYER

1. PLANEAMENTO FAMILIAR



1. PLANEAMENTO FAMILIAR



2. Apoio à Parentalidade



PLANEAMENTO DA AÇÃO



MANUAL DO BEBÉ



2. APOIO À PARENTALIDADE

Ação - ELABORAÇÃO DE UM MANUAL DO BEBÉ

Fundamentação:

Ao longo do ciclo de vida, as famílias passam por várias crises e desafios, associadas a transições situacionais ou desenvolvimentais (Meleis et al., 2010) que têm um impacto profundo em toda a família.

A transição para a Parentalidade compreende a integração de novos elementos, é um período de desenvolvimento marcante que inclui desafios práticos e psicológicos para os novos pais exigindo-lhes identificar e agir de acordo com as necessidades do recém-nascido, alterar as suas rotinas diárias para lidar com as novas tarefas e maiores responsabilidades (Gameiro et al., 2011; Tognasso et al., 2022).

Os cuidados dos pais ao seu recém-nascido e a confiança no desempenho do seu papel de cuidadores dependem, para além de outros fatores, da sua autoperceção percebida (Gamerio et al., 2011). Quadros teóricos e programas parentais sublinham a importância do apoio e da educação precoces, para resultados familiares positivos no que respeita ao cuidar o recém-nascido (Massi et al., 2021; Dlamini et al., 2023). É crucial melhorar os conhecimentos, as competências, a consciencialização e a compreensão dos significados associados aos novos papéis e responsabilidades dos pais.

Promover a literacia em saúde e oferecer programas de apoio são cruciais para reforçar as relações pais-filhos e promover um desenvolvimento infantil positivo (Massi et al., 2021; Dlamini et al., 2023). Pela sua proximidade a prestação de cuidados às famílias e indivíduos ao longo do seu ciclo de vida, os enfermeiros de saúde familiar devem facilitar uma vivência mais positiva da Parentalidade, o que implica capacitar os pais para os cuidados ao recém-nascido, de modo que os mesmos ganhem competências que lhes facilitem o protagonismo deste papel tão importante (Kuersten-Hogan & McHale, 2021).

Figueiredo (2023) realiza que o enfermeiro de saúde familiar, através do seu cuidar individualizado e conceitualmente fundamentado, deve promover o empoderamento da família. Concretamente, o empoderamento dos pais para o processo cuidativo de seu recém-nascido.



Planeamento da Ação



Planeamento da Ação

2. APOIO À PARENTALIDADE

Objetivos

- Uniformizar os cuidados ao recém-nascido;
- Empoderar os pais para melhores práticas de cuidados ao RN, proporcionando ferramentas que aumentem a autonomia, confiança e segurança, promovendo o vínculo afetivo e o bem-estar familiar;
- Promover a melhor prática de cuidados, baseada na melhor evidência científica, de modo a responder, de forma eficaz, às necessidades específicas das pessoas e famílias com a obtenção de ganhos em saúde, numa perspetiva de pensar em e na família.

Estratégias

- Elaboração do Manual ao Bebê de apoio à consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil à prática de cuidados de enfermagem baseada na evidência.

Destinatários:

- Grávidas e/ou Pais de Recém-nascidos
- Equipa multiprofissional da USFMN e UCC Barroselas.

Intervenientes:

- Mestradas Patrícia Cardoso e Sónia Pereira;
- Enfermeira Elisabete Correia e Enfermeira Cristina Colaço.

Data: 30 de outubro de 2023 a 31 de março de 2025.

Indicadores de Avaliação: feedback transmitido pela equipa multiprofissional e pelos pais

Bibliografia:

- Diamini L.P., Hsu Y.Y., Shongwe M.C., Wang S.T., Gau M.J. (2023). Maternal Self-Efficacy as a Mediator in the Relationship Between Postpartum Depression and Maternal Role Competence: A Cross-Sectional Survey. *J. Midwifery Women's Health*, 68:499-506. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13478>.
- Figueiredo, M.H. (coord.) (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel. ISBN 978-989-752-491-2.
- Gamero, S., Caravento, M.C., Boivin, J., Moura-Ramos, M., Soares, I., & Almeida Santos, (2011) T. Parental investment in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive techniques. *Hum. Reprod.* 26:1128-1137. <https://doi.org/10.1093/humrep/det111>.
- Kuersten-Hogan R., Mchale J.P. The Transition to Parenthood: A Theoretical and Empirical Overview. In: Kuersten-Hogan R., Mchale J.P., editors. (2021) *Prenatal Family Dynamics*. Springer.
- Masi L., Hickey S., Maidment S.J., Rose Y., Kildea S., Nelson C., Knake S. (2021) Improving interagency service integration of the Australian Nurse Family Partnership Program for First Nations women and babies: A qualitative study. *Int. J. Equity Health*. 20:212. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01519-x>.
- Meles A.I., Sawyer L.M., Im E.O., Meates D.K.H., Schumacher K.L. (2010) Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. In: Meles A.I., editor. *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. (pp. 52-64).
- Tognasso, G., Gorla, L., Ambrosini, C., Figueiredo, F., De Carli, P., Parolin, L., Sarnacini, D., & Santona, A. (2022). Parenting Stress, Maternal Self-Efficacy and Confidence in Caring in a Sample of Mothers with Newborns (0-1 Month). *Int. J. Environ Res Public Health*;19(15):9651. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159651>.



