



**Intervenções promotoras da transição para a parentalidade
na figura paterna – estratégias do Enfermeiro Especialista
em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de
Saúde Familiar**

Cátia Luís

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Familiar

Relatório Final de Estágio

Professor Orientador: Professor Doutor Paulino Rosa

Leiria

Março de 2026



Relatório apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Paulino Rosa da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

AGRADECIMENTOS

Ao Nuno, pelo amor, paciência e incentivo constantes ao longo deste percurso, pela compreensão nas ausências e por ser o meu ponto de equilíbrio.

À Maria Benedita e ao João Maria, que são a minha realização, pelos sorrisos que iluminaram os dias mais exigentes e por serem uma fonte inesgotável de motivação.

À minha mãe, deixo um agradecimento muito especial pelo apoio incondicional, pelas palavras de encorajamento em todas as etapas da minha vida e por ser um exemplo de força, dedicação e colo.

À Filipa e à Cláudia, pela partilha de saberes e pelo companheirismo nos momentos de maior exigência.

Ao enfermeiro especialista L. D., meu orientador de estágio, pela disponibilidade, orientação rigorosa e apoio contínuo ao longo deste percurso, assim como a toda a equipa da unidade de saúde familiar de T.

Ao professor Paulino Rosa, pela supervisão académica, pelas sugestões fundamentadas e pelo incentivo permanente, que muito contribuíram para a concretização deste trabalho.

RESUMO

Enquadramento: A enfermagem, enquanto disciplina científica centrada na pessoa, família, saúde e ambiente, assume um papel fundamental na promoção da saúde e na gestão das transições ao longo do ciclo vital. A transição para a parentalidade na figura paterna constitui um período crítico desse ciclo, exigindo do pai a reconstrução de papéis, rotinas e significados e, perante a ainda frequente exclusão dos pais dos cuidados de saúde, coloca o EEECESF numa posição central para identificar necessidades específicas, promover a adaptação, a participação ativa e a capacitação parental, contribuindo para cuidados efetivamente centrados na família.

Objetivo: Este estudo, intitulado “Intervenções promotoras da transição para a parentalidade na figura paterna – estratégias do EEECESF”, teve como objetivo geral analisar as intervenções realizadas e as estratégias promovidas pelo EEECESF na promoção da adaptação e envolvimento de pais na transição para a parentalidade.

Método: Revisão Integrativa da Literatura. Mnemónica PICO: População (P) - pais (homens) na transição para a parentalidade; Intervenção (I) – intervenções e estratégias realizadas pelo EEECESF na promoção da adaptação e capacitação parentais; Contexto (Co) – cuidados de saúde primários. Definiram-se critérios de inclusão que contemplaram estudos de diferentes metodologias, disponíveis na íntegra, de acesso livre, publicados nos últimos cinco anos em português, inglês, francês ou espanhol, e procedeu-se a uma pesquisa sistemática em bases de dados de enfermagem e saúde (PubMed e agregador EBSCOhost), com os termos “parentalidade”, “transição” e “enfermeiros” com posterior seleção dos estudos elegíveis e extração dos dados.

Resultados: Tornar-se pai é vivido como uma experiência profundamente transformadora, em que os homens procuram criar estratégias flexíveis para se ajustarem à nova situação de vida, recorrendo frequentemente a recursos digitais como fonte de apoio e orientação. Os resultados mostram que o apoio profissional estruturado, assente numa relação de confiança, escuta ativa, acolhimento, estabelecimento de parceria, guia na aquisição do novo papel parental, o cuidado das emoções e a criação de um ambiente pacífico, associa-se a melhor qualidade da coparentalidade e a menos perturbações no vínculo pai-bebé. Em contraste, uma maior dependência exclusiva de apoio digital informal e a menor inclusão dos pais, sobretudo múltiplos, nas visitas de saúde infantil relacionam-se com maior vulnerabilidade, pior qualidade da coparentalidade ao longo do tempo e mais dificuldades na construção da ligação ao bebé, sublinhando a importância de intervenções continuadas do EEECESF para sustentar o envolvimento paterno.

Conclusão: A Revisão Integrativa da Literatura, permite concluir que o EEECESF dispõe de um conjunto diversificado de intervenções e estratégias com potencial para promover a adaptação e o envolvimento da figura paterna na transição para a parentalidade. As evidências mostram que incluir intencionalmente o pai nas consultas, reconhecer as suas necessidades específicas e promover o desenvolvimento de competências parentais contribui para uma maior participação paterna, reforço da confiança no papel de pai e melhor bem-estar familiar. Persistem, contudo, lacunas na formação dos profissionais, na organização dos serviços e nas políticas de saúde, que limitam a integração sistemática da perspetiva paterna nos percursos de cuidados familiares, evidenciando a necessidade de reforçar práticas pai-inclusivas em cuidados de saúde primários.

Palavras-chave: Parentalidade; Transição para a parentalidade; Enfermagem;

ABSTRACT

Background: Nursing, as a scientific discipline focused on the person, family, health, and environment, plays a fundamental role in health promotion and in managing transitions across the life cycle. The transition to parenthood in the paternal figure constitutes a critical period in this trajectory, requiring fathers to reconstruct roles, routines, and meanings and, given the still frequent exclusion of fathers from health care, places the family health nurse specialist in a central position to identify specific needs, foster adaptation, active participation, and parental empowerment, thereby contributing to genuinely family-centred care.

Aim: This study, entitled “Interventions that promote the transition to parenthood in the paternal figure – strategies of the Family Health Nurse Specialist”, had the overarching aim of analysing the interventions implemented and the strategies adopted by the family health nurse specialist to promote fathers’ adaptation and involvement during the transition to parenthood.

Method: Integrative Literature Review. PICO mnemonic: Population (P) – fathers (men) undergoing the transition to parenthood; Intervention (I) – interventions and strategies implemented by the family health nurse specialist to promote parental adaptation and empowerment; Context (Co) – primary health care. Inclusion criteria encompassed studies using different methodologies, available in full text, open access, published in the last five years in Portuguese, English, French, or Spanish, and a systematic search was undertaken in nursing and health databases (PubMed and the EBSCOhost platform) using the terms “parenthood”, “transition”, and “nurses”, followed by selection of eligible studies and data extraction by two independent reviewers.

Results: Becoming a father is experienced as a profoundly transformative process in which men seek to develop flexible strategies to adjust to the new life situation, frequently turning to digital resources as a source of support and guidance. The findings indicate that structured professional support, grounded in a relationship of trust, active listening, welcoming, partnership building, guidance in acquiring the new parental role, attention to emotions, and the creation of a calm environment, is associated with better coparenting quality and fewer disturbances in the father–infant bond. Conversely, greater exclusive reliance on informal digital support and reduced inclusion of fathers, particularly multiparous fathers, in child health visits are associated with greater vulnerability, poorer coparenting quality over time, and more difficulties in establishing the bond with the baby, underscoring the importance of ongoing interventions by the family health nurse specialist to sustain paternal involvement.

Conclusion: The Integrative Literature Review indicates that the family health nurse specialist has at their disposal a diverse range of interventions and strategies with the potential to promote the adaptation and involvement of the paternal figure in the transition to parenthood. The evidence shows that intentionally including fathers in appointments, recognising their specific needs, and fostering the development of parenting competences contributes to greater paternal participation, strengthened confidence in the fathering role, and enhanced family well-being. Nonetheless, gaps persist in professional education, service organisation, and health policies, which constrain the systematic integration of the paternal perspective in family care pathways, highlighting the need to strengthen father-inclusive practices in primary health care.

Keywords: Parenthood; Transition to parenthood; Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

BI CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CSP- Cuidados de Saúde Primários
DAE – Desfibrilhador Automático Externo
EBSCO – Elton Bryson Stephens Company
EEECESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar
ICN – Conselho International dos Enfermeiros
ICPC – Classificação Internacional de Cuidados Primários
JBI – Joanna Briggs Institute
MCAIF – Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar
MCEEC – Mesa do Colégio da Especialidade Enfermagem Comunitária
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*
RIL – Revisão integrativa da literatura
SARA – Sistema de Atendimento e Resposta Ágil
SNS – Sistema Nacional de Saúde
UC – Unidade Curricular
UCSP – Unidade Cuidados de Saúde Personalizados
USF – Unidade de Saúde Familiar
VD- visitação domiciliária
WC – Casa de Banho

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1 – CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	3
1.1 CARATERIZAÇÃO DAS USF	3
1.2 CARATERIZAÇÃO DA USF T	4
1.3 CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DA USF T. E DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	6
1.3.1 - Consulta de enfermagem no domicílio e os critérios para a realização de consulta de enfermagem no domicílio	9
2 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	10
2.1. MODELOS DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E TEORIA DAS TRANSIÇÕES	12
2.2 FAMÍLIA E A EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	13
2.2.1. Transição para a parentalidade	15
2.2.2. Transição parentalidade no masculino	17
2.3. O PROCESSO DE ENFERMAGEM E AS INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA PARENTALIDADE NO MASCULINO	19
3 COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO	20
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	20
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	21
3.2.1. A Família como Unidade de Cuidados	22
3.2.2. Enfermeiro gestor: articulando e mobilizando recursos	25
4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	26
4.1. PERTINÊNCIA DO TEMA	26
4.2 – METODOLOGIA	27
4.3 – PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	27
4.4 -RESULTADOS	30
4.5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA RIL	42
4.6 – IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA	44
4.7 – LIMITAÇÕES NA RIL	45
CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

APÊNDICE

APÊNDICE I – Aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar e Processo de Enfermagem

ANEXO

ANEXO I - Pedido de autorização à Diretora da Unidade para acesso a dados referentes aos utentes e funcionamento da USF

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Circuito dos utentes da USF de T.....	6
Figura 2 Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF de Tornada.....	6
Figura 3 Pirâmide etária quinquenal dos utentes inscritos no ficheiro do enfermeiro de família L.....	7
Figura 4 <i>Utentes inscritos no ficheiro do enfermeiro de família L. e médico A</i>	8
Figura 5 <i>ICPC mais codificados no ficheiro do Enfermeiro de Família L. e Médica A</i>	8
Figura 6 Diagrama PRISMA	30

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Avaliação da qualidade do artigo, segundo instrumento de avaliação crítica de estudos de coorte	31
Quadro 2 Avaliação da qualidade do artigo, segundo instrumento de avaliação crítica para estudos transversais analíticos	32
Quadro 3 avaliação da qualidade do artigo, segundo o instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos	34
Quadro 4 avaliação da qualidade do artigo, segundo o instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos	35

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Descritores do <i>Mesh</i>	29
Tabela 2 Extração de dados do artigo 1	36
Tabela 3 Extração de dados do artigo 2	38
Tabela 4 Extração de dados do artigo 3	40
Tabela 5 Extração de dados do artigo 4	41

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados à Família em contexto de USF, com Relatório Final”, inserido no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, 2.º ano, 3.º trimestre. O ensino clínico decorreu na Unidade de Saúde Familiar de T., compreendendo o estágio I (28 de abril de 2025 a 6 de junho de 2025), o estágio II (9 de junho de 2025 a 11 de julho de 2025) e o estágio III (8 de setembro de 2025 a 30 de janeiro de 2026), num total de 810 horas.

Foram definidos como objetivos gerais: desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em contextos de vulnerabilidade. Como objetivos específicos, destacam-se: executar processos de cuidados de enfermagem à família, evidenciando conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar; utilizar, em contexto prático, os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência; analisar a prática de cuidados em contexto clínico com base em conhecimentos teóricos e capacidade crítico-reflexiva; e refletir sobre as práticas realizadas e os resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica relativamente ao desempenho e às competências desenvolvidas. Como objetivos transversais, foi ainda proposta a consolidação de competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos, bem como o desenvolvimento da capacidade de refletir sobre a aplicação dos conhecimentos na prática.

A Enfermagem de Saúde Familiar assume um papel central na promoção da saúde, na prevenção da doença e no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital, sendo as Unidades de Saúde Familiar um contexto privilegiado para a prestação de cuidados de proximidade, continuados e centrados na família enquanto unidade de cuidados. Neste âmbito, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar intervém como facilitador de processos de adaptação, promotor de capacitação e gestor de recursos, apoiando as famílias em momentos de maior vulnerabilidade.

Neste contexto, a experiência de ensino clínico desenvolvida permitiu aprofundar a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar junto de famílias em diferentes fases do ciclo vital, com particular enfoque na transição para a parentalidade na figura paterna, enquanto processo de mudança, que implica a reconfiguração de papéis, rotinas e significados no seio familiar. O relatório que se apresenta descreve o contexto de prática clínica, explicita o enquadramento conceptual e regulamentar da enfermagem de saúde familiar, evidencia o desenvolvimento de competências especializadas em ensino clínico e integra uma Revisão Integrativa da Literatura sobre as intervenções do enfermeiro especialista na promoção da adaptação e capacitação da figura paterna na transição para a parentalidade.

Deste modo, o relatório organiza-se em quatro capítulos. No primeiro capítulo descreve-se o contexto da prática clínica, enquadrando a Unidade Local de Saúde do O. e caracterizando a Unidade de Saúde Familiar (USF) de T., a sua organização e missão, bem como o espaço físico, os equipamentos, os recursos humanos e o ficheiro do enfermeiro de família. O segundo capítulo apresenta o enquadramento conceptual e regulamentar da enfermagem de cuidados à família, integrando os referenciais teóricos que sustentam a prática especializada em enfermagem de saúde familiar e os conceitos que suportam as intervenções em estágio e o processo de investigação. O terceiro capítulo expõe as competências comuns e específicas do

enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar desenvolvidas em ensino clínico e, por fim, o quarto capítulo apresenta a prática baseada na evidência, através de uma Revisão Integrativa da Literatura, descrevendo a metodologia, o protocolo, os resultados, a discussão, as implicações práticas do estudo e as limitações da RIL.

O relatório termina com a conclusão, as referências bibliográficas utilizadas e o apêndice e anexo identificados ao longo do trabalho.

1. CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A Lei de Bases da Saúde n.º 95/2019 de 4 de setembro, prevê que o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) assente numa força de trabalho planeada e organizada, por forma a satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. Assim cabe ao Estado o dever de promover uma política de recursos humanos que valorize a dedicação plena como regime de trabalho dos profissionais de saúde do SNS, no âmbito de uma organização interna dos seus estabelecimentos e serviços baseando-se em modelos que privilegiam a autonomia de gestão, os níveis intermédios de responsabilidade e o trabalho de equipa.

