

PERCEÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E DIFICULDADES DOS PAIS NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO: CONTRIBUTOS PARA O ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR

Sónia Alexandra Martins Pereira

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

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

Ano letivo 2024/2025

**Perceção das competências e dificuldades dos pais nos
cuidados ao recém-nascido:
Contributos para o enfermeiro de saúde familiar**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Unidade curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Mestranda:

Sónia Alexandra Martins Pereira

Gestora Pedagógica

Prof.^a Mestre Maria Cândida Cracel Viana

Enfermeira Tutora

Enf.^a Mestre Elisabete Correia

Viana do Castelo, outubro, 2025

AGRADECIMENTOS

O mestrado representa um marco importante no meu percurso acadêmico, tendo sido meses de enorme crescimento pessoal e profissional. Nada disto teria sido possível sem o apoio e a partilha de excelentes colegas, professores e tutores. A todos, o meu sincero agradecimento.

Quero expressar a minha profunda gratidão à minha tutora, enfermeira Elisabete Correia, e à gestora pedagógica, professora Cândida Cracel, pela disponibilidade demonstrada, pelos valiosos conselhos e pelas críticas construtivas que foram fundamentais para a concretização deste mestrado.

À Patrícia, amiga e companheira de estágio em todos os momentos, deixo igualmente um sentido agradecimento pela amizade, apoio e partilha ao longo deste percurso.

Agradeço também a todas as Famílias que, de diferentes formas, contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Por último, e não menos importante, deixo um enorme obrigado à minha família em especial ao meu marido e aos meus pais pelo apoio incondicional e pela coragem transmitida, e ao meu filho Francisco, que amo profundamente e que, com orgulho, me inspira diariamente a ser melhor e mais feliz.

.

A todos, muito obrigada!

DEDICATÓRIA

*Ao meu **filho Francisco**, que é parte de mim!!!*

PENSAMENTO

“Não tenha medo do caminho....
Tenha medo de não caminhar”

Augusto Cury

RESUMO

Enquadramento: O nascimento de um filho representa, na maioria dos casos, um acontecimento desejado e profundamente significativo na vida dos pais e da família. Esta etapa implica a integração de um novo membro no sistema familiar e a redefinição de papéis, exigindo aos pais a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas para responder às necessidades do recém-nascido e da dinâmica familiar. Entende-se, portanto, que os primeiros 28 dias de vida do recém-nascido representam um período crucial para compreender as dificuldades dos pais, pois marcam a transição efetiva para a parentalidade e os desafios que esta implica. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, particularmente na área de enfermagem de saúde familiar, assume um papel central, detendo competências diferenciadas para cuidar do recém-nascido, da família e da comunidade, constituindo-se como recurso fundamental de apoio e orientação na transição para a parentalidade, promovendo segurança, confiança e autonomia nos cuidados ao recém-nascido.

Objetivos: caracterizar as competências e dificuldades percecionadas pelos pais no cuidado ao recém-nascido; identificar as competências percebidas pelos pais no cuidado ao recém-nascido; identificar as dificuldades percebidas pelos pais no cuidado ao recém-nascido.

Método: foi realizado um estudo quantitativo, observacional, descritivo e transversal, com uma amostra de 29 pais inscritos na Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva. A recolha de dados ocorreu através de um questionário que compreendia a caracterização demográfica do recém-nascido, a caracterização sociodemográfica dos pais, a Escala de Auto-Perceção Materna das Competências Cuidativas Neonatais (Mendes & Santos, 2009) e as dificuldades percebidas nos cuidados ao recém-nascido.

Resultados: os pais apresentaram níveis elevados de competências cuidativas, evidenciando maior domínio nas competências cognitivo-motoras em comparação com as competências cognitivo-afetivas. De uma forma geral, percecionam-se com elevada competência na execução de tarefas instrumentais, rotineiras e facilmente observáveis. No entanto, as dificuldades tornam-se mais evidentes em áreas que exigem conhecimentos técnicos específicos, maior capacidade de interpretação clínica ou uma sensibilidade emocional mais desenvolvida.

Conclusões: as competências cuidativas dos pais surgem mais sólidas nas tarefas cognitivas e motoras, sobretudo nas rotinas instrumentais que oferecem *feedback*

imediatos e reforçam a confiança. Pelo contrário, as competências cognitivas-afetivas e técnicas mostram maiores fragilidades, evidenciando dificuldades nas tarefas mais complexas, que exigem interpretação clínica ou gestão emocional.

Palavras-chave: parentalidade, competências parentais, dificuldades parentais, cuidados ao recém-nascido, enfermeiro de saúde familiar

ABSTRACT

Background: The birth of a child is generally a desired and meaningful event, requiring parents to integrate a new family member and reorganize familial roles. This stage demands the acquisition of skills that enable parents to respond appropriately to the newborn's needs and to the adjustments inherent to family dynamics. The first 28 days of life, corresponding to the neonatal period, are particularly relevant, as this is when difficulties associated with the transition to parenthood become most evident. In this context, professional support is essential. The Specialist Community Health Nurse, within the field of Family Health Nursing, possesses specific competencies to intervene with both the newborn and the family, promoting parental safety, confidence, and autonomy, and facilitating adaptation to the challenges of neonatal care.

Objectives: To characterize the competencies and difficulties perceived by parents in newborn care; to identify the competencies perceived by parents; and to identify the difficulties perceived by parents in providing care to the newborn.

Method: A quantitative, observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted with a sample of 29 parents registered at Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva. Data were collected using a questionnaire comprising the newborn's demographic characteristics, the parents' sociodemographic profile, the Maternal Self-Perception Scale of Neonatal Caregiving Competencies (Mendes & Santos, 2009), and the Perceived Difficulties in Newborn Care instrument.

Results: Parents demonstrated high levels of caregiving competence, with greater proficiency in cognitive-motor skills compared with cognitive-affective skills. Overall, they perceived themselves as highly competent in performing instrumental, routine, and easily observable tasks. However, difficulties were more pronounced in areas requiring specific technical knowledge, enhanced clinical interpretation, or greater emotional sensitivity.

Conclusions: Parents' caregiving competencies appear to be more consolidated in cognitive and motor tasks, particularly those involving instrumental routines and immediate feedback, which reinforces parental confidence. In contrast, cognitive-affective and technical competencies revealed greater vulnerabilities, reflecting the challenges associated with more complex, less routine tasks that require clinical interpretation or emotional regulation.

Keywords: parenthood; parental competencies; parental difficulties; newborn care; family health nurse

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABREVIATURAS

hab./Km² – Habitantes por quilómetro quadrado

Km² – Quilómetro quadrado

ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

MIMUF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

SClínico – Sistema Clínico

SIGLAS

BI – Bilhete Identidade

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

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

EAPMCCN - Escala de Auto-Percepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais

EE – Enfermeiro Especialista

EEECAESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ESS – Escola Superior de Saúde

ESS-IPVC - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

IPVC - Instituto Politécnico de Viana do Castelo

MECAESF - Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSAM – Unidade Local de Saúde Alto Minho

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1 - Mapa das freguesias que integram o Concelho de Viana do Castelo com destaque da localização geográfica da USF Margens do Neiva	9
Figura 2 - Pirâmide Etária e Caracterização da População Inscrita na USF Margens do Neiva.	10

TABELAS

Tabela 1 - Consistência interna (Alfa de Cronbach) das dimensões e total da EAPMCCN .	29
Tabela 2 – Distribuição do sexo e tipo de aleitamento dos recém-nascidos	32
Tabela 3 - Dados de caracterização sociodemográfica dos pais	33
Tabela 4 - Distribuição dos pais de acordo com a auto-percepção materna das competências cuidativas neonatais relativamente à dimensão cognitivo-motora.....	34
Tabela 5 - Distribuição dos pais de acordo com a auto-percepção materna das competências cuidativas neonatais relativamente à dimensão cognitivo-afetiva	35
Tabela 6 - Distribuição dos pais segundo a auto-percepção materna das competências cuidativas neonatais relativamente às dimensões cognitivo-motora e cognitivo-afetiva.....	36
Tabela 7 - Distribuição dos pais segundo as dificuldades nos cuidados ao recém-nascido...	37

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	II
DEDICATÓRIA.....	III
PENSAMENTO	VII
RESUMO.....	IX
ABSTRACT.....	XI
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	XII
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS	XV
INTRODUÇÃO.....	1
1. CAPÍTULO I - CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM SAÚDE FAMILIAR.....	4
1.1. ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL ...	5
1.2. CARATERIZAÇÃO DA USF MARGENS DO NEIVA.....	8
2. CAPÍTULO II- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
2.1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	13
2.1.1. A parentalidade.....	15
2.1.2. A transição para a parentalidade.....	17
2.1.3. Competências e dificuldades parentais.....	19
2.1.4. O Papel do enfermeiro de saúde familiar na capacitação parental.....	21
3. CAPÍTULO III- ESTUDO EMPÍRICO	23
3.1. METODOLOGIA.....	24
3.1.1. Questão de investigação, finalidade e objetivos.....	24
3.1.2. Tipo de Estudo	25
3.1.3. População e amostra.....	26
3.1.4. Variáveis em estudo	27
3.1.5. Instrumento de recolha de dados.....	27
3.1.6. Procedimentos éticos.....	29
3.1.7. Procedimentos de recolha e tratamento de dados.....	30
3.2. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	31
3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	38
3.4. CONCLUSÕES.....	43
3.5. CONTRIBUTOS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA, INVESTIGAÇÃO, GESTÃO EM ENFERMAGEM E FORMAÇÃO	44

4. CAPÍTULO IV - PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIA.....	46
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	48
4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional ética e legal	49
4.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade.....	50
4.1.3. Gestão dos Cuidados.....	52
4.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	54
4.2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	56
4.2.1. 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.....	56
4.2.2. Liderança e Colaboração nos Processos de Intervenção de Enfermagem de Saúde Familiar	59
4.3. OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS PARA O ENVOLVIMENTO ATIVO E INTENCIONAL NA PRÁTICA ESPECIALIZADA E DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS.....	75
ANEXO I - QUESTIONÁRIO SOBRE A PERCEÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E DIFICULDADES DOS PAIS NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO: CONTRIBUTOS PARA O ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR.....	76
ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA ULSAM PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	83
ANEXO III - CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL “COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPAS – UM CONTRIBUTO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR”	88
ANEXO IV - CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL “INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS DE SAÚDE FAMILIAR NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: SCOPING REVIEW”	90

ANEXO V - CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL “SUPERVISÃO CLÍNICA – UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: SCOPING REVIEW”	92
ANEXO VI - CERTIFICADO DO POSTER “A FAMÍLIA COMO UNIDADE DE CUIDADOS: ESTUDO DE CASO”	94
ANEXO VII - CERTIFICADO DE PRESENÇA NAS XVII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	96
ANEXO VIII - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO INTERNATIONAL CONGRESS FAMILY HEALTH (ICFH’25)	98
ANEXO IX - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO VII ENCONTRO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM –GUARDIÕES DE HIGIEIA: LEGADO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	100
ANEXO X - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	102
ANEXO XI - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WHORKSHOP – “FAMÍLIAS NO FINAL DO CICLO VITAL”	104
ANEXO XII - CONGRESSO LUSO-GALAICO DE CUIDADOS PALIATIVOS	106
APÊNDICES	108
APÊNDICE I – DESCRIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	109
APÊNDICE II - AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À COORDENADORA DA USF MARGENS DO NEIVA	113
APÊNDICE III - AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA “ESCALA DE AUTO-PERCEÇÃO MATERNA DAS COMPETÊNCIAS CUIDATIVAS NEONATAIS”	115
APÊNDICE IV - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO	117
APÊNDICE V - MATRIZ DE COMPETÊNCIAS	120
APÊNDICE VI - FLYER INFORMATIVO DA CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR	124
APÊNDICE VII - POSTER DA CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR	127
APÊNDICE VIII - MANUAL DE APOIO AO RECÉM-NASCIDO	129
APÊNDICE IX - FORMAÇÃO EM SERVIÇO: “MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.....	149

APÊNDICE X - APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO À EQUIPA MULTIPROFISSIONAL.....	162
APÊNDICE XI - APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS À EQUIPA MULTIPROFISSIONAL.....	174
APÊNDICE XII - FORMAÇÃO EM SERVIÇO: “PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE NOS CSP”.....	184
APÊNDICE XIII - ADENDA DO CRONOGRAMA DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	189

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular do Estágio de Natureza Profissional (ENP) com relatório final, integrada no 2.º ano, do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (MECAESF). O curso foi desenvolvido, em consórcio, pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), pela Escola Superior de Saúde (ESS) da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e pela ESS do Instituto Politécnico de Bragança.

O ENP com uma componente de investigação constitui uma etapa central no percurso conducente ao grau de mestre e é requisito para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECAESF), conferido pela Ordem dos Enfermeiros (OE). O estágio decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) Margens do Neiva, entre 1 de outubro de 2024 e 31 de março de 2025. O percurso formativo desenvolveu-se sob orientação da Enfermeira Tutora Elisabete Correia e supervisão pedagógica da Professora Maria Cândida Cracel Viana, da ESS-IPVC.

O ingresso no curso teve como principal motivação o desenvolvimento pessoal e profissional, alicerçado em 18 anos de experiência em Cuidados de Saúde Primários (CSP), incluindo mais de 8 anos em USF. Esta opção formativa é igualmente coerente com o atual enquadramento legislativo dos CSP. De acordo com o Decreto-Lei n.º 103/2023, os enfermeiros de saúde familiar devem possuir o título de especialista na área, requisito que reforça a necessidade de qualificação avançada. Paralelamente, o perfil do enfermeiro especialista (EE) em saúde familiar tem ganho destaque no contexto europeu pelas suas competências diferenciadas, sendo as USF uma das expressões mais visíveis da reforma recente dos CSP.

Durante o estágio na USF Margens do Neiva desenvolveu-se um estudo no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), com o objetivo de produzir evidência científica que contribua para a melhoria da prática clínica. Após reflexão com a enfermeira tutora e análise das necessidades da população, identificou-se a parentalidade como área prioritária de intervenção, dada a sua importância enquanto transição desenvolvimental determinante para a saúde dos pais, do recém-nascido e da família.

A parentalidade constitui uma etapa central da vida adulta, marcada por transformações identitárias, aquisição de novas competências e adaptação a responsabilidades exigentes. Trata-se de uma transição desenvolvimental complexa, que se prolonga até que os pais¹ desenvolvam sentimentos consolidados de competência, conforto e confiança no desempenho do seu papel, conforme descrito por Mercer (2004). Esta transição, uma das mais significativas do ciclo vital da família, é vivenciada de forma singular por cada pai e mãe, exigindo um processo contínuo de aprendizagem, ajustamento e tomada de decisão.

Na sociedade contemporânea, a decisão de ter um filho tende a ser cada vez mais refletida, influenciada por fatores profissionais, económicos e pela procura de estabilidade emocional e relacional. O exercício da parentalidade evoluiu, assim, de uma função predominantemente biológica para uma experiência multidimensional, moldada por elementos afetivos, sociais e culturais, e influenciada por normas sociais, representações parentais, trajetórias familiares e pelo contexto sociocultural envolvente (Wall, 2010). Este enquadramento evidencia que a parentalidade resulta da interação entre expectativas sociais e construção individual, envolvendo tanto competências práticas como aspetos emocionais e relacionais.

Dada a natureza multidimensional da parentalidade e o seu impacto direto no desenvolvimento infantil, é fundamental conhecer a perceção dos pais sobre as suas competências e dificuldades nos cuidados ao recém-nascido. Esta análise permite identificar áreas onde o apoio profissional, especialmente do EEECAESF, pode ser mais eficaz, promovendo práticas parentais responsivas e laços familiares seguros.

O recém-nascido exige dos pais uma dedicação intensa, especialmente nos primeiros dias de vida, período frequentemente marcado por insegurança e ansiedade. Nesse contexto, a intervenção do EEECAESF, sustentada na escuta ativa, no apoio individualizado e na personalização do cuidado, assume um papel central na facilitação de uma transição saudável para a parentalidade.

Considera-se, portanto, imprescindível identificar as competências e dificuldades experienciadas pelos pais no cuidado ao recém-nascido, de modo a orientar intervenções de enfermagem ajustadas às suas necessidades.

¹ Utilizamos o termo pais para designar pai e mãe.

Neste contexto, a problemática inicial deste estudo centra-se na parentalidade, sendo formulada a seguinte questão de investigação: Qual a perceção dos pais sobre as suas competências e dificuldades no cuidado ao recém-nascido? Definindo-se como objetivo geral caracterizar essas competências e dificuldades percecionadas pelos pais.

Optou-se pela realização de um estudo observacional, descritivo e transversal, envolvendo uma amostra não probabilística de 29 pais de recém-nascidos de termo, que responderam a um questionário em formato papel.

Quanto à sua organização, este relatório foi estruturado de forma a proporcionar uma compreensão sequencial e integrada de todo o percurso desenvolvido. A primeira parte apresenta o enquadramento da prática clínica, caracterizando a USF Margens do Neiva e a sua integração nos CSP e na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM). A segunda parte dedica-se ao estudo enquadramento teórico, abordando a relevância da temática, a terceira parte compreende o estudo empírico, tratando a metodologia aplicada, a caracterização da amostra, os procedimentos de recolha e análise de dados, bem como a apresentação e discussão dos resultados. Nesta secção, são igualmente sistematizadas as conclusões do estudo, salientando os contributos, limitações e implicações para a prática profissional. A quarta parte centra-se no desenvolvimento das competências do enfermeiro EE, distinguindo entre competências comuns e específicas do EEECAESF, e articulando estas competências com as atividades realizadas ao longo do estágio.

A redação e estrutura do documento seguem as normas de elaboração e apresentação de trabalhos científicos estabelecidas pela ESS-IPVC (Graça et al., 2021), alinhadas com as orientações da 7.^a edição das normas da *American Psychological Association* (2020).

**1. CAPÍTULO I - CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DO ESTÁGIO DE
NATUREZA PROFISSIONAL EM SAÚDE FAMILIAR**

A compreensão do enquadramento organizacional do ENP é fundamental para a implementação de intervenções de enfermagem eficientes. Este item apresenta a organização dos CSP em Portugal, quanto à sua estrutura, princípios e papel no SNS. Descreve ainda a USF onde decorreu o estágio, integrando-a na ULSAM, e caracteriza sumariamente a população abrangida, destacando aspetos demográficos e territoriais relevantes para a planificação dos cuidados de enfermagem especializados.

1.1. ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

A OE (2019a), valorizando os CSP, considera que lhes compete assegurar a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico precoce, o tratamento, a reabilitação e os cuidados continuados, numa perspetiva integrada, contínua e centrada na pessoa e na família, pautada pela proximidade, acessibilidade e responsabilização. Os CSP constituem, assim, a base estruturante de qualquer sistema de saúde orientado para a equidade e a sustentabilidade, assumindo um papel determinante na melhoria dos indicadores de saúde populacionais. De acordo com Kajaria-Montag et al. (2024), os sistemas de saúde fortemente alicerçados nos CSP apresentam melhores resultados em saúde, maior eficiência na utilização dos recursos e maior justiça social no acesso, refletindo uma resposta mais ajustada às necessidades das comunidades.

Em Portugal, desde a criação do SNS em 1979 (Lei n.º 56/1979, de 15 de setembro), os CSP têm percorrido um caminho de consolidação e modernização progressiva. As sucessivas reformas têm reforçado a integração de cuidados, a governação clínica e a inovação organizacional, consolidando os CSP como o pilar essencial do SNS e o nível de cuidados mais próximo das famílias e comunidades.

A nova Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) veio reforçar esta centralidade, ao estabelecer que o SNS deve garantir a integração de cuidados, assegurando aos cidadãos o acesso ao tipo de cuidados que melhor se adequam às suas necessidades. Neste enquadramento, a recente reorganização do SNS (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto) reafirmou o papel nuclear dos CSP, reforçando-os como o primeiro nível de contacto com o sistema de saúde e como estrutura basilar da sua

sustentabilidade e eficiência. O Decreto-Lei n.º 52/2022 (2022) determina que os estabelecimentos e serviços do SNS orientem a sua atuação pela proximidade da prestação, pela articulação de respostas e pela integração de cuidados, de modo a garantir continuidade assistencial e coesão territorial.

No âmbito deste enquadramento legal, foi igualmente revisto o regime de criação, organização e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)², definidos como “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica” (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, p. 19). Os ACES foram criados pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, e materializam uma abordagem moderna e inovadora nos CSP, incorporando plenamente as tecnologias de informação, promovendo o trabalho em rede e superando o modelo hierarquizado tradicional, ao privilegiar equipas multidisciplinares e autogeridas.

Cada ACES integra diversas unidades funcionais com autonomia funcional e técnica, com missões diferenciadas e complementares:

- As USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, constituídas por equipas multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos (Decreto-Lei n.º 73/2023, de 3 de agosto). Desenvolvem a sua atividade assistencial com base na contratualização de objetivos de desempenho, garantindo aos cidadãos nelas inscritos o acesso a uma carteira básica de serviços de saúde. Configuram o modelo organizativo mais inovador dos CSP.
- As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, que se configuram igualmente, unidades de prestação de cuidados personalizados, constituídas por equipas com composição semelhante às USF, contudo, mantêm uma estrutura hierárquica tradicional sob coordenação do diretor executivo do ACES;
- As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) são compostas por equipas multidisciplinares constituídas por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos e outros profissionais de saúde, conforme as necessidades locais.

² Os ACES foram criados pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

Prestam cuidados de saúde, apoio psicológico e social dirigidos a grupos e contextos específicos, com particular atenção a indivíduos e famílias em situação de maior risco ou dependência (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

- As Unidades de Saúde Pública, que assumem a responsabilidade pela vigilância epidemiológica, pela proteção, prevenção e promoção da saúde da população da área geográfica do ACES, e também constituídas por equipas multiprofissionais na área da saúde pública e saúde comunitária;

- As Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, que fornecem cuidados de saúde e serviços de apoio às restantes unidades do ACES, promovendo a articulação com os cuidados hospitalares e recursos comunitários. As equipas são constituídas por diferentes grupos profissionais, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, técnicos de saúde oral ou de serviço social, entre outros (Portugal, 2022).

O novo Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto) enfatiza que a organização e o funcionamento das unidades do SNS devem assentar na proximidade, integração e articulação das respostas. Neste contexto, as Unidades Locais de Saúde (ULS)³ assumem especial relevância como estruturas jurídicas responsáveis por promover a prestação integrada de cuidados primários e hospitalares, garantindo a continuidade assistencial ao longo de todo o percurso de cuidados. A recente generalização das ULS (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro) representa um marco significativo na consolidação da integração de cuidados de saúde em Portugal, fortalecendo a articulação entre os diferentes níveis do sistema e reafirmando o papel dos CSP como eixo central de um SNS mais coeso, eficiente e centrado na pessoa.

Em síntese, os CSP representam o fundamento estratégico e humanizador do sistema de saúde português, constituindo o espaço privilegiado de proximidade entre profissionais e comunidade. A sua capacidade de resposta integrada, centrada na pessoa e orientada para a promoção da saúde, sustenta a eficiência e a sustentabilidade do SNS. A atual reconfiguração organizacional, concretizada através das ULS e das suas unidades funcionais, nomeadamente as USF, traduz o compromisso do SNS em reforçar o papel dos CSP na coordenação dos cuidados, assegurando a continuidade e a qualidade das intervenções em todo o percurso assistencial.

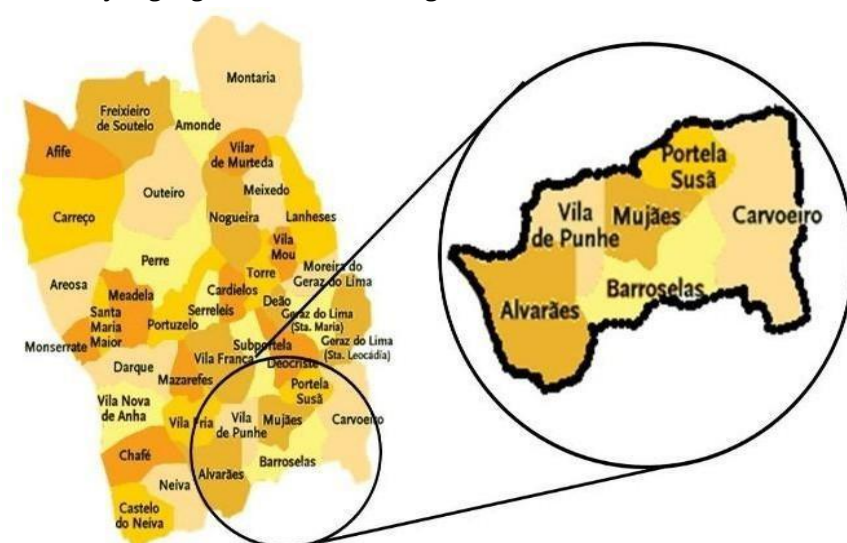
1.2. CARATERIZAÇÃO DA USF MARGENS DO NEIVA

A USF Margens do Neiva, unidade funcional onde decorreu o ENP, integra a ULSAM, uma entidade pública empresarial do SNS, cuja missão é assegurar a prestação de cuidados de saúde de forma integrada, contínua e próxima da população do distrito de Viana do Castelo. Criada com o objetivo de promover uma articulação eficaz entre os CSP, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados, a ULSAM constitui um modelo de organização que valoriza a coordenação, a integração e a continuidade assistencial ao longo de todo o percurso de cuidados (Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro).

A USF Margens do Neiva constitui uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, dotada de autonomia organizacional, funcional e técnica. Encontra-se integrada no Centro de Saúde de Barroselas e no ACES da ULSAM, atuando em estreita cooperação com as restantes unidades funcionais. A USF é composta por dois polos, o Polo de Barroselas, localizado na vila homónima, e o Polo de Alvarães, situado na respetiva freguesia. O seu modelo funcional assenta numa equipa multiprofissional constituída por oito médicos, oito enfermeiros e seis secretários clínicos, que asseguram cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, continuidade e globalidade dos cuidados prestados (USF Margens do Neiva, 2025).

A freguesia de Barroselas, sede da USF Margens do Neiva, localiza-se a cerca de 14 km da cidade de Viana do Castelo e ocupa uma área aproximada de 790 hectares, na margem direita do rio Neiva, numa zona de transição entre o litoral e o interior do Alto Minho (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). A área de abrangência da unidade abrange as freguesias de Barroselas, Carvoeiro, Mujães, Portela Susã, Vila de Punhe e Alvarães, totalizando 43,6 km² (Figura 1), com uma densidade populacional de 256,5 habitantes por km² (INE, 2021).