3. A Parentalidade nos CSP



PLANEAMENTO DA
AÇÃO



FORMAÇÃO EM
SERVIÇO



3. A Parentalidade nos CSP



Planeamento da Ação

Objetivos - Sensibilizar os Profissionais de Saúde para a Parentalidade; - Promover a melhor prática de cuidados, baseada na melhor evidência científica, de modo a responder, de forma eficaz, às necessidades específicas das pessoas e famílias com a obtenção de ganhos em saúde, numa perspetiva de pensar em e na família.	
Estratégias Ação de formação para a equipa multiprofissional e partilha de experiências entre profissionais.	
Destinatários: Equipa multiprofissional do Centro de Saúde de Barrocelas.	Intervenientes: - Mestranda Patricia Cardoso e Sónia Pereira; - Enfermeiro Ricardo Peixoto, Especialista na área da Saúde Mental e Psiquiátrica (convidado).
Data: 5 de março de 2025.	
Indicadores de Avaliação: Avaliação da eficácia da formação realizada pelos profissionais presentes, através da menção "eficaz" ou "não eficaz".	
Bibliografia: - Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). <i>Programas estruturados de apoio parental: Capacitação dos pais para a gestão das necessidades de saúde dos filhos</i>. Direção-Geral da Saúde. - Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, nº. 26 de 2019-02-06. https://diariodarepublica.pt/diariadetalhe/regulamento/140/2019-119236195 - Pronça, R., Vaz, H., & Pais, S. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. <i>Nurse Education in Practice</i>, 50, 102963. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963 - Seabra-Santos, M. J., Azevedo, A. F., Homem, T. C., Sousa, D. S., Baptista, E., Pimentel, M., Major, S. O., & Gaspar, M. F. (2019). Promoção de parentalidade positiva nos cuidados de saúde primários: Formação de profissionais. Recuperado de https://estudogeral.ucp.pt/handle/10316/87277	

II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

PARENTALIDADE

A promoção da Parentalidade nos Cuidados de Saúde Primários

Formadora estagiária: Enfermeira Ricardo Peixoto, Mestranda: Patricia Cardoso e Sónia Pereira.

Viana do Castelo, 5 de março de 2025



AÇÃO DE FORMAÇÃO

3. A PARENTALIDADE NOS CSP

Perceção das Competências e Dificuldades dos Pais nos Cuidados ao Recém-nascido: Contributos para o Enfermeiro de Saúde Familiar.

Sónia Pereira

Apoio À Parentalidade - Perceção Dos Enfermeiros De Cuidados De Saúde Primários.

Patricia Cardoso

Projetos de Investigação a desenvolver na USF Margens do Neiva



Aqueles que passam por
nós, não vão sós, não
nos deixam sós. Deixam
um pouco de si, levam
um pouco de nós.

Antoine de Saint-Exupéry



Muito
Obrigada!

Patrícia Cardoso e Sílvia Pereira



Apêndice XVIII - Sessão de formação “Promoção da Parentalidade nos CSP”

PARENTALIDADE

A promoção da Parentalidade nos Cuidados de Saúde Primários

*Formador externo: Enfermeiro Ricardo Peixoto,
Mestrandas: Patrícia Cardoso e Sónia Pereira.*

Viana do Castelo, 5 de março de 2025



A promoção da Parentalidade nos Cuidados de Saúde Primários



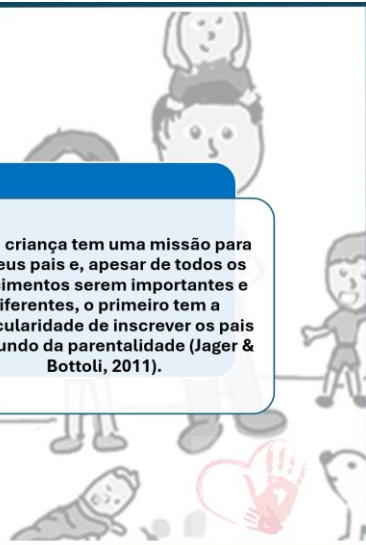
Sensibilizar os profissionais de saúde para a Parentalidade



A Parentalidade

A parentalidade é considerada uma das transições mais importantes e marcantes na vida dos indivíduos, promotora de grandes mudanças em todos os elementos da família, marca o início de uma nova fase do ciclo vital, movendo-se a família da função conjugal para a parental (Relvas, 2004).

Cada criança tem uma missão para os seus pais e, apesar de todos os nascimentos serem importantes e diferentes, o primeiro tem a particularidade de inscrever os pais no mundo da parentalidade (Jager & Bottoli, 2011).



Desafios e Expectativas da Parentalidade

Idealização vs. Realidade

Pressão social e cultural

Equilíbrio entre cuidado e autonomia



A Intervenção do Enfermeiro de Família

Acompanhar/Orientar

Apoiar emocionalmente durante a gestação, o parto e os primeiros anos de vida da criança

Promover o desenvolvimento das competências parentais

Promover a autoconfiança no exercício parental

Capacitar a família para lidar com os desafios da parentalidade

Promover a saúde familiar pela harmonização entre a parentalidade e a conjugalidade



“Todas as pessoas grandes
foram um dia **crianças.**”

(O PEQUENO PRÍNCIPE)