A Unidade Local de Saúde do O., agrega numa única entidade o Centro Hospitalar do O. (CHO), o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do O. N. e o Agrupamento de Centros de Saúde do O. S. A ULS do O. iniciou o seu funcionamento no dia 1 de janeiro de 2024 e integra os concelhos de CR., Ó., B., P. (ACES O. N.), L., C., TV., SMA (ACES OS). De acordo com os dados de recenseamento da população, em 2021, a população residente da área geográfica de influência direta da ULS do O. é de 235.231 residentes, distribuídos por aproximadamente 1.348 km² (Serviço Nacional de Saúde, 2025).

Como Missão a ULS do O. pretende dar resposta integrada às necessidades de saúde da população da sua área de abrangência, prestando cuidados de saúde de forma multidisciplinar, com rigor e excelência técnica, científica e organizativa, com ética profissional e justiça social, assegurando a cada doente os cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e uma eficiente utilização dos recursos disponíveis. Pretende, assim, ser reconhecida pela comunidade como uma referência na oferta de cuidados de proximidade e de qualidade, com contributo para a investigação e ensino, promovendo ganhos em saúde e de qualidade de vida, no uso das melhores práticas assistenciais e de gestão, cobertura, participação cívica e impacto ambiental, ambicionando a criação de valor para todos os seus públicos. No exercício da sua atividade, a ULS do O. e respetivos profissionais observam e orientam-se pelos seguintes valores e princípios: Centralidade no Cidadão, Serviço público, Respeito e Ética, Humanização, Rigor, Trabalho em Equipa, Excelência e Qualidade, Desenvolvimento Sustentável e Transparência (SNS, 2025).

1.1 CARATERIZAÇÃO DAS USF

Os cuidados de saúde primários constituem um elemento central do Sistema Nacional de Saúde (SNS) que constituem, numa perspetiva integrada e de articulação com outros serviços, importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, de prestação de cuidados de saúde, e no acompanhamento de qualidade e proximidade às populações. Neste contexto, as Unidades de Saúde Familiar (USF), podem ser definidas como as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multi-profissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento, A, B e C, diferenciados entre si pelo grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico. O plano de ação da USF traduz o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e resultados a atingir nas áreas de desempenho, serviços e qualidade e inclui o plano de formação e o plano de aplicação dos incentivos institucionais. (Decreto-Lei nº73/2017 de 21 de Junho). O Despacho n.º

24 101/2007 de 22 de Outubro, define os critérios para classificar as USF nos Modelo A, Modelo B e Modelo C, sendo que a USF de T. insere-se no Modelo B, destinado a equipas com maior maturidade organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar já está consolidado e que aceitam níveis mais exigentes de contratualização de desempenho, bem como a participação no processo de acreditação das USF e onde os profissionais beneficiam de um regime retributivo especial, definido no capítulo VII do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto.

1.2 CARATERIZAÇÃO DA USF T.

Pertencendo à área dos cuidados de saúde primários da Unidade Local de Saúde do O. (ULS O.) e à Administração Regional de Saúde de LVT, a USF de T. é representada com o logótipo de uma ave autóctone, a Garça-Real existente no Paul de T., e encontra-se situada no concelho das CR, na localidade de T. com o edifício sede localizado junto à Igreja Matriz da T. na Estrada Nacional 8, nº27 R/C Dto, 2500-315 e com o polo de SM localizado a 7 Km de distância, na localidade de SM na Rua Principal n.º 6, 2500-637. Iniciou a sua atividade no primeiro dia do mês de Setembro no ano de 2006, englobando geograficamente os aglomerados populacionais de T., C., CP, RP, CM, M, CRP e CV (Regulamento interno, 2025).

Missão, Visão e Valores

A Missão da USF de T. assenta na promoção de melhores índices de saúde e prestação de cuidados individuais e familiares à sua população, com os pressupostos de garantir a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos mesmos, assim como promover a literacia em saúde, a prevenção e os comportamentos saudáveis. A Visão assenta em ser uma unidade de reconhecida qualidade para a obtenção dos melhores resultados em saúde e na prestação de um serviço de excelência, valorizando os seus colaboradores, a sua formação e o espírito do trabalho multi-profissional em equipa. Os Valores desta USF são a Proximidade, Humanismo, Equidade, Confiança, Dedicção, Competência, Inovação e Gestão Participativa (BI-CSP, 2025).

Espaço Físico, Equipamentos e Recursos Materiais

O espaço físico da USF, inaugurado em 2006, consta de um edifício urbano de piso térreo com parque de estacionamento e área exterior de jardim. Encontra-se organizado à entrada da Unidade com uma receção com um segurança, sala de espera, sete gabinetes médicos, três gabinetes de enfermagem, um gabinete administrativo, um WC para utentes e um para funcionários, um vestiário com WC, uma sala de reuniões, uma copa, um armazém de material consumo clínico e farmácia e uma sala de BackOffice, uma sala de arrumos e uma sala de arquivo ligadas por um corredor de circulação largo que facilita o acesso e mobilidade dos utentes e profissionais. Os gabinetes médicos e de enfermagem estão numerados de um a dez e equipados com material de escritório (secretárias, cadeiras, computador, telefone) assim como o equipamento e material clínico adequado à especificidade de cada consulta. O gabinete um dá apoio à consulta e pequenos tratamentos, com carrinho de apoio funcional, o gabinete dois é para a consulta de Saúde-Infantil e Vacinação, equipado com marquesa, balança pediátrica e de adulto, régua de medição, avaliadores de TA com braçadeiras de adulto e pediátricas, garrafa de oxigénio medicinal portátil, mala de emergência com check-list atualizada e reposta e frigorífico para acondicionamento das vacinas com registo de temperatura por datalogger. O gabinete número três é direcionado para tratamentos e equipado com marquesa, material de pensos, um DAE e oxímetro portátil.

Horário de funcionamento

A USF de T. disponibiliza cuidados de saúde aos seus utentes de 2ª a 5ª feira entre as 8h00 às 20h00. À 6ªfeira entre as 8h00 e as 14h00 e entre as 16h00 e 20h00. No polo de SM o período de funcionamento é das 8h00 às 13h00. Aos Sábados, Domingos e feriados encontra-se encerrada (Guia de Acolhimento, USF T., 2025). Dentro do horário de funcionamento, qualquer utente que se encontre inscrito deve ter acesso a uma consulta médica ou de enfermagem de acordo com a necessidade, sendo que o atendimento médico pode ser precedido do atendimento de enfermagem, no caso de necessidade de avaliação (Regulamento Interno, 2025).

Atendimento telefónico (enfermagem)

A USF de T. dispõe de duas linhas telefónicas nomeadamente para o serviço administrativo e para enfermagem. O atendimento telefónico geral é feito pelo Sistema de Atendimento e Resposta Ágil (SARA) e as chamadas são devolvidas sempre que possível no próprio dia. O horário de atendimento telefónico pela equipa de enfermagem compreende os períodos das 12h às 14h e das 18h às 20h nos dias úteis (Regulamento Interno, 2025).

Recursos humanos e Equipas

A USF de T. é uma organização constituída por uma equipa de sete médicos, sete enfermeiros, cinco secretários clínicos, três médicos internos, um vigilante, um técnico auxiliar saúde, um elemento de equipa de limpeza. No polo de SM a equipa é constituída por um enfermeiro, um secretário e um médico. A equipa da USF T. é multi-profissional, flexível e de tipo nuclear, constituída por micro-equipas por forma a facilitar a articulação e organização na prestação de cuidados e com uma organização interna baseada em três estruturas: Conselho Geral, Coordenação e o Conselho Técnico. Existe igualmente uma Equipa de Referência constituída pelas coordenadoras de cada um dos grupos profissionais com função de orientar e estabelecer estratégias no cumprimento dos indicadores de atividade e cumprimento das metas definidas (Guia de Acolhimento, USF T., 2025).

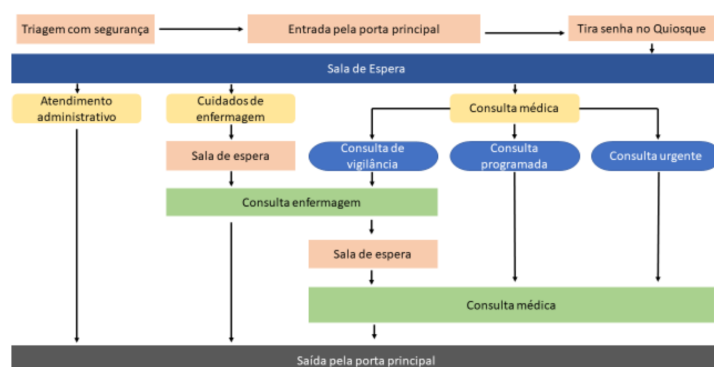
Acessibilidade e circuito de utentes

O circuito do utente na USF de T. organiza-se em três percursos principais consoante o motivo da visita. No acesso à USF o utente acede pela porta principal onde é feito o acolhimento pelo segurança que inclusive auxilia na retirada de senha adequada. O sistema de senhas encontra-se na sala de espera onde o utente deve aguardar. Para cuidados/consulta de Enfermagem o utente tira a senha e aguarda na sala de espera pela chamada pelo enfermeiro (utentes com agendamento prévio). Se o objetivo for a obtenção de informações do foro geral ou receituário crónico, o utente tira igualmente uma senha e aguarda na sala de espera pela chamada pelo administrativo. Para as consultas médicas, o circuito é o mesmo e inicia-se igualmente pela retirada de senha e aguardar na sala de espera, sendo depois chamado pelo administrativo no caso de consulta urgente/aberta. Após a chamada administrativa, o utente aguarda novamente na sala de espera até ser chamado para a consulta médica. Para a consulta programada ou de vigilância (Planeamento Familiar, Saúde infantil, entre outras), o utente retira a senha e aguarda a chamada pelo médico e/ou enfermeiro (Figura 1). O fluxograma em vigor na USF de T. (Figura 1) possibilita a organização dos fluxos de atendimento, facilitando o encaminhamento correto dos utentes conforme a sua necessidade específica e otimizando os tempos de espera e eficácia do serviço ao distinguir entre processos administrativos, de enfermagem e médicos.

Figura 1

Circuito dos Utentes da USF de T.

Fonte: Regulamento Interno, 2025



1.3 CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DA USF T. E DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Figura 2

Pirâmide Etária dos utentes Inscritos na USF T.

Fonte: BI CSP, Maio de 2025



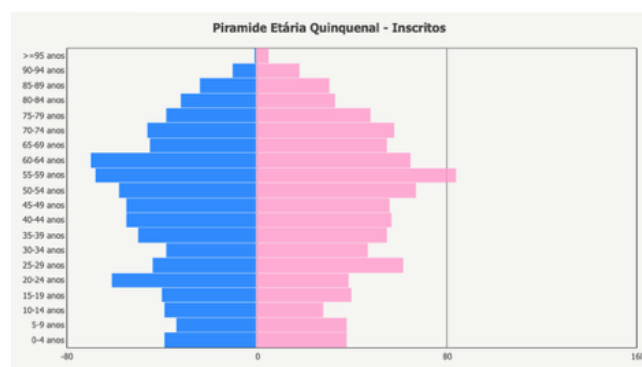
O total de utentes inscritos nesta USF é de 12,382 utentes, sendo 5,950 do género masculino e 6,432 do género feminino. Pela análise do gráfico (Figura 2) verificamos uma distribuição relativamente equilibrada entre homens e mulheres na maioria das faixas etárias, com ligeira predominância feminina nas idades mais avançadas. O maior número de utentes concentra-se entre os 45 e os 69 anos o que reflete uma população maioritariamente adulta e envelhecida. Nas faixas etárias mais jovens (0-14 anos) existem menos utentes como mostra a base mais estreita da pirâmide. A partir dos 70 anos de idade, o número de utentes diminui, com mais mulheres do que homens com idade acima dos 80 anos, consistente com a maior longevidade do

género feminino. Com um índice de Dependência de 58,85% temos a indicação que há uma proporção significativa de pessoas dependentes (jovens e idosos) em relação à população em idade ativa, com 19,14% de crianças dos 0 aos 14 anos e 39,7% de idosos com mais ou igual a 65 anos de idade confirmando o envelhecimento populacional inscrito. O Índice de Dependência representa a relação entre a população dependente (jovens e idosos) e a população ativa. Este indicador é essencial para compreender o impacto que situações de doença e incapacidade funcional têm sobre os utentes, famílias e comunidades, pois espelham a necessidade de redes de apoio social e de saúde na comunidade. De notar o valor de Unidades Ponderadas (16,584,00) que contempla a complexidade e as necessidades de saúde dos diferentes utentes assim como o nível de acompanhamento e cuidados. Estes dados sugerem desafios específicos na resposta em saúde, nomeadamente na gestão de doenças crónicas, cuidados geriátricos e manutenção da capacidade de resposta para uma população com necessidade de acompanhamento regular. Através da distribuição dos utentes inscritos no ficheiro do enfermeiro de família L. e médico A. (Figura 3) observamos que a maioria dos utentes inscritos encontram-se entre os 55-69 anos de idade, com maior participação do género feminino, com a base estreita e com um topo mais largo, evidenciando uma população envelhecida.

Figura 3

Pirâmide Etária Quinquenal dos utentes inscritos do ficheiro do enfermeiro de família L.

Fonte: MIM@UF, 05, 2025



Ainda no decorrer da caracterização do ficheiro de família e, através da análise da Figura 4 referente ao número de famílias e utentes inscrito na USF de T. no ficheiro do enfermeiro de família L. e médico A. e ao mês de Abril do presente ano, existem 752 famílias inscritas correspondendo a um total de 1,763 utentes.

Figura 4

Utentes inscritos no ficheiro do enfermeiro de família L. e médico A.

Fonte: MIM@UF, 05, 2025

Frequentador Actual	S		Total	
	Frequentador			
Local	Nº de Famílias	Nº Utentes Família	Nº de Famílias	Nº Utentes Família
USF 1	752	1.763	752	1.763

Figura 5

ICPC mais codificados no ficheiro do Enfermeiro de Família L. e Médica A.