Figura 1 - Mapa das freguesias que integram o Concelho de Viana do Castelo com destaque da localização geográfica da USF Margens do Neiva



Fonte: Manual de Acolhimento para Profissionais de Saúde e Alunos de Medicina e Enfermagem, 2023.

De acordo com os dados disponíveis na plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP®), em julho de 2025, a USF Margens do Neiva prestava cuidados a 12.978 utentes inscritos, dos quais 6.275 eram do sexo masculino e 6.703 do sexo feminino, sendo que apenas um utente não possuía médico de família por opção. A distribuição etária indicava 618 crianças com idade igual ou inferior a 6 anos, 9.052 utentes entre os 7 e os 64 anos, 1.691 entre os 65 e os 74 anos e 1.617 com 75 ou mais anos. Adicionalmente, registavam-se 95 crianças com idade inferior a 1 ano e 2.648 mulheres entre os 15 e 54 anos (mulheres em idade fértil) (figura 2) (BI-CSP, 2025).

Com base nos dados extraídos das consultas realizadas pelo sistema Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIMUF), em outubro de 2025, os problemas de saúde mais frequentes na USF incluem: alterações do metabolismo de lípidos (4.836 utentes), excesso de peso (3.756 utentes), hipertensão (3.513 utentes), obesidade (2.121 utentes), perturbações depressivas (1.714 utentes), diabetes (1.163 utentes), perturbações do sono (911 utentes) e asma (584 utentes).

Figura 2 - Pirâmide Etária e Caracterização da População Inscrita na USF Margens do Neiva.



Fonte: BI - CSP, referente a maio de 2025

Em 30 de maio de 2025, o Índice de Desempenho Global da USF era de 74,50, refletindo um nível de desempenho globalmente positivo (Portugal, SNS, 2025). A unidade assume como visão ser uma USF de excelência, humanizada e adaptada às características da população da sua área de abrangência, baseada num trabalho de equipa ativo e colaborativo, que promova mais e melhor saúde, confiança e satisfação dos utentes (USF Margens do Neiva, 2023).

A carteira básica de serviços da USF Margens do Neiva inclui a implementação de diversos programas direcionados às diferentes etapas do ciclo de vida e às necessidades específicas da população abrangida. Dos programas desenvolvidos destacam-se o: programa nacional de saúde infantil e juvenil, programa de planeamento familiar, programa de saúde materna, programa de prevenção das doenças oncológicas, programa de vigilância da diabetes, programa de vigilância da hipertensão e risco cardiovascular, programa de saúde do idoso; programa de saúde do adulto, programa de doenças respiratórias, programa de visita domiciliária, consulta de hipocoagulação, programa de vacinação; programa de gestão da doença aguda e tratamento de feridas e úlceras de pressão. O acesso à carteira de serviços é assegurado através da consulta programada, consulta aberta e visita domiciliária, garantindo uma resposta adaptada às necessidades e especificidades da população.

A caracterização institucional, organizacional e populacional apresentada constituiu um elemento orientador na tomada de decisão relativamente ao projeto desenvolvido no ENP, permitindo definir a metodologia e as estratégias de intervenção mais adequadas às necessidades identificadas.

A análise documental efetuada, integrando o plano de ação da USF Margens do Neiva e o BI – CSP, possibilitou o acesso a indicadores-chave de desempenho, destacando-se a Taxa de Utilização de Consultas de Planeamento Familiar como uma área prioritária de intervenção. Este indicador adquire especial relevância no atual contexto, pois a sua promoção visa aumentar a acessibilidade das consultas, contribuindo de forma direta para a melhoria da saúde e do bem-estar de indivíduos e famílias. Simultaneamente, a auscultação da enfermeira tutora validou a pertinência desta escolha, evidenciando a convergência entre os dados fornecidos pelas fontes documentais e a perceção da equipa multidisciplinar no que respeita às necessidades da população-alvo.

Adicionalmente, a equipa multidisciplinar salientou a necessidade de aprofundar as intervenções no âmbito da Parentalidade, considerando a frequência com que os pais manifestam dúvidas, preocupações e inseguranças relativamente aos cuidados a prestar ao recém-nascido. Esta necessidade assume particular destaque nos CSP, na medida em que o reforço das competências parentais e o empoderamento das famílias possibilitam uma transição mais segura e eficaz para a parentalidade. Além disso, contribuem para a prevenção de situações de risco e para a promoção integral do bem-estar físico, emocional e social do núcleo familiar, alinhando-se com os princípios da promoção da saúde e da prevenção da doença a nível comunitário.

2. CAPÍTULO II- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A parentalidade constitui um domínio central no estudo do desenvolvimento humano e da saúde familiar. O exercício do papel parental envolve um conjunto de competências, atitudes e práticas que se constroem progressivamente, em resposta às exigências do contexto familiar e social. Este capítulo aborda o desenvolvimento das competências parentais, explorando os seus fundamentos conceptuais, as fases de adaptação associadas à transição para a parentalidade, as dificuldades que podem surgir e, finalmente, o papel do enfermeiro de saúde familiar na capacitação dos pais.

2.1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O conceito de família tem evoluído significativamente ao longo do tempo, sendo a sua conceção tradicional cada vez mais questionada e reinterpretada (Kaakinen, 2018). Não existe, contudo, uma definição universalmente aceite. A maioria dos autores entende a família como uma unidade composta por indivíduos ligados por laços de sangue, parentesco, afetividade ou vínculos legais, constituindo um sistema mais complexo do que a soma das suas partes (Wright & Leahey, 2018). Os membros familiares estabelecem relações de interdependência que influenciam reciprocamente as suas expectativas, emoções e comportamentos.

Ao longo do ciclo vital, as famílias enfrentam múltiplas crises e desafios decorrentes de transições situacionais ou desenvolvimentais (Meleis et al., 2010), que exercem um impacto profundo sobre o sistema familiar. Nesse sentido, a abordagem de Relvas (2002) alinha-se à ideia de que os processos internos da família funcionam como mediadores da forma como os seus membros respondem às mudanças, conforme referenciado por Feinberg et al. (2022), salientando a importância do contexto relacional e adaptativo na análise familiar. Enquanto sistema dinâmico, a família apresenta capacidade de resistência, adaptação e recuperação frente a situações de stress, podendo emergir dessas experiências mais coesa e resiliente.

A transição para a parentalidade representa uma das fases mais críticas do ciclo de vida da família, implicando a integração de novos elementos e a reconfiguração das dinâmicas previamente estabelecidas (Meleis et al., 2010). Nesta etapa de transição para a parentalidade, para além dos riscos próprios de qualquer mudança significativa na vida, ocorrem alterações importantes nas relações conjugais, com uma redefinição dos papéis

e responsabilidades entre o casal. Relvas (2002) destaca que este momento implica uma reorganização da dinâmica familiar, em que o casal deve adaptar-se à nova função parental, desenvolvendo competências específicas para atender às necessidades do recém-nascido. Paralelamente, este período de desenvolvimento 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 novas tarefas e responsabilidades (Gameiro et al., 2011; Tognasso et al., 2022).

O desenvolvimento das competências parentais é fundamental para um desempenho eficaz na parentalidade, estando estreitamente ligado à perceção de autoeficácia dos pais (Mendes & Santos, 2004). O apoio e a educação parental precoce são essenciais para fortalecer essas competências, promovendo práticas educativas conscientes e ajustadas às necessidades da criança. Além disso, o envolvimento de profissionais capacitados oferece suporte adequado às famílias, contribuindo para o fortalecimento das relações familiares e para um desenvolvimento infantil saudável. O reforço da literacia em saúde e a implementação de programas de apoio parental constituem, assim, estratégias fundamentais para promover o bem-estar familiar e um ambiente positivo para os cuidados ao recém-nascido (Gameiro et al., 2011; Massi et al., 2021; Dlamini et al., 2023).

Apesar do papel central do EEECAESF na promoção de uma parentalidade positiva, capacitando os pais para os cuidados ao recém-nascido e apoiando o desenvolvimento das suas competências (Kuersten-Hogan & McHale, 2021; Figueiredo, 2023), persistem lacunas na compreensão das competências e dificuldades percecionadas pelos pais durante esta fase crítica do ciclo de vida familiar. A transição para a parentalidade envolve desafios práticos, psicológicos e relacionais que podem impactar o desempenho parental e o bem-estar do recém-nascido, sendo muitas vezes pouco explorados em contextos de CSP (Cardoso, 2011).

Esta limitação no conhecimento dificulta a planificação de intervenções individualizadas e eficazes, capazes de responder de forma adequada às necessidades das famílias, de fortalecer a literacia em saúde parental e de promover práticas baseadas em evidência que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados. Assim, surge a necessidade de investigar como os pais percecionam as suas competências e dificuldades nos cuidados ao recém-nascido, de modo a orientar estratégias de apoio que potencializem o empoderamento familiar e o desenvolvimento saudável da criança.

A escolha da temática “Percepção das Competências e Dificuldades dos Pais nos Cuidados ao Recém-Nascido” surgiu de uma motivação pessoal e acadêmica, consolidada aquando da lecionação das unidades curriculares do MECAESF, e fortalecida durante o ENP. A análise das necessidades identificadas na USF, em articulação com a enfermeira tutora, evidenciou a relevância prática e científica do tema, alinhando-se aos objetivos estratégicos da equipa, promovendo a produção de evidência para práticas de excelência e o reforço da literacia em saúde.

Além disso, o estudo apresenta interesse direto para a USF onde ocorreu o estágio, pois contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados, produzindo evidência científica que apoie práticas de excelência e fortaleça a literacia em saúde familiar.

2.1.1 A parentalidade

De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança (*United Nations Convention on the Rights of the Child*, 1989)¹, compete aos pais e cuidadores assegurar condições de vida adequadas ao desenvolvimento da criança, considerando os seus recursos e competências. Do ponto de vista funcional, a parentalidade implica garantir proteção física, estabilidade emocional e estímulo cognitivo, promovendo a aquisição de competências que favoreçam a autonomia e a integração social do menor (Ferreira et al., 2023).

Atualmente, a parentalidade é conceptualizada como um constructo complexo e multidimensional, que transcende a mera função biológica, configurando-se como um conjunto de práticas, responsabilidades e vínculos afetivos destinados a assegurar o desenvolvimento integral da criança (Barroso & Machado, 2010; Campana et al., 2019). Esta conceção contemporânea reconhece que o exercício parental pode ser desempenhado por diferentes figuras, incluindo pais biológicos, pais adotivos, avós, tutores ou

¹ Convenção Adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de setembro de 1990

cuidadores formais, desde que envolvidos na prestação de cuidados, no suporte emocional e na educação da criança (Pereira & Alarcão, 2014).

O exercício da parentalidade encontra-se intrinsecamente associado à capacidade dos cuidadores interpretarem e responderem de forma sensível às necessidades da criança, promovendo a formação de vínculos seguros, conforme preconizado pela teoria do apego (Iaconelli, 2019).

Adicionalmente, a parentalidade é influenciada por fatores socioculturais e subjetivos, incluindo alterações nas dinâmicas de atribuição de responsabilidades parentais (tais como a divisão de tarefas entre mãe e pai), mudanças na organização familiar e a crescente utilização de tecnologias no dia a dia. Estes aspetos exigem aos pais competências relacionais e educativas, para além das funções básicas de nutrição e proteção.

Nesse contexto, a parentalidade inclui a promoção do reconhecimento da criança enquanto indivíduo distinto, elemento fundamental para a construção da identidade e para a regulação emocional.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2005) define a parentalidade como uma ação de tomar conta, em que o pai ou a mãe assumem responsabilidades e adotam comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento da criança.

Esta evolução normativa e social reflete a crescente valorização da diversidade das configurações familiares e da pluralidade de modelos parentais, em consonância com a Organização Mundial da Saúde [OMS] (2020), que enfatiza que o bem-estar infantil depende primordialmente da qualidade dos cuidados e do ambiente afetivo em que a criança se desenvolve, e não da estrutura familiar propriamente dita.

Assim, a parentalidade configura-se como um processo de transição complexo, caracterizado por propriedades e condições facilitadoras e inibidoras, incluindo os recursos de apoio, como a intervenção dos enfermeiros, que se insere num contexto jurídico-institucional dos serviços de saúde, numa organização profissional estruturada e em complementaridade funcional com outros profissionais de saúde.

2.1.2. A transição para a parentalidade

As teorias de enfermagem constituem uma base estruturante do conhecimento profissional, orientando uma prática mais sistemática e intencional (Ribeiro et al., 2018). A Teoria das Transições, de Afaf Meleis, considerada uma teoria de médio alcance, permite descrever, compreender e explicar fenômenos específicos da enfermagem que emergem da prática profissional (Meleis, 2012).

Inicialmente inserida no Paradigma da Transformação e posteriormente integrada na Escola de Pensamento do Cuidar, esta teoria reconhece a pessoa como um ser único, ativo e parceiro no processo de decisão (Ribeiro et al., 2018). Segundo Fawcett (2005), o metaparadigma da Enfermagem compreende quatro conceitos fundamentais — pessoa, ambiente, saúde e enfermagem — que orientam o conteúdo e o âmbito da disciplina, definindo as interações entre o indivíduo, o meio envolvente, os processos de vida e as ações do enfermeiro.

O conceito central da Teoria das Transições é a própria transição, entendida como o processo de passagem de um estado estável para outro, desencadeado por mudanças significativas na vida, saúde ou relações (Meleis, 2010). Estas transições são dinâmicas, desenrolam-se em diferentes etapas e representam oportunidades de crescimento e de estabilidade acrescida (Meleis, 2010).

A teoria organiza-se em três domínios essenciais: a natureza das transições, as condições facilitadoras ou inibidoras e os padrões de resposta (Meleis et al., 2000). O primeiro domínio abrange tipologias, padrões e propriedades das transições, que podem ser desenvolvimentais (relacionadas com o ciclo vital), situacionais (alterações de papel), de saúde/doença (mudanças entre estados de saúde) e organizacionais (alterações em contextos sociais ou institucionais). Entre as propriedades do processo destacam-se a consciencialização, o envolvimento, as mudanças, o período de transição e os eventos críticos, como o nascimento de um filho. O grau de consciencialização influencia o nível de envolvimento, refletindo o reconhecimento ativo da mudança (Meleis et al., 2000). As condições pessoais, comunitárias e sociais podem atuar como facilitadoras ou inibidoras, influenciando a adaptação e o bem-estar. Os padrões de resposta incluem indicadores de processo e resultado, sendo que uma transição saudável conduz à integração de uma nova identidade, ao equilíbrio e à mestria pessoal (Meleis & Schumacher, 2010).

As intervenções de enfermagem assumem um papel central na facilitação destes processos, promovendo a adaptação, o desenvolvimento de competências e o empoderamento da pessoa e da família perante mudanças de vida e de saúde.

No contexto da Enfermagem de Saúde Familiar, a parentalidade é entendida como o conjunto de ações desenvolvidas pelos pais para promover o crescimento e o desenvolvimento integral dos filhos, recorrendo aos recursos familiares e comunitários disponíveis (Cruz, 2013). Constitui um foco central para a Enfermagem, traduzindo-se na assunção das responsabilidades parentais e na facilitação da integração do recém-nascido na unidade familiar (CIPE, 2016). É considerada uma transição normativa do ciclo vital (Ramos & Canavarro, 2007), marcada por exigências físicas, emocionais e sociais, implicando reestruturações pessoais, conjugais e familiares (Sousa, 2012).

Embora tradicionalmente associada à distribuição de tarefas parentais entre mãe e pai (Martins et al., 2014), a parentalidade é atualmente reconhecida como um processo complexo, dinâmico e multidimensional, que requer competências de cuidado, disciplina e desenvolvimento (Barroso & Machado, 2014). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), constitui uma das transições mais significativas do ciclo de vida, exigindo adaptação contínua às diferentes fases do desenvolvimento da criança.

De acordo com Meleis et al. (2000), a parentalidade configura uma transição de desenvolvimento, complexa e dinâmica. As transições possuem propriedades essenciais que influenciam a experiência dos indivíduos: consciencialização, empenhamento, mudanças, espaço temporal da transição e eventos ou pontos críticos. No caso da parentalidade, a consciencialização refere-se ao reconhecimento das novas responsabilidades; o empenhamento corresponde ao investimento emocional e prático; a mudança implica alterações comportamentais e relacionais; o espaço temporal compreende as fases de preparação, adaptação e consolidação; e os eventos críticos incluem o nascimento, a organização das rotinas familiares e o início do cuidado contínuo do bebé.

A parentalidade, portanto, não é um estado fixo, mas um processo em contínua reconstrução, no qual os pais se redefinem à medida que enfrentam novos desafios e papéis. Tornar-se mãe ou pai implica uma aprendizagem permanente, exigindo adaptação e reconfiguração da identidade individual e familiar. O nascimento de um filho representa um evento crítico de grande transformação, frequentemente acompanhado de sentimentos ambivalentes e ajustamentos significativos. Nesta fase, marcada por vulnerabilidade

física e emocional, sobretudo para a mãe, destaca-se a importância do apoio profissional, em especial dos enfermeiros de saúde familiar, no acompanhamento desta transição, promovendo a consciencialização, o envolvimento ativo e a integração positiva no novo papel parental.

2.1.3. Competências e dificuldades parentais

A compreensão da parentalidade como transição de desenvolvimento permite reconhecer que o exercício das funções parentais exige a aquisição de competências cognitivas, emocionais e comportamentais, necessárias para responder de forma sensível e eficaz às necessidades da criança. Este processo é dinâmico e evolutivo, no qual os pais se (re)constróem à medida que enfrentam novos desafios, ajustando a sua identidade e reorganizando as relações familiares. A análise das competências e dificuldades parentais constitui, assim, um passo fundamental para identificar necessidades de apoio e orientar intervenções profissionais.

O conceito de competência parental é entendido como o domínio de um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, bem como de requisitos necessários ao desempenho eficaz de determinadas funções (Fleury & Fleury, 2001). Ser competente implica mobilizar e contextualizar esse conhecimento, aplicando-o de forma útil e orientada para o outro (Soares & Sadigursky, 2009). Assim, a competência traduz-se na capacidade de integrar e articular saberes, valores e habilidades para alcançar um desempenho eficiente (Catafesta, 2008). A sua aquisição é processual e contínua, refletindo a experiência pessoal, o contexto cultural e as particularidades de cada família (Serrano, 2008). De acordo com Mercer (2004), a competência materna constitui um fenómeno multifacetado, que se desenvolve ao longo do processo de *becoming a mother* (tornar-se mãe), sendo influenciada por fatores individuais, relacionais e contextuais.

No âmbito das competências parentais Belo (2005), distingue duas dimensões fundamentais: cognitivo-motoras e cognitivo-afetivas. As competências cognitivo-motoras referem-se às atividades direcionadas à satisfação das necessidades básicas do bebé, incluindo alimentação, higiene, conforto, vestuário, manutenção da temperatura corporal, prevenção de riscos e promoção da mobilidade (Rodrigues, 2010). Estas competências não são inatas, desenvolvendo-se por meio de aprendizagem contínua,

mediada pela motivação dos pais, pelo apoio familiar e pelo acompanhamento profissional (Lowdermilk & Perry, 2008).

O desenvolvimento das competências parentais também é influenciado pela cultura e pela experiência prévia dos cuidadores, refletindo-se nas competências cognitivo-afetivas (Belo, 2005). Estas envolvem manifestações de ternura, atenção e sensibilidade às necessidades do bebê, constituindo a base da relação recíproca e segura entre pais e filho (Rodrigues, 2010).

Lalanda (2012), evidencia que a percepção das competências parentais é influenciada por variáveis como idade, escolaridade, apoio instrumental, nível socioeconômico, experiência prévia e tipo de vinculação. Também Macedo e Moreira (2025), fazem referência à relevância da idade, escolaridade e suporte social como elementos-chave na formação e percepção das competências parentais.

Estudos que utilizaram a Escala de Auto-Percepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais (EAPMCCN) confirmam estas evidências. Belo (2006), ao estudar 94 puérperas de gravidez de termo, identificou médias mais elevadas na dimensão cognitivo-motora, em comparação com a dimensão cognitivo-afetiva. A idade materna, a experiência prévia e o padrão de vinculação foram destacados como preditores significativos. Resultados semelhantes foram observados por Mendes et al. (2011), que registraram elevado nível global de auto-percepção das competências parentais, reforçando a importância da avaliação estruturada e culturalmente adequada da percepção materna.

A compreensão das competências parentais não pode ser dissociada das dificuldades que emergem durante o processo de adaptação à parentalidade, pois estas funcionam como indicadores importantes para orientar intervenções de apoio e promoção do bem-estar familiar. As dificuldades tendem a manifestar-se, sobretudo, nas fases iniciais da transição, período caracterizado por exigências físicas, emocionais e sociais significativas. Segundo Martins (2010), este período implica um processo gradual de adaptação, frequentemente acompanhado por sentimentos de perda de identidade, privação de sono e fadiga extrema, fatores que podem comprometer a saúde física e emocional dos pais.

Entre as dificuldades mais frequentes identificam-se aspetos de natureza prática, como a pega incorreta durante a amamentação, os cuidados de higiene do recém-nascido e a regulação do sono do bebê, que podem afetar o equilíbrio emocional dos pais e aumentar o risco de depressão pós-parto (Kendall-Tackett, 2007). A ausência de apoio

técnico e emocional tende a intensificar sentimentos de incompetência, ansiedade e stress, dificultando uma adaptação positiva à experiência parental (Lopes, 2017).

Duarte et al. (2012) identificaram oito áreas principais de dificuldade no cuidado ao recém-nascido: aleitamento (materno e artificial), eliminação, higiene, conforto, sono, afeto/estimulação e segurança. Os dados quantitativos revelaram que, de um total de 88 pais inquiridos, cerca de 39,8% referiram nunca sentir dificuldade no cuidado do coto umbilical, enquanto apenas 3,4% indicaram sentir sempre dificuldade nessa tarefa. As dificuldades mais comuns incluíram a pega correta na amamentação, prevenção de dermatites da fralda, controlo da diarreia e procedimentos em casos de engasgamento, evidenciando a necessidade de orientação prática e acompanhamento próximo dos pais.

Revisões recentes sobre a transição para a parentalidade reforçam que, além de informação técnica, os pais necessitam de suporte emocional e de mecanismos de acompanhamento (como visitas domiciliárias, consultas pós-natais), os quais contribuem para reduzir a ansiedade e aumentar a autoeficácia parental (Araújo et al., 2024; Lopes, 2017).

Apesar das dificuldades, a maior parte dos pais vivenciam a parentalidade como uma experiência enriquecedora, desenvolvendo competências essenciais ao cuidado do filho e consolidando a nova identidade parental. Dennis e Dowswell (2013) e Stremler et al. (2013) reforçam que a ausência de apoio emocional aumenta o sofrimento parental, tornando imprescindível a intervenção dos profissionais de enfermagem.

Neste contexto, o enfermeiro de saúde familiar desempenha um papel central, promovendo educação parental, incentivando rotinas saudáveis, acompanhando o desenvolvimento das competências e oferecendo suporte individualizado às famílias.

2.1.4. O Papel do enfermeiro de saúde familiar na capacitação parental

O EEECAESF desempenha um papel central na promoção e fortalecimento das competências parentais, atuando junto das famílias de forma contínua, próxima e adaptada às suas necessidades específicas. A sua intervenção não se limita à resolução de dificuldades identificadas, mas visa sobretudo potenciar a autonomia, a confiança e o bem-estar dos pais, promovendo o desenvolvimento saudável da criança e a coesão familiar (Carvalho et al., 2016).

Conforme o Regulamento n.º 428/2018, o EEECAESF adota uma abordagem holística centrada na família, orientada pela promoção da saúde, prevenção da doença e intervenção precoce em situações de risco. No âmbito desta atuação, o enfermeiro desenvolve competências fundamentais que lhe permitem intervir de forma qualificada, nomeadamente, “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”; e “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (p. 19357). Estas competências estruturam a intervenção do EEECAESF, direcionando-a não apenas para o cuidado clínico, mas também para o desenvolvimento e capacitação parental.

Neste contexto, o EEECAESF atua como facilitador e educador, promovendo aprendizagens significativas, esclarecendo dúvidas, transmitindo informação baseada em evidência científica e oferecendo suporte emocional. Ao acompanhar os pais nas diferentes fases da parentalidade, contribui para a redução de dificuldades, fortalece o vínculo afetivo com a criança e assegura uma adaptação mais segura e positiva ao novo papel parental (Mercer, 2004; Lopes, 2017).

O desempenho do EEECAESF abrange múltiplas áreas de intervenção, como promoção do aleitamento materno, cuidados ao recém-nascido, vacinação, segurança infantil, saúde mental parental e gestão das necessidades emocionais da criança. Além disso, o enfermeiro identifica fatores de risco e vulnerabilidade, como ausência de rede de apoio ou stress parental, articulando-se com outros profissionais e instituições da comunidade para garantir respostas integradas e interdisciplinares (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

A evidência científica demonstra que o acompanhamento próximo e sistemático do EEECAESF reduz a morbilidade infantil, reforça a autoconfiança parental e melhora as práticas de cuidado (World Health Organization [WHO], 2020). Assim, o EE não se limita a um papel técnico, mas atua como agente de mudança, promovendo famílias resilientes, autónomas e competentes. A intervenção baseada na proximidade, continuidade de cuidados e suporte individualizado consolida o papel estratégico do EEECAESF na saúde familiar e contribui para o desenvolvimento integral da família (Machado & Tavares, 2006).

3. CAPÍTULO III- ESTUDO EMPÍRICO

A investigação constitui uma atividade fundamental da ciência, orientada para o questionamento sistemático e a análise crítica da realidade. De acordo com Vilelas (2022), um estudo de investigação configura-se como um processo metódico, rigoroso e estruturado, cujo propósito é explorar um fenómeno específico, produzir conhecimento novo e contribuir para o avanço do domínio científico em que se insere.

O presente estudo visa gerar evidência científica sustentada na prática profissional, centrando-se numa temática de relevância para o desenvolvimento do conhecimento em ESF. Este propósito está em consonância com o disposto no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, que procede à quinta alteração do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, e que estabelece que, para a obtenção do grau de mestre no ensino superior politécnico, o ciclo de estudos deve assegurar “a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional e o recurso à atividade de investigação baseada na prática” (p. 4151).

3.1. METODOLOGIA

Os métodos e procedimentos de investigação constituíram o eixo estruturante deste estudo, orientando a recolha, análise e interpretação dos dados e garantindo a credibilidade dos resultados (Vilelas, 2009).

Com o propósito de alcançar os objetivos propostos e assegurar o rigor científico do processo, a metodologia foi delineada de acordo com os pressupostos epistemológicos e procedimentais que a sustentaram, integrando a questão de investigação, a finalidade e os objetivos, o tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos éticos, bem como os métodos de recolha e análise da informação (Fortin, 2009; Fortin & Gagnon, 2016).

3.1.1. Questão de investigação, finalidade e objetivos

Segundo Fortin e Gagnon (2016), “a formulação clara da questão de investigação é o ponto de partida essencial para qualquer estudo científico, orientando todas as fases subsequentes da investigação, incluindo a definição dos objetivos e a escolha do método” (p. 83).

A investigação científica caracteriza-se pela sua exigência epistemológica e pela natureza dinâmica e exploratória, sendo impulsionada pela dúvida sistemática e pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre fenómenos complexos (Vilelas, 2022). Assim, a questão de investigação constituiu o núcleo orientador de todo o percurso metodológico.

Neste contexto, a questão que orientou o presente estudo foi:

Qual a perceção dos pais sobre as suas competências e dificuldades para cuidar do recém-nascido?

De acordo com Fortin (2009), os objetivos de investigação expressam o propósito científico do estudo e orientam o seu desenvolvimento metodológico, conferindo-lhe direção e coerência.

Com base na questão de investigação, definiu-se o seguinte objetivo geral:

- Caracterizar as competências e dificuldades percecionadas pelos pais no cuidado ao recém-nascido.

Em consonância com esta linha orientadora, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as competências percecionadas pelos pais no cuidado ao recém-nascido;
- Identificar as dificuldades percecionadas pelos pais no cuidado ao recém-nascido.

A finalidade do estudo centra-se na produção de conhecimento que permita compreender e fundamentar intervenções de enfermagem orientadas para o fortalecimento das competências parentais no período neonatal. Pretende-se que os resultados contribuam para o aperfeiçoamento da prática clínica em enfermagem de saúde familiar, fornecendo evidência científica que apoie estratégias de capacitação e acompanhamento dos pais na transição para a parentalidade, promovendo o bem-estar familiar e o desenvolvimento saudável do recém-nascido.

3.1.2. Tipo de Estudo

De acordo com Fortin (2009), o desenho de 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).

Atendendo à natureza da questão de investigação e aos objetivos formulados, o presente estudo adotou uma abordagem metodológica quantitativa, estruturada sob a forma de um estudo observacional, descritivo e de corte transversal.

A escolha desta abordagem baseou-se na premissa de que a investigação quantitativa permite descrever, medir e analisar fenómenos de forma objetiva, através da quantificação das variáveis e do tratamento estatístico dos dados (Vilelas, 2022). Este tipo de estudo possibilita a recolha sistemática de informação mensurável, analisada segundo critérios de validade e fiabilidade.

O estudo assumiu um carácter observacional, uma vez que o investigador não interveio nem manipulou as variáveis, limitando-se à observação e descrição dos fenómenos no seu contexto natural (Fortin, 2009). Foi classificado como descritivo, por ter procurado identificar e caracterizar as perceções dos pais relativamente às suas competências e dificuldades no cuidado ao recém-nascido, e transversal, dado que a recolha de dados ocorreu num único momento temporal, permitindo observar a distribuição e frequência das variáveis na população em estudo.

3.1.3. População e amostra

A população-alvo deste estudo foi constituída por pais de recém-nascidos de termo (≥ 37 semanas de gestação) que frequentaram as consultas de saúde infantil na USF Margens do Neiva, entre 1 de março e 31 de maio de 2025.

De acordo com os registos do SClinico, consultados em outubro de 2024, identificaram-se 31 grávidas inscritas na referida unidade, cujos partos estavam previstos ocorrer durante o intervalo temporal definido para a recolha de dados (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2024).

Atendendo ao número reduzido de potenciais participantes, optou-se por uma amostragem não probabilística por conveniência, perspetivando-se que a amostra pudesse abranger a totalidade da população acessível, desde que os participantes manifestassem, de forma voluntária, o seu consentimento informado para participar no estudo.

Foram estabelecidos como critérios de exclusão:

- Pais de nacionalidade não portuguesa ou sem domínio adequado da língua portuguesa;
- Pais que não preencheram integralmente o questionário.

Dos 31 pais inicialmente contactados, dois foram excluídos por não terem completado o instrumento de recolha de dados, resultando assim numa amostra válida de 29 pais.

3.1.4. 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).

Neste estudo, foram consideradas variáveis independentes de duas naturezas distintas: de atributo e contextuais. As variáveis de atributo referiram-se às características sociodemográficas dos participantes e dos seus filhos recém-nascidos. Relativamente aos recém-nascidos, incluíram-se as variáveis: idade, sexo e tipo de amamentação. No que respeita aos pais, consideraram-se as variáveis: idade, sexo, grau de parentesco, número de filhos, zona de residência, nível de habilitações académicas, situação profissional e coabitação.

As variáveis contextuais estiveram diretamente relacionadas com os objetivos da investigação, correspondendo às competências parentais e às dificuldades percecionadas pelos pais no cuidado ao recém-nascido. Estas foram avaliadas através da EAPMCCN e da identificação das dificuldades referidas pelos participantes.

A operacionalização das variáveis utilizadas no estudo encontra-se apresentada no Apêndice I.

3.1.5. Instrumento de recolha de dados

No âmbito das abordagens quantitativas, o questionário constitui uma das técnicas mais utilizadas para a recolha de dados, permitindo obter informação sistemática e comparável de forma objetiva e estruturada. De acordo com Vilelas (2022), este instrumento possibilita ao investigador aceder aos fenómenos em estudo e recolher a informação necessária para responder aos objetivos da investigação, através de um conjunto de questões previamente definidas e codificadas que facilitam a análise e a interpretação dos resultados.

Para a recolha de dados, foi utilizado um questionário de autopreenchimento, estruturado em três partes (Anexo I).

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

Incluiu um conjunto de questões destinadas a caracterizar o recém-nascido e o respetivo pai ou mãe. Foram recolhidas informações sobre o sexo, idade e tipo de aleitamento do recém-nascido, e sobre a idade, grau de parentesco com o recém-nascido, número de filhos, zona de residência, habilitações académicas, situação profissional e coabitação do progenitor.

Parte II – Escala de Auto-Perceção Materna das Competências Cuidativas Neonatais (EAPMCCN)

A segunda parte integrou a EAPMCCN, desenvolvida por Mendes e Santos (2009), composta por 33 itens avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 = sempre; 5 = nunca), em que valores mais elevados correspondem a uma maior perceção de competência.

A pontuação de cada item resulta da média das respostas obtidas, e a pontuação de cada dimensão é calculada pela média dos itens que a compõem.

A escala organiza-se em duas dimensões:

- Dimensões Cognitivo-Motoras (26 itens: 1, 2, 4, 6–14, 17, 19–23, 25, 26, 28–33) – avaliam as competências práticas e instrumentais relacionadas com o cuidado ao recém-nascido, incluindo tarefas de higiene, alimentação, conforto, segurança e identificação de sinais clínicos, refletindo a confiança parental nas aptidões técnicas e operacionais;
- Dimensões Cognitivo-Afetivas (7 itens: 3, 5, 15, 16, 18, 24, 27) – avaliam as competências emocionais, relacionais e de vinculação, traduzindo a capacidade dos pais para reconhecer e responder sensivelmente às necessidades afetivas e emocionais do bebé, promovendo uma relação positiva e estável.

Embora a escala tenha sido originalmente concebida para mães, Lopes (2017) demonstrou a sua adequação à aplicação ao pai, dado que muitas tarefas de cuidado são partilhadas no contexto familiar. Assim, neste estudo, a EAPMCCN foi igualmente aplicada ao pai.

No estudo original, a escala apresentou boa fiabilidade ($\alpha = 0,918$), com valores de 0,777 para as dimensões cognitivo-motoras e 0,893 para as cognitivo-afetivas.

No presente estudo, verificou-se, também, uma boa consistência interna, com $\alpha = 0,828$ na dimensão cognitivo-motora e $\alpha = 0,746$ na cognitivo-afetiva. O alfa total da escala (33 itens) foi de 0,885, indicando excelente consistência interna e adequação do instrumento ao contexto em análise (Tabela 1).

Tabela 1 - Consistência interna (Alfa de Cronbach) das dimensões e total da EAPMCCN

Dimensões e Total	Número de Itens	Alfa de Cronbach
Competências Motoras	26	0,828
Competências Afetivas	7	0,746
Total	33	0,885

Parte III – Dificuldades Percebidas nos Cuidados ao Recém-Nascido

A terceira parte foi elaborada pela investigadora com base nas necessidades identificadas por Duarte et al. (2012), e visou identificar as dificuldades sentidas pelos pais nos cuidados ao recém-nascido. É composta por 11 questões de resposta fechada, relativas a áreas como aleitamento materno e artificial, eliminação vesical e intestinal, higiene e conforto, sono e repouso, afeto e estimulação, segurança e prevenção de acidentes.

Os participantes podiam assinalar com “x” as dificuldades sentidas, sendo ainda incluída uma questão aberta para a identificação de outras dificuldades não contempladas.

A validação do conteúdo foi assegurada por duas enfermeiras peritas na área, e procedeu-se a um pré-teste junto de quatro mães de uma outra USF.

3.1.6. Procedimentos éticos

A ética na investigação científica constitui um pilar essencial que orienta a conduta dos investigadores e assegura o respeito pelos direitos, dignidade e bem-estar dos participantes.

A observância rigorosa dos princípios éticos foi indispensável à integridade científica do processo, sendo obrigatória a submissão de estudos com participação humana à apreciação de uma comissão de ética, garantindo a conformidade com normas e princípios universalmente reconhecidos, nomeadamente os da beneficência, justiça e autonomia (Vilelas, 2022).

No presente estudo, foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ULSAM – Parecer n.º 5/2025 (Anexo II), bem como autorização da coordenadora da USF Margens do Neiva, unidade onde o estudo foi desenvolvido (Apêndice II).

Adicionalmente, foi obtida autorização das autoras da EAPMCCN (Mendes & Santos, 2009) para a sua utilização (Apêndice III).

Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, em conformidade com o dever de sigilo profissional assumido pela investigadora. Toda a informação recolhida foi anonimizada, com eliminação de elementos identificativos, e tratada de forma confidencial.

Os dados foram codificados e utilizados exclusivamente para análise estatística, assegurando a proteção da identidade dos participantes.

Antes da participação, os pais foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos, à finalidade e ao caráter voluntário do estudo. A participação foi formalizada mediante a assinatura do consentimento informado, que assegurou o direito à recusa ou desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo (Apêndice IV).

Foram igualmente observadas todas as normas de conduta científica e as disposições do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados – Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, no que respeita aos “dados relativos à saúde”. Os dados foram armazenados em computador protegido por palavra-passe e com acesso restrito à equipa de investigação, estando prevista a eliminação segura de todos os dados, instrumentos de recolha e consentimentos informados, um ano após a defesa pública do estudo.

3.1.7. Procedimentos de recolha e tratamento de dados

A recolha de dados foi realizada pela investigadora principal, mediante a entrega presencial do instrumento de recolha, em formato de papel, aos pais (pai ou mãe) de recém-nascidos de termo (≥ 37 semanas de gestação) que frequentaram a consulta de saúde infantil da USF Margens do Neiva, até aos 28 dias de vida do recém-nascido.

Cada participante recebeu o questionário individualmente, acondicionado num envelope próprio, que serviu igualmente para a sua devolução, após o preenchimento e selagem, assegurando, assim, a confidencialidade da informação. Em simultâneo, foi

entregue o Termo de Consentimento Informado, permitindo o esclarecimento de eventuais dúvidas e garantindo a participação livre, voluntária e esclarecida dos pais (Apêndice IV).

No secretariado da USF Margens do Neiva foi disponibilizado um envelope de maior formato, devidamente identificado, destinado à recolha dos questionários preenchidos. Este permaneceu em local reservado, até ser recolhido pela investigadora, salvaguardando a segurança e integridade dos dados.

O tratamento estatístico foi efetuado com recurso ao programa IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29.0.1.0 (171), para o qual foi elaborada uma base de dados própria.

A análise estatística iniciou-se com a avaliação da fiabilidade da EAPMCCN, através do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*, cujos resultados foram apresentados no item relativo ao instrumento de recolha de dados.

Para as variáveis qualitativas, foram determinadas as distribuições absolutas e relativas.

Nas variáveis quantitativas de razão, além das distribuições absolutas e relativas, calcularam-se medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (valores mínimo e máximo).

3.2. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A apresentação dos resultados inicia-se com a caracterização sociodemográfica dos recém-nascidos e dos 29 pais que integraram o estudo. Seguidamente, são apresentados os resultados de acordo com os objetivos previamente delineados. Como recurso facilitador da compreensão dos dados, recorreu-se a tabelas que permitem uma leitura mais clara e objetiva dos resultados obtidos.

Caracterização sociodemográfica dos recém-nascidos e dos pais

Os dados de caracterização sociodemográfica dos recém-nascidos encontram-se representados na tabela 2. As idades variaram entre os 3 e os 28 dias, com uma média de $18,1 \pm 7,6$ dias. Observou-se uma ligeira predominância do sexo masculino (55,2%) em relação ao feminino (44,8%). Quanto ao tipo de alimentação, a maioria encontrava-se em

regime de aleitamento materno exclusivo (62,1%), seguida de aleitamento misto (24,1%) e, em menor proporção, de aleitamento artificial (13,8%).

Tabela 2 – Distribuição do sexo e tipo de aleitamento dos recém-nascidos

Características		<i>ni</i>	<i>fi</i>
Sexo do bebé	Masculino	16	55,2
	Feminino	13	44,8
Amamentação	Aleitamento Materno (leite materno)	18	62,1
	Aleitamento Misto (leite materno e leite formula)	7	24,1
	Aleitamento Artificial (leite de fórmula)	4	13,8

Os dados de caracterização sociodemográfica dos pais encontram-se sintetizados na tabela 3.

Os pais tinham idades compreendidas entre os 23 e os 41 anos, sendo o grupo etário dos 31 aos 35 anos o mais representativo (58,6%), a idade média foi de $32,4 \pm 4,1$ anos. A análise da amostra revelou que uma parte significativa dos participantes eram mães (62,1%), enquanto os pais representavam 37,9%. O número médio de filhos por família foi de 1,6, sendo que 58,6% das famílias tinham um filho, 27,6% das famílias tinham dois filhos e 13,8% três filhos.

Analisando, o contexto sociofamiliar, constatou-se que a maioria dos pais residia em zonas rurais (75,9%), enquanto 24,1% viviam em áreas urbanas. As habilitações académicas apresentaram uma distribuição diversificada: 27,6% dos pais possuíam o ensino secundário, 24,1% grau de licenciatura, 17,2% formação ao nível do mestrado e outros 17,2% haviam concluído o 3.º ciclo do ensino básico. Seguiu-se, com igual percentagem (6,9%), os pais cujas habilitações correspondiam ao 2.º ciclo do ensino básico ou à conclusão de um curso de formação técnico-profissional.

Quanto à situação profissional, a maioria encontrava-se empregada a tempo integral (82,8%), 13,8% encontravam-se desempregados e 3,4% exerciam a atividade a tempo parcial. No que se refere ao tipo de coabitação, 82,8% viviam apenas com o(a) companheiro(a) e filhos, enquanto 17,2% integravam também outros familiares, designadamente os pais.

Tabela 3 - Dados de caracterização sociodemográfica dos pais

Características	Atributos	<i>ni</i>	<i>fi</i>
Idade do participante	20-25	2	6,9
	26-30	6	20,7
	31-35	17	58,6
	36-40	3	10,3
	≥ 41	1	3,4
Grau parentesco	Pai	11	37,9
	Mãe	18	62,1
Número Filhos	1 Filho	17	58,6
	2 Filhos	8	27,6
	3 Filhos	4	13,8
Zona Residência	Rural	22	75,9
	Urbana	7	24,1
Habilitações Literárias	2º Ciclo do ensino básico	2	6,9
	3º Ciclo do ensino básico	5	17,2
	Ensino secundário	8	27,6
	Curso técnico-profissional	2	6,9
	Licenciatura	7	24,1
	Mestrado	5	17,2
Situação profissional	Empregado a tempo integral	24	82,8
	Empregado a tempo parcial	1	3,4
	Desempregado	4	13,8
Coabitação	Companheira/cônjuge e filho(s)	24	82,8
	Companheira/cônjuge, filho(s) e pai/mãe	5	17,2

Identificar as competências percebidas pelos pais no cuidado ao recém-nascido

Com base na análise da Tabela 4, relativa à dimensão cognitivo-motora, verificou-se que a maioria dos itens apresentou médias elevadas ($\bar{x} > 4,5$), indicando que os pais se perceberam como altamente competentes na execução das tarefas avaliadas. As atividades nas quais os pais se consideraram totalmente competentes, apresentando as maiores médias, foram, por ordem decrescente: transportar o bebé de forma segura (Item 11; $\bar{x} = 5,00$; $S = 0,00$), seleccionar a temperatura da água do banho (Item 28; $\bar{x} = 4,97$; S

= 0,18), realizar a higiene do bebê durante a muda das fraldas (Item 4; $\bar{x}$ = 4,90; S = 0,40), selecionar a roupa adequada às condições do tempo (Item 6; $\bar{x}$ = 4,90; S = 0,30), vestir e despir o bebê (Item 17; $\bar{x}$ = 4,86; S = 0,34), dar banho (Item 14; $\bar{x}$ = 4,79; S = 0,41), e pegar no bebê durante o banho (Item 30; $\bar{x}$ = 4,72; S = 0,58).

Outros itens apresentaram percepção elevada de competência, embora com menor consistência, incluindo perceber quando é necessário mudar as fraldas (Item 21; $\bar{x}$ = 4,69; S = 0,53), colocar o bebê a dormir na posição correta (Item 33; $\bar{x}$ = 4,69; S = 0,46), identificar sinais de fome (Item 10; $\bar{x}$ = 4,66; S = 0,48) e reconhecer quando o bebê não está bem (Item 31; $\bar{x}$ = 4,63; S = 0,67).

Itens como pôr o bebê a arrotar (Item 25; $\bar{x}$ = 4,62; S = 0,55) e fazer massagem abdominal em caso de cólicas (Item 19; $\bar{x}$ = 4,62; S = 0,49) também apresentaram pontuações elevadas, refletindo percepção de competência consistente, embora ligeiramente inferior aos itens previamente mencionados.

Tabela 4 - Distribuição dos pais de acordo com a auto-percepção materna das competências cuidativas neonatais relativamente à dimensão cognitivo-motora

Itens	Competências Cognitivo – motoras	Min- Max	$\bar{x}$	S	Med
1	Definir o horário de dar de mamar	2-5	3,83	1,02	4
2	Diferenciar o vômito do bolsar	1-5	4,52	0,81	5
4	Realizar a higiene do bebê aquando da muda das fraldas	3-5	4,90	0,40	5
6	Selecionar roupa necessária de acordo com condições do tempo	4-5	4,90	0,30	5
7	Fazer o que é preciso para desentupir o nariz	2-5	3,97	1	4
8	Dar conta quando está engasgado	2-5	4,38	0,81	5
9	Dar conta das alterações da pele	3-5	4,55	0,62	5
10	Identificar os sinais de fome	4-5	4,66	0,48	5
11	Transportar o bebê de forma segura	5-5	5,00	0,00	5
12	Identificar as características da urina	2-5	3,97	0,93	4
13	Dar conta se está bem alimentado	3-5	4,59	0,67	5
14	Dar o banho	4-5	4,79	0,41	5
17	Vestir e despir o bebê	4-5	4,86	0,34	5
19	Fazer massagem abdominal quando está com cólicas	4-5	4,62	0,49	5
20	Realizar os cuidados ao coto umbilical	1-5	3,55	1,19	4
21	Perceber quando é preciso mudar as fraldas	3-5	4,69	0,53	5

22	Fazer o que é preciso no caso de se engasgar	2-5	3,97	1,07	4
23	Colocar a mamar	1-5	4,59	1,03	5
25	Pôr a arrotar	3-5	4,62	0,55	5
26	Manter a pele do bebé cuidada	3-5	4,38	0,55	4
28	Selecionar a temperatura da água do banho	4-5	4,97	0,18	5
29	Aliviar as cólicas	2-5	3,66	1,18	4
30	Pegar no bebé durante o banho	3-5	4,72	0,58	5
31	Reconhecer quando o bebé não está bem	3-5	4,63	0,67	5
32	Identificar as características das fezes	3-5	4,17	0,70	4
33	Colocar o bebé a dormir na posição correta	4-5	4,69	0,46	5

Com base na análise da Tabela 5, relativa à dimensão cognitivo-afetiva, verificou-se que os pais percecionam um elevado grau de competência nas atividades avaliadas. As tarefas em que se consideraram altamente competentes foram: perceber quando o bebé está irritado e acalmar o bebé nesse estado (Item 3 e 24; $\bar{x} = 4,55$; $S = 0,50$), para ambos os itens).

Os pais também se classificaram como muito competentes nas seguintes atividades: perceber quando o bebé quer dormir (Item 16; $\bar{x} = 4,48$; $S = 0,68$), identificar quando o bebé quer atenção e interação (Item 18; $\bar{x} = 4,38$; $S = 0,81$), reconhecer os diferentes tipos de sono (Item 5; $\bar{x} = 4,21$; $S = 0,66$), identificar sinais de cansaço ou necessidade de atenção do bebé (Item 27; $\bar{x} = 3,97$; $S = 0,76$) e perceber quando o bebé apresenta cólicas (Item 15; $\bar{x} = 3,62$; $S = 1,24$).

Tabela 5 - Distribuição dos pais de acordo com a auto-percepção materna das competências cuidativas neonatais relativamente à dimensão cognitivo-afetiva

Itens	Competências Cognitivo-afetivas	Min-Max	$\bar{x}$	S	Med
3	Perceber quando o bebé está irritado	4-5	4,55	0,50	5
5	Identificar os diferentes tipos de sono	3-5	4,21	0,66	4
15	Perceber quando está com cólicas	2-5	3,62	1,24	4
16	Perceber quando quer dormir	3-5	4,48	0,68	5
18	Identificar quando quer atenção e conversa	2-5	4,38	0,81	5
24	Acalmar quando está irritado	4-5	4,55	0,50	5
27	Identificar quando o bebé está cansado de me dar atenção	2-5	3,97	0,76	4

Com base na análise da Tabela 6, os pais apresentaram uma pontuação média global de percepção de competência de 4,36 (escala de 1 a 5). A pontuação média na dimensão cognitivo-motora foi de 4,47 ($S = 0,41$), enquanto na dimensão cognitivo-afetiva foi de 4,25 ($S = 0,32$). Traduzindo-se assim, um maior grau de competência percebida pelos pais para a dimensão cognitivo-motora.

Tabela 6 - Distribuição dos pais segundo a auto-percepção materna das competências cuidativas neonatais relativamente às dimensões cognitivo-motora e cognitivo-afetiva

Auto-Percepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais	$\bar{x}$	S
Competências Cognitivo-motoras	4,47	0,41
Competências Cognitivo-afetivas	4,25	0,32
Total	4,36	0,37

Identificar as dificuldades percebidas pelos pais no cuidado ao recém-nascido.

A distribuição das dificuldades relatadas pelos pais encontra-se detalhada na Tabela 7, abrangendo diferentes áreas de cuidados. Na área do aleitamento materno, 48% dos pais relataram dificuldades relacionadas com os cuidados aos mamilos, enquanto 12% indicaram dúvidas quanto ao momento adequado para amamentar. Na área do aleitamento artificial, 54,5% apontaram como principal dificuldade a definição do momento ideal para oferecer o biberão, e 9,1% referiram dificuldades na sua preparação.

Nos cuidados gerais com o bebé, relacionados com eliminação vesical e intestinal, higiene e conforto, alívio de desconfortos e percepção do estado do bebé, 27,6% dos pais indicaram dificuldade em identificar características da urina ou em avaliar se o bebé urina o suficiente. Quanto à eliminação intestinal, 41,4% relataram dúvidas sobre o intervalo máximo sem evacuar e 13,8% sobre as características das fezes.

Na área da higiene e conforto, 6,9% dos pais referiram dúvidas sobre a quantidade de roupa necessária e 10,3% sobre a avaliação do estado da pele do bebé. Os cuidados com o coto umbilical suscitaram dificuldade a 34,5% dos pais, com 51,7% relatando desafios no alívio das cólicas e 48,3% na reação ao engasgamento do bebé. Outras dificuldades incluíram desentupir o nariz (55,2%), colocar o bebé a arrotar (10,3%) e avaliar se o bebé está bem (20,7%).

Relativamente ao sono e repouso, 17,2% indicaram dúvidas quanto à duração adequada do sono e 20,7% sobre a posição correta para dormir. Na área do afeto e

estimulação, 34,5% relataram dificuldades em identificar estados de irritação do bebê, enquanto 13,8% relataram dúvidas em perceber quando o bebê necessitava de atenção.

Na área da segurança e prevenção de acidentes, nenhum dos pais reportou dificuldades relativas ao transporte seguro do bebê.

Tabela 7 - Distribuição dos pais segundo as dificuldades nos cuidados ao recém-nascido

Dificuldades sentidas pelos pais		<i>ni</i>	<i>fi</i>
Aleitamento materno			
	Quando dar de mamar ao bebê	3	12
	Os cuidados a ter com os mamilos	12	48
Aleitamento artificial			
	Preparação do biberão	1	9,1
	Quando dar o biberão	6	54,5
Cuidados com o bebê			
Na eliminação vesical	Identificar as características da urina	8	27,6
	Se o meu bebê urina o suficiente	8	27,6
Na eliminação intestinal	Identificar as características das fezes	4	13,8
	Quanto tempo pode estar sem evacuar	12	41,4
Nos cuidados de higiene e conforto	Quando deve mudar a fralda	0	0
	Quando precisa o bebê de tomar banho	0	0
	Qual a quantidade de roupa necessária para o Bebê	2	6,9
	Identificar se a pele do bebê está bem cuidada	3	10,3
	Cuidados ao coto umbilical	10	34,5
	Aliviar cólicas	15	51,7
	Reação ao engasgamento do bebê	14	48,3
	Colocação do bebê a arrotar	3	10,3
	Perceção se o bebê está bem	6	20,7
	Desentupir o nariz	16	55,2
	Quanto tempo deve dormir o bebê	5	17,2
	A posição correta para o bebê dormir	6	20,7
	Perceber se o bebê está irritado	10	34,5
	Identificar se o bebê necessita de atenção	4	13,8
Segurança e prevenção de acidentes			
	Como transportar o bebê	0	0

Por último, o questionário incluiu uma questão aberta, destinada a permitir que os pais identificassem outras dificuldades eventualmente sentidas, no entanto, não foram registadas respostas a esta questão.