Fonte: MIM@UF, 05, 2025

ICPC	Métrica	Qtd Problemas	TOP
T93 ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS		733	1
T83 EXCESSO DE PESO		640	2
T82 OBESIDADE		381	3
L86 SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DE DORES		361	4
P76 PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS		348	5
P06 PERTURBAÇÃO DO SONO		323	6
L87 BURSITE / TENDINITE / SINOVITE, NE		321	7
P74 DISTÚRBO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE		312	8
P17 ABUSO DO TABACO		258	9
W11 CONTRACEPÇÃO ORAL		250	10
K87 HIPERTENSÃO COM COMPLICAÇÕES		225	11
K86 HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES		223	12
L92 SÍNDROME DO OMBRO DOLOROSO		186	13
T90 DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE		186	13
K95 VEIAS VARICOSAS DA PERNA		181	15

Do ficheiro do Enfermeiro de família L. (Figura 5) identificamos, de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC), que no topo da lista constam as alterações do metabolismo dos lípidos (733 casos registados) seguidos do excesso de peso (640 casos registados) e a obesidade (381 casos registados) o que evidencia a importância do planeamento de estratégias de prevenção e acompanhamento na doença crónica.

Programas da carteira de serviços da USF de T.: carteira básica e adicional

As USF são unidades de cuidados personalizados, formadas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com autonomia funcional e técnica, que desenvolvem a sua atividade com base na contratualização de objetivos e que garantem aos cidadãos nelas inscritos uma carteira básica de serviços (Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto, n.º 3 do artigo 38.º).

A carteira básica de serviços é aplicável a todas as USF, independentemente do seu modelo e dos diversos enquadramentos jurídico-institucionais que a cada uma delas possam ser atribuídos, e constitui a base do compromisso assistencial nuclear, sendo igual em tipo e qualidade, variando apenas os aspetos quantitativos de número de cidadãos abrangidos, horários disponibilizados e serviços adicionais ou complementares, intitulados carteira adicional de serviços, contratualizados com a ULS, em sede de candidatura ou nas épocas para tal definidas e revistos anualmente. O compromisso assistencial explicita o que deve ser obrigatoriamente contratualizado como fundamental em termos de cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem: núcleo base de serviços clínicos, secretariado clínico/administrativo, funcionamento, dimensão da lista de utentes e formação contínua (Despacho nº14237/2024). Da carteira básica de serviços da USF de T. constam a consulta aberta do próprio profissional, consulta de reforço (destinado a referências pela saúde 24), consulta programada agendada pelo médico, consulta programada agendada

pelo utente, consulta programada agendada para Programas de Vigilância em Saúde (Diabetes, Hipertensão Arterial, Saúde Materna, Planeamento Familiar/Saúde da Mulher e Saúde Infantil/Juvenil) consulta domiciliária (médica e de enfermagem) e outros atendimentos de enfermagem (Regulamento Interno, 2025). Com base no despacho supracitado, a USF de T. disponibiliza um enfermeiro e um médico para a Unidade Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Unidade de CR, no período das 9h às 12h de forma semanal (sexta-feira), para a saúde da Mulher, com consultas de Planeamento Familiar em mulheres com idades compreendidas dos 15 anos de idade aos 53 anos de idade, e Rastreio do Colo do Útero para mulheres com idades compreendidas entre os 30 e 69 anos de idade de acordo com a Norma 09/2024 de 17/10/2024.

1.3.1 - Consulta de enfermagem no domicílio e os critérios para a realização de consulta de enfermagem no domicílio

A visitação domiciliária é fundamental para o acompanhamento dos utentes/famílias na prestação de cuidados de enfermagem e identificação de necessidades em saúde, em todas as etapas do ciclo de vida, sendo o enfermeiro um dos elementos da equipa de saúde a efetuar essa intervenção numa abordagem colaborativa com a família. A USF de T. detém um procedimento relativo à visitação domiciliária de enfermagem à pessoa em situação de dependência, onde constam os aspetos a ter em conta para a admissão de utentes em VD, os procedimentos a adotar pelos enfermeiros na primeira vista ao utente/família assim como os critérios de exclusão. A USF de T. realiza consulta de visitação domiciliária a utentes que se encontrem em situação de dependência física ou funcional reconhecida, permanente ou de forma temporária, que os impossibilitem da deslocação à USF. Esta VD poderá ser de índole curativa, paliativa, de promoção/prevenção, de vigilância e/ou para referenciação outros serviços de apoio. A equipa de saúde familiar é constituída por um médico (quando solicitado) um enfermeiro e um auxiliar e é programada a partir do pedido do utente/pessoa significativa ou por iniciativa do profissional de saúde, ocorrendo em dias estipulados (segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras) sempre em colaboração em rede com os serviços de apoio disponíveis, sendo a periodicidade das VD da responsabilidade do enfermeiro tendo por base a avaliação e plano de cuidados do utente/família. Como critérios de admissão para a VD estão contempladas as situações em que se verifiquem a existência de dependência do utente nos casos de úlceras por pressão e/ou feridas, dificuldade na hidratação e/ou alimentação, utentes com dispositivos médicos para vigilância ou manutenção, agudização de doenças crónicas, utentes com alta hospitalar recente e/ou com agravamento recente do nível de dependência sem capacidade de deambulação, para reavaliação e instituição de plano terapêutico, utentes em fase de necessidade de ações paliativas e eventual referenciação e utentes com necessidade justificada para administração de medicação (Procedimento 02 relativo à visitação domiciliária de enfermagem à pessoa em situação de dependência de 28/11/2023). As situações que não se insiram nos critérios anteriormente mencionados poderão ser agendados consoante a disponibilidade, e avaliados e discutidos em equipa.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Apesar da sua longa trajetória histórica, uma profissão que ambiciona afirmar-se como científica, enfrenta o desafio de desenvolver um corpo de conhecimento próprio e distintivo. A enfermagem tem vindo a superar este obstáculo através de uma sucessão de marcos que culminaram na construção de um saber científico autónomo. A investigação em enfermagem, iniciada na década de 1950, é hoje reconhecida como uma forma legítima de saber, distinta da investigação médica e de outras disciplinas, progredindo de forma contínua com base em paradigmas que orientam tanto a investigação como a prática. Estes paradigmas foram influenciados por diversas escolas filosóficas e científicas, permitindo à enfermagem integrar contributos externos enquanto desenvolve uma visão própria da disciplina. Esta evolução transitou de uma prática assente em tradições e experiência clínica para uma fundamentada em evidências científicas, com o desenvolvimento de teorias e modelos conceptuais que guiam a tomada de decisão clínica e a investigação. Este processo culminou na definição do metaparadigma da enfermagem, composto pelos conceitos centrais de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem, proposto por Jacqueline Fawcett em 1978 e refinado ao longo dos anos, fornecendo uma estrutura global para organizar e integrar o conhecimento disciplinar (Martins, 2024, como citado em Néné et al., 2024). Nesta compreensão da disciplina e das noções fundamentais que a sustentam, a Ordem Enfermeiros (OE) descreve as seguintes premissas: Saúde, Família, Ambiente e Enfermagem. A saúde é entendida como um processo dinâmico, multidimensional e contextual, que integra dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais, não se restringindo à ausência de doença, mas traduzindo-se na capacidade da pessoa e da família para gerir transições, responder a desafios e mobilizar recursos para manter ou melhorar o seu bem-estar. A família é concebida como unidade de cuidado e sistema relacional, no qual se constroem identidades, significados e padrões de interação que influenciam de forma decisiva a experiência de saúde e doença dos seus membros ao longo do ciclo vital (OE, 2017). O ambiente engloba os contextos físico, social, cultural, económico e político em que a pessoa e a família vivem e se desenvolvem, condicionando oportunidades, vulnerabilidades e recursos disponíveis para a promoção da saúde e a gestão da doença (OE, 2017). A enfermagem é a disciplina e a prática profissional que, com base em conhecimento científico próprio e em modelos conceptuais, estabelece relações terapêuticas com pessoas e famílias, avalia as suas respostas aos processos de saúde–doença e implementa intervenções intencionalmente dirigidas à promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e alívio do sofrimento (OE, 2017).

O paradigma da categorização, predominante nos séculos XVIII e XIX, adotava uma visão reducionista inspirada no modelo biomédico, focando na classificação isolada e mensurável de sintomas e doenças, com causalidade linear. Na prática de enfermagem, isso se traduzia em intervenções técnicas fragmentadas, sem considerar o contexto holístico ou as interações sociais, limitando-se a uma abordagem mecânica e individualista. Em contraste, o paradigma da integração surgiu na década de 1950, pós-Segunda Guerra Mundial, influenciado por teorias como a de Virgínia Henderson, enfatizando a interconexão multidimensional da pessoa biopsicossocial, cultural e ambiental. Aqui, o enfermeiro atua como facilitador do equilíbrio e da autonomia do utente, promovendo cuidados holísticos que integram necessidades físicas, emocionais e sociais em um todo interdependente. Já o paradigma da transformação, consolidado a partir dos anos 1970-1980, marca uma rutura paradigmática, vendo a enfermagem como processo dinâmico e mutável, adaptável a contextos sociais, tecnológicos e culturais, com ênfase em padrões unitários, empoderamento e evolução

contínua da pessoa como ser único. Exemplos incluem inovações como telemedicina ou cuidados comunitários centrados na família (Néné et al., 2024).

Apesar das mudanças sociais e históricas, e da evolução científica e tecnológica, mantém-se o reconhecimento da família como o contexto natural para o desenvolvimento, autonomização e socialização dos seus membros, bem como a sua capacidade de auto-organização, expressando a sua singularidade nos processos de transição ao longo do ciclo vital e na construção do potencial de saúde de cada um dos seus elementos (Figueiredo, 2023). Na década de 1990, o Conselho internacional dos Enfermeiros (ICN) reconhecia a importância de os sistemas de saúde apoiarem a enfermagem centrada na família e o desenvolvimento de programas que incluíssem o enfermeiro de saúde familiar, salientando a necessidade de políticas de regulação das práticas. De acordo com Shober e Affara (2001, como citado em Figueiredo, 2023), essa regulação deveria permitir a adaptação às prioridades de saúde, às necessidades específicas de cada país e ao que é considerado uma prática aceitável. Segundo os autores supracitados, perante a grande diversidade de contextos em que os enfermeiros prestam cuidados, a definição de competências integraria os princípios fundamentais da prática de cuidados à família, condicionada por vários fatores macrossistémicos como sistemas de saúde, padrões demográficos, determinantes de saúde a nível social, político, cultural, económico, biológico e recursos da comunidade. Segundo Shober e Affara (2001, como citado em Figueiredo, 2023), foram identificadas as competências essenciais reconhecidas para os enfermeiros de cuidados de saúde primários, incluindo as de enfermagem familiar, abrangendo áreas como a liderança, a monitorização e avaliação contínua, e uma abordagem centrada na família. Estas competências distribuem-se por domínios, nomeadamente o domínio clínico, a gestão, a literacia em saúde e a investigação, todas elas aplicadas ao contexto familiar. A competência em enfermagem familiar pressupõe um profundo conhecimento das dinâmicas familiares, das fases do ciclo vital familiar e das competências transversais que facultam a gestão de programas de saúde familiar, seja de forma autónoma, seja em equipas multidisciplinares.

A enfermagem de saúde familiar tem-se vindo a consolidar nas últimas duas décadas, articulando marcos históricos relevantes, nomeadamente a reorganização dos cuidados de saúde primários, o incremento da produção científica e a expansão da oferta de formação pós-graduada, associados a uma marcada dimensão política e social protagonizada pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Já em 2015, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015/b) trabalhava na definição da missão dos enfermeiros de saúde familiar, descrevendo-a como:

A prestação de cuidados à família, enquanto unidade de cuidados, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;

A prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, focalizando-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente;

A identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na Saúde Familiar;

O reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde;

Ser parceiro na gestão na promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia;

Ser elo entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde;

Ser mediador na definição das políticas de saúde dirigidas à família.

Já em 2007, em Portugal, se discutia o conceito de enfermeiro de família, tendo este surgido com a regulamentação das USF (Decreto-Lei nº. 298/2007 de 22 de Agosto). Em paralelo, a prática de enfermagem com famílias tem sido influenciada por referenciais internacionais, nomeadamente o quadro conceptual da política “Saúde para Todos” na Região Europeia da Organização Mundial da Saúde (Saúde 21), que, entre as

21 metas definidas, reforça o objetivo de saúde para todos no século XXI e introduz o conceito de enfermeiro de saúde familiar (Figueiredo, 2023).

2.1. MODELOS DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E TEORIA DAS TRANSIÇÕES

A enfermagem de saúde familiar, enquanto campo disciplinar da enfermagem, ancora a sua prática e o seu desenvolvimento teórico em referenciais próprios e em contributos de outras disciplinas do conhecimento. Nesse sentido, o corpo de conhecimentos e a consolidação teórica da enfermagem de saúde familiar emergem da interseção entre teorias das ciências sociais, da terapia familiar e das teorias de enfermagem (Figueiredo, 2023). Segundo Hanson (2005, como citado em Figueiredo, 2012), são sobretudo as teorias de terapia familiar que mais têm contribuído para o desenvolvimento das práticas terapêuticas no âmbito dos cuidados de enfermagem dirigidos às famílias.

À semelhança do que ocorreu com as abordagens desenvolvidas no campo da terapia familiar, que em conjunto contribuíram para a construção e consolidação do conhecimento em enfermagem de família, também diversos modelos e teorias de enfermagem têm sustentado a expansão das práticas dirigidas ao sistema familiar e, em paralelo, a sua afirmação conceptual. Neste âmbito, destacam-se, em particular, as teorias de Imogene King, Callista Roy, Dorothea Orem, Martha Rogers, Betty Neuman e Moyra Allen, frequentemente apontadas na literatura como referências centrais para o desenvolvimento da enfermagem de família (Figueiredo, 2012).

Os modelos conceptuais de enfermagem oferecem diferentes perspetivas para a prática, funcionando como guia para a formação, a investigação e a gestão dos cuidados. Atuam como ponte entre teoria e prática, ajudando o enfermeiro a clarificar os elementos de uma situação concreta e as relações entre eles, apoiando o seu raciocínio e a tomada de decisão (Wesley, 1997, como citado em Figueiredo, 2012). Articulados com o processo de enfermagem, estes modelos sustentam decisões clínicas e fornecem uma estrutura organizada para o planeamento, implementação e avaliação das intervenções, especialmente quando se adota uma abordagem colaborativa e sistémica junto das famílias. Historicamente, muitos modelos e teorias focaram sobretudo os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, considerando a família como parte do ambiente, com potencial protetor ou de risco ao longo da trajetória de vida dos indivíduos. Posteriormente, a família passou a ser reconhecida explicitamente como alvo e contexto de cuidados, dando origem a modelos e teorias específicos de avaliação e intervenção familiar, entre os quais se inclui o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e a teoria das transições de Meleis (Figueiredo, 2012).

A Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis (2010), é uma teoria de médio alcance que explica os processos de mudança vividos por indivíduos e famílias ao passarem de um estado existencial relativamente estável para outro, desencadeados por eventos ou alterações significativas. Meleis define transição como uma passagem entre dois estados estáveis que envolve elementos estruturantes fundamentais: a natureza da transição, que pode ser desenvolvimental (como a parentalidade), situacional (casamento, imigração), de saúde/doença (diagnóstico crónico, recuperação) ou organizacional; as condições facilitadoras e inibidoras, abrangendo fatores pessoais como expectativas e competências do pai, comunitários como rede de apoio familiar, e sociais como normas culturais sobre paternidade; os padrões de resposta, divididos em processuais (consciencialização da nova identidade paterna, empenhamento em aprender cuidados, mudança nas rotinas familiares) e de resultado (mestria nas competências parentais, integração da identidade paterna e bem-estar relacional); e as intervenções de enfermagem, como a suplementação de papéis para prevenir insuficiências

e os cuidados transicionais para promover resultados saudáveis (Meleis, 2010). Mudanças no estado de saúde podem representar oportunidades de maior bem-estar, mas também expor indivíduos a riscos acrescidos de doença e desencadear processos transitórios. A vulnerabilidade emerge como característica da vida quotidiana, revelada pela compreensão das experiências e respostas dos utentes durante transições, relacionando-se com interações e condições ambientais que predispõem a danos potenciais, recuperação prolongada ou coping disfuncional. A rotina diária, os ambientes e as relações são configurados pela natureza, condições, significados e processos das transições, que simultaneamente resultam de e provocam alterações nas vidas, saúde, relações e contextos ambientais. Os enfermeiros assumem frequentemente o papel de principais cuidadores dos utentes e famílias em transição, respondendo às mudanças e demandas que estas introduzem na vida quotidiana. Preparando para transições iminentes e facilitando a aquisição de novas competências face a experiências de saúde e doença, os enfermeiros intervêm em exemplos paradigmáticos, entre outros, como a parentalidade (Meleis, 2012).

2.2 FAMÍLIA E A EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, a Ordem dos Enfermeiros define família como:

(...) grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo. (OE, 2015c, p. 17386)

Segundo Figueiredo, 2012, o conceito de família é compreendido numa perspetiva sistémica, integrando variáveis relacionadas com a autodeterminação familiar e a centralidade dos vínculos afetivos que a caracterizam. Nesta perspetiva, a família é concebida como um sistema complexo, dotado de dimensões evolutivas e contextuais que, em interação com o ambiente, constroem um percurso identitário próprio. A interdependência entre os seus membros, expressa em redes dinâmicas de relações ao longo do tempo, gera processos de coevolução e covariação que configuram a família como uma totalidade coerente, distinta da mera soma das partes. Qualquer mudança num dos elementos repercute-se no conjunto do sistema, exigindo ajustamentos orientados para a manutenção de um equilíbrio dinâmico. Desta rede múltipla de interações emergem processos de co-construção evolutiva, inerentes à complexidade e multidimensionalidade da família (Figueiredo, 2012).

As profundas transformações verificadas na sociedade portuguesa têm-se traduzido em mudanças significativas na estrutura e na organização familiar, não apenas através do surgimento de novas formas de família, mas também pela crescente diversidade de interações conjugais no seio de configurações tradicionais, como a família nuclear. Apesar destes processos de mudança, a família mantém-se como unidade emocional e afetiva central, definida predominantemente pelas suas dimensões psicológica e social (Figueiredo, 2009, como citado em Figueiredo, 2023).

Neste enquadramento, as famílias são compreendidas como espaços privilegiados de cuidado e suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se simultaneamente como unidades dotadas de energia e capacidade auto-organizativa na gestão dos desafios e transições ao longo do ciclo vital (Figueiredo, 2023).

Segundo Wright e Leahey (2009) os enfermeiros têm um compromisso ético e moral de incluir as famílias nos cuidados, sublinhando que a família influencia de forma significativa a saúde e a doença de cada um dos seus membros. Ao proporem a família, e não apenas o indivíduo, como unidade de cuidados, as autoras colocam a enfermagem na obrigação de olhar para as relações, padrões de comunicação e crenças familiares sempre que intervém em contextos de doença ou de promoção de saúde. Este enquadramento sustenta o estudo da parentalidade no masculino, uma vez que o tornar-se pai é vivido no seio de um sistema familiar e não de forma isolada pelo homem, justificando que as intervenções enquanto EEECESF considerem a família como alvo central da sua prática. A evolução da enfermagem de família acompanha a própria história da profissão. Nos primórdios, quando os cuidados eram prestados sobretudo no domicílio, a presença da família e a centralidade das relações familiares eram dadas como naturais, ainda que pouco problematizadas do ponto de vista teórico. Com a deslocação da prática para o hospital, especialmente a partir da Grande Depressão e da Segunda Guerra Mundial, as famílias foram progressivamente afastadas dos contextos de cuidado, deixando de participar em momentos cruciais do ciclo vital, como o nascimento e a morte. Só mais tarde, à medida que o conhecimento em enfermagem se foi desenvolvendo, a literatura começou a recuperar de forma crítica o lugar da família, documentando a sua importância na saúde e na doença e propondo modelos específicos de avaliação e intervenção. A emergência da enfermagem de família, em vários países e sistemas de saúde, marca assim um “fechar de ciclo”: volta-se a convidar a família para o centro do cuidar, agora com base em modelos conceptuais claros, evidência de investigação e maior sofisticação relacional e ética, promovendo a transição de um pensamento individualista para um verdadeiro “pensar na família” (Wright et al., 2009).

Wright e Leahey (2009) argumentam que, perante a complexidade inerente à família, os enfermeiros necessitam de estruturas conceptuais claras que organizem dados díspares e direcionem a intervenção clínica. O Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), por estruturar a avaliação em dimensões de estrutura, desenvolvimento e funcionamento, oferece ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF) um “mapa” sistemático para compreender o sistema familiar na fase crítica da transição para a parentalidade. Assim, nas consultas de enfermagem, o EEECESF pode identificar o envolvimento paterno, mapear forças e vulnerabilidades da coparentalidade e planejar intervenções promotoras específicas, transformando informação aparentemente caótica em ação clínica focada e eficaz. Segundo Bulechek e McCloskey (2000, como citado em Wright e Leahey, 2009), definem intervenções de enfermagem como tratamentos baseados em julgamento clínico dirigidos a famílias, abrangendo cuidados diretos e indiretos para melhorar resultados familiares. Wright e Bell (2019) expandem esta perspetiva, considerando intervenções como ações terapêuticas intencionais no contexto relacional enfermeira-família, incluindo reações cognitivo-afetivas do enfermeiro que promovem o funcionamento familiar. Estas definições fundamentam as intervenções promotoras da transição para a parentalidade no masculino como atos conscientes e observáveis do EEECESF, realizados nas consultas de enfermagem, que vão “além” do cuidado tradicional à mãe/bebé para incluir ativamente o pai no sistema familiar. As mesmas autoras enfatizam que as intervenções de enfermagem centram-se no comportamento observável do enfermeiro e na resposta da família, concretizando-se exclusivamente no contexto relacional interativo enfermeiro-família. O objetivo primordial é efetuar mudança através de intervenções que “encaixem” na estrutura biopsicossocial-espiritual da família específica, rejeitando abordagens padronizadas em favor de estratégias co-construídas colaborativamente. Assim, nas consultas de enfermagem, o EEECESF, através de perguntas intencionais e validação das respostas

paternas, cria um “convite relacional” que facilita a reorganização familiar em torno do novo papel do pai, promovendo mudanças concretas no sistema familiar.

2.2.1. Transição para a parentalidade

O ciclo vital da família corresponde a uma sequência previsível de etapas de desenvolvimento, marcada por transformações na sua estrutura decorrentes do cumprimento de tarefas específicas associadas a cada fase. A compreensão do ciclo vital como um percurso conjetural, que simultaneamente torna visíveis os processos de evolução transacional singulares de cada família, possibilita a implementação de cuidados antecipatórios orientados para a sua capacitação. Mediante o desenvolvimento das tarefas essenciais de cada etapa, a família pode ser progressivamente preparada para enfrentar transições subsequentes, na medida em que as transformações inerentes ao desenvolvimento familiar impulsionam mudanças ao nível do funcionamento estrutural e dos processos de interação familiar (Figueiredo, M.H., 2023).

Encontram-se descritos na literatura vários modelos compreensivos do ciclo vital da família, destacando-se, entre os mais utilizados, o modelo de ciclo de vida proposto por Duvall e Miller, o modelo de Carter e McGoldrick e o modelo de Relvas. Estes modelos partilham um esquema de classificação em etapas, que pressupõe uma sequência previsível de mudanças na organização familiar ao longo do tempo, diferenciando-se pelo aparecimento ou saída de elementos da família, pela assunção de novas tarefas desenvolvimentais e pelo posicionamento geracional dos filhos no seio familiar (Figueiredo, M.H., 2023 citando Alarcão, 2000).

O modelo de ciclo vital das famílias proposto por Relvas (2000) é constituído por cinco etapas: a formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes e família com filhos adultos; e distingue-se dos anteriores pelo facto de ter como referência a cultura portuguesa. A segunda etapa é caracterizada pela família com filhos pequenos – etapa da família que acompanhei e em que apliquei o MCAF, em APÊNDICE I, em que importa a reorganização familiar, pela definição de papéis parentais e filiais, e também de limites face ao exterior, em que é importante a abertura à família de origem e à comunidade.

Neste quadro, o papel do EEECESF torna-se central, uma vez que é este profissional que, ao conhecer o tipo de acontecimento em curso e o estágio de transição em que a família se encontra, pode intervir de forma antecipatória, promovendo a adaptação e encurtando o tempo necessário até ao novo ponto de equilíbrio. Ao facilitar a preparação para os acontecimentos normativos, o EEECESF contribui para reforçar as competências familiares de gestão da crise, apoiar a reorganização dos papéis e recursos e favorecer a consolidação da nova condição de estabilidade.

Para Figueiredo, M.H., 2023, importa salientar que a capacidade da família para gerir as transições, bem como o tempo necessário para alcançar um novo ponto de equilíbrio, depende do tipo de acontecimento envolvido. Quando se trata de um acontecimento normativo, este possibilita uma preparação antecipada, potenciando a capacidade de adaptação da família e permitindo-lhe organizar-se face à crise iminente. Assim, a duração da transição corresponde ao intervalo de tempo que medeia entre a antecipação, sempre que possível, da necessidade de mudança e a subsequente estabilização na nova condição.

O ciclo de vida da família encontra-se profundamente influenciado pela experiência da parentalidade. O nascimento do primeiro filho constitui um marco decisivo neste processo, sendo o evento que mais transforma a família, ao gerar novos graus de parentesco, originar novos subsistemas e papéis, tanto na família nuclear como na família alargada, e ao implicar uma reconfiguração das fronteiras familiares (Figueiredo, M.H., 2023).

As transições para a parentalidade e no exercício da parentalidade configuram transições desenvolvimentais de elevada complexidade, com contornos temporais difíceis de delimitar e sujeitas a constantes mudanças. Estas implicam ruturas nas rotinas previamente estabelecidas e alterações significativas nos padrões de relacionamento no seio da família e entre a família e o seu contexto, conforme preconizado por Meleis, 2000 citado por Figueiredo, M.H., 2023.

Segundo Alarcão, M., 2002, a transição para a parentalidade representa um marco crítico no ciclo de desenvolvimento familiar, configurando-se como uma crise normativa que exige adaptações sistémicas profundas. Neste processo, a chegada do filho introduz alterações qualitativas no sistema familiar – entendido como aberto, dinâmico e informacionalmente fechado, desencadeando a necessidade de morfogénese, isto é, transformações estruturais que transcendem a mera homeostase reativa para promover um equilíbrio evolutivo.

Alarcão postula que tais transições geram tensão paradoxal: por um lado, a manutenção das regras familiares pré-existentes (rigidificação de hierarquias e normas de género tradicionais) podem levar a sintomas disfuncionais, como o distanciamento afetivo do pai, triangulações disfuncionais (ex.: pai-mãe-bebé) ou exclusão do sub-sistema conjugal; por outro lado, essa tensão sinaliza potencial criativo para mudança de segunda ordem, via reestruturação profunda das alianças e papéis parentais.

A transição para a parentalidade implica a passagem de um relacionamento diádico para um sistema familiar mais complexo, em que emerge uma relação de coparentalidade centrada na forma como os pais coordenam práticas educativas, se apoiam mutuamente e partilham responsabilidades (F.Kubra Aytaç-DiCarlo, Sarah J. Schoppe-Sullivan and Michael B. Wells, 2025).

A coparentalidade pode ser entendida, na perspetiva de Feinberg, 2003 citado por Figueiredo, M.H., 2023, como a forma como as figuras parentais articulam e coordenam, de modo concertado, o exercício do papel parental no cuidado de uma mesma criança, ultrapassando as competências individuais de cada progenitor e centrando-se na forma como atuam em conjunto. O modelo proposto por Feinberg identifica quatro componentes fundamentais da relação coparental: a gestão conjunta da família (joint family management), a divisão do trabalho e das tarefas relacionadas com a criança, o grau de acordo relativamente às práticas de cuidado e educação (childrearing agreement) e o suporte versus sabotagem do parceiro no desempenho do papel parental, podendo estas dimensões manifestar-se em diferentes graus e combinar-se de múltiplas formas ao longo do tempo. Coparentalidade cooperante, com baixo conflito, associa-se a melhores resultados socioemocionais e de desenvolvimento infantil, enquanto conflitos coparentais se relacionam com problemas internalizantes e externalizantes e maior insegurança na vinculação (Aytaç-DiCarlo et al., 2025). O estudo longitudinal sueco “Nurses interactions shape coparenting relationships during early parenthood: a longitudinal study of fathers with infants in Sweden de Aytaç-DiCarlo et al., 2025, mostra ainda que a qualidade da coparentalidade tende a diminuir por volta dos 18 meses da criança, sugerindo períodos críticos (por exemplo, início da licença do pai, entrada na creche) em que o apoio clínico continuado pode ser determinante para sustentar dinâmicas coparentais saudáveis. Well, Gedaly e Aronson (2021) citado por Aytaç-DiCarlo et al., 2025, verificaram que a frequência dos Centros de Saúde Comunitários e o apoio total dos enfermeiros estavam associados a relações de coparentalidade mais positivas.