3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos dados, procurou-se evidenciar a relevância dos resultados obtidos e confrontá-los com o quadro conceptual e teórico que sustenta o estudo. A discussão organiza-se de acordo com os objetivos específicos, assegurando uma abordagem sistemática que permite articular os achados com a literatura existente e refletir sobre as suas implicações para a prática de enfermagem.

Caracterização sociodemográficas dos recém-nascidos e dos pais

A média de idade dos recém-nascidos foi de $18,1 \pm 7,6$ dias, com ligeira predominância do sexo masculino (55,2%), resultado que acompanha a tendência nacional, segundo a qual, por cada 100 mulheres, nascem cerca de 105 homens (Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, 2022). A maioria dos lactentes encontrava-se em aleitamento materno exclusivo (62,1%), valor inferior ao reportado pelo Estudo COSI Portugal 2022, que identificou 86,5% de crianças amamentadas até ao primeiro mês de vida na região Norte (Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (2003) recomenda a amamentação exclusiva até aos seis meses de vida, reconhecendo o leite materno como fator essencial para o crescimento e desenvolvimento saudáveis. O facto de o valor obtido se situar abaixo da média nacional reforça a necessidade de fortalecer as estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Neste contexto, o enfermeiro de família assume um papel determinante, através da implementação de intervenções precoces, do acompanhamento pós-alta e de visitas domiciliárias centradas na escuta ativa, na observação da díade mãe-bebé e no reforço da autoconfiança materna.

Relativamente aos pais, observou-se que a maioria eram mães (62,1%), com idade média de $32,4 \pm 4,1$ anos, e mais de metade experienciava a parentalidade pela primeira vez (58,1%). Esta fase do ciclo vital, designada por Relvas (1996) como “casal com filhos

pequenos”, caracteriza-se por exigências de reorganização familiar e aquisição de novas competências parentais. O enfermeiro de família, pela sua proximidade e acompanhamento continuado, constitui um agente facilitador nesta transição, promovendo o empoderamento parental e apoiando a adaptação às novas rotinas e responsabilidades familiares.

A idade média para o nascimento do primeiro filho foi de 32,4 anos, próxima da média nacional de 32,2 anos (INE, 2022), embora ligeiramente superior à referida pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2024) para 2023 (30,8 anos) e à estimada pela Fundação Francisco Manuel dos Santos (s/d) para 2024 (31,7 anos). Esta diferença pode refletir a inclusão de elementos do sexo masculino na amostra, introduzindo maior heterogeneidade etária.

No que respeita às habilitações literárias, o ensino secundário apresentou a maior percentagem (27,6%), seguido da licenciatura (24,1%). A maioria encontrava-se empregada (82,8%), o que traduz uma situação socioeconómica relativamente estável. Resultados semelhantes foram observados por Belo (2006) e Ferreira et al. (2015), embora estes estudos tenham identificado percentagens inferiores de atividade laboral (67,0% e 68,0%, respetivamente). Esta realidade poderá traduzir uma evolução positiva no contexto sociolaboral dos pais, com implicações diretas na capacidade de resposta e organização familiar.

A maioria das famílias residia em zonas rurais (75,9%), predominando a estrutura familiar nuclear (Relvas, 1996), composta pelo casal e um filho (58,6%), seguida de casais com dois filhos (27,6%). Estes resultados contrastam com os de Belo (2006), que identificou maior prevalência de famílias urbanas, e com Ferreira et al. (2015), que observaram 51,9% de mães inseridas em famílias nucleares com apenas um filho. A predominância de famílias residentes em contexto rural observada neste estudo pode implicar desafios adicionais no acesso a serviços de saúde; no entanto, este contexto também favorece a atuação do enfermeiro de família como agente de proximidade territorial, possibilitando um acompanhamento mais contínuo e personalizado. Dessa forma, a articulação interinstitucional e o suporte próximo às famílias contribuem para a promoção da parentalidade positiva e fortalecem a capacidade de resposta às necessidades maternas e infantis.

Identificar as competências percebidas pelos pais no cuidado ao recém-nascido

A totalidade dos pais que responderam à EAPMCCN revelou níveis globalmente elevados de percepção de competência cuidativa. Este resultado converge com os achados de Rodrigues (2010) e Miranda (2023), que identificaram igualmente uma autoavaliação positiva das competências parentais, refletindo um sentimento de confiança inicial na capacidade de responder às necessidades básicas do recém-nascido.

A análise detalhada evidencia que os pais percebem maior competência nas tarefas rotineiras e concretas da dimensão cognitivo-motora, como transportar o bebê de forma segura ($\bar{x}=5$), selecionar a temperatura da água ($\bar{x}=4,97$) e realizar a higiene durante a mudança da fralda e selecionar a roupa adequada às condições do tempo ($\bar{x}=4,90$). Estes achados, congruentes com Duarte et al. (2012) e Barros et al. (2015), sugerem que a observação e repetição destas atividades favorecem o desenvolvimento de segurança e automatismo nos pais, promovendo aprendizagem prática e modelagem. Ferreira (2012) confirma esta tendência, salientando que as tarefas de cuidado instrumental, como “realizar a higiene do bebê aquando da muda de fraldas”, “vestir e despir o bebê”, “transportar o bebê de forma segura”, “manter a pele do bebê cuidada”, “perceber quando é preciso mudar as fraldas”, “selecionar a roupa necessária de acordo com as condições do tempo”, são as que mais contribuem para a percepção positiva de competência parental.

Por outro lado, tarefas que exigem maior complexidade técnica ou interpretação de sinais fisiológicos, como identificar as características da urina ($\bar{x}=3,97$), desentupir o nariz do bebê ($\bar{x}=3,97$), definir o horário de amamentação ($\bar{x}=3,83$), aliviar cólicas ($\bar{x}=3,66$) ou realizar cuidados ao coto umbilical ($\bar{x}=3,55$), apresentam níveis inferiores de percepção de competência. Esta diferença sugere uma relação inversa entre complexidade técnica e confiança parental, possivelmente resultante da ausência de treino prático ou supervisão direta. Santos e Mendes (2004) e Barros et al. (2015) reportam resultados similares, destacando a insegurança parental perante cuidados que exigem resposta imediata ou avaliação interpretativa.

Oliveira e Lopes (2019), num estudo com 120 mães no pós-parto, identificaram que lidar com cólicas e tratar do coto umbilical eram áreas com maior necessidade de orientação profissional, evidenciando a importância do acompanhamento pós-alta. De forma semelhante, Costa et al. (2021) demonstram que intervenções educativas estruturadas e baseadas em treino prático supervisionado aumentam significativamente a percepção de competência parental, sobretudo nos cuidados técnicos.

Na dimensão cognitivo-afetivo mantêm-se níveis elevados de percepção das competências cuidativas, embora ligeiramente inferior à percepção na dimensão cognitivo-motora ($\bar{x}=4,25\pm0,32$ versus $\bar{x}=4,47\pm0,41$). Os pais demonstram maior segurança na interpretação de sinais emocionais explícitos, como “perceber quando o bebé está irritado” ($\bar{x}=4,55$) e “acalmá-lo quando está irritado” ($\bar{x}=4,55$), perceber quando o bebé quer dormir” ($\bar{x}=4,48$) e “identificar quando quer atenção e conversa” ($\bar{x}=4,38$). o que poderá dever-se à frequência dessas interações e à aprendizagem empírica diária. Em contraste, itens que exigem leitura mais subtil dos estados comportamentais e emocionais, como “identificar os diferentes tipos de sono” ($\bar{x}=4,21$), “identificar quando o bebé está cansado de me dar atenção” ($\bar{x}=3,97$) ou “perceber quando o bebé está com cólicas” ($\bar{x}=3,62$), revelam menor percepção de competência.

Santos e Mendes (2004) e Duarte et al. (2012) associam esta menor competência afetiva à necessidade de tempo, experiência relacional e apoio emocional, enquanto Barros, Dias e Fonseca (2015) vinculam-na à segurança emocional dos pais, frequentemente fragilizada pelo cansaço e ansiedade do puerpério. Intervenções como contacto pele-a-pele e suporte profissional empático são determinantes para reforçar a autoconfiança parental nesta dimensão.

De forma integrada, estes resultados indicam que a percepção de competência parental é mais robusta em tarefas tangíveis, estruturadas e de execução repetitiva, e mais vulnerável em tarefas que implicam julgamento clínico, leitura emocional ou domínio técnico. A literatura nacional e internacional reforça a relevância de programas educativos que combinem treino prático e suporte emocional, promovendo simultaneamente conhecimento técnico e confiança afetiva (Santos & Mendes, 2004; Duarte et al., 2012; Brito et al., 2011).

No contexto da enfermagem de saúde familiar, estes resultados evidenciam a necessidade de reforçar intervenções sistemáticas de educação para a parentalidade, ajustadas às necessidades específicas e ao ritmo de aprendizagem de cada família.

Identificar as dificuldades percecionadas pelos pais no cuidado ao recém-nascido

Apesar dos níveis elevados de competência percecionada, os pais relatam dificuldades específicas em áreas que exigem maior experiência prática, conhecimentos técnicos e segurança emocional.

No contexto da amamentação, quase metade das mães (48%) referiu dificuldades nos cuidados com os mamilos. Este fenómeno, documentado por Oliveira et al. (2019) e Silva, Santos e Almeida (2021), constitui uma das principais causas de ansiedade materna e de abandono precoce da amamentação.

Para o aleitamento artificial, a dificuldade mais frequente foi definir o momento adequado para oferecer o biberão (54,5%), sugerindo insegurança na interpretação dos sinais de fome e saciedade do recém-nascido. Carvalho et al. (2018) destacam que esta incerteza reforça a necessidade de intervenção do enfermeiro de família, capacitando os pais a responder de forma responsiva às pistas comportamentais do bebé.

Lacunas de conhecimento sobre os padrões fisiológicos neonatais também se evidenciam nas dificuldades reportadas na interpretação das características da urina (27,6%) e das fezes (13,8%), bem como na incerteza sobre o tempo aceitável sem evacuar (41,4%). Estes aspetos, corroborados por Duarte et al. (2012) e Santos & Mendes (2004), contribuem para ansiedade parental e aumento da procura de serviços de saúde.

As maiores dificuldades reportadas dizem respeito a cuidados de maior exigência técnica e risco percebido, como desentupir o nariz (55,2%), aliviar cólicas (51,7%) e reagir a episódios de engasgamento (48,3%). Pacheco et al. (2020) e Serrano et al. (2017) evidenciam que estas situações geram elevado stress parental e requerem treino específico, sobretudo em pais de primeira viagem. A ausência de supervisão prática nestas áreas limita o desenvolvimento da autoeficácia e compromete a segurança no cuidado.

Em contraste, tarefas rotineiras e de execução observável, como mudar a fralda ou dar banho, não suscitaram dificuldades, reforçando que a repetição e a previsibilidade favorecem a consolidação da competência percecionada. Embora o sono do recém-nascido seja uma preocupação comum, apenas uma minoria relatou dúvidas sobre o tempo de sono necessário (17,2%) ou a posição correta para dormir (20,7%). Apesar disso, estas dúvidas são relevantes, considerando o impacto das práticas de sono seguro na prevenção da morte súbita infantil (American Academy of Pediatrics, 2022; Mendes & Santos, 2015).

No domínio afetivo, as dificuldades surgem na interpretação dos sinais emocionais, como perceber se o bebé está irritado (34,5%) ou se necessita de atenção (13,8%). Relvas (2015) e Bornstein (2019) destacam que a leitura emocional e a responsabilidade parental desenvolvem-se progressivamente, através da interação

contínua e da construção do vínculo, sendo esperada alguma insegurança inicial neste processo.

Curiosamente, nenhum participante referiu dificuldades em transportar o bebê de forma segura, possivelmente refletindo a eficácia das orientações práticas fornecidas nos serviços de saúde e a internalização das normas de segurança amplamente divulgadas.

De forma global, os resultados indicam que as maiores dificuldades se concentram em tarefas de maior complexidade técnica e menor *feedback* imediato, em contraste com as rotinas instrumentais. Esta tendência, amplamente documentada na literatura (Relvas, 2015; Mercer, 2004), reforça a concepção da parentalidade como um processo de aprendizagem progressivo e relacional, em que a autoconfiança se fortalece à medida que o desempenho é reforçado por experiências positivas e apoio profissional. No âmbito da enfermagem de saúde familiar, estas evidências sublinham a importância de um acompanhamento educativo contínuo, centrado nas necessidades dos pais e orientado para a capacitação prática, emocional e cognitiva.

3.4. CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu caracterizar, a partir da percepção dos pais, as competências e dificuldades no cuidado ao recém-nascido, evidenciando um quadro complexo e dinâmico de adaptação parental. Ao fazê-lo, deu resposta ao objetivo delineado, à questão de investigação formulada e à temática proposta, permitindo compreender de forma aprofundada as áreas de maior segurança e vulnerabilidade sentidas pelos pais, bem como subsidiar intervenções educativas e estratégias de apoio parental mais adequadas à realidade das famílias.

Constatou-se que os pais se percebem globalmente competentes nas tarefas instrumentais, rotineiras e observáveis, nomeadamente no transporte seguro do bebê, realização da higiene, seleção da roupa e resposta às necessidades básicas. A repetição, a experiência prática e o apoio recebido pelo enfermeiro de família são fatores que favorecem a autoconfiança e o domínio dessas competências.

No entanto, as dificuldades dos pais tornam-se mais evidentes nas áreas que exigem conhecimentos técnicos específicos, maior capacidade de interpretação clínica ou maior sensibilidade emocional. Destacam-se como principais desafios os cuidados com

os mamilos na amamentação, o alívio das cólicas, definição do momento de alimentar o bebê, cuidados ao coto umbilical, reação ao engasgamento e interpretação dos sinais fisiológicos e emocionais do recém-nascido. Estes aspetos geram incerteza e ansiedade, especialmente entre os pais que vivenciam a parentalidade pela primeira vez.

A finalidade do estudo foi plenamente cumprida, ao identificar as competências e dificuldades percebidas pelos pais, oferecendo contributos relevantes para a elaboração de estratégias educativas e interventivas que visam fortalecer a parentalidade e qualificar a prática de enfermagem familiar. Este contributo revela-se particularmente importante para o aprimoramento da atuação em ESF, ao fundamentar o desenvolvimento de estratégias formativas ajustadas, protocolos clínicos específicos e ferramentas de avaliação direcionadas ao apoio à parentalidade nos CSP.

Assim, reforça-se a necessidade de práticas baseadas em evidências, alinhadas com as necessidades reais das famílias, promovendo ambientes familiares mais seguros e saudáveis e valorizando o papel central dos profissionais de saúde.

3.5. CONTRIBUTOS, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA, INVESTIGAÇÃO, GESTÃO EM ENFERMAGEM E FORMAÇÃO

Os resultados deste estudo oferecem contributos relevantes para a prática clínica, formação, gestão e investigação em ESF, especialmente no contexto do apoio aos pais no cuidado ao recém-nascido.

No que respeita à prática clínica, a identificação detalhada das competências e dificuldades percecionadas pelos pais permite aos enfermeiros de família direcionar as suas intervenções para áreas de maior vulnerabilidade e necessidade, otimizando o acompanhamento parental nas primeiras semanas de vida do recém-nascido. A implementação de programas educativos estruturados, aliados à aplicação de métodos formais de avaliação das competências parentais, pode aumentar a consistência, a eficácia e a fundamentação das intervenções, promovendo assim cuidados baseados em evidência.

Ao nível da formação, evidencia-se a importância na preparação dos profissionais para responder de forma sensível e personalizada às dinâmicas familiares e às dificuldades identificadas contribuindo para fortalecer a qualidade dos cuidados e apoiar uma transição positiva para a parentalidade.

Entre as principais limitações destacam-se: a amostra de conveniência, restrita a uma única região e composta por um número reduzido de participantes, o que impossibilita a generalização dos resultados para outros contextos geográficos e culturais; a predominância de famílias nucleares e residentes em zonas rurais, que pode influenciar a percepção das competências e dificuldades, não refletindo necessariamente a realidade de contextos urbanos ou de estruturas familiares diversas; a utilização de questionários de autopreenchimento, sujeitos à percepção subjetiva dos participantes, podendo condicionar a objetividade das respostas; o caráter transversal do estudo, que impossibilita a análise da evolução das competências parentais ao longo do tempo.

Como sugestões para a prática profissional, recomenda-se o desenvolvimento e implementação de programas de educação parental personalizados e contínuos, com especial enfoque nas áreas técnicas e emocionais identificadas como de maior dificuldade, tais como os cuidados ao coto umbilical, alívio das cólicas, reconhecimento dos sinais fisiológicos e a promoção de boas práticas de amamentação. Deve ainda, ser reforçado o acompanhamento prático supervisionado, garantindo suporte à parentalidade, sobretudo no primeiro filho.

No campo da investigação sugere-se a realização de novos estudos, com amostras mais diversificadas em diferentes contextos geográficos e familiares, que permitam validar e aprofundar os dados recolhidos. Recomenda-se igualmente a avaliação do impacto das intervenções educativas e de suporte atualmente implementadas, bem como o estudo longitudinal do desenvolvimento das competências parentais ao longo dos primeiros anos de vida da criança. Para além disso, destaca-se que a realização de um estudo correlacional poderia ser uma mais-valia, permitindo explorar de que modo fatores sociodemográficos, características familiares e experiências prévias influenciam as competências e dificuldades percecionadas pelos pais, contribuindo para uma compreensão mais abrangente e fundamentada para o delineamento de futuras estratégias de intervenção.

**4. CAPÍTULO IV - PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

A formação em contexto clínico constitui um eixo estruturante na consolidação das competências do EEECAESF. Este percurso formativo representa um espaço privilegiado de integração entre o saber teórico-científico e a prática profissional, promovendo uma atuação crítica, reflexiva e eticamente responsável (OE, 2019).

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).

O 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), permitiram aprofundar e consolidar as competências adquiridas ao longo do percurso profissional, favorecendo simultaneamente a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de uma prática fundamentada na evidência. A partilha de experiências com Enfermeiros Especialistas e o contacto com contextos familiares diversos constituíram oportunidades de aprendizagem significativa, potenciando uma visão ampliada e integrada dos cuidados dirigidos à família enquanto unidade de saúde.

O desenvolvimento das competências do EEECAESF ultrapassa a mera aplicação do conhecimento científico, exigindo uma capacidade de reflexão que promova a transformação da prática, a melhoria contínua da qualidade e a excelência dos cuidados. Neste contexto, a investigação desenvolvida, denominada “Perceção das competências e dificuldades dos pais nos cuidados ao recém-nascido: contributos para o enfermeiro de saúde familiar”, traduziu-se num exercício de articulação entre investigação e prática, reforçando a importância do pensamento crítico e da tomada de decisão clínica informada.

Paralelamente ao que foi exposto, importa salientar que o desenvolvimento dos estágios e do respetivo relatório final decorreu em consonância com o Guia Orientador/Protocolo de Estágio definido pelo consórcio entre o IPVC, o IPB e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Este enquadramento formativo privilegiou o aprofundamento de competências especializadas em ESF, promovendo a

integração de conhecimento científico, capacidades críticas e práticas, bem como a aplicação de referenciais ético-legais e políticos da profissão.

A unidade curricular de estágio proporcionou experiências de aprendizagem significativas no contexto real da prestação de cuidados, favorecendo não só a consolidação do saber teórico-prático, mas também o desenvolvimento de uma atuação profissional centrada na família, na promoção da saúde e na articulação com os recursos da comunidade. Esta abordagem permitiu contribuir para a formação de profissionais mais capacitados, reflexivos e aptos a responder às exigências e especificidades do contexto da Enfermagem de Saúde Familiar.

A atribuição do título de EE exige que os profissionais possuam as competências definidas nos Regulamentos de cada Especialidade em Enfermagem, partilhando um conjunto de competências comuns aplicáveis a diversos contextos de prestação de cuidados de saúde.

Este capítulo constitui, portanto, uma síntese crítico-reflexiva sobre o percurso desenvolvido, analisando de que forma as experiências em contexto clínico contribuíram para o aperfeiçoamento das competências comuns ao EE e às específicas do EEECAESF.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019b), as Competências Comuns do EE abrangem múltiplas dimensões do exercício profissional, designadamente a educação dos clientes e dos pares, a orientação e o aconselhamento clínico, bem como a liderança e a tomada de decisão responsável. Paralelamente, incluem o compromisso com a produção, interpretação e disseminação de investigação relevante, orientada para o desenvolvimento do conhecimento disciplinar e a melhoria contínua da prática de Enfermagem.

Estas competências organizam-se em quatro domínios estruturantes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O mesmo regulamento estabelece que o EE detém competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, sustentados em fundamentos éticos, evidência científica e juízo clínico informado.

4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional ética e legal

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do EE (OE, 2019b), o exercício profissional do EE deve pautar-se por uma prática segura, ética e cientificamente fundamentada. A tomada de decisão baseia-se em princípios ético-deontológicos e na integração de um corpo de conhecimentos que contempla a avaliação sistemática das melhores práticas, o julgamento clínico e o respeito pelas preferências dos utentes.

Durante os estágios, a atuação profissional foi orientada pelo cumprimento rigoroso do Código Deontológico do Enfermeiro, assegurando a confidencialidade da informação, o consentimento informado e o respeito pelos valores culturais, sociais e individuais das famílias. Tal como defendem Silva et al. (2018), a ética profissional em enfermagem requer um compromisso contínuo com os princípios da justiça, beneficência e não maleficência — princípios que nortearam, de forma constante, a prática desenvolvida.

O domínio da responsabilidade legal revelou-se igualmente essencial, traduzindo-se no conhecimento e aplicação da legislação em vigor, nomeadamente no que respeita à proteção de dados pessoais e aos direitos dos utentes. A consciência das implicações legais dos atos de enfermagem manifestou-se através da documentação rigorosa, da comunicação adequada de situações adversas e da promoção ativa da segurança do utente, contribuindo para a qualidade global dos cuidados prestados.

A integração no contexto institucional do estágio constituiu um elemento determinante para o desenvolvimento desta competência. O conhecimento do espaço físico, da dinâmica organizacional e das características sociodemográficas da população-alvo permitiu uma prática mais autónoma, crítica e responsável. Este processo de imersão favoreceu uma compreensão mais aprofundada da complexidade do contexto familiar e comunitário, sustentando a tomada de decisão clínica informada e centrada na pessoa e na família.

A reflexão contínua sobre a prática constituiu um pilar essencial no desenvolvimento profissional. Ao longo dos estágios, a autorreflexão possibilitou a identificação de pontos fortes e de áreas a aperfeiçoar, promovendo um processo de aprendizagem autêntico e orientado para a excelência. De acordo com o Código Deontológico (OE, 2015), a capacidade de refletir criticamente sobre a prática e de

reconhecer oportunidades de melhoria é inerente ao compromisso do enfermeiro com a qualidade dos cuidados e com a evolução da profissão. A análise crítica das experiências vividas permitiu, assim, consolidar competências, reforçar a autonomia e adotar uma postura ética, responsável e reflexiva no exercício profissional.

No que respeita aos registos de enfermagem, destaca-se a utilização da plataforma SClinico®, a qual possibilita o registo de intervenções em contexto familiar, conferindo maior visibilidade à prática do EEESCAESF. Tal como preconiza a OE (2018), a documentação dos cuidados constitui não apenas um imperativo ético e legal, mas também um instrumento de valorização e afirmação do conhecimento em enfermagem. Contudo, reconhece-se a necessidade de evoluir para um sistema de registo mais completo, sistematizado e adaptado às especificidades da enfermagem de saúde familiar, o que poderá ser alcançado através da formação contínua e da partilha de boas práticas entre profissionais.

Em síntese, a experiência desenvolvida reforçou a consciência de que o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal constitui um alicerce fundamental para o exercício do EE. Este domínio não só garante a segurança e o bem-estar dos utentes e das famílias, como também sustenta a credibilidade, a responsabilidade social e a excelência da profissão de enfermagem.

4.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade integra três áreas fundamentais de competência do Enfermeiro Especialista, que se materializam em:

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

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, assenta no direito inalienável dos cidadãos ao acesso a cuidados de saúde adequados à sua condição, em tempo clinicamente oportuno, prestados com dignidade e baseados na melhor evidência científica disponível. Estes cuidados devem ser assegurados com respeito pelos princípios éticos, pelas boas práticas e pela singularidade de cada pessoa e família.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), compete ao EE promover e sustentar práticas e estratégias institucionais orientadas para a qualidade, participando ativamente na gestão e monitorização de processos de melhoria contínua. A sua intervenção deve refletir uma perspetiva sistémica e integradora, que articule dimensões de liderança, educação, orientação, aconselhamento e investigação, contribuindo de forma contínua para o desenvolvimento disciplinar e para a excelência da prática de enfermagem.

A experiência formativa desenvolvida ao longo dos estágios contribuiu significativamente para o fortalecimento deste domínio de competência. A integração no Plano de Melhoria Contínua da USF Margens do Neiva permitiu a participação em ações direcionadas à otimização da qualidade dos cuidados, ao reforço do desempenho organizacional e à valorização da formação profissional contínua da equipa de enfermagem.

Neste contexto, foram dinamizadas duas ações de formação interna, orientadas para o desenvolvimento de competências clínicas e relacionais:

- Formação em Serviço: “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar” (Apêndice V)
- Formação em Serviço: “Promoção da Parentalidade nos CSP” (Apêndice VI)

Paralelamente, procedeu-se à apresentação do projeto de estágio à equipa multiprofissional, incluindo a divulgação do estudo de investigação (Apêndice VII) e das atividades desenvolvidas (Apêndice VI), fomentando a partilha de conhecimento e o envolvimento interdisciplinar.