Os resultados de Wells et al. (2024) evidenciam que os profissionais de saúde assumem um papel central enquanto figuras de apoio para os novos pais ao longo da transição para a parentalidade. De forma convergente, Schobinger et al. (2024) destacam que apoiar os pais na assunção do seu novo papel constitui um componente essencial dos cuidados pós-natais, enfatizando a importância das dimensões relacionais e emocionais do acompanhamento. Deste modo, a forma como estas recomendações são efetivamente operacionalizadas na prática clínica torna-se decisiva, influenciando de maneira significativa a experiência subjetiva dos pais em relação aos cuidados recebidos.

Neste contexto, os enfermeiros, enquanto principais promotores da saúde familiar, devem apreender aprofundadamente, a forma como esta teia relacional se configura ao longo do processo de transição da família para e na parentalidade, de modo a favorecer o seu desenvolvimento saudável.

2.2.2. Transição parentalidade no masculino

Van Egeren (2004, como citado em Figueiredo, 2023) destaca que os homens mais envolvidos e mais satisfeitos na sua relação conjugal revelam maior capacidade para ajustar essa relação às exigências da parentalidade, prestando um apoio acrescido à companheira e experienciando uma coparentalidade mais positiva, enquanto se mostram, em comparação com as mulheres, menos vulneráveis às mudanças contextuais associadas a este processo. Nesta linha, Wall (2010, como citado em Figueiredo, 2023) salienta que o envolvimento do homem na vida da família se configura como um fator de proximidade relacional e de satisfação para todos os seus membros, reforçando a importância da participação ativa paterna no quotidiano familiar. No contexto da paternidade, o homem enfrenta renegociações específicas, frequentemente subvalorizadas em abordagens tradicionais, onde normas culturais de masculinidade limitam o envolvimento na díade pai-filho, favorecendo superposições à relação mãe-bebé e comprometendo a coesão familiar.

A transição para a parentalidade, em particular para a paternidade, constitui um processo complexo, marcado por mudanças identitárias, emocionais e relacionais profundas, que exige um suporte profissional sensível e estruturado (Leanderz et al., 2025; Aytaç-DiCarlo et al., 2025). Autores como Cabrera, Schoppe-Sullivan e Yogman (como citado em Wells et al., 2024) salientam que o aumento do envolvimento paterno nos cuidados quotidianos, nas últimas décadas, faz da transição para a paternidade um momento crítico para a saúde familiar e o desenvolvimento infantil, dado que o vínculo pai-bebé precoce se associa a resultados positivos ao nível sócio emocional, cognitivo e do funcionamento executivo da criança.

A literatura recente evidência que as interações dos enfermeiros podem facilitar ou dificultar esta transição, influenciando o envolvimento do pai, a qualidade da coparentalidade e, conseqüentemente, o bem-estar familiar (Aytaç-DiCarlo et al., 2025).

Wells et al. (2024) conceptualizam o apoio profissional como o suporte emocional, informativo e instrumental proporcionado por profissionais, em particular enfermeiros, para ajudar os pais a gerir a transição para a parentalidade, sendo as consultas pré-natais, perinatais e pós-natais momentos privilegiados para a sua concretização. Neste estudo é reforçado, que estes contactos regulares permitem não só promover o envolvimento paterno e uma parentalidade mais responsiva e sensível, como também recolher informação sobre o funcionamento parental, o que contribui para prevenir sofrimento psicológico perinatal e perturbações na ligação pais-bebé.

O estudo de Wells et al. (2024) aponta que os pais tendem a não dispor de apoio profissional e social suficientemente adequado, recebendo menos suporte por parte dos profissionais de saúde do que as mães ao longo dos primeiros anos de vida da criança. Os benefícios do apoio profissional dirigido a pais primíparos têm sido mais frequentemente descritos, sustentando a perceção de que estes necessitam de maior suporte pela ausência de experiência prévia na parentalidade. Todavia, os pais múltiparos podem enfrentar dificuldades em disponibilizar tempo, nomeadamente tempo de qualidade, para o recém-nascido, quando estão mais envolvidos nos cuidados ao filho mais velho, o que pode reduzir as oportunidades de fortalecimento da vinculação ao novo bebé.

Tornar-se pai é descrito “as a major and na overwhelming life event” em que os homens se confrontam com uma responsabilidade permanente, sentimentos inesperados e uma reorganização profunda de si próprios e da relação com a parceira (Leanderz et al., 2025). Pais suecos relatam que a experiência da paternidade se

centra em sentir ligação (ao filho, à parceira e aos amigos) e em criar estratégias para lidar com a nova situação, como ser flexível, gerir preocupações, procurar apoio, incluindo o apoio digital, e encontrar momentos de solidão para cuidar melhor de si (ir ao cinema, fazer exercício no ginásio, ouvir música, cozinhar, ver televisão ou cuidar do jardim) (Leanderz et al., 2025).

Simultaneamente, recorrem de forma intensiva a meios digitais (aplicações, fóruns, vídeos, podcasts) para obter informação e suporte, o que pode reforçar a sensação de competência e pertença, mas também aumentar a ansiedade perante informação contraditória e ideais irreais de “boa parentalidade” (Leanderz et al., 2025). Estudos referem que o papel dos enfermeiros vai para além da prestação de cuidados, podendo igualmente atuar como intermediários na experiência de cuidados familiares, e embora os enfermeiros sejam fundamentais no apoio aos pais e na garantia de cuidados infantis eficazes, a sua abordagem pode influenciar o nível de envolvimento dos pais e a sua ligação ao processo de cuidados. Assim a forma como os enfermeiros interagem com os pais, por exemplo através de comportamentos de apoio e que facilitem a comunicação, pode ter um impacto significativo no envolvimento paterno e na qualidade global dos cuidados centrados na família (Aytaç-DiCarlo et al., 2025). Em um estudo longitudinal sueco com 413 pais, verificou-se que quando os pais percecionam que as enfermeiras respondem às suas perguntas, a relação de coparentalidade melhora significativamente no momento inicial como no seguimento aos seis meses, no entanto, o simples facto de “fazer perguntas segundo as guidelines” tem um efeito mais modesto (Aytaç-DiCarlo et al., 2025). Isto sugere que comportamentos de comunicação responsiva – escutar, legitimar dúvidas, dar informação clara e adaptada – funcionam como “gate-opening behaviours” que reforçam o envolvimento paterno e a cooperação coparental (Aytaç-DiCarlo et al., 2025; Wells et al., 2021 como citado em Aytaç-DiCarlo et al., 2025). Adicionalmente, programas estruturados – como visitas específicas dirigidas ao pai/pai não biológico, conversas individuais sobre a relação de casal, divisão de tarefas, saúde mental e coparentalidade, mostram-se viáveis e promissores para melhorar apoio à transição parental, fortalecer a coparentalidade e aumentar o envolvimento do pai nos cuidados precoces (Wells et al., 2021, como citado em Aytaç-DiCarlo et al., 2025). Em conjunto, estes estudos sustentam que a transição para a paternidade é um processo existencial, relacional e contextual, em que a forma como enfermeiras/os interagem com os pais pode promover ou inibir a sua participação, o vínculo ao bebé e a qualidade da coparentalidade (Leanderz et al., 2025; Aytaç-DiCarlo et al., 2025). Uma vez que uma forte ligação entre pai e filho prevê resultados importantes para a criança, como um melhor desenvolvimento sócio emocional, e porque o apoio profissional inadequado aos pais prevê um pior desenvolvimento sócio emocional da criança, devem ser realizados esforços clínicos para garantir que os pais, recebem apoio profissional (Wells et al., 2024). Os profissionais devem igualmente estar cientes das diferenças na capacidade de vinculação entre pais primários e múltiplos, e da eventual necessidade de apoio clínico adicional (Wells et al., 2024).

A literatura enfatiza a necessidade de cuidados de enfermagem centrados na família que: incluam o pai de forma explícita, ofereçam espaços de conversa reflexiva sobre a experiência de se tornar pai, conciliem estratégias reativas (responder a dúvidas) e proactivas (questionar domínios sensíveis como relação de casal, partilha de responsabilidades e saúde mental), e utilizem também meios digitais como extensão do apoio (Leanderz et al., 2025; Aytaç-DiCarlo et al., 2025).

2.3. O PROCESSO DE ENFERMAGEM E AS INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA PARENTALIDADE NO MASCULINO

De acordo com Meleis (2012, como citado em Néné et al., 2024), o processo de enfermagem constitui o método através do qual os enfermeiros organizam e desenvolvem a sua prática, configurando uma sistematização dos cuidados dirigida ao alcance dos objetivos terapêuticos definidos. O processo de enfermagem deve ser utilizado pelos enfermeiros no sentido de elaborarem diagnósticos de enfermagem e estabelecerem planos de cuidados individualizados que respondam às necessidades da pessoa (Néné et al., 2024). O processo de enfermagem é apresentado por Néné et al. (2024) como uma aplicação específica do método científico à prática de enfermagem, constituindo o referencial que orienta a tomada de decisão clínica do enfermeiro em qualquer contexto de saúde. Independentemente da teoria de enfermagem adotada, este processo permite construir, em parceria com a pessoa e a família, um plano de cuidados complexo, singular e ajustado às suas necessidades, garantindo a prestação de cuidados individualizados.

O Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), de Wright e Leahey, é uma estrutura integrada e multidimensional que orienta a avaliação do sistema familiar numa perspetiva sistémica, analisando a sua organização, dinâmica e relações com outros sistemas, incluindo a enfermagem. O modelo propõe uma leitura macro da família através de três grandes dimensões – estrutura, desenvolvimento e funcionamento – cada uma desdobrada em subcategorias que permitem uma apreciação mais fina dos elementos e interações que definem cada família (Figueiredo, 2023). Na aplicação do MCAF a uma família da USF onde decorreu o estágio, apresentada no APÊNDICE I, recorreram-se aos diferentes instrumentos de avaliação familiar previamente descritos, procedendo-se à construção de um processo de enfermagem. A partir das intervenções de diagnóstico identificaram-se os focos e diagnósticos de enfermagem, estabeleceram-se prioridades e elaborou-se o plano de cuidados, implementaram-se as intervenções com posterior avaliação dos resultados dessas intervenções.

O papel parental pode ser entendido como o conjunto de tarefas, responsabilidades e comportamentos que a pessoa que assume o cuidado da criança desenvolve, mobilizando conhecimentos e capacidades para responder às suas necessidades e promover o seu desenvolvimento (Melo, 2021). No âmbito do processo de enfermagem, o papel parental constitui simultaneamente um foco central de avaliação e o principal alvo das intervenções de enfermagem. Na fase de avaliação, o enfermeiro aprecia de forma sistemática como o pai e a mãe concretizam esse papel, explorando conhecimentos, competências práticas, comportamentos de cuidado, sentimentos face à parentalidade, existência de consenso ou conflito entre os progenitores e sinais de sobrecarga ou saturação. A partir desta leitura emergem diagnósticos de enfermagem centrados no papel parental (por exemplo, desempenho do papel parental comprometido, risco de sobrecarga no papel parental ou disponibilidade para reforçar o papel parental), intimamente ligados à transição normativa para a parentalidade e à necessidade de a família encontrar um novo ponto de equilíbrio. Com base nesses diagnósticos, o planeamento de cuidados define objetivos orientados para o fortalecimento do papel parental, como aumentar competências de cuidado, reforçar a confiança e promover a coparentalidade e estabelece resultados esperados observáveis, como maior segurança no cuidar, melhor organização das tarefas e menor perceção de stress parental. Na fase de implementação, o enfermeiro desenvolve intervenções educativas, de apoio emocional, de treino de competências, de incentivo à participação ativa do pai nas rotinas do bebé e de mediação de acordos entre os progenitores quanto à distribuição das responsabilidades parentais. Finalmente, a avaliação dos resultados retoma o papel parental como indicador de eficácia dos cuidados, verificando se os pais revelam mais competência percebida, menor sobrecarga e maior confiança no exercício

do seu papel, sinalizando que a família está a integrar a transição e a aproximar-se de um novo estado de equilíbrio.

3.COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Regulamento n.º 367/2015, em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários constituem-se como a base do sistema de saúde sendo, de acordo com o Plano Nacional de Saúde, enfatizadas as intervenções de rede e um paradigma de cuidados centrados na família e no ciclo de vida. Com o atual enquadramento legislativo dos cuidados de saúde primários, estamos perante um modelo de proximidade emergindo o contexto para direcionar o foco da prática dos enfermeiros para a família, enquanto unidade de cuidados. O enfermeiro de família assume-se como o profissional privilegiado na prestação de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. Desta forma, os enfermeiros de saúde familiar desempenham um papel imprescindível e fundamental no cuidado e acompanhamento das famílias, assumindo diversas competências essenciais que visam fortalecer a saúde e o bem-estar no contexto familiar. A enfermagem especializada desempenha um papel crucial no sistema de saúde, pois, um enfermeiro especialista possui competências avançadas, que vão além da formação básica, assumindo, cada vez mais, um nível de importância e exigência superior. Segundo o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade. A concessão do título de enfermeiro especialista requer, além das competências específicas de cada especialidade, um conjunto de habilidades comuns a todos os enfermeiros especialistas. As mesmas, manifestam-se na elevada capacidade de planear, gerir e supervisionar os cuidados, e ainda, oferecer um suporte eficaz para a prática profissional especializada nas áreas de formação e pesquisa. Desta forma, são os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foram prestados cuidados de

enfermagem assentes no código deontológico profissional e legislação com que a profissão se rege. Houve preocupação na confidencialidade das identidades assim como no esclarecimento do propósito e objetivos do trabalho à família selecionada (APÊNDICE I). Foi garantida a confidencialidade dos dados recolhidos na USF dando cumprimento ao Regulamento Geral de Proteção de Dados da união europeia. No domínio da melhoria contínua da qualidade, procurei desenvolver uma atitude dinâmica na promoção de estratégias de promoção de qualidade dos cuidados, assente num ambiente seguro e terapêutico, estratégias essas suportadas pela evidência científica e com aplicação de instrumentos adequados ao objetivo do trabalho em causa. Assim, a escolha de um modelo de avaliação reconhecido, o Modelo de Calgary, permitiu uma abordagem sistematizada e baseada em evidências na avaliação da família selecionada, uma família em transição para a parentalidade (APÊNDICE I), promovendo a qualidade dos cuidados prestados. O domínio da gestão de cuidados é visível na organização e apresentação do processo de enfermagem, com a colheita de dados através de entrevistas informais em momentos estratégicos como as consultas de vacinação e saúde infantil da família selecionada, demonstrando a articulação com a equipa multiprofissional e adaptação dos cuidados às necessidades específicas desta família. Fui progressivamente assumindo maior autonomia na organização

da consulta de enfermagem, na priorização de famílias e situações em função do grau de vulnerabilidade e na articulação com outros profissionais e estruturas da rede de cuidados, de forma a garantir a continuidade e integralidade da resposta às necessidades identificadas. Este processo implicou a capacidade de planejar, gerir e supervisionar cuidados em diferentes contextos, tendo sempre presente a centralidade da família enquanto unidade de cuidados. Por fim, no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, procurei gerir ativamente o meu percurso formativo, recorrendo de forma sistemática à evidência científica, a referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar e às oportunidades de supervisão clínica para consolidar conhecimentos e competências. A leitura crítica de artigos e documentos normativos e a reflexão conjunta com os orientadores permitiram-me integrar saberes teóricos e práticos, contribuindo para a construção de uma identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista em saúde familiar.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A definição do EEECESF assenta a sua prática numa relação efetiva com enfoque na pessoa, família e comunidade. Centra-se na família como unidade de cuidados, valorizando a relação entre a saúde do indivíduo e dos diferentes membros que a constituem (MCEEC, 2023, p.1). Assim, são aplicados conhecimentos na avaliação da saúde da família, considerando quer as relações dinâmicas que se estabelecem entre os seus membros, tendo como foco o processo familiar e a família em termos espirituais, antropobiológicos, sociais e culturais (MCEEC, 2023, p.1).

Segundo o Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, as competências do EEECESF, são cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção tendo, de entre as suas unidades de competências: o estabelecimento de uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas, a colheita de dados pertinentes para o estado de saúde da família, a monitorização das respostas a diferentes condições de saúde e de doença, o desenvolvimento da prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica, a intervenção, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas, a facilitação da resposta da família em situação de transição complexa, o envolvimento de forma ativa intencional na prática de enfermagem de saúde familiar, e por fim, a formalização, a monitorização e a avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem, e liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, tendo como unidade de competência a articulação com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família e a gestão dos sistemas de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção. Temos assim ferramentas para analisar junto da família as fases de vida pela quais passa, e compreender a forma como se organiza para encontrar novas soluções para os seus desafios e que em conjunto com o enfermeiro de família sejam equacionadas novas visões sobre as potencialidades, forças e possibilidades de enfrentar os desafios ao longo do seu desenvolvimento.

3.2.1. A Família como Unidade de Cuidados

Na primeira dimensão: a família como unidade de cuidados, deve a prestação de cuidados de enfermagem capacitar a família como um todo e dos seus membros ao longo do ciclo vital e nas suas transições. Para esta dimensão são apresentadas oito competências.

- Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas;

Neste estágio foram observadas diferentes famílias e com diferentes níveis de complexidade do sistema familiar, procurando sempre o estabelecimento próximo e de confiança com cada família, acolhendo de forma respeitosa, reconhecendo a individualidade e complexidade de cada uma, as suas características, valores, crenças e necessidades específicas. Em particular numa família (família R.) em transição para a parentalidade, utilizei o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) para estruturar a colheita de dados, recorrendo ao genograma, ecomapa e perguntas circulares, o que permitiu identificar padrões de interação, recursos de suporte e áreas de vulnerabilidade relevantes para a definição do plano de cuidados (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2011). Procurei, sempre que possível, envolver todos os membros da família no processo de cuidados, promovendo a sua participação ativa na definição dos objetivos de saúde e na tomada de decisões relacionadas com o seu bem-estar familiar. À luz da Teoria das Transições, procurei avaliar em que medida esta família estava consciente da transição para a parentalidade, qual o grau de envolvimento de cada progenitor e que padrões de resposta iam emergindo, ajustando as intervenções para favorecer uma transição mais saudável (Meleis, 2010, como citado em Figueiredo, 2012). A leitura sistémica desta família, ajudou-me a reconhecer os subsistemas conjugal e parental, os limites e hierarquias presentes e a influência de fatores contextuais (condições de vida, rede de suporte, recursos formais) nos (des)equilíbrios do sistema familiar (Minuchin, 1979, como citado em Alarcão, 2002). Enquanto futuro enfermeiro especialista trabalhei para o fortalecimento das competências da família, na promoção da sua saúde e na gestão eficaz de situações complexas, articulando a utilização destes modelos teóricos com as necessidades concretas das famílias acompanhadas. A tomada de consciência da complexidade do sistema familiar foi, a título pessoal, o mais desafiante na medida em que obriga à mudança sistemática de estratégias de comunicação, procura de pontos fortes na família e no âmbito da saúde e estabelecimento de planos de intervenção personalizados, no entanto, penso constituir-se de uma dificuldade que foi sendo ultrapassada no decorrer do tempo.

- Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família;

Esta dimensão concretizou-se através de uma abordagem sistemática da família e com a utilização de modelos e instrumentos específicos como o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar no que concerne à colheita de dados acerca da estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar, assim como os fatores ambientais, sociais, culturais e económicos que detêm peso e influenciam a saúde de cada elemento de uma família. Esta colheita de dados integrou todas as fases do processo de enfermagem, permitindo formular diagnósticos centrados na família, definir objetivos partilhados, selecionar intervenções ajustadas e avaliar as respostas às mesmas. (2011). Por exemplo, na família acompanhada (família R.) em transição para a parentalidade, esta abordagem sistemática permitiu identificar precocemente sinais de sobrecarga materna e sentimentos de insegurança paterna, orientando intervenções específicas de apoio emocional e educativo a ambos os progenitores. O MCAIF permitiu ainda recolher dados acerca da estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar, bem como dos fatores ambientais, sociais, culturais e económicos que influenciam a saúde de cada elemento. Ao identificar, enquanto enfermeiros especialistas, necessidades, recursos e

vulnerabilidades da família conseguimos planejar as tais intervenções personalizadas, eficazes e que vão fazer “sentido” para aquela família. Nesta colheita de dados não há apenas o conhecimento e levantamento de informações clínicas, mas abrange igualmente aspetos emocionais e relacionais que, confesso, não estava à espera de ser de tão grande dimensão, e que nos colocam enquanto enfermeiros especialistas em saúde familiar numa posição de excelência para a intervenção holística e centrada na promoção da saúde familiar.

- Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações Complexas

O enfermeiro especialista avalia de forma continua como a família e cada membro reage a diferentes desafios de saúde, ajustando intervenções conforme necessário no sentido de garantir o bem-estar familiar. Através da aplicação do processo de enfermagem à família R. foi possível a monitorização de respostas que a família apresenta perante a sua condição de saúde/doença. A família R. enfrenta múltiplas situações de complexidade com o nascimento de uma bebé por si só, mas também com a restrição de crescimento, a rede de apoio frágil com a deslocação do pai do seu local de origem e o papel de R.M. como cuidadora da avó com multimorbilidades. Como futuro enfermeiro especialista de saúde familiar, acompanhei de forma sistemática as respostas físicas, emocionais e sociais desta família perante estas condições, valorizando a forma como a família reorganizava papéis, rotinas e recursos ao longo do tempo, à luz da Teoria das Transições (Meleis, 2010, como citado em Figueiredo, 2012). Este acompanhamento incluiu a avaliação do desenvolvimento e bem-estar da C. R., a identificação de sinais de sobrecarga nos pais e o apoio à mãe no seu papel de cuidadora informal, adaptando intervenções educativas, de apoio emocional e de mobilização de recursos formais, com o objetivo de capacitar a família para a gestão destes desafios e para a construção de um novo equilíbrio familiar.

- Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica;

A evidência científica e a utilização do pensamento crítico adequa a compreensão da complexidade familiar. A utilização do conhecimento científico mais atualizado para orientar as decisões enquanto enfermeira especialista desde a avaliação até à monitorização das intervenções, garante que cada ação é sustentada pelas melhores praticas, e adaptada às necessidades concretas e forças de cada família. No caso da família R., recorri a recomendações clínicas e guidelines atualizadas para o acompanhamento da criança com restrição de crescimento, para a gestão do stress parental e para o apoio à mãe enquanto cuidadora informal. Desta forma, as intervenções planeadas foram continuamente ajustadas e avaliadas à luz da evidência disponível, assegurando que eram eficazes, seguras e alinhadas com a realidade e as preferências da família R.

- Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas;

Esta dimensão manifesta-se através de uma abordagem centrada na família como unidade de cuidados, considerando as suas dinâmicas, recursos, fragilidades e necessidades específicas. Perante a família R. que enfrenta múltiplos desafios, como a adaptação a uma recém-nascida com restrição de crescimento, o stress parental associado, a rede de apoio fragilizada e a sobrecarga da mãe R.M. como cuidadora da avó, o enfermeiro de família deve atuar como facilitador do processo de adaptação e resiliência, através do estabelecimento de uma relação empática, da escuta ativa e da identificação dos principais fatores de vulnerabilidades desta família, promovendo a expressão de sentimentos e a partilha de preocupações entre

os membros familiares através de uma comunicação eficaz. O EEECESF deve mobilizar estratégias, baseadas na evidência, para apoiar a família na definição de objetivos realistas, deve reforçar competências de coping familiar, facilitar o acesso a recursos internos e externos, atuar na capacitação dos cuidadores, fornecendo suporte emocional e envolvendo a família na tomada de decisões. Podemos igualmente nas situações de crises normativas ou não normativas, como a parentalidade ou a gestão de doença crónica, intervir para minimizar o impacto negativo, fortalecer a coesão familiar e facilitar o equilíbrio familiar, mesmo em contextos de elevada complexidade.

- Facilita a resposta da família em situações de transição complexa;

A família funciona de acordo com as interações entre os seus membros, e nesta dinâmica vão tomando as decisões à medida que se deparam com mudanças e crises, sempre por forma a manter a família saudável e funcional. A família R. enfrenta a transição complexa da chegada de um recém-nascido, a sobrecarga da R.M. neste novo papel parental e como cuidadora da avó. Em cada etapa é expectável que se desenvolvam acontecimentos que caracterizam essa mesma etapa e que dão possibilidade o saudável desempenho da família assim como o crescimento e aprendizagem da mesma. O conhecimento das forças da família e possibilidades de mudança possibilitam a promoção de relações de apoio ao nível da família e sistema de saúde. A consulta de enfermagem de saúde infantil constituiu, na minha opinião, um cenário privilegiado na concretização do cuidado a família como unidade de cuidados, traduzindo-se na possibilidade de não ver apenas a “criança ao colo”, mas envolver ativamente o pai, mãe e outros cuidadores na avaliação e no plano de cuidados, escutando expectativas, crenças e estratégias da família e reconhecendo a sua competência decisória. De acordo com o PNSIJ (Norma nº 10/2013 de 31/5/2013) a cadência das consultas de Saúde Infantil vai ser muito assídua, com pelo menos 17 consultas com menor distância de tempo entre elas nos primeiros três anos de vida com a possibilidade dos focos de atenção como o regime de cuidados pós-parto, o papel parental e o desenvolvimento infantil (Melo, 2021).

- Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar;

A observação desta competência observa-se na forma como o enfermeiro especialista atua junto da família, não apenas como um mero executor de tarefas, mas enquanto referencia, gestor e facilitador do processo de cuidados. Os modelos conceptuais de enfermagem apresentam diferentes entendimentos que sustentam a prática de enfermagem e indicam as linhas de orientação para a formação, investigação e gestão da profissão (Figueiredo, 2012). O enfermeiro inicia o acompanhamento da família com uma avaliação sistematizada e crítica, utilizando modelos reconhecidos para recolher dados sobre todos os seus membros e identificar necessidades específicas, tanto individuais como coletivas. A partir dessa avaliação, formula diagnósticos de enfermagem, estabelece objetivos em conjunto com a família e planeia intervenções adequadas à sua realidade, sempre de forma partilhada e negociada. Envolve-se de forma ativa e intencional ao conhecer as dinâmicas familiares internas, as suas relações, a sua estrutura e subsistemas.

- Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de Enfermagem;

Foi realizado uma avaliação estruturada da família, utilizando como modelo o Modelo de Calgary, que permitiu recolher dados sobre a estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar, bem como identificar necessidades, forças e vulnerabilidades. Com base nessa avaliação, foram definidos diagnósticos e objetivos de enfermagem em conjunto com a família, e elaborado um plano de intervenção individualizado, negociado

e partilhado com todos os membros relevantes. Dado a limitação do tempo disponível, não foi possível proceder à avaliação de todos os objetivos propostos, assim como a monitorização das respostas familiares às variadas propostas de intervenção de enfermagem e eventuais reajustes do plano de cuidados.

3.2.2. Enfermeiro gestor: articulando e mobilizando recursos

Nesta segunda dimensão, deve o enfermeiro ter capacidade de gerir, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família. Nesta dimensão são apresentadas duas competências:

- Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família;

No levantamento das necessidades da família R., foram identificados recursos que poderão ser mobilizados para a prestação de cuidados. A colaboração interdisciplinar nas equipas de saúde, permite que outros profissionais de saúde colaborem na melhoria da qualidade de saúde/doença. Assim, o enfermeiro especialista atua como elo entre a família, os profissionais de saúde e os recursos da comunidade, assegurando uma resposta integrada, coordenada e centrada nas reais necessidades familiares. Nesta família, identifiquei a sobrecarga da mãe R.M. como cuidadora informal da avó dependente paralelamente nesta transição para o papel parental. Na contínua monitorização do estado de saúde dos membros desta família, o enfermeiro, se necessário e sempre numa perspetiva colaborativa, também poderá contactar o serviço social para avaliar a possibilidade de apoio domiciliário à avó, facilitando o acesso a recursos comunitários como centros de dia ou serviços de apoio ao domicílio.

- Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

A competência do EEECESF de gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção manifesta-se quando o enfermeiro avalia as necessidades da família e implementa estratégias adequadas para cada situação. Promove a literacia em saúde, orienta os pais sobre cuidados com a bebé, incentiva a vacinação e identifica fatores de risco como o stress parental ou a sobrecarga do cuidador, realiza rastreios e monitoriza o desenvolvimento da bebé, acompanha o estado de saúde da avó com multimorbilidades (caso da família R.) e identifica precocemente sinais de agravamento ou complicações, apoia a mãe no papel de cuidadora informal, facilita o acesso a recursos comunitários e serviços de apoio domiciliário para a avó dependente, e orienta a família na gestão de doenças crónicas, promovendo a autonomia, tudo isto atuando aos vários níveis de prevenção. Assim, o enfermeiro especialista atua como gestor e elo entre a família e os diferentes recursos de saúde, assegurando uma resposta integrada, contínua e personalizada que visa o bem-estar e a funcionalidade familiar em todas as fases do ciclo vital. Nas competências específica acima referidas de gestor familiar, e indo de encontro à minha questão de investigação, o EEECESF, pode articular e mobilizar recursos para promover a parentalidade masculina ativa, reconhecendo-a como pilar da saúde familiar sistémica. Ao identificar a família como unidade de cuidados, o EEECESF avalia dinâmicas coparentais, intervindo em transições paternas para capacitar pais primários e melhorando o vínculo pai-filho. Como gestor, planeia consultas familiares conjuntas, vistas domiciliárias conjuntas, educação pré-natal dirigida à figura paterna, programas de apoio aos futuros pais, mobiliza recursos comunitários e articula com equipas multidisciplinares sempre na busca da inclusão sistemática do pai. Esta articulação operacionaliza a importância da paternidade, promove coparentalidade igualitária,

facilita diálogos reflexivos sobre esta transição em particular, impactando positivamente o desenvolvimento cognitivo/emocional infantil. Ao ter a possibilidade de gerir as listas familiares do qual é o enfermeiro de família, o EEECESF poderá intervir preventivamente em vulnerabilidades paternas traduzindo a evidência em cuidados baseados na família.

Ao investigar a questão: “intervenções promotoras da transição para a parentalidade na figura paterna”, pretendi mapear o tipo de recursos que o EEECESF deve saber e poderá articular e mobilizar, e quais as intervenções baseadas em evidência que podemos articular em rede para apoiar a transição para a parentalidade no masculino de forma integrada e sistemática.

4.PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

4.1. PERTINÊNCIA DO TEMA

A pertinência do tema, acerca das estratégias do EEECESF e intervenções promotoras da transição para a parentalidade no masculino, decorre, para além de uma associação de interesses e motivações pessoais, nas competências do EEECESF, de cuidar da família como unidade de cuidados, de intervir em transições familiares e articular com outras equipas, mobilizando recursos necessários à prestação de cuidados à família. A transição para a parentalidade, e em particular no masculino, é justamente uma transição desenvolvimental crítica no ciclo vital familiar com impacto no vínculo pai-bebê, na coparentalidade e na saúde mental de ambos os progenitores.

A presente RIL mostra que a educação pré-natal dirigida à figura paterna, as visitas domiciliárias, workshops de preparação para o papel de pai e programas estruturados de acompanhamento no pós-parto aumentam o envolvimento paterno, confiança e ajustamento à paternidade, logo, mapear as intervenções de enfermagem é diretamente coerente com o mandato do EEECESF de intervir em transições familiares e maximizar o potencial de saúde da família.

Segundo Melo (2021) as consultas de enfermagem são dispositivos estruturados ao longo do ciclo de vida, defendendo que o enfermeiro deve ter uma abordagem holística do utente, família e comunidade. É precisamente nas consultas de enfermagem, que o EEECESF encontra o cenário ideal para operacionalizar intervenções promotoras da parentalidade masculina: incluir sistematicamente o pai nas consultas, realizar sessões educativas específicas para a figura paterna, trabalhar a coparentalidade, avaliar as necessidades emocionais paterna e quando necessário articular com outros recursos.

A pertinência desta questão advém da resposta a um vazio identificado na evidência, uma vez que a própria literatura sobre a transição para a parentalidade identifica a necessidade de mais estudos focados no papel paterno e na inclusão de intervenções que considerem os seus recursos pessoais. Ao mapear que intervenções funcionam em que contextos e com que resultados, penso estar a ajudar na construção de um referencial de estratégias de enfermagem que podem ser integradas nas consultas descritas por Melo (2021), reforçando o papel de EEECESF como gestor de casos familiares.

O objetivo pessoal era esse, o de aplicar um eixo central das competências do EEECESF, intervir em transições familiares e gerir recursos, num campo concreto de ação, no caso, apoiar de forma estruturada a transição para a parentalidade no masculino dentro do modelo de consultas de enfermagem, um tema que a meu ver ainda tem muito para e por onde crescer.

4.2 – METODOLOGIA

Segundo Néné e Sequeira (2022), a revisão da literatura constitui uma etapa fundamental da investigação, qualquer que seja a natureza do estudo, pois é através dela que se aprofunda o conhecimento disponível sobre o tema em análise. Para o mesmo autor, a revisão integrativa da literatura é um método de síntese que permite combinar estudos com diferentes delineamentos (experimentais e não experimentais) e apresenta grande potencial de aplicação na prática baseada na evidência em enfermagem. Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010, como citado em Néné & Sequeira, 2022), a revisão integrativa da literatura constitui um método que permite sintetizar o conhecimento disponível e, simultaneamente, incorporar na prática os resultados de estudos considerados relevantes. Para além de integrar resultados de múltiplas metodologias, este tipo de revisão possibilita identificar lacunas no conhecimento e prioridades para investigação futura, articular distintas áreas de trabalho ao evidenciar questões centrais de um determinado campo, apoiar a formulação de perguntas de investigação e a seleção de quadros teóricos ou conceptuais, bem como mapear métodos de pesquisa utilizados com sucesso. A inclusão de estudos diversos aumenta a profundidade e a abrangência das conclusões, permitindo construir uma visão abrangente de fenómenos complexos e reconhecer problemas relevantes dos cuidados de saúde, o que torna a revisão integrativa particularmente útil para orientar a prática de enfermagem.

De modo geral, a revisão integrativa organiza-se em cinco momentos: definição clara do problema ou questão de investigação; pesquisa sistemática da literatura; seleção e apreciação crítica dos estudos encontrados; análise, síntese e interpretação dos resultados e apresentação estruturada da revisão (Néné & Sequeira, 2022).

De seguida descreve-se o protocolo.

4.3 – PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Título

“Intervenções promotoras da transição para a parentalidade na figura paterna – estratégias do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar”.

Questão da Revisão Integrativa da Literatura

“Quais as intervenções e estratégias do enfermeiro de família na promoção e capacitação da figura paterna na transição para a parentalidade?”

No seguimento do estudo surge a mnemónica para a RIL:

(P) População - pais (homens) na transição para a parentalidade

Intervenção/Interesse - intervenções e estratégias realizadas pelo EEECESF na promoção da adaptação e capacitação parentais

(Co) Contexto - cuidados de Saúde Primários; consultas de enfermagem períodos transição para a parentalidade (gravidez, parto, pós-parto, primeira infância)

Objetivos

Objetivo geral

Analisar as intervenções realizadas e estratégias promovidas pelo EEECESF na promoção da adaptação e envolvimento de pais na transição para a parentalidade.

Objetivos específicos

Identificar quais as intervenções direcionadas para a promoção da parentalidade na figura paterna, realizadas por EEECESF

Mapear as estratégias aplicadas pelo EEECESF que fortalecem o papel paterno e promovem a adaptação da figura paterna à parentalidade

Caraterizar os principais resultados e impacto das intervenções do EEECESF na adaptação, envolvimento e bem-estar dos pais.

Mapear as lacunas e desafios atuais das práticas de enfermagem direcionadas à parentalidade no masculino, destacando oportunidades de inovação e melhoria.

Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão

Tipo de Estudos: Estudos qualitativos, quantitativos ou mistos, disponíveis na sua totalidade, de acesso livre, escritos em português, inglês, francês ou espanhol, publicados nos últimos cinco anos.

Tipo de conceitos: Considerados artigos que abordam intervenções, estratégias, práticas clínicas ou programas específicos realizados por enfermeiros/EEECESF em pais/homens na transição para a parentalidade.

Tipo de participantes: pais de primeira viagem ou multiparidade, adultos, com enfermeiros.

Critérios de exclusão

Estudos não relacionados com a temática em análise.

Estudos referentes exclusivamente à parentalidade materna, sem abordagem/parâmetro masculino ou de coparentalidade

Estudos publicados com mais de cinco anos

Duplicação de artigos

Todos os artigos que não se enquadrem nos critérios de inclusão.

Estratégia de pesquisa

Numa fase inicial foi realizada uma pesquisa exploratória, nas bases de dados MEDLINE (via PUBMED) e CINAHL Complete (via EBSCOhost). A partir dessa pesquisa, elaborou-se uma lógica de combinação de palavras-chave e descritores, selecionados a partir dos títulos e resumos dos estudos identificados. Procedeu-se, posteriormente, à consulta da lista dos vocabulários controlados Medical Subject Headings (MeSH), de forma a ajustar e padronizar os termos utilizados em cada base de dados (Tabela 1).

Tabela 1

Descritores DeCS/MeSH

Termos	Descritores DeCS/ MeSH
Parenthood/Parentalidade	Parents
Transition to parenthood/Transição para a parentalidade	Adaptation
Nursing/Enfermagem	Nursing/nurs*; Family Nursing

Na pesquisa recorreu-se à utilização de operadores booleanos, estruturas algébricas que captam as capacidades essenciais dos conectivos lógicos e de conjuntos no processo de pesquisa), tendo sido selecionado o operador AND.

Palavras-chave

“parenthood AND transition AND nurses*” (PubMed)

“parenthood AND transition AND nursing” (via EBSCO)

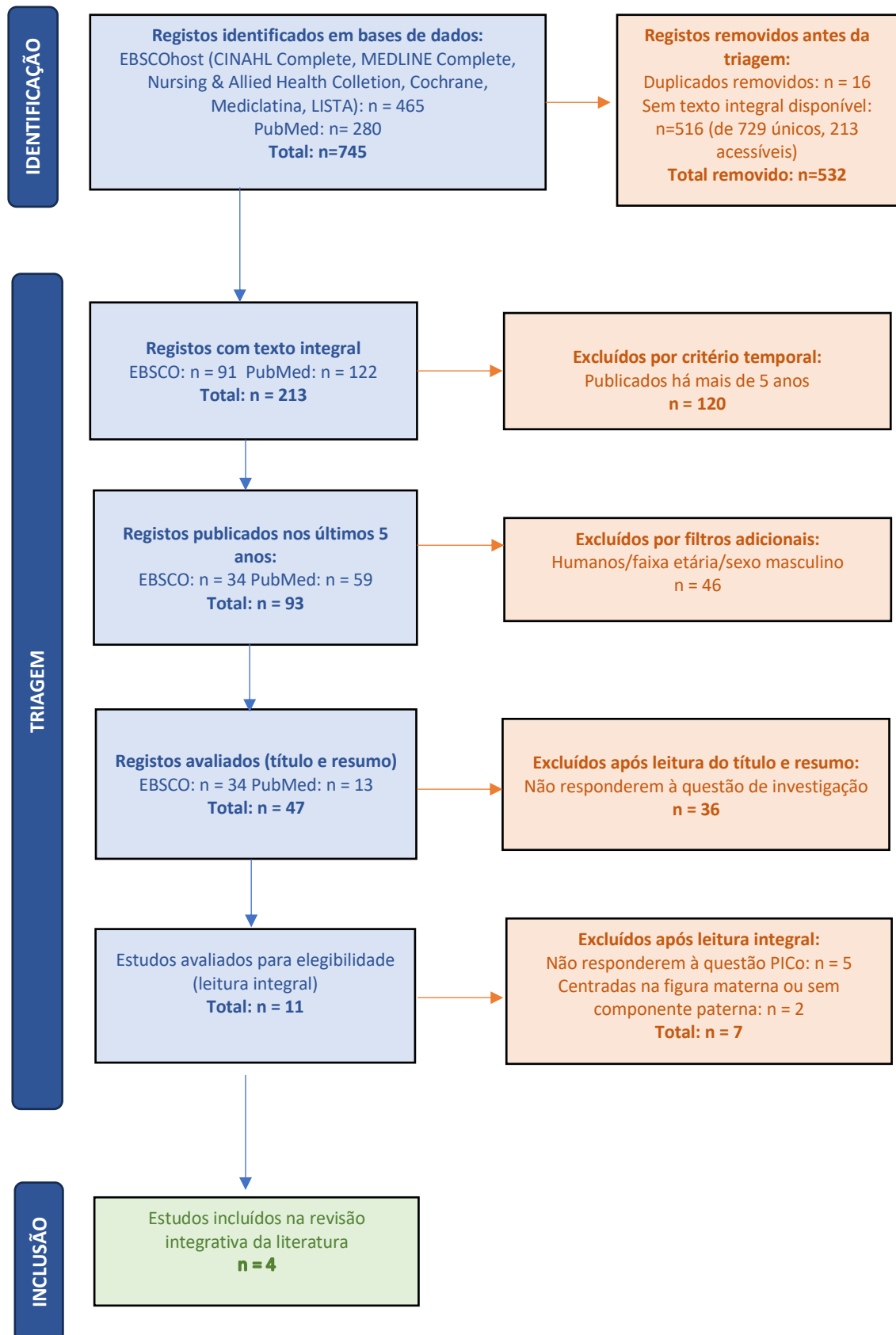
Numa fase posterior implementaram-se as pesquisas em cada base de dados. Esta pesquisa foi efetuada através da EBSCOhost Research Databases, selecionando-se as bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Cochrane clinical Answers e PubMed. Foram considerados estudos quantitativos, qualitativos ou mistos que fossem de encontro e fundamentassem a temática em estudo. A estratégia de pesquisa incluiu em todas as bases de dados os filtros: artigos apenas dos últimos cinco anos, texto integral disponível e remoção de artigos duplicados.

Na pesquisa foram identificados 465 artigos na EBSCO e 280 na PubMed, perfazendo um total de 745 registros. Após a remoção de duplicados e de registros sem texto integral disponível, mantiveram-se 213 artigos com texto integral acessível. Desses, 120 foram excluídos por critério temporal, restando 93 publicados nos últimos 5 anos. Após a aplicação de filtros adicionais na PubMed, foram excluídos 46 artigos, permanecendo 47 registros para leitura de título e resumo. Nesta etapa, 36 foram excluídos por não responderem à questão de investigação, resultando em 11 estudos avaliados em texto integral. Após leitura integral, 7 estudos foram excluídos, 5 por não responderem à PICO e 2 por se centrarem na figura materna, permanecendo 4 estudos incluídos na revisão integrativa.

Na Figura 6 apresenta-se o PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) adaptado do Processo de Seleção de Estudos e realizado pela autora.