No sentido de responder a um dos objetivos estratégicos da USF, o aumento da adesão às consultas de Planeamento Familiar, foram criados materiais educativos destinados à comunidade. Destacam-se a elaboração de um flyer informativo sobre a Consulta de Planeamento Familiar (Apêndice IX) e a produção de um póster temático (Apêndice X), afixado na sala de espera da unidade. Importa salientar que ambos os documentos estão validados e encontram-se disponíveis para consulta na plataforma *Qualitus*, acessível através do portal da ULSAM. Estas iniciativas visaram promover o acesso à informação, a literacia em saúde e a educação para uma sexualidade responsável, incentivando a tomada de decisões informadas e conscientes relativamente à fertilidade e à reprodução.

Esta intervenção, ao potenciar o empoderamento dos utentes e a sua participação ativa nas decisões sobre a própria saúde, reforçou a importância do papel do enfermeiro enquanto agente de mudança e promotor da qualidade e segurança nos cuidados.

A análise reflexiva deste processo permitiu reconhecer que a melhoria contínua da qualidade não se circunscreve à implementação de medidas técnicas ou administrativas, mas constitui uma dimensão ética e política do cuidar, sustentada pela responsabilidade, pelo compromisso com a excelência e pela valorização do contributo da enfermagem para a transformação positiva das práticas em saúde.

4.1.3. Gestão dos Cuidados

Durante o ENP, foram desenvolvidas múltiplas atividades orientadas para o fortalecimento das competências comuns do EE, com especial ênfase no domínio da melhoria contínua da qualidade. Este domínio, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019), integra um conjunto de competências nucleares que sustentam a prática profissional especializada e a sua evolução no contexto organizacional e clínico.

Entre as competências descritas, destacam-se:

- “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” (OE, 2019, p. 4745).

A operacionalização destas competências concretizou-se através da coordenação e gestão das atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem, assegurando uma comunicação estruturada, clara e orientada para a colaboração interdisciplinar. A adoção de uma prática colaborativa demonstrou ser um fator determinante na promoção da continuidade, segurança e qualidade dos cuidados, consolidando uma abordagem centrada na pessoa e na família, coerente com os princípios da humanização, integralidade e equidade em saúde.

Adicionalmente, foram implementadas estratégias de gestão eficiente de recursos, ajustadas às especificidades do contexto e às necessidades identificadas na população atendida. A racionalização de meios, a eliminação de desperdícios e a priorização de intervenções de maior impacto clínico e social refletiram uma liderança adaptativa,

sustentada na tomada de decisão crítica e na capacidade de resposta a situações imprevistas. Esta postura traduziu-se na manutenção dos padrões de qualidade e segurança, mesmo em contextos de constrangimento operacional, demonstrando uma prática reflexiva e responsável.

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, destacam-se intervenções concretas orientadas para a otimização dos cuidados e o fortalecimento do trabalho em equipa, nomeadamente:

- A elaboração de materiais educativos (cartazes e folhetos) dirigidos aos utentes, com o propósito de promover a literacia em saúde;
- A organização e dinamização de ações de formação interna, fomentando a atualização científica e o desenvolvimento profissional contínuo;
- A participação ativa em reuniões de equipa, contribuindo para a definição e monitorização de objetivos estratégicos de melhoria;
- A realização e apresentação de um estudo de investigação, com vista à integração do conhecimento científico na prática clínica e à promoção da reflexão sobre a evidência.

Estas experiências permitiram o desenvolvimento integrado das competências técnicas, relacionais e ético-deontológicas, potenciando uma postura crítica, reflexiva e proativa, essencial à autonomia e à responsabilidade inerentes à prática de enfermagem especializada. O exercício reflexivo sobre a ação constituiu-se, assim, como um mecanismo estruturante de aprendizagem, permitindo transformar a experiência em conhecimento e sustentar uma melhoria sustentada da prática.

Em perspetiva futura, reforça-se a necessidade de dar continuidade às dinâmicas formativas internas, de monitorizar sistematicamente indicadores de qualidade, e de reforçar as estratégias de envolvimento comunitário na promoção da saúde. A consolidação de uma cultura organizacional de qualidade e segurança dependerá, em larga medida, do compromisso coletivo da equipa em integrar a evidência científica, a inovação e a avaliação contínua no quotidiano dos cuidados.

Por fim, destaca-se a elaboração do Manual de Apoio ao Recém-nascido, concebido como um recurso educativo dirigido a pais, cuidadores e profissionais de saúde. Este instrumento tem como finalidade promover a capacitação parental e a uniformização das práticas clínicas, abordando temáticas essenciais como a higiene, conforto, amamentação, sinais de alerta, vacinação e sono seguro. Sustentado na evidência científica atual, o manual traduz o conhecimento técnico em linguagem

acessível, promovendo a literacia em saúde, a autonomia parental e o envolvimento ativo da família nos cuidados desde o nascimento (Apêndice XI). De evidenciar que este manual se encontra validado e disponível para consulta na plataforma *Qualitus*, acessível através do portal da ULSAM.

Desta forma, o percurso desenvolvido nos estágios constituiu uma experiência formativa crítica e transformadora, que consolidou não apenas competências técnicas e organizacionais, mas também uma visão ética e humanizada da qualidade em enfermagem — entendida como um processo dinâmico, participativo e sustentado pela reflexão contínua sobre a prática.

4.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento da aprendizagem profissional traduz-se na capacidade do enfermeiro promover a autoaprendizagem, a reflexão crítica sobre a prática, a participação ativa em processos de formação contínua e a atualização científica permanente. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), este domínio reflete a vontade do profissional em melhorar continuamente a sua prática, sustentando-a na reflexão, no pensamento crítico e no trabalho colaborativo em equipa. Tal postura requer uma atitude investigativa e proativa perante a experiência, valorizando o intercâmbio de saberes com colegas, o questionamento das práticas instituídas e a integração das melhores evidências científicas disponíveis, o que configura um processo de aprendizagem contínuo, dinâmico e transformador. Este tipo de aprendizagem assume particular relevância nos contextos complexos e em constante mudança dos cuidados de saúde familiar, onde a adaptação e a inovação são determinantes para a qualidade da prática clínica.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019), este domínio concretiza-se em duas competências fundamentais:

- Desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade;
- Capacidade de basear a praxis clínica especializada em evidência científica.

A primeira competência revelou-se especialmente relevante ao longo da experiência clínica, constituindo-se como base para o crescimento pessoal e profissional. Através de um processo contínuo de autorreflexão e do feedback construtivo de colegas e orientadores, foi possível identificar pontos fortes e áreas de melhoria, conduzindo ao

aperfeiçoamento da prática. A gestão emocional e a comunicação assertiva foram competências centrais neste percurso, possibilitando uma interação empática, clara e ética com utentes, famílias e equipas multidisciplinares. A assertividade assumiu um papel determinante em contextos de tomada de decisão clínica, sobretudo em situações complexas ou de conflito, permitindo a defesa de posições fundamentadas e a garantia da segurança e da qualidade dos cuidados. Esta competência implicou também a capacidade de reconhecer limites e de solicitar apoio quando necessário, demonstrando maturidade profissional e consciência ética.

A segunda competência foi concretizada através da incorporação da evidência na prática, sendo uma constante preocupação durante o estágio. A incorporação de conhecimento atualizado constituiu uma preocupação constante, expressa na consulta regular de fontes científicas, na aplicação de guidelines e normas de boas práticas, bem como na discussão crítica de casos clínicos com a equipa. Este processo sustentou uma prática fundamentada, rigorosa e adaptada à singularidade de cada pessoa e família. A concretização desta competência foi evidente na elaboração de planos de cuidados personalizados, na seleção criteriosa de intervenções de enfermagem, na realização de estudos de caso e na implementação de ações de formação em serviço e educação para a saúde junto das famílias. Estas experiências contribuíram para reforçar a consciência crítica, a autonomia decisional e o compromisso ético com a excelência dos cuidados.

Em síntese, o desenvolvimento destas duas competências no domínio das aprendizagens profissionais constituiu um pilar essencial no processo de construção identitária da enfermeira especialista em formação. Este percurso possibilitou uma aprendizagem profunda e reflexiva, que transcende a mera aquisição de competências técnicas, consolidando uma prática autónoma, responsável, crítica e cientificamente sustentada, alinhada com os valores éticos, deontológicos e epistemológicos da profissão de enfermagem.

4.2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

O EEESCAESF desempenha um papel central na promoção da saúde e no acompanhamento da família como unidade de cuidados, intervindo de forma articulada, contínua e contextualizada ao longo do ciclo vital e nos diversos contextos comunitários.

Conforme definido pelo Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019), as competências específicas do EEESCAESF traduzem-se na capacidade de avaliar, planejar, intervir e monitorizar o estado de saúde das famílias, considerando a sua estrutura, dinâmica, fase do ciclo vital, rede de apoio e determinantes sociais.

São competências específicas do EEESCAESF:

- 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.

A sua prática articula de forma integrada os princípios da promoção da saúde, da prevenção e da educação para a saúde, assegurando uma abordagem holística, ética e científica, alinhada com as necessidades, valores e contextos específicos das famílias acompanhadas.

4.2.1. 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 EE, ao reconhecer a família como unidade de cuidados, assume um papel proativo na sua capacitação, considerando tanto a dinâmica global da família como as necessidades individuais de cada membro ao longo do ciclo vital e das suas transições. Esta atuação fundamenta-se nas unidades de competência definidas pelo Regulamento n.º 428/2018 da OE (2018, pp. 19357-19358), que incluem:

- “Estabelecer uma relação com a família que promova a saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas”;
- “Recolher dados pertinentes acerca do estado de saúde da família;”

- “Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e doença em contextos complexos;”
- “Desenvolver a prática de enfermagem familiar fundamentada em evidência científica;
- “Intervir de forma eficaz na promoção e recuperação do bem-estar da família, especialmente em situações complexas;”
- “Facilitar a resposta da família em situações de transição complexa;”
- “Envolver-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar;”
- “Formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.”

Durante os estágios, tive a oportunidade de exercer uma prática baseada nestas unidades de competência, centrando a intervenção na capacitação familiar, valorizando a singularidade de cada família, os seus padrões relacionais e a fase do ciclo vital em que se encontravam. A compreensão das transições familiares, quer previstas, como o nascimento de um filho, quer inesperadas, como a doença crónica ou a perda, revelou-se essencial para uma intervenção humanizada, cientificamente fundamentada e promotora de autonomia.

Neste âmbito, o EE atua não apenas na resposta a necessidades já instaladas, mas também na antecipação de vulnerabilidades, promovendo a saúde, prevenindo a doença e apoiando a família na construção de respostas adaptativas aos desafios vividos. Este processo exige um acompanhamento contínuo, baseado na relação terapêutica, na escuta ativa e na proposição de soluções adequadas, fortalecendo a capacidade da família para lidar de forma positiva com situações complexas. A avaliação estrutural e funcional da família, incluindo papéis, padrões relacionais e os fatores que influenciam a sua saúde, constitui a base para uma intervenção eficaz e ética.

Durante a prestação de cuidados, compreendi que a avaliação da família e a identificação das transições por ela vividas são fundamentais na atuação do EE em saúde familiar. As transições implicam mudanças significativas que o enfermeiro deve conhecer e compreender, de modo a prestar cuidados fundamentados no conhecimento, na experiência e no compromisso profissional. Só assim é possível capacitar a família, promovendo a sua autonomia e ajudando-a a desenvolver respostas positivas perante os desafios vividos (Guimarães & Silva, 2016).

Ao longo dos estágios, este princípio foi aplicado em diversas intervenções. Por exemplo, ao acompanhar famílias com recém-nascidos, não só foram prestados cuidados diretos ao bebê, como também foram promovidas sessões de educação parental, com o objetivo de capacitar os pais para o desempenho seguro do seu novo papel.

Utilizei instrumentos próprios da enfermagem de saúde familiar, como o genograma, ecomapa, a Escala de Notação Social da Família (Graffar adaptado), a Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão familiar (FACES II) e a Escala de APGAR Familiar de Smikstein, que me permitiram compreender melhor a estrutura e rede de apoio familiar.

As intervenções desenvolvidas no estágio abrangeram os cinco níveis de prevenção, promovendo uma abordagem abrangente e integrada aos cuidados de saúde primários.

A prevenção primordial: destina-se a evitar o aparecimento de fatores de risco na população, promovendo ambientes e políticas que favorecem estilos de vida saudáveis antes que os riscos se instalem.

A prevenção primária: consiste em ações para prevenir o surgimento de doenças, como vacinação, promoção da saúde e educação para hábitos saudáveis.

A prevenção secundária: foca-se na detecção precoce das doenças e tratamento imediato, incluindo rastreios, exames de diagnóstico e intervenções rápidas para impedir o agravamento.

A prevenção terciária: visa minimizar as complicações e promover a reabilitação de pessoas que já têm doenças crônicas ou incapacitantes, ajudando na adaptação e melhoria da qualidade de vida.

A prevenção quaternária: procura proteger o utente contra intervenções médicas desnecessárias, evitando exames, tratamentos ou procedimentos que não trazem benefício real e podem causar danos.

Esta abordagem evidenciou que o papel do EE transcende o cuidado individual, assumindo-se como agente de promoção da resiliência, coesão e autonomia familiar. A capacitação da família mostrou-se fundamental para alcançar ganhos de saúde sustentáveis, respeitando o ritmo, os valores e a autodeterminação de cada família.

Em síntese, o desenvolvimento desta competência permitiu prestar cuidados holísticos, humanizados e integrados, promovendo impactos positivos não apenas no

indivíduo, mas em todo o sistema familiar, consolidando o papel do EEESCAESF como profissional especializado, reflexivo e orientado para a excelência na saúde familiar.

4.2.2. Liderança e Colaboração nos Processos de Intervenção de Enfermagem de Saúde Familiar

O EECAESF desempenha um papel central na gestão, articulação e mobilização de recursos necessários à prestação de cuidados à família, garantindo a continuidade e a qualidade da intervenção em todos os níveis de prevenção (OE, 2018). As unidades de competência associadas a esta competência incluem:

- “Articular 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” (OE, 2018, pp. 19358-19359).

Relativamente à competência “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar”, o EECAESF assume um papel estratégico na coordenação de cuidados, articulando recursos e promovendo a participação de diferentes profissionais no acompanhamento da família ao longo do ciclo vital. O artigo 4.º do Ato do Enfermeiro reforça esta dimensão, ao afirmar que: “O enfermeiro, quando integrado em equipas multiprofissionais, atua em cooperação, articulação, complementaridade e/ou coordenação de outros profissionais, cuja atuação seja funcionalmente interdependente ou complementar à sua” (Regulamento nº 613/2022, 2022, p. 131).

O EECAESF tem um papel de referência como gestor de cuidados de enfermagem (Decreto-Lei n.º 118/2014, Ministério da Saúde, 2014). Neste âmbito é fundamental a articulação com as várias unidades funcionais e serviços na comunidade no sentido da capacitação das famílias. É fundamental conhecer os recursos disponíveis bem como os meios para os ativar.

A liderança do EECAESF manifesta-se na mobilização de recursos, na promoção de parcerias e na dinamização de estratégias colaborativas entre os diferentes profissionais da USF e de outras unidades funcionais do Centro de Saúde de Barroselas, especificamente com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), nomeadamente através da participação em aulas de preparação para o parto e pós-parto. Esta liderança

foi exercida de forma ética, reflexiva e participativa, centrada na promoção de uma prática baseada em evidência, no trabalho em equipa multiprofissional e na coordenação de cuidados ao longo do ciclo vital da família.

A colaboração efetiva com a USF e a UCC permitiu integrar diferentes perspetivas profissionais, enriquecendo a análise das necessidades dos pais e recém-nascidos e promovendo uma abordagem holística centrada na família. A partilha de saberes e a reflexão conjunta contribuíram para a capacitação parental, incentivando práticas mais seguras e informadas no cuidado ao RN.

Paralelamente, participei de forma ativa na sensibilização da equipa multidisciplinar para a relevância da abordagem familiar e da intervenção precoce, especialmente nos momentos críticos de transição, como o período pós-parto. A apresentação do projeto de estágio em reuniões do Conselho Geral e em ações formativas internas reforçou a identidade da especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar, promovendo uma cultura de apoio, confiança e intercooperação dentro da equipa.

Em síntese, o estágio constituiu uma oportunidade enriquecedora para aplicar os princípios de liderança e colaboração, fortalecendo a capacidade de intervenção do EECAESF no contexto da saúde familiar. Esta experiência evidenciou que a liderança participativa e o trabalho colaborativo são determinantes para responder às complexidades da prática clínica, garantindo cuidados integrados, humanizados e centrados na família, alinhados com as recomendações internacionais para a excelência na prestação de cuidados de saúde (World Health Organization, 2010).

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

Ao longo do percurso formativo, procurei envolver-me ativamente em diversas atividades além das exigidas formalmente pelo MECAESF, de modo a potenciar a minha aprendizagem profissional e o desenvolvimento de competências especializadas. Participei em sessões de formação contínua, reuniões de equipa, ações de divulgação científica e momentos de reflexão crítica sobre a prática diária. Estas experiências permitiram-me aprofundar conhecimentos, partilhar saberes e integrar novas perspetivas,

contribuindo para uma prática mais informada, colaborativa e centrada nas necessidades das pessoas e famílias.

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);
- “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 pôster “A Família como Unidade de Cuidados: Estudo de Caso”. Poster apresentado no International Congress Family Health (Anexo VI).
- 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);
- 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).
- Presença no Whorkshop – “Famílias no final do ciclo vital”, no VI Congresso Internacional (Anexo XI)

- Participação no Congresso Luso-Galaico de Cuidados Paliativos, que decorreu nos dias 3,4 e 5 de abril de 2025 (Anexo XII)

A formação contínua revelou-se um imperativo ético e técnico, essencial para a consolidação de uma prática de excelência e para enfrentar os desafios atuais dos CSP. As experiências formativas e científicas em que participei enriqueceram o meu percurso académico e profissional, promovendo a integração entre o conhecimento teórico e a prática clínica. Este envolvimento reforçou a importância da atualização constante para uma atuação especializada e baseada na melhor evidência em enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho representa o culminar de um percurso acadêmico e profissional no Mestrado em Enfermagem Comunitária, com enfoque na Saúde Familiar. Ao longo dos estágios e do processo de investigação, foi possível aprofundar competências essenciais do EE, abrangendo tanto as competências comuns quanto as específicas, com particular relevância para a intervenção junto das famílias e para o desenvolvimento de estratégias que promovem a percepção parental dos cuidados ao recém-nascido nos CSP.

A experiência prática adquirida nos estágios permitiu consolidar e refletir sobre as aprendizagens teóricas, valorizando o envolvimento direto com famílias e a implementação de estratégias de apoio à parentalidade. Este percurso evidenciou a importância do trabalho colaborativo, da continuidade das intervenções e do acompanhamento familiar, permitindo o desenvolvimento de competências orientadas para a promoção da adaptação, da saúde e da autonomia parental.

A capacitação dos pais constitui um investimento direto no bem-estar da criança. Pais informados, apoiados e confiantes tendem a oferecer cuidados de maior qualidade, estabelecer vínculos seguros e recorrer a suporte profissional adequado sempre que necessário — fatores que influenciam positivamente os resultados em saúde infantil e o equilíbrio familiar. Nesse contexto, o enfermeiro de saúde familiar assume-se como referência e pilar de proximidade, com responsabilidade central na promoção do apoio parental ao longo de todas as etapas do ciclo vital.

Assim, a vivência plena e saudável da parentalidade exige investimentos contínuos em políticas que promovam cuidados centrados na família, formação especializada de enfermeiros e a implementação de práticas baseadas em evidência científica. As reflexões e descobertas apresentadas neste trabalho contribuem para este objetivo, reafirmando o compromisso da enfermagem em fomentar saúde, autonomia, confiança e bem-estar nas famílias que iniciam a desafiante, mas gratificante, trajetória da parentalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). Author.
- Araújo, M. I. V., Duarte, A. C. M., Figueiredo, M. H. J. S., & Andrade, C. M. D. S. M. (2024). Transition to family parenting in the face of the first child: A scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(5), e20230487. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0487>
- Barros, L., Dias, P., & Fonseca, A. (2015). Promover o desenvolvimento infantil na primeira infância: intervenções, práticas e resultados. In A. Fonseca (Ed.), *Promover o desenvolvimento infantil na primeira infância* (pp. 65–84). Universidade Católica Editora. <https://repositorio.ucp.pt/>
- Barros, L., Silva, I., & Sequeira, C. (2015). Competências parentais: Modelagem e aprendizagem pela prática no contexto hospitalar. *Revista de Enfermagem da Criança e Família*, 4(1), 55–62.
- Barroso, R., & Machado, C. (2010). Parentalidade e desenvolvimento infantil. *Psychologica*, 52(1), 175–196. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-1_10
- Barroso, R., & Machado, C. (2014). Parentalidade e promoção do desenvolvimento. In R. Barroso & C. Machado (Orgs.), *Parentalidade e desenvolvimento humano* (pp. 31–54). Pactor.
- Belo, A. R. (2005). *Competências maternas: Estudo com mães primíparas no período pós-parto imediato* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa.
- Belo, A. R. (2006). *Competências maternas cuidativas no período neonatal: Fatores influenciadores* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa.
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). (2025, julho). USF Margens do Neiva – Indicadores de atividade e utentes inscritos. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/1/913/10001/1161271/Paginas/default.aspx>

- Bornstein, M. H. (2019). Responsividade parental e desenvolvimento do vínculo afetivo. In S. Brito (Ed.), *Estilos parentais e desenvolvimento socioemocional* (pp. 23–41). Edições Afrontamento.
- Brito, S., Marques, F., & Pereira, F. (2011). Perceção de competência parental e os desafios das práticas educativas. *Psicologia, Educação e Cultura*, 15(1), 23–35.
- Campana, N. T., Santos, C. L., & Gomes, I. C. (2019). Parentalidade: Um olhar sobre a produção científica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 24(3), 221–231. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20190023>
- Cardoso, A. (2011). Transição para a parentalidade. In SPLS Portugal (Ed.), *Atas do Congresso SP*.
- Carvalho, L., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P. C., & Franco, V. (2016). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: Um guia para profissionais*. Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- Carvalho, V., Silva, D. R., & Fernandes, T. (2018). O papel do enfermeiro de família na capacitação parental: Interpretação de pistas comportamentais e práticas alimentares responsivas [Tese de mestrado, Universidade de Évora]. <https://dspace.uevora.pt/>
- Catafesta, E. (2008). Competência: Um conceito em construção na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 117–121. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100018>
- CIPE. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2015*. Ordem dos Enfermeiros.
- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. (2024). *Boletim Estatístico 2024*. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2025/05/boletim-estatistico2024_FINAL.pdf
- Costa, C. S. P., Pinto, I. M., & Macedo, I. (2021). Práticas parentais de atividade física: um estudo comparativo e resultados de uma intervenção com o Triplo P Lifestyle em grupo para pais [Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto]. <https://sigarra.up.pt/>
- Cruz, M. E. (2013). Parentalidade, vinculação e suporte social em mães adolescentes [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia]. Repositório Universidade Lisboa.

- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. (2023). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 217, 2–15. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/102-2023-222285406>
- Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro. (2023). Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 149. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. (2008). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 39. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-484377>
- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. (2022). Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 150. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. (2018). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 157, 4147–4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. (2006). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 60. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Dennis, C.-L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD001134. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil-pdf.aspx>
- Dlamini, L. P., Hsu, Y. Y., Shongwe, M. C., Wang, S. T., & Gau, M. L. (2023). Maternal self-efficacy as a mediator in the relationship between postpartum depression and maternal role competence: A cross-sectional survey. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(4), 499–506. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13467>
- Duarte, J., Cardoso, M., Santos, A., Henriques, T., Jorge, M., & Alexandre, N. (2012). Vivências parentais nos cuidados ao recém-nascido. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 19–28.

- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (2nd ed.). F.A. Davis.
- Feinberg, M., Hotez, E., Roy, K., Ledford, C. J. W., Lewin, A. B., Perez-Brena, N., Childress, S., & Berge, J. M. (2022). Family health development: A theoretical framework. *Pediatrics*, 149(1), e2021053509I. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-053509I>
- Ferreira, A. S., Escudeiro, P., & Sesso, R. (2023). Desafios da parentalidade no ciclo de vida familiar. *Cognitio Juris*, 15(1), 1–21. <https://doi.org/10.31229/osf.io/3c2k5>
- Ferreira, C. P., Sousa, C. P. F., & outros autores. (2015). A percepção dos pais sobre práticas parentais e ajustamento infantil: diferenças segundo modelos familiares. *Análise Psicológica*, 33(4), 441–457. <https://doi.org/10.14417/ap.1102>
- Figueiredo, M. H. (Coord.). (2023). *Enfermagem de saúde familiar*. Lidel.
- Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(especial), 183–196. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (3ª ed.). Lusodidacta.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (s.d.). Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho. PORDATA. <https://www.pordata.pt/>
- Gameiro, S., Canavarro, M. C., Boivin, J., Moura-Ramos, M., Soares, I., & Almeida Santos, T. (2011). Parental investment in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive techniques. *Human Reproduction*, 26(5), 1128–1137. <https://doi.org/10.1093/humrep/der031>
- 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*. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. https://www.ipv.pt/ess/wp-content/uploads/sites/6/2022/05/Proposta-normas_trabalhos.-rev.-14-04-2022.pdf
- Guimarães, C., & Silva, M. (2016). Família e transições: Perspetiva para a enfermagem de saúde familiar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 141–150. <https://doi.org/10.12707/RIV16022>
- Iaconelli, V. (2019). *O lado B da parentalidade*. Companhia das Letras.

- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Censos 2021: Resultados por freguesia*. <https://www.ine.pt/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho (Ano)*. <https://dados.gov.pt/pt/datasets/idade-media-das-mulheres-ao-nascimento-do-primeiro-filho-ano-1/>
- International Council of Nurses. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® Versão 1.0*. Ordem dos Enfermeiros de Portugal.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (6th ed.). F.A. Davis Company.
- Kajaria-Montag, H., Freeman, M., & Scholtes, S. (2024). Continuity of care increases physician productivity in primary care. *Management Science*, 70(11), 7943–7960. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2023.0000>
- Kendall-Tackett, K. (2007). A new paradigm for depression in new mothers: The central role of inflammation and the protective effects of breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, 2(6). <https://doi.org/10.1186/1746-4358-2-6>
- Kendall-Tackett, K. (2007). *Depression in new mothers: Causes, consequences, and treatment alternatives*. Routledge.
- Kuersten-Hogan, R., & McHale, J. P. (2021). The transition to parenthood: A theoretical and empirical overview. In R. Kuersten-Hogan & J. P. McHale (Eds.), *The transition to parenthood* (pp. 1–34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108570404.002>
- Lalanda, M. (2012). [Estudo descritivo-correlacional sobre perceções parentais].
- Lopes, F. D. O. C. F. (2017). Competências e dificuldades dos pais no cuidar ao recém-nascido e o apoio recebido pelos enfermeiros [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Maternity nursing* (7th ed.). Mosby Elsevier.
- Macedo, J., & Moreira, P. (2025). Apoio social e níveis de competência parental: Um estudo de correlação. *Journal of Family Studies*, 23(4), 321–340.
- Machado, C. M. L., & Tavares, J. (2006). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lusociência.
- Marques, R., & Sá, E. (2004). Escala de auto-perceção materna das competências cuidativas neonatais (EAPMCCN) [Estudo inédito]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

- Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
- Martins, J. (2007). *Competências em enfermagem: Desenvolvimento conceptual e prática profissional* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto].
- Martins, M. F. (2010). A transição para a parentalidade: Dificuldades e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3(1), 45–52.
- Martins, S., Abreu, W., & Figueiredo, B. (2014). Parentalidade: Do papel da mãe e do pai à coparentalidade. In R. Barroso & C. Machado (Orgs.), *Parentalidade e desenvolvimento humano* (pp. 59–102). Pactor.
- Massi, A., Miani, A., Marciano, B., et al. (2021). Parenting stress and positive parenting practices during the COVID-19 pandemic. *Journal of Child and Family Studies*, 30(8), 2004–2016. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02068-0>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., & Chick, N. (1986). Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. In P. Benner, *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (pp. 1–12). Addison-Wesley.
- Meleis, A. I., & Schumacher, K. (2010). Transitions theory. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52–65). Springer.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00005>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. L. (2010). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52–64). Springer Publishing Company.

- Mendes, F. D. S., & Santos, M. A. (2004). Construção e validação de instrumentos para avaliação das competências parentais [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. RepositóriUM. <https://repositorium.uminho.pt/>
- Mendes, F., & Santos, M. (2009). Escala de Auto-Perceção Materna das Competências Cuidativas Neonatais (EAPMCCN). Escola Superior de Enfermagem.
- Mendes, F., Santos, F., & Costa, A. (2011). Desenvolvimento de competências maternas auto-percebidas no cuidar do recém-nascido: um estudo quantitativo [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
- Mendes, N., & Santos, C. (2015). Promoção de hábitos de sono saudáveis na criança: contributo do enfermeiro [Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Miranda, A. (2023). Auto-avaliação das competências maternas para cuidar do recém-nascido pretermo após a alta hospitalar [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <http://repositorio.esenfc.pt/>
- Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIMUF). (2025, outubro). Indicadores epidemiológicos da USF Margens do Neiva. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/913/10001/1161271/Paginas/default.aspx>
- Moon, R. Y., Carlin, R. F., & Hand, I. (2022). Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*, 150(1), e2022057990. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990>
- Oliveira, M., & Lopes, M. (2019). Competências e dificuldades dos pais no cuidar o recém-nascido e o apoio recebido pelos enfermeiros [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa]. <https://pesquisa.bvsalud.org/>
- ONU/UNICEF. (1990). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. UNICEF. <https://www.unicef.org/child-rights-convention>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 22, 2 de fevereiro.

- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Guia orientador da atuação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual PARENT: Guia para profissionais de saúde e promoção da parentalidade envolvida*. <https://parent.ces.uc.pt/>
- Pacheco, F. M., Sousa, F. M. P., & colaboradores. (2020). Avaliação do stress parental em unidades neonatais: validação das escalas EASPUN-VM e NUPS. *Revista Española de Salud Pública*, 94.
- Pereira, D., & Alarcão, M. (2014). Parentalidade minimamente adequada: contributos para a operacionalização do conceito. *Análise Psicológica*, 32(2), 195–206. <https://doi.org/10.14417/ap.721>
- Portugal. (1979). *Lei n.º 56/1979, de 15 de setembro. Cria o Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República, I Série, n.º 213. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>
- Portugal. (2019). *Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Lei de Bases da Saúde*. Diário da República, I Série, n.º 169. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2022). COSI Portugal – Iniciativa Europeia de Vigilância da Obesidade Infantil: 6ª ronda. <https://www.insa.min-saude.pt/>
- Portugal. Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2025). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP): Indicadores de desempenho das Unidades Funcionais*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Portugal. Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2025). *Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIMUF)*. Recuperado em 31 de

- outubro de 2025, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto*. Diário da República, n.º 157/2018, Série I, 4147–4182. <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Ramos, M. M., & Canavarro, M. C. (2007). Transições parentais e ajustamento psicológico: O nascimento do primeiro filho. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 227–238.
- Regadas, C., & Marques, J. (2012). *Enfermagem de saúde familiar: A capacitação da família na transição de papéis parentais*. Atena Editora. <https://atenaeditora.com.br/catalogo/download-post/81960>
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. (2018). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2002). *A teia das relações familiares: Contribuições para a terapia familiar sistémica*. Edições Almedina.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. Quarteto Editora.
- Relvas, A. P. (2015). Programa de educação parental “Em Equilíbrio”: Estudo crítico-reflexivo. *Psychologica*, 59(1), 55–75. https://doi.org/10.14195/1647-8606_59_1_4
- Ribeiro, J. P., Martins, M. M., Tronchin, D. M., et al. (2018). Teorias de enfermagem na prática assistencial: Reflexão sobre a sua aplicabilidade na atualidade. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 139–146. <https://doi.org/10.12707/RIV17065>
- Rodrigues, A. S. (2010). Competências maternas no cuidar do recém-nascido: Estudo em primíparas [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa].
- Rodrigues, C. S. R. (2010). Autoavaliação das competências maternas para cuidar do recém-nascido de risco após a alta hospitalar [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <http://web.esenfc.pt/>
- Santos, M. J., & Mendes, F. (2004). Adaptação da Escala de Auto-Perceção Materna das Competências Cuidativas Neonatais para recém-nascidos de termo [Relatório técnico]. Universidade de Lisboa.

- Serrano, I., Ferreira, S., & Antunes, L. (2017). Estratégias de promoção da autoeficácia parental: treino e apoio em cuidados técnicos ao recém-nascido. *Acta Portuguesa de Enfermagem*, 10(3), 45–54.
- Serrano, P. M. (2008). Competência: Construção de um conceito em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, Série II* (7), 45–54.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2024). Dados extraídos do Sistema SCLínico – USF Margens do Neiva. <http://www.spms.min-saude.pt/>
- Silva, A., Costa, M., & Pereira, R. (2018). *Ética e deontologia em enfermagem: Princípios e práticas nos cuidados de saúde*. Lusodidacta.
- Silva, J., Santos, R., & Almeida, L. (2021). Dificuldades na amamentação: principais fatores associados ao abandono precoce. *Psicologia em Revista*, 27(2), 113–128.
- Soares, M. J. O., & Sadigursky, D. (2009). Competência profissional em enfermagem: Reflexões e conceitos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), 150–155. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100020>
- Sousa, L. (2012). Transição para a parentalidade: Da experiência pessoal à intervenção. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 3(2), 73–84.
- Stremmler, R., Hodnett, E., Kenton, L., Lee, K., Weiss, S., Weston, J., & Willan, A. (2013). Effect of behavioural-educational intervention on sleep for primiparous women and their infants in early postpartum: A multisite randomized controlled trial. *BMJ*, 346, f1164. <https://doi.org/10.1136/bmj.f1164>
- Tognasso, G., Gorla, L., Ambrosini, C., Figurella, F., De Carli, P., Parolin, L., Sarracino, D., & Santona, A. (2022). Parenting stress, maternal self-efficacy and confidence in caretaking in a sample of mothers with newborns (0–1 month). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9651. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159651>
- União Europeia. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016. Relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados*. Jornal Oficial da União Europeia, L 119, 1–88.
- United Nations. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. Treaty Series, 1577, 3. <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- USF Margens do Neiva. (2023). *Manual de acolhimento para profissionais de saúde e alunos de medicina e de enfermagem*. Unidade Local de Saúde do Alto Minho

- (ULSAM).
<https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/1/913/10001/1161271/Paginas/default.aspx>
- USF Margens do Neiva. (2023). *Manual de acolhimento para profissionais de saúde e alunos de medicina e de enfermagem*. Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM).
<https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/1/913/10001/1161271/Paginas/default.aspx>
- USF Margens do Neiva. (2025). Missão, equipa e recursos humanos. Recuperado em 31 de outubro, 2025, de <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/1/913/10001/1161271/Paginas/default.aspx>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3.^a ed.). Edições Sílabo.
- Wall, K. (2010). *Os tempos das famílias: Mudanças e desigualdades no quotidiano*. Instituto de Ciências Sociais.
- World Health Organization. (2020). *Strengthening care for children in the community: Report of a technical consultation, Geneva, Switzerland, 7–9 October 2019*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240005661>
- World Health Organization. (2023). *Infant and young child feeding*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2018). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (8th ed.). F.A. Davis Company.

ANEXO I - QUESTIONÁRIO SOBRE A PERCEÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E
DIFICULDADES DOS PAIS NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO:
CONTRIBUTOS PARA O ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR

PERCEÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E DIFICULDADES DOS PAIS NOS CUIDADOS AO RECÊM-NASCIDO: CONTRIBUTOS PARA O ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR

Caro(a) Senhor(a):

Nas afirmações onde existir uma quadricula (☐) , deve assinalar com uma cruz (X) a opção que corresponde à sua situação ou do seu filho (a) mais novo (a). Nas questões onde se encontrar um espaço em branco (____), deve responder claramente, e de forma legível, ao que é pedido.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos o favor de não deixar nenhuma questão por responder.

Parte I – Caracterização do recém-nascido e do participante (pai e/ou mãe)

Caracterização do bebé

1. Sexo do bebé:

Masculino ☐

Feminino ☐

2. Idade do bebé: _____ (em dias)

3. Como é amamentado o seu bebé:

Aleitamento Materno (leite materno) ☐

Aleitamento Misto (leite materno e leite formula) ☐

Aleitamento Artificial (leite de fórmula) ☐

Caracterização do participante

4. Idade: _____ anos

5. Grau de parentesco com o bebé:

Pai ☐

Mãe ☐

Outro ☐

6. Número de filhos: _____

7. Zona de Residência:

Rural ☐

Urbana ☐

8. Habilitações literárias:

1.º Ciclo do ensino básico ☐

2.º Ciclo do ensino básico ☐

3.º Ciclo do ensino básico ☐

Ensino secundário ☐

Curso técnico-profissional ☐

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

Outra ☐ Qual _____

9. Situação profissional:

Empegado a tempo integral ☐

Empregado a tempo parcial ☐

Desempregado ☐

Em formação ☐

Outra ☐ Qual _____

10. Coabitação

Companheira/cônjuge ☐

Companheira/cônjuge e filho(s) ☐

Companheira/cônjuge, filho(s) e pai/mãe ☐

Outros ☐ Quem _____

Parte II - Escala de auto-Percepção materna das competências cuidativas neonatais (EAPMCCN) de Mendes e Santos, 2009

Por favor, responda aos itens seguintes sobre os cuidados que presta ao seu bebê. Em cada item identifique com um (X), a resposta que mais se aplica à sua situação:

Eu sou capaz de:	Sempre	Quase sempre	Muitas vezes	Raras vezes	Nunca
Definir o horário de dar de mamar					
Diferenciar o vômito do bolar					
Perceber quando o bebê está irritado					
Realizar a higiene do bebê aquando da muda das fraldas					
Identificar os diferentes tipos de sono					
Selecionar a roupa necessária de acordo com as condições do tempo					
Fazer o que é preciso para desentupir o nariz					
Dar conta quando está engasgado					
Dar conta das alterações da pele					
Identificar os sinais de fome					
Transportar o bebê de forma segura					
Identificar as características da urina					
Dar conta se está bem alimentado					
Dar o banho					
Perceber quando está com cólicas					
Perceber quando quer dormir					
Vestir e despir o bebê					
Identificar quando quer atenção e conversa					
Fazer massagem abdominal quando está com cólicas					
Realizar os cuidados ao coto umbilical					
Perceber quando é preciso mudar as fraldas					
Fazer o que é preciso no caso de se engasgar					
Colocar a mamar					
Acalmar quando está irritado					
Pôr a arrotar					

Manter a pele do bebê cuidada					
Identificar quando o bebê está cansado de me dar atenção					
Selecionar a temperatura da água do banho					
Aliviar as cólicas					
Pegar no bebê durante o banho					
Reconhecer quando o bebê não está bem					
Identificar as características das fezes					
Verificar se o bebê está a mamar sem engolir ar					
Colocar o bebê a dormir na posição correta					

Parte III - Dificuldades sentidas pelos pais, nos cuidados ao recém-nascido

Por favor, responda aos itens seguintes sobre as dificuldades que sentiu ao cuidar do seu bebê.
Indique todas as respostas colocando um (X). Pode selecionar mais do que uma afirmação.

1. Indique quais as dificuldades que sentiu ao cuidar do seu bebê:

No aleitamento materno:

- quando dar de mamar ao bebê ☐
os cuidados a ter com os mamilos ☐

No aleitamento artificial:

- na preparação do biberão ☐
quando dar o biberão ☐

Na Eliminação vesical:

- em identificar as características da urina ☐
se o meu bebê urina o suficiente ☐

Na Eliminação intestinal:

- em identificar as características das fezes ☐
quanto tempo pode estar sem evacuar ☐

Nos Cuidados de higiene e conforto:

- quando devo mudar a fralda ☐
quando precisa o bebê de tomar banho ☐
qual a quantidade de roupa necessária para o bebê ☐
identificar se a pele do bebê está bem cuidada ☐
nos cuidados ao coto umbilical ☐
em aliviar as cólicas ☐
o que fazer quando o bebê se engasga ☐
pôr o bebê a arrotar ☐
perceber se o bebê está bem ☐
desentupir o nariz ☐

Sono e repouso:

quanto tempo deve dormir o bebê ☐

qual a posição correta para o bebê dormir ☐

Afeto e estimulação:

perceber se o bebê está irritado ☐

identificar quando o bebê precisa de atenção ☐

Segurança e prevenção de acidentes:

como transportar o bebê ☐

1.1. Especifique outros cuidados ao seu recém-nascido nos quais tenha dificuldades e não teve a possibilidade de assinalar neste questionário:

Obrigada pela sua colaboração!

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 5/2025 -CES	Pág. 1 de 3
--	---	-------------

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 4 de 03/02/2025 Assunto: Trabalho de Investigação subordinado ao tema: “Perceção das competências e dificuldades dos pais nos cuidados ao recém-nascido: contributos para o enfermeiro de saúde familiar.”	Solicitado pelo Conselho de Administração Em nome do(s) investigador(es): Sónia Alexandra Martins Pereira, aluna do II 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, 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.
---	---

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

A autora refere que *“para além das evidências expressas na fase de fundamentação, durante o estágio de Enfermagem de Saúde Familiar, observei a existência de dificuldades dos pais ao cuidarem do recém-nascido. Face a esta realidade, e sendo uma necessidade identificada em equipa, optou-se por desenvolver um estudo que pretende dar resposta à seguinte questão de investigação: Qual a perceção dos pais sobre as suas competências e dificuldades para cuidar do recém-nascido?”*

Objetivo geral: Caracterizar as competências e dificuldades percecionadas pelos pais ao cuidar do recém nascido.

Objetivos específicos:

Identificar as competências percecionadas pelos pais nos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente nos domínios: aleitamento materno, aleitamento artificial, eliminação vesical, eliminação intestinal, cuidados de higiene e conforto, sono e repouso, afeto e estimulação e segurança e prevenção de acidentes;

Metodologia do estudo: Trata-se de um estudo observacional descritivo e transversal porque o investigador não vai intervir na investigação, tendo o propósito de descrever um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população e pretende recolher informação relativa à frequência de determinada situação no momento do inquérito (Fortin, 2009).

População e amostra: De acordo com os objetivos delineados, a população deste estudo é constituída por pais (mães e pais) de recém-nascidos de termo (≥ 37 semanas de gestação) que frequentem as consultas de saúde infantil na USF Margens do Neiva, no período de 1 de fevereiro de 2025 a 31 de março de 2025. Uma vez que se prevê utilização de uma técnica amostral não probabilística, utilizando-se uma amostra de conveniência, a amostra poderá ser coincidente com a população, desde que os pais acima referidos aceitem participar no estudo e cumpram os seguintes critérios de inclusão: pais e mães, no exercício parental, de um recém-nascido de termo, que frequente as consultas de saúde infantil, na USF Margens do Neiva, onde está a decorrer o estágio. Como critério de exclusão definiram-se: pai e mãe de nacionalidade não portuguesa, não compreensão da língua portuguesa; e pais que não preencham integralmente o questionário. Pretende realizar-se este estudo na USF Margens do Neiva, da ULS do Alto Minho.

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 5/2025 -CES	Pág. 2 de 3
--	---	-------------

Instrumento de recolha de dados: pretende-se utilizar um instrumento (questionário de autopreenchimento) constituído por três partes, Parte I- Questões de caracterização socio demográfica; Parte II- Constituída pela Escala de auto- Perceção Materna das Competências Cuidativas Neonatais (EAPMCC; Parte III- Constituída por questões fechadas referentes às dificuldades sentidas pelos pais, nos cuidados ao recém nascido.

A investigadora refere que será garantida a anonimização dos dados.

Os participantes, antes de responderem aos questionários, serão informados pela investigadora principal acerca dos objetivos e da finalidade do estudo e do caráter voluntário da sua participação podendo aceitar ou não participar na investigação e caso pretendam desistir a qualquer momento são livres de o fazer, assinando o Consentimento Informado.

2. 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. Por isso, os principais processos familiares são mediadores da adaptação de todos os membros individualmente, bem como das suas relações e de todo o sistema familiar (Feinberg et al., 2022). Como um sistema, uma família pode resistir e recuperar de desafios stressantes, emergindo deles mais forte e com mais recursos.

A transição para a parentalidade é um importante período de desenvolvimento 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 autoeficácia percebida (Gameiro et al., 2011).

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) realça 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. Consequentemente, os enfermeiros de saúde familiar devem adotar uma abordagem que tenha em conta o processo de transição para a parentalidade, sublinhando esta transição como um processo evolutivo no âmbito das funções dos pais (mãe/pai), dando especial relevo às competências e às dificuldades que os pais possam sentir para cuidar do recém-nascido (Caetano et al., 2017; Coyne et al., 2018; Kuersten-Hogan & McHale, 2021) Neste contexto, torna-se essencial identificar quais as competências e dificuldades dos pais nos cuidados ao recém-nascido, de modo que o enfermeiro de saúde familiar consiga elaborar e gerir estratégias eficazes para dar apoio e desenvolver as competências parentais adequadas.

3. Conclusão/parecer

O pedido de estudo apresentado cumpre os requisitos exigidos pela CES da ULSAM, no Mod. Q755, reiteramos, ainda, a obrigatoriedade de entrega do trabalho final e esta Comissão, conforme consta no compromisso dos investigadores plasmados no mesmo documento.

O tempo de autorização para a colheita de dados é da data desta autorização até ao dia 31 de maio de 2025. Foram considerados os pareceres do Centro de Investigação e Desenvolvimento e do Encarregado de Proteção de Dados da ULSAM. Vimos propor a emissão de um parecer favorável.

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 5/2025 -CES	Pág. 3 de 3
--	---	-------------

Nota: Referências bibliográficas:

Foram apresentadas 25 referências bibliográficas no protocolo do estudo.

Relator(es)	Rosa Olívia Mimoso
Ratificado em reunião do dia	20-03-2025
Enviado parecer: ____ / ____ / ____	

20/03/2025

O Presidente da CES _____

DR. CARLOS RIBEIRO
Presidente da CES

Estudo de investigação "Perceção das competências e dificuldades dos pais nos cuidados ao recém-nascido: contributo para o enfermeiro de saúde familiar"

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

Data seg, 31/03/2025 16:00

Para Sónia Alexandra Pereira <sonia.alexandra.pereira@ulsam.min-saude.pt>

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

Exma. Senhora

Enf.ª Sónia Alexandra Martins Pereira

Encarrega-me o Presidente do Conselho de Administração, Dr. José Manuel Cardoso, de informar que o Conselho de Administração, em reunião de 27 de março de 2025, autorizou a realização do estudo de investigação "Perceção das competências e dificuldades dos pais nos cuidados ao recém-nascido: contributo para o enfermeiro de saúde familiar".

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.



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 “INTERVENÇÕES
DOS ENFERMEIROS DE SAÚDE FAMILIAR NA TRANSIÇÃO PARA A
PARENTALIDADE: SCOPING REVIEW”



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^{1,2}; Bebiãna 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
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
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:

Sónia Alexandra Martins Pereira

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
Quinta

29
Sexta

NOV. 2024

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

ANEXO VIII - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO INTERNATIONAL
CONGRESS FAMILY HEALTH (ICFH'25)

CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que

Sónia Alexandra Martins Pereira

participou no International Congresso 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



Presidente da Comissão Científica

ANEXO IX - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO VII ENCONTRO
INTERNACIONAL DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM –GUARDIÕES DE
HIGIEIA: LEGADO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA



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

CERTIFICADO

Declaro que **Sónia Alexandra Martins Pereira** 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
Num. de Identificação: 10462618
Data: 2025.03.29 17:57:25+0000



Rui Manuel Pinto Costa



ANEXO X - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO VI CONGRESSO
INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR



Certificado

Certifica-se que

SÓNIA ALEXANDRA MARTINS PEREIRA

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
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.
4460-203 Matosinhos

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO XI - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WHORKSHOP – “FAMÍLIAS
NO FINAL DO CICLO VITAL”



Certificado

Certifica-se que

SÓNIA ALEXANDRA MARTINS PEREIRA

Esteve presente no Workshop
Famílias no final do ciclo vital
que decorreu no dia 29 de Maio de 2025 na Escola Superior
de Saúde de Santa Maria, Porto.

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

Maria Henriqueta Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

ANEXO XII - CONGRESSO LUSO-GALAICO DE CUIDADOS PALIATIVOS



ULTRAPASSAR FRONTEIRAS
APROXIMAR SABERES

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Sónia Alexandra Martins Pereira

Participou no **Congresso Luso-Galaico de Cuidados Paliativos**,
que decorreu nos dias 3, 4 e 5 de abril de 2025
no Centro Pastoral Paulo VI - Viana do Castelo.

Viana do Castelo, 05 de abril de 2025

SUSANA MENDES



PRESIDENTE DA COMISSÃO ORGANIZADORA
PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS DO ALTO MINHO

APÊNDICES

APÊNDICE I – DESCRIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM
ESTUDO

Descrição e operacionalização das variáveis em estudo

<i>Variável</i>	<i>Classificação</i>	<i>Atributo</i>	<i>Codificação</i>
<i>Sexo bebé</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Masculino</i>	<i>1</i>
	<i>Nominal</i>	<i>Feminino</i>	<i>2</i>
	<i>Dicotómica</i>		
<i>Idade bebé</i>	<i>Quantitativa</i> <i>Razão</i>	<i>Idade em meses</i>	<i>n.º</i>
<i>Amamentação</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Aleitamento Materno (leite materno)</i>	<i>1</i>
	<i>Nominal</i>	<i>Aleitamento Misto (leite materno e leite formula)</i>	<i>2</i>
		<i>Aleitamento Artificial (leite de fórmula)</i>	<i>3</i>
<i>Idade Participante</i>	<i>Quantitativa</i> <i>Razão</i>	<i>Idade em anos</i>	<i>n.º</i>
<i>Grau Parentesco</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Pai</i>	<i>1</i>
	<i>Nominal</i>	<i>Mãe</i>	<i>2</i>
		<i>Outro</i>	<i>3</i>
<i>Número de Filhos</i>	<i>Quantitativa</i> <i>Razão</i>	<i>Número de filhos</i>	<i>n.º</i>
<i>Zona de Residência</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Rural</i>	<i>1</i>
	<i>Nominal</i>	<i>Urbana</i>	<i>2</i>
<i>Habilitações Literárias</i>		<i>1.º Ciclo do ensino básico</i>	<i>1</i>
	<i>Qualitativa</i>	<i>2º Ciclo do ensino básico</i>	<i>2</i>
	<i>Ordinal</i>	<i>3º Ciclo do ensino básico</i>	<i>3</i>
		<i>Ensino secundário</i>	<i>4</i>
		<i>Curso técnico-profissional</i>	<i>5</i>
		<i>Licenciatura</i>	<i>6</i>
		<i>Mestrado</i>	<i>7</i>
		<i>Doutoramento</i>	<i>8</i>
		<i>Outro</i>	<i>9</i>
<i>Outra habilitação</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Tipo de habilitação</i>	<i>Designação</i>
	<i>Nominal</i>		
<i>Situação Profissional</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Empregado a tempo integral</i>	<i>1</i>
	<i>Nominal</i>	<i>Empregado a tempo parcial</i>	<i>2</i>
		<i>Desempregado</i>	<i>3</i>

		Em formação	4
		Outra	5
Outra situação profissional	Qualitativa Nominal	Situação profissional	Designação
Coabitação	Qualitativa Nominal	Companheira/cônjuge	1
		Companheira/cônjuge e filho(s)	2
		Companheira/cônjuge, filho(s) e pai/mãe	3
		Outros	4
Outros elementos de coabitação	Qualitativa Nominal	Elementos coabitação	Designação
Escala de Auto-Percepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais (33 itens)	Qualitativa Ordinal	Sempre	1
		Quase sempre	2
		Muitas vezes	3
		Raras vezes	4
		Nunca	5
Dificuldades			
Quando dar de mamar	Qualitativa	Sim	1
	Nominal	Não	2
Cuidados com mamilos	Qualitativa	Sim	1
	Nominal	Não	2
Preparação Biberão	Qualitativa	Sim	1
	Nominal	Não	2
Quando dar o biberão	Qualitativa	Sim	1
	Nominal	Não	2
Identificar caraterísticas urina	Qualitativa	Sim	1
	Nominal	Não	2
Identificar quantidade suficiente urina	Qualitativa	Sim	1
	Nominal	Não	2
Identificar caraterísticas fezes	Qualitativa	Sim	1
	Nominal	Não	2
Frequência defecação	Qualitativa	Sim	1
	Nominal	Não	2
Frequência muda fralda	Qualitativa	Sim	1
	Nominal	Não	2

<i>Frequência tomar</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Sim</i>	<i>1</i>
<i>banho</i>	<i>Nominal</i>	<i>Não</i>	<i>2</i>
<i>Quantidade roupa a</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Sim</i>	<i>1</i>
<i>vestir</i>	<i>Nominal</i>	<i>Não</i>	<i>2</i>
<i>Identificar pele</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Sim</i>	<i>1</i>
<i>cuidada</i>	<i>Nominal</i>	<i>Não</i>	<i>2</i>
<i>Coto umbilical</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Sim</i>	<i>1</i>
	<i>Nominal</i>	<i>Não</i>	<i>2</i>
<i>Aliviar cólicas</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Sim</i>	<i>1</i>
	<i>Nominal</i>	<i>Não</i>	<i>2</i>
<i>Atuar face a</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Sim</i>	<i>1</i>
<i>engasgamento</i>	<i>Nominal</i>	<i>Não</i>	<i>2</i>
<i>Posição para</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Sim</i>	<i>1</i>
<i>eructação</i>	<i>Nominal</i>	<i>Não</i>	<i>2</i>
<i>Identificar bem-</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Sim</i>	<i>1</i>
<i>estar</i>	<i>Nominal</i>	<i>Não</i>	<i>2</i>
<i>Lavar fossa nasais</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Sim</i>	<i>1</i>
	<i>Nominal</i>	<i>Não</i>	<i>2</i>
<i>Tempo sono</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Sim</i>	<i>1</i>
	<i>Nominal</i>	<i>Não</i>	<i>2</i>
<i>Posição no sono</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Sim</i>	<i>1</i>
	<i>Nominal</i>	<i>Não</i>	<i>2</i>
<i>Identificar irritação</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Sim</i>	<i>1</i>
	<i>Nominal</i>	<i>Não</i>	<i>2</i>
<i>Identificar</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Sim</i>	<i>1</i>
<i>necessidade de</i>	<i>Nominal</i>	<i>Não</i>	<i>2</i>
<i>atenção</i>			
<i>Transportar</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Sim</i>	<i>1</i>
	<i>Nominal</i>	<i>Não</i>	<i>2</i>
<i>Outra</i>	<i>Qualitativa</i>	<i>Dificuldade</i>	<i>Designação</i>
	<i>Nominal</i>		

APÊNDICE II - AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À
COORDENADORA DA USF MARGENS DO NEIVA

Exma. Sra. Dra. Natalina Sá

Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva

Assunto: Pedido de autorização para efetivação do Projeto de Investigação de Mestrado Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar, na Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva.

Eu, Sónia Alexandra Martins Pereira, a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pretendo realizar um estudo de investigação subordinado ao tema: "Perceção das competências e dificuldades dos pais nos cuidados ao recém-nascido: contributos para o enfermeiro de saúde familiar", sob a orientação da Professora Maria Cândida Cracel Viana. Este estudo tem como objetivo: Caracterizar a autoperceção dos pais sobre as suas competências e dificuldades no cuidar recém-nascido.

Para a colheita, prevê-se a utilização de um questionário constituído por três partes. A parte um contém um questionário de dados sociodemográficos, a segunda parte procura caracterizar as competências cuidativas neonatais e a terceira e última parte, engloba questões referentes às dificuldades sentidas pelos pais nos cuidados ao recém-nascido. A aplicar ao pai/mãe de recém-nascidos até aos 28 dias de idade, que frequentem a consulta de saúde infantil no período de 1 de novembro de 2024 e 1 de janeiro de 2025, na Unidade de Saúde Familiar Margens do Neiva.

Assegura-se que só serão incluídos pais 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.

Atenciosamente

A investigadora Principal



Sónia Alexandra Martins Pereira.

sonia.alexandra.pereira@iulsam.min-saude.pt

963498283

A Coordenadora



Dr.ª Natalina Sá.

Barrocelas, 14 de outubro de 2024

APÊNDICE III - AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DA “ESCALA DE
AUTO-PERCEÇÃO MATERNA DAS COMPETÊNCIAS CUIDATIVAS
NEONATAIS”

De: Sónia Alexandra Pereira <sonia.alexandra.pereira@ulsam.min-saude.pt>
Enviado: 3 de outubro de 2024 18:04
Para: MARIA VIANA <candidaviana@ess.ipvc.pt>
Assunto: FW: Serviço de mensagens do Website ESEnC - Pedido de autorização para uso de escala

De: Isabel Mendes <isabelmendes@esenfc.pt>
Enviado: 2 de outubro de 2024 11:57
Para: Sónia Alexandra Pereira <sonia.alexandra.pereira@ulsam.min-saude.pt>
Cc: isabelmendes@esenfc.pt <isabelmendes@esenfc.pt>
Assunto: FW: Serviço de mensagens do Website ESEnC - Pedido de autorização para uso de escala

Bom Dia Estimada Sónia Alexandra Pereira

Espero que este mail ainda vá a tempo.

Desde já felicito-a assim como as suas professora orientadora Maria Cândida Cracel Viana, pela temática que abraçou no seu projeto de dissertação pois também tem sido a minha área de estudo

Sou a enviar a escala e três dissertações de três enfermeiras da área de saúde materna e obstétrica que utilizaram a escala, a sua forma de utilização, cotação está bem explicitada nos dois documentos, e ainda um artigo publicado na revista NURSING com as estudantes que na altura fizeram o trabalho de investigação do curso de pós-licenciatura em ESMO.

Posteriormente gostaria de saber dos resultados do seu estudo,

Votos de sucesso académico,

Com os melhores cumprimentos,

Isabel Margarida Mendes

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 foi feita, queira por favor assinar o consentimento.

TÍTULO DO ESTUDO: PERCEÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E DIFICULDADES DOS PAIS NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO: CONTRIBUTOS PARA O ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR

Enquadramento: O estudo de investigação supracitado será desenvolvido por Sónia Alexandra Martins Pereira, inscrita com o número 55025 na Ordem dos Enfermeiros, enfermeira a exercer funções na Unidade Local Saúde (ULS) Alto Minho, na Unidade de Saúde Familiar (USF) Foz do Lima 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, 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 é um questionário, que integra três partes. Parte I - Contém um questionário de caracterização sociodemográfica do pai e/ou mãe. Parte II - Constituída pela Escala de auto - Perceção Materna das Competências Cuidativas Neonatais (EAPMCCN), de Mendes e Santos (2009), a qual foi autorizada pela mesma autora para a sua utilização. Parte III – Constituída por questões fechadas referentes às dificuldades sentidas pelos pais, nos cuidados ao recém-nascido. Com este estudo pretende-se caracterizar as competências e dificuldades percecionadas pelos pais nos cuidados ao recém-nascido, de modo que o enfermeiro de saúde familiar consiga elaborar e gerir estratégias eficazes para dar apoio e desenvolver as competências parentais adequadas.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outra e o seu preenchimento demora cerca de 15 minutos. 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 ULS Alto Minho.

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 garantido o anonimato dos dados, através da 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.

Agradeço antecipadamente a sua participação.

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida através de: 85183@ulsam.min-saude.pt

Data: _____/_____/_____

Investigadora Principal: Enfermeira e Mestranda Sónia Pereira.

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 - 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 atividades.
	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 atividades.
(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.	Elaboração do projeto de estágio.

	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.	Todas as atividades.
	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 atividades.
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 atividades.
	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 atividades.
(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 atividades.

	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 atividades.
--	--	--	-----------------------------

APÊNDICE VI - FLYER INFORMATIVO DA CONSULTA DE
PLANEAMENTO 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/biufs/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 VII - 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;
- ✓ Prevenir uma maternidade e paternidade precoces;
- ✓ 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 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 entre os 30 e 69 anos;
Realizado de 6 em 6 anos.

.....do cancro da mama

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

Valorize a consulta de Planeamento Familiar.

A prevenção é a melhor saúde!



5. APÊNDICE VIII - 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 Barrocelas!

Página 1 de 55

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 Bebé	11
1.6. O Choro.....	13
1.7. Sinais de Alerta do Bebé	14
1.8. Promover o Desenvolvimento	15
2. ALIMENTAÇÃO	16
2.1. Amamentação	16
2.2. Fases de Aleitamento Materno.....	17
2.3. Descida de 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 Mamilos Cretados	22

Página 2 de 55

2.3. Extração e Conservação do Leite Materno	22
2.3. Leite Artificial.....	25
2.10. Manobra de Desengasgamento.....	26
3. CUIDADOS AO BEBÊ.....	29
3.1. Banho	29
3.2. Mudar a fralda.....	33
3.3. Coto umbilical	34
3.4. Olhos e unhas	36
3.5. Cênicas	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://incrivei.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 aquando 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.medcal.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 características próprias, por isso é importante conhecer algumas alterações frequentes. A maioria das alterações cutâneas que ocorrem neste período é fisiológica e transitória,



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

Fonte: <https://www.facebook.com/share/IEJyzCAhmK/>

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/recom-nascido/>

Crusta 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 bebê



Figura 6- Crusta láctea

Fonte: <https://pumpkin.pt/bebes/recom-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 vernix. 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 ("perugem") – são pêlos que o bebé tem nas costas, membros inferiores e superiores, testa e orelhas. Trata-se de um mecanismo que protege a pele do bebé e controla a temperatura corporal. O bebé 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 bebés 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 bebé ficam obstruídos e impedem as glândulas de libertar o suor.

Vernix – creme branco que nasce com o bebé 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 bebé 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://pediatriaeparatodos.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
- **Nódulos negros** de aparecimento súbito e agravamento progressivo;
- **Palidez acentuada** e tom acinzentado.

1.3. 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/2015/02/5-maneiras-de-o-pai-c>

Página 15 de 55

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 aspectos 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.

Página 16 de 55

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.conexaomaternacanjucu.com.br/2024/05/02/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.

Página 17 de 55

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 arrotar, 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.alicare.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 (arrotar): o bebê nem sempre tem de arrotar. 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 1- 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 Desengargamento

Embora a situação de um bebé 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 bebé.

Sinais de engasgamento no bebé:

- **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 oxigénio;
- **Movimentos do corpo** – o bebé 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>

Página 27 de 55

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.

Página 28 de 55

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

Página 29 de 55

- ✓ 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/8bebes/Saude/noticia/2015/10/primeiro-banho-de-bebe.html>

Página 30 de 55

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.

Página 31 de 55

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.

Página 32 de 55

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.

Passe cada compressa/toalhita no bebé uma só vez, use tantos quantos forem precisos.

Seque a zona.

Aplique uma camada fina de creme barreira na zona do rabinho do bebé, se necessário (e o bebé 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 bebé). O coto do cordão umbilical deve ficar por fora da fralda.

Mude a fralda sempre que o bebé a tenha molhado e o mais rapidamente possível, sobretudo se o bebé 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 6º e o 15º 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://anapaulopediatra.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% 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. **Passe 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.leiriadeandrade.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>

Página 36 de 55

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://lililo.com.br/blog/post/aromaterapia-para-bebes>

Página 37 de 55

✓ Segure os tornozelos do bebê e dobre-lhe um joelho de cada vez sobre o abdômen, 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 abdômen, a mão direita desenha um semicírculo (das 12h às 6h) na mesma direção. Faça este movimento várias vezes.

3.6. Medidas de Conforto do Bebê

Até ao terceiro mês de vida do bebê 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 bebê. Por isso, existem algumas **formas de proporcionar conforto ao bebê**, como por exemplo:

✓ Contacto Pele a Pele

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

Página 38 de 55

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.aspacomamas.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.

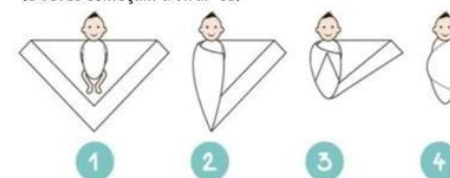


Figura 21 - Contenção (Swaddle)

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://tatasslings.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



Figura 23 - Teste do Pezinho
Fonte: <https://neurovagos.pt/2021/06/04/teste-do-pezinho/>

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	Nasc.	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	IMB 1	IMB 2	IMB 3									
Haemophilus influenzae b		IMH 1	IMH 2	IMH 3	IMH 4							
Difteria, Tétano, tosse convulsa	DTaP 1	DTaP 2	DTaP 3	DTaP 4	DTaP 5							
Poliomielite	IPV 1	IPV 2	IPV 3	IPV 4	IPV 5							
Streptococcus pneumoniae	PPV 1	PPV 2	PPV 3									
Neisseria meningitidis B	MenB 1	MenB 2	MenB 3									
Neisseria meningitidis C					MenC							
Sarampo, paratifo epidémico, rubéola					SAPI 1	SAPI 2	SAPI 3					
Vírus Papiloma humano									HPV 12			
Tétano, difteria e tosse convulsa										Tdpa - 1 dose		
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 bebê permite antecipar possíveis situações de risco e evitar danos irreparáveis. Nesta fase da vida é elementar que o bebê esteja sempre sob a vigilância de um adulto

5.1. Segurança em Casa

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

- Durante o primeiro ano de vida, ou pelo menos até aos 6 meses, recomenda-se que os bebês durmam no quarto dos pais, junto da cama destes, mas sempre no seu próprio berço ou cama.
- Deite o bebê sempre de costas, também chamada de barriga para cima ou em decúbito dorsal. Esta é a posição que contribui para a segurança do bebê 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.hospitaldalu2.pt/pt/saude-e-bem-estar/dalite-bebe-em-seguranca>

- Coloque o bebê 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 bebê 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 bebê.
- Nunca deixe o bebê 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 bebê 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 bebê. 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**.

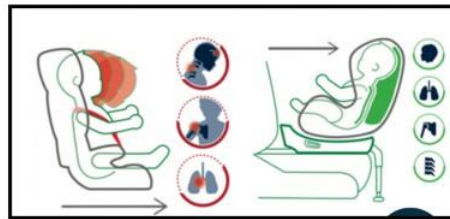


Figura 26 - Utilização adequada do sistema de retenção em crianças pequenas
Fonte: <https://ppp.pt/portfolio-items/sistemas-de-retencao-para-criancas/> (adaptado)

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 - Alcova	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/EVIDENCIA%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20%20001.2010%20DE%20SET.2010.pdf>
https://mefis.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;

Página 51 de 55

- 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).



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

Página 52 de 55

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



Figura 15 – Exemplo de uma etiqueta R129

Fonte: <https://ppp.pt/portfolio-items/sistemas-de-retencao-para-criancas/>

Página 53 de 55

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_parentalidedepositiva_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 ALVARÕES (PÓLO DA USF MARGENS DO NEIVA)**
Rua de Monsenhor António Gonçalves, nº 47
4905-200 Alvarões
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: Patrícia 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 IX - FORMAÇÃO EM SERVIÇO: “MODELO DINÂMICO DE
AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR




APLICAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

- Um Estudo de Caso -

(MDAIF)

Maria Henriqueta Figueiredo

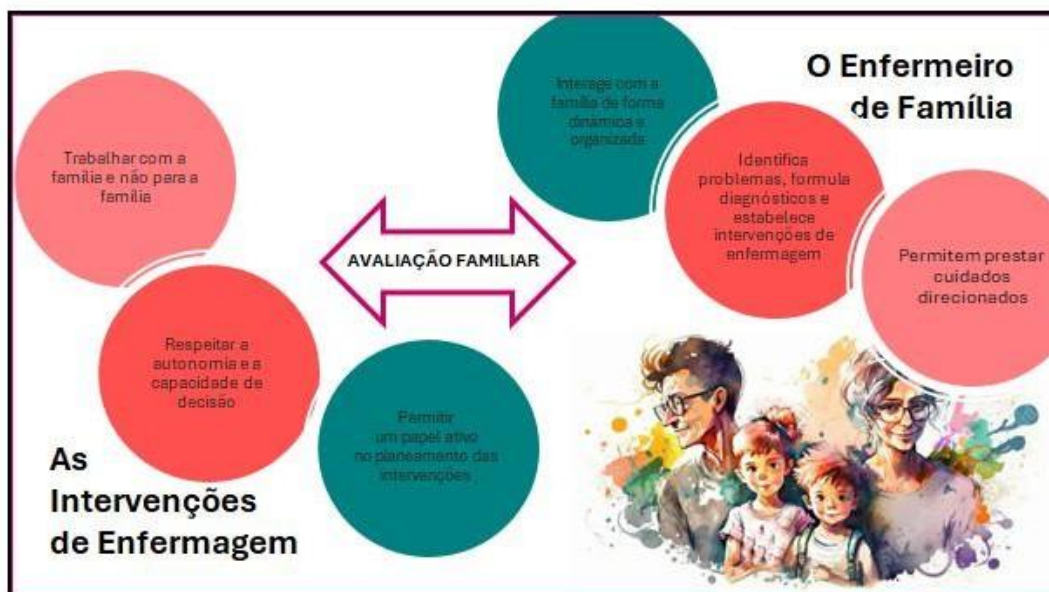
1



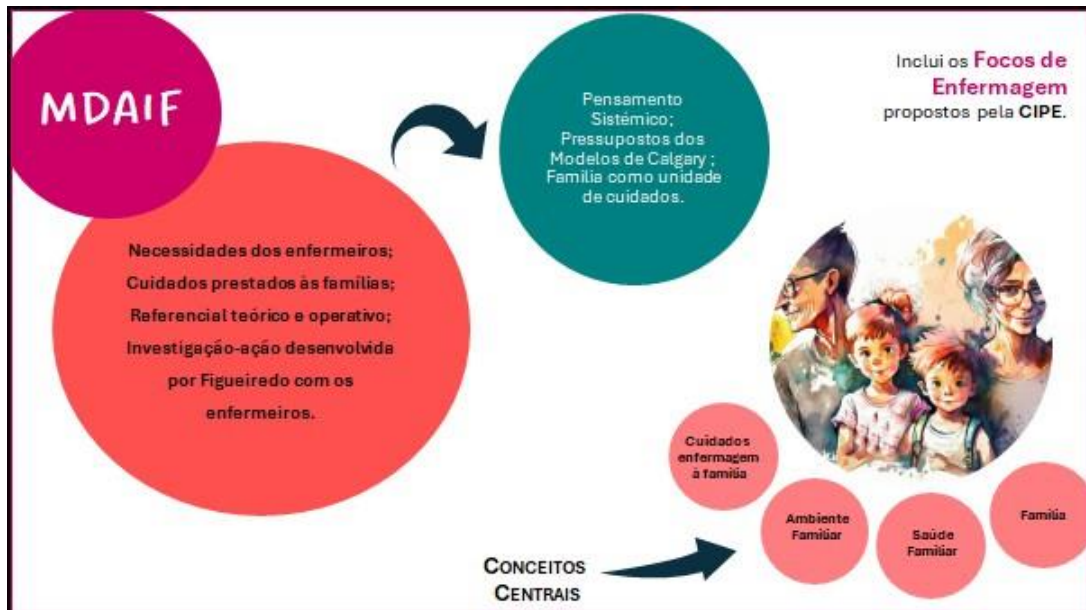
2



3



4



5



6

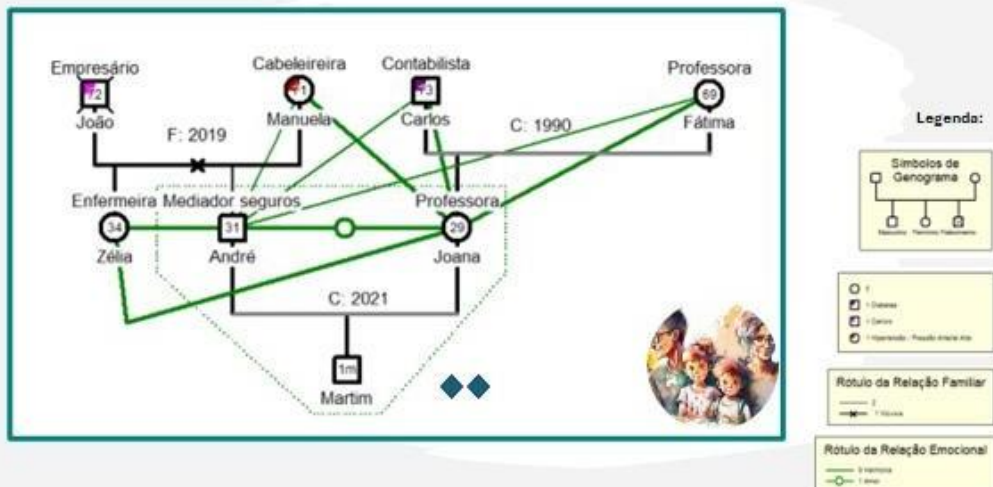


7



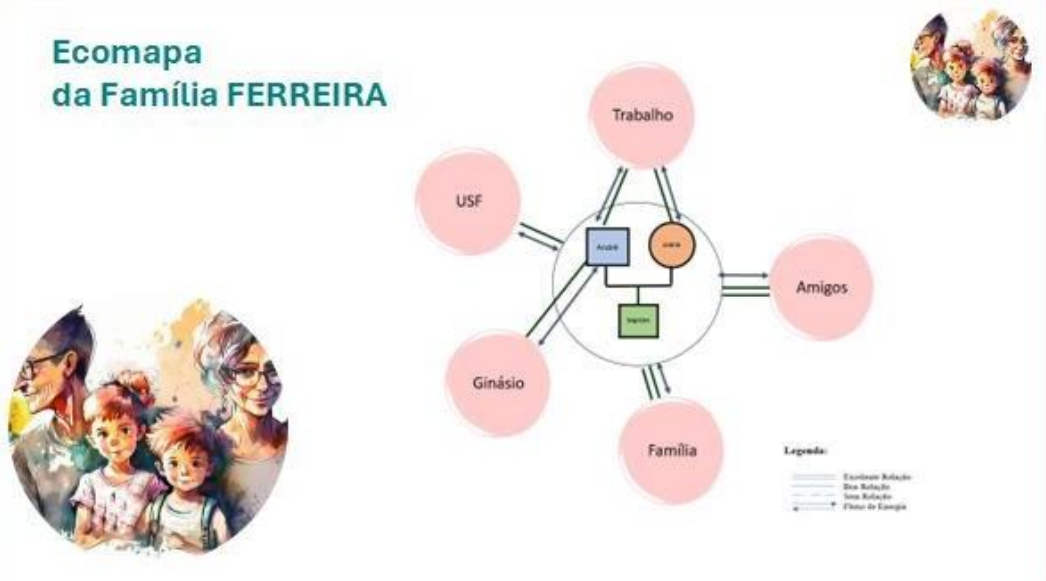
8

Genograma e Psicofigura de Mitchell da Família FERREIRA



9

Ecomapa da Família FERREIRA



10



11

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

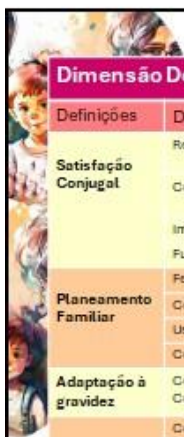
12



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

13



Dimensão Desenvolvimento		
Definições	Dimensões operativas	Resultados
Satisfação Conjugual	Relação dinâmica do casal	Satisfeitos
	Comunicação do casal	Satisfeitos
	Interação Sexual	Satisfeitos
	Função Sexual	Satisfeitos
Planeamento Familiar	Fertilidade	Casal com 1 filho, planeiam ter mais filhos
	Conhecimento vig. Pré-concepcional	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

14



Diagnósticos inerentes à Dimensão de Desenvolvimento

Foco	Juízo
Satisfação Conjugal	Mantida
Planeamento Familiar	Eficaz
Papel Parental	Não adequado

15

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 stress.
Família detém uma boa readaptação social com um score de 93, o que indica menor probabilidade de incidência de doenças.

16



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

17



Plano de cuidados



18

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.



19

DIAGNÓSTICO

Papel parental, não adequado

Foco	Juízo	
Papel parental	Não adequado	
Dimensões	Juízo	Intervenções de Enfermagem
Conhecimento dos pais (sobre desenvolvimento infantil)	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.
Conhecimento dos pais (sobre vacinação/vigilância de saúde infantil da criança)	Não demonstrado	- 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)

20

DIAGNÓSTICO		
Animal doméstica, negligenciado		
Foco	Juizo	
Animal doméstico	Negligenciado	
Dimensões	Juizo	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)		

21



22



Bibliografia

23

FAMÍLIA É...



... AQUELA QUE ESCOLHEMOS.

24

**APÊNDICE X - APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO À EQUIPA
MULTIPROFISSIONAL**



1



2



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	

3



APOIO À PARENTALIDADE – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Patrícia Cardoso



4

Q 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.



5





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?

6



🎯 Objetivos da Investigação

Geral:

- Caracterizar a percepção 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.

7

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.

8



Metodologia

Crêterios 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.

Crêterios de Exclusão:

- Os enfermeiros que não preencham integralmente o questionário.

9



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   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.

10

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 colocá-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.

11

✓ Cronograma de Investigação

Etapas	2024					2025								
	Mai	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

12



**PERCEÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E
DIFICULDADES DOS PAIS NOS CUIDADOS
AO RECÉM-NASCIDO:
CONTRIBUTOS PARA O ENFERMEIRO DE
SAÚDE FAMILIAR.**



Sónia Pereira

13



Título da Investigação

**PERCEÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E DIFICULDADES
DOS PAIS NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO:
CONTRIBUTOS PARA O ENFERMEIRO DE SAÚDE
FAMILIAR.**

Responsáveis pela Investigação:

- Sónia Pereira (Estudante de Mestrado)
- Enfermeira Mestre Elisabete Correia (Enfermeira Tutora)
- Professora Mestre Maria Cândida Cracol (Professora Orientadora)

Finalidade da Investigação:

- Identificar as competências e dificuldades dos pais nos cuidados ao recém-nascido, de modo a que o enfermeiro de saúde familiar consiga elaborar e gerir estratégias eficazes para dar apoio e desenvolver as competências parentais adequadas.



14

Questão de investigação



? Qual a percepção dos pais sobre as suas competências e dificuldades para cuidar do recém-nascido?

15

Objetivos da Investigação



Geral:

- Caracterizar as competências e dificuldades percebidas pelos pais ao cuidar do recém-nascido.

Específicos:

- Identificar as competências percebidas pelos pais nas cuidados ao recém-nascido: no aleitamento materno, no aleitamento artificial, na eliminação vesical, na eliminação intestinal, nas cuidados de higiene e conforto, no sono e repouso, no aleito, na estimulação e na segurança e prevenção de acidentes.
- Identificar as dificuldades percebidas pelos pais nas cuidados ao recém-nascido: no aleitamento materno, no aleitamento artificial, na eliminação vesical, na eliminação intestinal, nas cuidados de higiene e conforto, no sono e repouso, no aleito e estimulação e na segurança e prevenção de acidentes.

16



Tipo de Investigação

- Metodologia quantitativa, sendo um estudo do tipo observacional, descritivo e transversal.

Metodologia

População e Amostra:

- A população deste estudo é constituída por pais (mães e pais) de recém-nascidos de termo (≥ 37 semanas de gestação) que frequentem as consultas de saúde infantil na USF Margens do Neiva, no período de 1 de novembro de 2024 a 31 de janeiro de 2025. A amostra será coincidente com a população alvo, sendo uma amostra não aleatória, de conveniência.
- A amostra poderá ser coincidente com a população, utilizando-se uma técnica amostral não probabilística, por conveniência.



17

Metodologia




CrITÉrios de Inclusão:

Pais e mães, no exercício parental, de um recém-nascido de termo, que frequente as consultas de saúde infantil, na USF Margens do Neiva.

CrITÉrios de Exclusão:

Pai e mãe de nacionalidade não portuguesa que compreendam a língua e pais que não preencham integralmente o questionário.

18



Metodologia

Recolha de dados

Para a colheita de dados, pretende-se utilizar um instrumento constituído por três partes.

Parte I - Questionário de caracterização sociodemográfica do pai e mãe com 10 questões;

Parte II - Escala de auto - Perceção Materna das Competências Cuidativas Neonatais (EAPMCCN), de Mendes e Santos (2009);

Parte III - Questões fechadas referentes às dificuldades sentidas pelos pais, nos cuidados ao recém-nascido e uma questão aberta, na qual se solicita aos pais que especifiquem outros cuidados ao seu recém-nascido nos quais tenham dificuldades e não foram abordados.





19

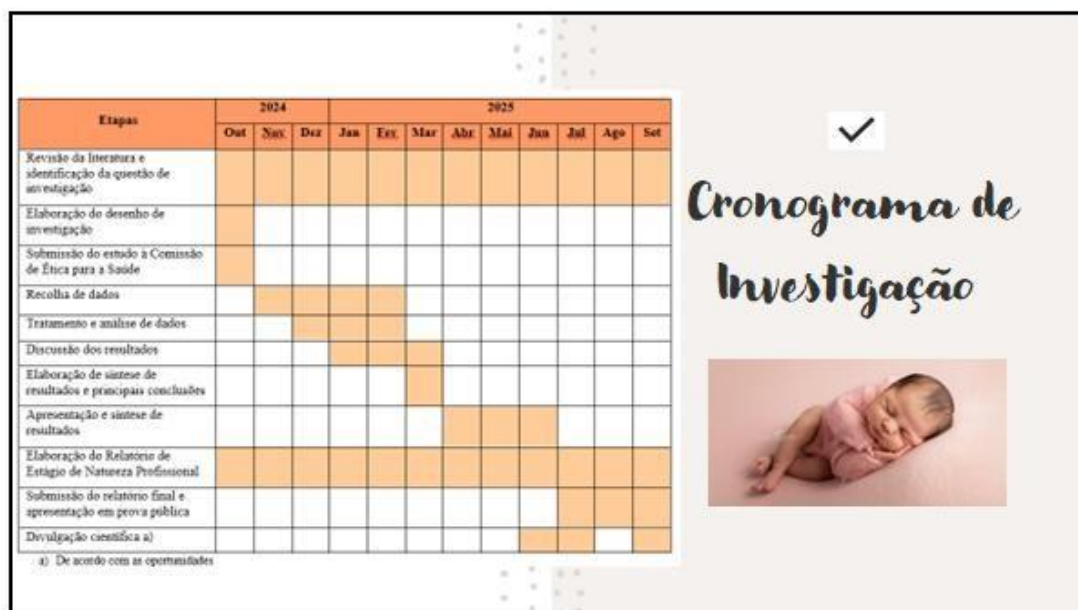
Metodologia



Protocolo de Investigação

- Colaboração dos enfermeiros da USF Margens do Neiva;
- No secretariado, estará uma caixa fechada com ranhura, para os pais deixarem o seu questionário. Após o período estipulado para a colheita de dados, os questionários serão recolhidos pela investigadora.
- O tratamento dos dados será efetuado com recurso a um programa estatístico;
- Apresentação do estudo;
- Elaboração de proposta de intervenção de acordo com as conclusões obtidas;
- Divulgação científica, mediante as oportunidades.

20

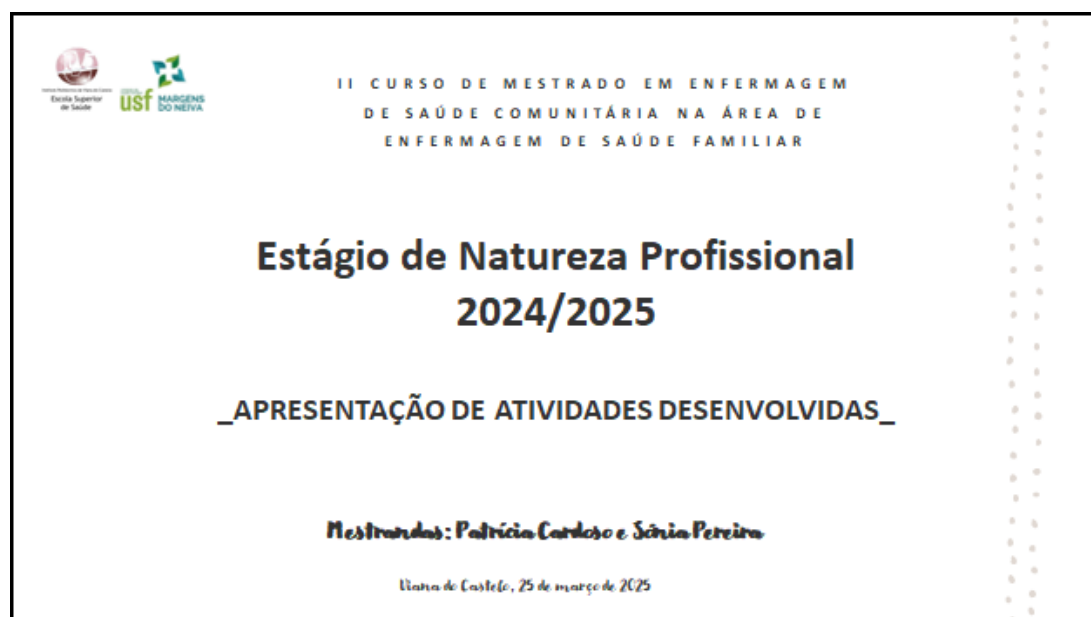


21

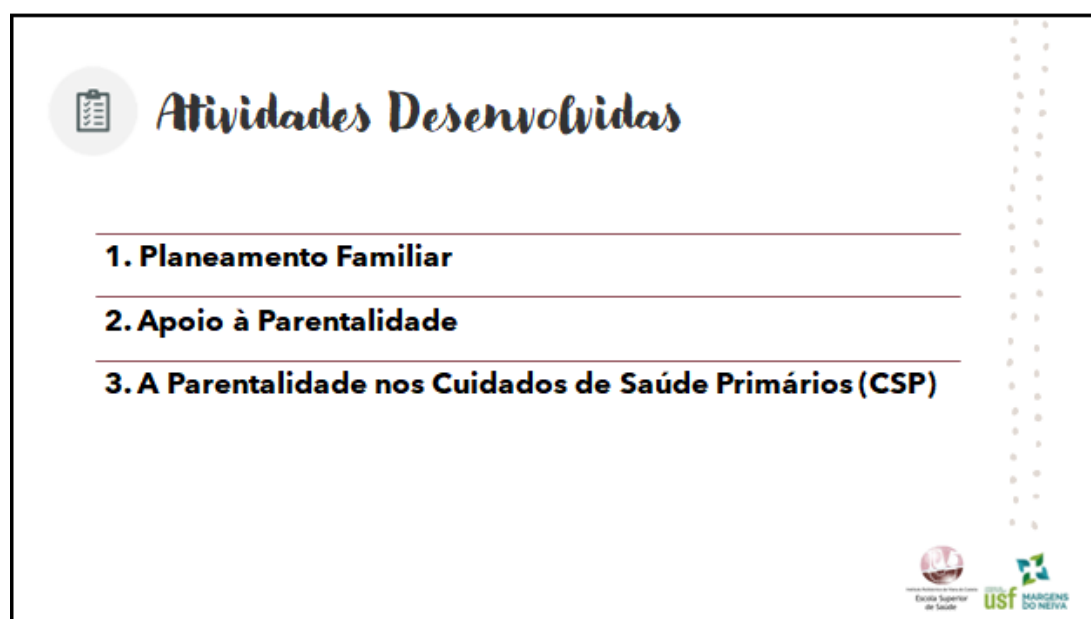


22

APÊNDICE XI - APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS À
EQUIPA MULTIPROFISSIONAL



1



2



3

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 nº8254/2017). 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 de 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.

4

PLANEAMENTO DA AÇÃO

- Promover a Consulta de PF na USF Margens do Neiva (USPMN).
- Contribuir para o aumento da adesão à Consulta de PF das pessoas em idade fértil.

- 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.

- Pessoas sem idade fértil inscritas na USF
 - Mulheres das 15 aos 54 anos
 - Homens, sem limite de idade
- Equipe multiprofissional da USFMN

• **Mostrando Patricia Cardoso e Sônia Penna**

Indicadores de Avaliação: Aumento efetivo da porcentagem de adesão à Consulta de PF das pessoas em idade fértil, através dos indicadores relatados ao acompanhamento em PF, no mesmo período temporal, janeiro a março, das anos 2024 e 2025.

^a Pesquisa Nacional n° 0256/2017 - Titulação e critérios técnicos para os centros oncológicos de base populacional residente na Serviço Nacional de Saúde (SNS) (2017). Disponível em: www.dgs.gov.pt. Acesso em: 18/03/2017. **Série B de 2017-09-21** (plano 20768 - 20799). **Documento n° 0256/2017/CB** (<https://www.dgs.gov.pt>)



Büro der Mitarbeiter:
Haus der Arbeitslosen 50
49075 - 47131 Westera
Telefon: 0487 12 760
E-Mail: info@arbeitslosen.de
www.arbeitslosen.de

Büro der Arbeitsgeber:
Haus der Arbeitsgeber, Arndtstr. 10, 47131
47131 Westera
Telefon: 0487 12 76 14

- Ecuaciones fenomenológicas que permiten describir fenomenológicamente algunos comportamientos del sistema de control de energía.
- Indicador de riesgo de incendio por modificación de condiciones de diseño antes de 10 años de la puesta en servicio.
- Modificación de 5 años de servicio.

a. Realizado de 1960 a 1970
b. Realizado de 1970 a 1980
c. Realizado de 1980 a 1990
d. Realizado de 1990 a 2000

• **permanencia** = a stay

Background

1. **Agenda** - What is the agenda for the meeting?
2. **Agenda** - What is the agenda for the meeting?
3. **Agenda** - What is the agenda for the meeting?
4. **Agenda** - What is the agenda for the meeting?
5. **Agenda** - What is the agenda for the meeting?
6. **Agenda** - What is the agenda for the meeting?

Editorial Board

PLANTEAMTO FAMILIAR

É uma correnteia que permite manter a qualidade da saúde e a formação adequada, de modo que o processo/família apresente um equilíbrio da forma satisfatório e seguro e seja orientada na busca de melhores práticas.

O direito ao Placemaking Fundado é garantido a todos pela Constituição da República Portuguesa (art.44, n.º3) e reforçado pela Lei n.º 7/2009. Esta Lei determina há-quê os métodos contratuais, os esquemas farmacêuticos, os procedimentos, os centros de saúde e hospitais públicos.

100

Tratament:
este indicat numai pentru
copii cu:

Indicații a prescripției:
celor a căror activități reproductive

o planejamento de uma grande obra
civil e engenharia

uma maternidade e parvulário lá dentro.

Property
 only gradient independent (not
 control other gradients)

Background
 An indicator of mental health is most
 often subjective, measured by self-report.

Sensibilização para a importância da restauração

Resumen: se realizó un estudio de tipo descriptivo, con el fin de determinar la prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en la población de la zona de influencia del Hospital General de la Universidad de Cuenca, Ecuador. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, con el fin de determinar la prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en la población de la zona de influencia del Hospital General de la Universidad de Cuenca, Ecuador. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, con el fin de determinar la prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) en la población de la zona de influencia del Hospital General de la Universidad de Cuenca, Ecuador.

o sistema de drenagem subterrânea
independente

© 2004 Blackwell Publishing Ltd
Journal of Internal Medicine 255: 103–110

1. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 284: 2689-2695.

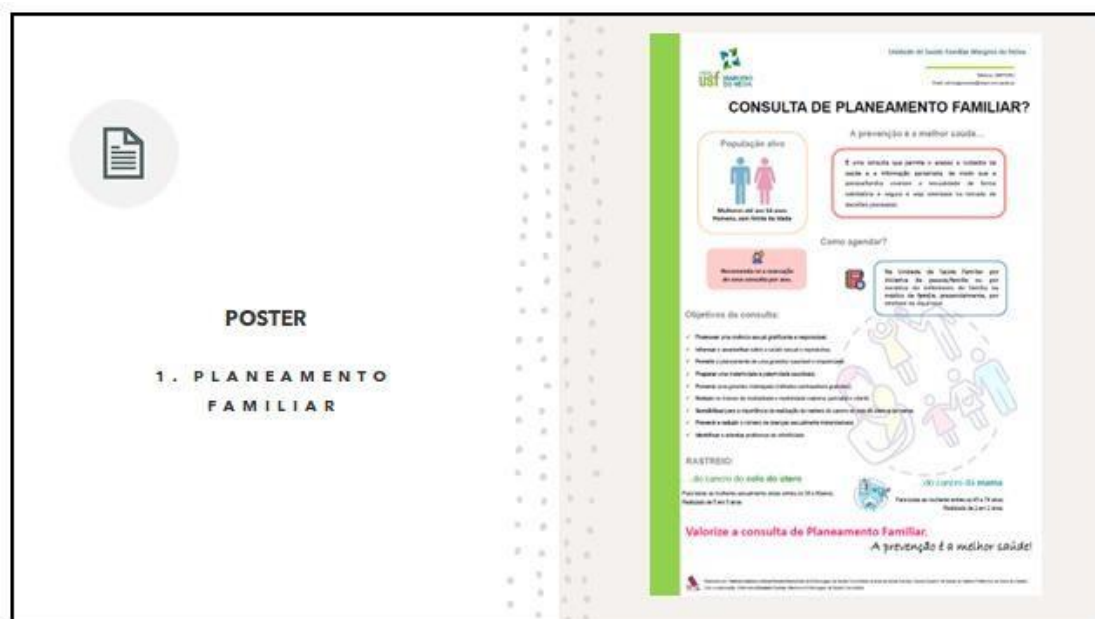
A consulta de Planejamento Familiar é gratuita e destina-se a todos os indivíduos em idade fértil.

na unidade de Saúde Familiar por iniciativa da própria família ou por iniciativa do enfermeiro de família ou médico de família, presencialmente, por telefone ou via e-

Keywords:

È garantito il nostro impegno e professionalità.

1. PLANEAMENTO FAMILIAR



7



8

2. APOIO À PARENTALIDADE

Ação - ELABORAÇÃO DE UM MANUAL DO BEBÊ



Planeamento da Ação

Fundamentação:

Ao longo do ciclo de vida, as famílias passam por várias crises e desafios, associadas a transições situacionais ou desenvolvimentais (Melo 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 (Gemeiro et al., 2011; Tognasso et al., 2022).

Os cuidados dos pais ao recém-nascido e a confiança no desempenho do seu papel de cuidadores dependem, para além de outros fatores, da sua autoeficácia percebida (Gemeiro 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 (Masi et al., 2021; Diamini 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 (Masi et al., 2021; Diamini et al., 2023). Pela sua proximidade e 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) realça que o enfermeiro de saúde familiar, através do seu cuidar individualizado e conceptualmente fundamentado, deve promover o empoderamento da família, concretamente, o empoderamento dos pais para o processo cuidadoso de seu recém-nascido.

2. APOIO À PARENTALIDADE



Planeamento da Ação

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 do 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 Barcelos.

Intervenientes:

- Mestranda Patrícia Cardoso e Sónia Pereira;
- Enfermeira Elisabete Correia e Enfermeira Cátalina Colégio.

Data: 30 de outubro de 2023 a 31 de março de 2025.

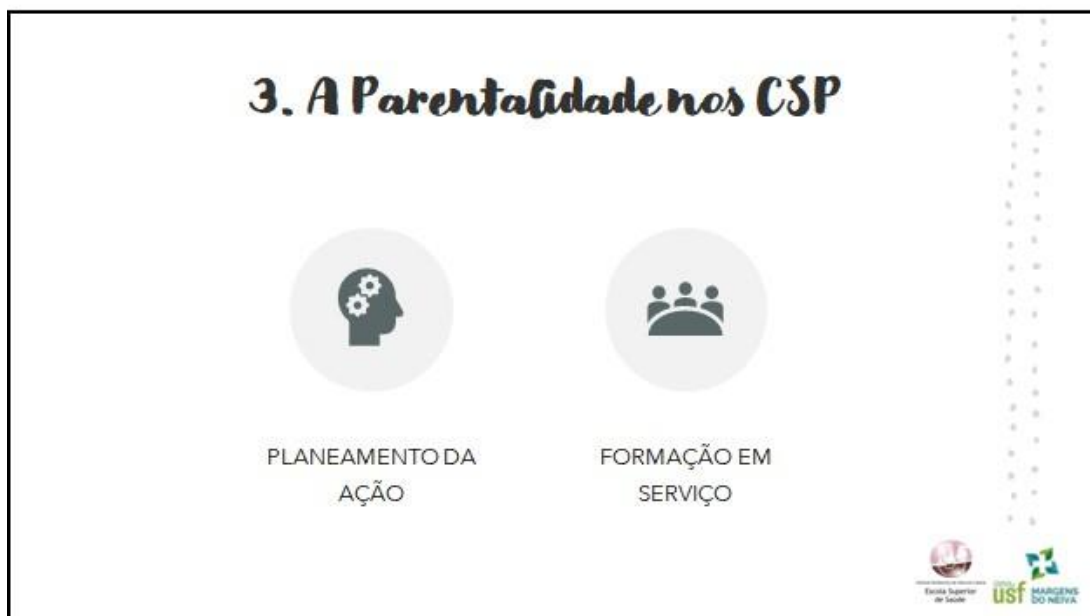
Indicadores de Avaliação: feedback transmitido pela equipa multiprofissional e pelos pais

Bibliografia:

- Daniels, L.P., Hsu, Y.Y., Shuang, M.C., Wang, S.T., Guo, M.L. (2023) Maternal Self-Efficacy as a Mediator in the Relationship Between Postpartum Depression and Maternal Role Coping in a Cross-Sectional Survey. *J Midwifery Women Health* 68(4):56-66. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2023.05.001>
- Figueiredo, M.H. (2023) *Elaboração de um Manual do Bebê*. ISBN 978-989-752-891-2
- Gemeiro, S., Carreira, M.C., Balas, J., Moura-Rocha, M., Soares, J., & Almeida Santos, D. (2011) Parental investment in a couple who conceived spontaneously or with assisted reproduction techniques. *Hum Reprod* 26(11):29-37. <https://doi.org/10.1093/humrep/det302>
- Kuersten-Hogan, R., McHale, J.P. The Transition to Parenthood: A Theoretical and Empirical Overview. In: Kuersten-Hogan, R., McHale, J.P., editors. (2021) *Parental Family Dynamics*. Springer.
- Masi, L., Huang, S., Molinari, S.J., Roe, Y., Allen, S., Nelson, C., Kruke, S. (2021) Improving reproductive integration of the Antenatal Home Family Network Program for Postpartum women and babies: A qualitative study. *Int J Qualitative Health* 20(22). <http://doi.org/10.1186/12969-021-01519-4>
- Masi, A.J., Singer, L.M., Xu, D.Q., Messer, D.K.H., Schuchter, K.L. (2010) *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. In: Masi, A.J., editor. *Transitions: Theory, Middle-Range, and Strategic Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, pp. 52-66.
- Tognasso, C., Curtis, L., Anderson, C., Figueiredo, P., De Cid, P., Pereira, J., Almeida, D., & Santana, A. (2022) Parenting Stress, Maternal Self-Efficacy and Confidence in Caring in a Sample of Motherhood. *Resuscitation (E-1 Month) for Critical Care Public Health* 1915(963). <http://doi.org/10.3390/ijph915963>



11



12

3. A Parentalidade nos CSP

Ação - Promoção da Parentalidade nos CSP



Planeamento da Ação

Fundamentação: A parentalidade desempenha um papel fundamental no desenvolvimento saudável das crianças e no bem-estar familiar. Nos CSP os profissionais de saúde têm um papel essencial no apoio às famílias, proporcionando informação, acompanhamento e orientação. A intervenção precoce na Parentalidade e o apoio contínuo às famílias tem demonstrado impacto positivo na saúde mental infantil, na prevenção da negligência e dos maus tratos, bem como a promoção de vínculos seguros entre pais e filhos (Seabra-Santos et al., 2019). Dado que os CSP são frequentemente o primeiro ponto de contacto das famílias com o sistema de saúde o investimento na formação dos profissionais de saúde é uma estratégia fundamental para fortalecer o apoio às famílias.

A capacitação dos profissionais de saúde é essencial para assegurar que os cuidados prestados se baseiem nas melhores evidências disponíveis. Conforme Proença & Reis (2021), investir em formação contínua para enfermeiros e outros profissionais dos CSP é crucial para manter os profissionais atualizados, permitindo a incorporação de abordagens inovadoras e eficazes na prática clínica. Essa atualização constante não só fortalece a qualidade dos cuidados, como também melhora a segurança e a capacidade de resposta frente às necessidades específicas dos utentes e/ou famílias.

A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2013) recomenda a inclusão de programas estruturados de apoio parental, visando capacitar os pais para a gestão das necessidades de saúde dos seus filhos. Neste sentido, os enfermeiros de família assumem uma posição de destaque ao fornecerem educação para a saúde e apoio na adaptação à parentalidade.

A formação em serviço, está cada vez mais valorizada como uma ferramenta essencial para a atualização científica e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O Enfermeiro Especialista, tem um papel fundamental nesse processo, não apenas ao atualizar os conhecimentos, mas também ao desenvolver, implementar e contribuir com programas de melhoria contínua (OE, 2019). Além disso, o Enfermeiro Especialista exerce uma função importante na formação da equipa, ao mobilizar conhecimentos, partilhar experiências e promover mudanças que favoreçam o crescimento e a evolução da equipa.

13

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 Barcelos.

Intervenientes:

- Mestranda Patrícia Cardoso e Sónia Pereira;
- Enfermeira Ricardo Pórcio, Especialista na área de Saúde Mental e Psiquiátrica (convitada).

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). *Programa estruturado de apoio parental Capacitação dos pais para a gestão das necessidades de saúde dos filhos*. Direção-Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento nº 180/2019 - Regulamento das Competências Gerais do Enfermeiro Especialista*. Diário da República 3.ª série, nº 26 de 2019-02-04. <https://dre.pt/web/guest/-/ordem-enfermeiros/149-2019-119736189>
- Proença, R., Vaz, M., & Pais, S. (2021). *Nurse continuing professional development: A systematic literature review*. *Nurse Education in Practice*, 50, 102963. <https://doi.org/10.1016/j.nep.2020.102963>
- Seabra-Santos, M., Almeida, A. F., Navarro, T. C., Sousa, D. S., Baptista, E., Pinheiro, M., Melo, S. O., & Gomes, M. F. (2019). *Promocão de parcerias Bbde primária nos cuidados de saúde primários: Formação de profissionais*. Recuperado de <https://repositorio.bbde.pt/handle/10316/87777>

14

15

16



APÊNDICE XII - FORMAÇÃO EM SERVIÇO: “PROMOÇÃO DA
PARENTALIDADE NOS CSP”

PARENTALIDADE

A promoção da Parentalidade nos Cuidados de Saúde Primários

*Formador externo: Enfermeiro Ricardo Paisão to.
Monitoriza: Patrícia Cardoso e Sílvia Pereira.*

Viana do Castelo, 5 de março de 2025



1

A promoção da Parentalidade nos Cuidados de Saúde Primários



Sensibilizar os profissionais de saúde para a Parentalidade

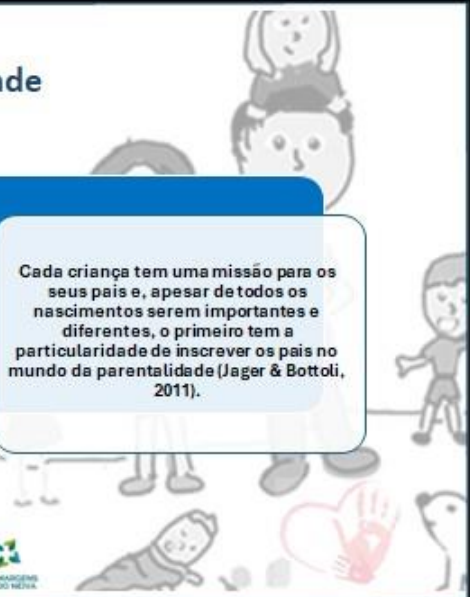


2

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).






3

Desafios e Expectativas da Parentalidade

Idealização vs. Realidade

Pressão social e cultural

Equilíbrio entre cuidado e autonomia






4

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



5



6



APÊNDICE XIII - ADENDA DO CRONOGRAMA DO PROJETO DE
INVESTIGAÇÃO

Adenda ao Projeto de investigação intitulado como: PERCEÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E DIFICULDADES DOS PAIS NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO: CONTRIBUTOS PARA O ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR.

De acordo com o solicitado, pretendo o alargamento do período da colheita de dados para os meses de março, abril e maio. Acrescento ainda que este alargamento do prazo me leva a realizar outras alterações no cronograma, relevantes para o projeto em causa.

Assim, envio em anexo um novo cronograma com as respetivas alterações a ser considerado.

CRONOGRAMA

Etapas	2024			2025								
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
Revisão da literatura e identificação da questão de investigação												
Elaboração do desenho de investigação												
Submissão do estudo à Comissão de Ética para a Saúde												
Recolha de dados												
Tratamento e análise de dados												
Discussão dos resultados												
Elaboração de síntese de resultados e principais conclusões												
Apresentação e síntese de resultados												
Elaboração do Relatório de Estágio de Natureza Profissional												
Submissão do relatório final e apresentação em prova pública												
Divulgação científica												

Viana do Castelo, 12 de março de 2025

Sónia Alexandra Martins Pereira.

Sónia Alexandra Martins Pereira.