Figura 6

Fluxograma PRISMA 2020 do Processo de Seleção de Estudos



4.4 -RESULTADOS

Foram incluídos na presente revisão integrativa da literatura estudos que analisam a transição para a parentalidade na figura paterna e o papel dos profissionais de saúde neste processo. Globalmente, a evidência aponta a paternidade como uma transição desenvolvimental complexa, com implicações emocionais, relacionais e identitárias (Meleis et al., 2010; Genesoni & Tallandini, 2009). A análise dos resultados permitiu identificar cinco dimensões principais: impacto da transição para a parentalidade, experiência emocional, estratégias de coping, papel dos profissionais de saúde e impacto na coparentalidade. Deste processo resultaram quatro artigos selecionados: “Nurses’s interacions shape coparenting relationships during early parenthood: a longitudinal study of fathers with infants in Sweden”, “First-time parents’ perception of midwives’and other healthcare professionnals’support behaviours: a qualitative study”, “What it means to become a father” e “partner and professional support are associated wiht father-infant bonding: a cross-sectional analysis of mothers, midwives, and child health nurses’influence on primiparous and multiparous fathers of infants in Sweden”.

Apresenta-se, primeiramente, o artigo (1) intitulado “Nurses’s interacions shape coparenting relationships during early parenthood: a longitudinal study of fathers with infants in Sweden”.

Este artigo de Aytaç-DiCarlo et al. tem como método um estudo de coorte de natureza quantitativa, em que um grupo de indivíduos possuem uma caraterística em comum e sobre os quais é realizado um seguimento (Nené et al.), tendo sido submetido à avaliação da qualidade metodológica pela aplicação do instrumento de avaliação crítica para estudos de coorte (Apóstolo, 2017 e JBI, 2016). Segundo o autor, existem onze critérios principais para determinar a qualidade metodológica, risco de viés e confiabilidade dos resultados do estudo. São solicitadas quatro opções de preenchimento entre o sim; não; Não claro ou Não aplicável.

O estudo em causa, apresenta alta qualidade metodológica conforme critérios JBI para avaliação crítica de estudos de Coorte, 9/11, fundamentando a inclusão em revisões integrativas de enfermagem familiar.

Quadro 1

Avaliação da qualidade do artigo “Nurses interactions shape coparenting relationships during early parenthood: a longitudinal study of fathers with infants in Sweden”, segundo instrumento de avaliação crítica de estudos de coorte, JBI 2016

Título: “Nurses interactions shape coparenting relationships during early parenthood: a longitudinal study of fathers with infants in Sweden”					
Autores: F. Kubra Aytaç-DiCarlo, Sarah J. Schoppe-Sullivan, Michael B. Wells					
Ano: 2025					
Os dois grupos foram semelhantes e recrutados da mesma população?	Sim	Não	Não claro	Não aplicável	Comentários
				x	Todos pais suecos foram recrutados via facebook; amostra incluiu apenas os pais que compareceram à consulta dos 3-5 meses.

As exposições foram medidas de forma semelhante de modo a alocar os participantes nos grupos expostos e não expostos?	x				Exposição continua/escalas (Brief Coparenting Relationship Scale); “nurses fulfilled 79% answering questions, 58% asking”
A exposição foi medida de forma válida e confiável para alocação aos grupos?	x				Longitudinal prospectivo
Foram identificados fatores confundentes?	x				Idade, educação, imigração, planeamento gravidez.
Foram declaradas estratégias para lidar com fatores confundentes?	x				
Os grupos/participantes não apresentavam o resultado de interesse no início do estudo?	x				
Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?	x				Brief Coparenting Relationship Scale
O período de follow-up foi relatado e suficientemente longo para que os resultados ocorram?	x				3-18 meses
O follow-up foi completo e, se não, as razões para eventuais perdas para o follow-up foram descritas e exploradas?			x		
Foram utilizadas estratégias para o follow-up incompleto?	x				“Enhancing training for nurses to balance reactive/proactive interações”
Foi utilizada análise estatística apropriada?	x				“explore long-term impacts; structured follow-ups” alinhado com declínio coparenting em 18 meses.
Valor absoluto	9/11				

O segundo artigo, intitulado “Partner and professional support are associated with father-infant bonding”, o método de estudo é igualmente quantitativo tendo sido aplicado o instrumento de avaliação crítica para estudos transversais analíticos, descrito por Apóstolo, 2017 citando JBI, 2016.

Quadro 2

Avaliação da qualidade do artigo “Partner and professional support are associated with father-infant bonding”, segundo instrumento de avaliação crítica para estudos transversais analíticos, JBI, 2016

Título: “Partner and professional support are associated with father-infant bonding”

Autores: Michael B. Wells, Michele Giannotti, Olov Aronson					
Ano: 2024					
Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?	Sim	Não	Não claro	Não aplicável	Comentários
	x				O artigo define pais elegíveis como “fathers of infants aged 6-18 months living in Sweden who participated in the national Early Prevention Study”, com critérios de exclusão claros.
Os sujeitos do estudo e o contexto foram descritos em detalhe?	x				499 pais, idade média, escolaridade, estado civil, país Suécia, recolha online/carta, context de cuidados.
A exposição foi medida de forma válida e confiável?	x				Avaliação por escala padronizada de “perceived received support” em diferentes contatos
Foram utilizados critérios objetivos, padrão para a medição da condição?	x				Aplicação escalas
Foram identificados fatores confundentes?	x				Variáveis como idade paterna, nível educacional, paridade, sintomas depressivos e situação conjugal
Foram abordadas estratégias para lidar com fatores confundentes?	x				Utiliza regressão linear múltipla
Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?	x				Uso de instrumentos validados
Foi utilizada a análise estatística apropriada?	x				Estatística descritiva adequada para estudo transversal analítico
Valor absoluto	8/8				

No terceiro artigo, “First-time parents’ perception of midwives’ and other healthcare professionals’ support behaviours: a qualitative study”, o método de estudo é qualitativo tendo sido aplicado o instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos Segundo Apóstolo (2017) citando JBI (2014), Lockwood, Munn e Porritt (2015). Tal como no instrumento anteriormente apresentado para a investigação quantitativa é aplicada quatro opções entre o sim, não, não claro ou não aplicável, em cada um dos dez itens.

Quadro 3

Avaliação da qualidade do artigo “First-time parents perception of midwives and other healthcare professionals support behaviours: A qualitative study”, segundo o instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos, JBI 2014, Lockwood, Munn, e Porritt, 2015

Título: “First-time parents perception of midwives and other healthcare professionals support behaviours: A qualitative study” Autores: Elisabeth Schobinger, Mélanie Vanetti, Anne-Sylvie Ramelet, Antje Horsch Ano: 2024					
Congruência entre a perspectiva Filosófica declarada e a metodologia da investigação	Sim	Não	Não claro	Não aplicável	Comentários
	x				Descritivo qualitativo
Congruência entre a metodologia e a questão ou objetivos da investigação	x				O objetivo do estudo está claramente definido: descrever comportamentos de suporte percebidos por pais primíparos
Congruência entre a metodologia da investigação e os métodos usados para colher dados	x				Foi usada metodologia qualitativa com recurso a entrevistas
Congruência entre a metodologia da investigação e a representação e análise de dados			x		Análise qualitativa não especificada
Congruência entre a metodologia da pesquisa e interpretação dos resultados	x				Metodologia qualitativa descritiva (entrevistas)
Posicionamento do investigador cultural ou teoricamente			x		Não mencionado nos resumos.
Influência do investigador sobre a pesquisa e vice-versa			x		Não reportado
Representação dos participantes e das suas vozes	x				Foco em percepções de pais primíparos.
Aprovação por comitê de ética	x				O estudo apresenta aprovação das comissões de ética; publicado em revista de ética.
Relação das conclusões com a análise e interpretação dos dados	x				
%	70%				

O último e quarto artigo tem como título “What it means to become a father” dos autores Leanderz et al., tem como tal como o artigo anterior, o método qualitativo tendo sido submetido à avaliação da qualidade metodológica pela aplicação do instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos (Apóstolo, 2017).

Quadro 4

Avaliação da qualidade do artigo “What it means to become a father”, segundo o instrumento de avaliação crítica para estudos qualitativos, JBI 2014, Lockwood, Munn, e Porritt, 2015

Título: “What it means to become a father” Autores: Asa Leanderz, Maria Henricson, Frida Lyngnegard, Caroline Backstrom and Margaretha Larsson Ano: 2025					
Congruência entre a perspectiva Filosófica declarada e a metodologia da investigação	Sim	Não	Não claro	Não aplicável	Comentários
	x				Fenológico-hermenêutico; “experiência vivida da transição para paternidade”.
Congruência entre a metodologia e a questão ou objetivos da investigação	x				O objetivo do estudo está claramente definido. “O que significa tornar-se pai nos primeiros 1000 dias?”.
Congruência entre a metodologia da investigação e os métodos usados para colher dados	x				Foi usada metodologia qualitativa com recurso a entrevistas individuais; centros de saúde local (Suécia/Noruega).
Congruência entre a metodologia da investigação e a representação e análise de dados	x				O autor representa os dados e faz a sua análise
Congruência entre a metodologia da pesquisa e interpretação dos resultados	x				Os resultados foram interpretados
Posicionamento do investigador cultural ou teoricamente			x		Não explícito
Influência do investigador sobre a pesquisa e vice-versa			x		Não reportado
Representação dos participantes e das suas vozes	x				Entrevistas individuais
Aprovação por comitê de ética	x				O estudo apresenta aprovação, implícito em métodos
Relação das conclusões com a análise e interpretação dos dados	x				Rigor fenomenológico-hermenêutico
%valor absoluto	80%				

A seleção dos estudos e a extração de dados foram realizadas pela autora, com revisão independente pelo orientador. A informação relativa a cada artigo foi recolhida pelos dois investigadores de forma organizada, sistemática e rigorosa, assegurando a qualidade e o rigor científico do processo (Nené & Sequeira, 2022).

Para a extração dos dados, recorreu-se a um quadro que contemplou as seguintes variáveis: autores, título, país, língua, ano de publicação, objetivo, participantes, intervenções e resultados.

Tabela 2

Extração de dados do artigo 1

Autores	F.Kubra Aytaç-DiCarlo, Sarah J. Schoppe-Sullivan, Michael B. Wells
Título (artigo 1)	<i>“Nurses interactions shape coparenting relationships during early parenthood: a longitudinal study of fathers with infants in Sweden”</i>
País	Suécia
Língua	Inglês
Ano de publicação	2025
Objetivo	Investigar longitudinalmente se as interações das enfermeiras com os pais, durante a visita específica ao pai aos 3-5 meses, nos centros de saúde se associam à qualidade da relação de coparentalidade ao longo da infância precoce. <i>“This study longitudinally investigates the impact of nurses’ interactions with fathers of infants on the coparenting relationship during infancy and toddlerhood” e “investigates if, when, and to what extent fathers’ coparenting relationships are affected by nurses answering fathers’ questions and by nurses asking fathers questions”</i>
Participantes	413 pais que participaram da visita dos 3-5 meses nos centros de saúde infantil da região de Estocolmo, Suécia; Questionários aplicados no início do estudo, aos 6 e 18 meses; Predominância de pais nativos suecos <i>“413 fathers in Region Stockholm, Sweden, who attended the 3-5-month child health center (CHC) visit. Surveys were administered at baseline, 6 month, and 18 month follow-ups. The study measured the extend to which nurses answered and asked fathers’ questions and the quality of coparenting relationship was measured using the Brief Coparenting Relationship Scale.”</i>
Intervenções	Conversa individual através de convite pessoal, com o pai ou o progenitor não gestante entre os 3-5 meses da criança; Discutir com o pai diversos temas, incluindo o crescimento e desenvolvimento da criança, a relação do pai com a criança, a sua própria saúde mental e a dinâmica da relação de coparentalidade; Colocar e responder às perguntas dos pais durante as consultas;

	<i>"answering fathers' questions signals the belief that they are worthy of support, helping them to feel included and involved, leading to improved parental adjustment."</i> Os enfermeiros devem promover uma relação de coparentalidade saudável através de questões como: perguntar aos pais como é que a sua relação foi afetada desde que tiveram filhos, como trabalham juntos, como partilham a responsabilidade pela criança e pelo lar e como avaliam o funcionamento da relação de coparentalidade, incluindo como se apoiam mutuamente e como resolvem conflitos familiares; <i>"nurses should ask fathers how their relationship has been affected since having children, how they work together, how they share responsibility for the child and the home, and how they well they thing their coparenting relationship works, including how they support each other, work throught family conflicts, and how children react to these dialogues."</i> Comportamentos de inclusão do pai, nomeadamente convite explícito para a consulta e criação de um ambiente acolhedor, com recomendação de retomar estes temas nas visitas dos 12, 18 e 30 meses para suporte contínuo à coparentalidade; Promoção de um ambiente de apoio, comportamentos de apoio e facilitadores da comunicação; uma comunicação proativa estruturada, colocando algumas das perguntas recomendadas nas guidelines sobre impacto do nascimento na relação, partilha de responsabilidades e funcionamento coparental; <i>"Fathers are more motivated to attend visits when they are specifically invited by the nurse, and they want to gain knowledge from the nurse to better support theis child, have opportunity to ask questions and express concerns, and to physically interact with the nurse(...)"</i><i>"during this visit, a child health nurse discusses several topics with the father, including the child's growth and development, the father's relationship with the child, his own mental heath, and the Dynamics of coparenting relationship."</i>
Resultados	As respostas dos enfermeiros às questões dos pais impactam positivamente a relação de coparentalidade e melhores índices de coparentalidade no início da avaliação e após 6 meses. Os enfermeiros cumpriram em média 79% dos itens relativos a responder às perguntas dos pais e 58% dos itens relativos a colocar perguntas com base nas guidelines da visita ao pai. Responder às perguntas associou-se a melhor relação coparental no baseline e aos 6 meses, com correlações pequenas-médias entre apoio dos enfermeiros e coparentalidade. O estudo revela que embora as intervenções precoces sejam benéficas, podem não ser suficientes para manter a qualidade da coparentalidade ao longo do tempo, apontando para a necessidade de apoio e acompanhamento em fase de desenvolvimento posteriores; A qualidade média da coparentalidade diminuiu significativamente aos 18 meses em comparação com o baseline. <i>"Nurses fulfilled 79% of items related to answering fathers' questions and 58% of items related to asking questions. Answering fathers' questions significantly improved coparenting relationships at baseline ($\beta=0.22$, $p < .001$) and at the 6-month follow-up ($\beta=0.06$, $p < .01$). However, the effect of asking questions was less</i>

	<i>pronounced. Coparenting relationships declined significantly at the 18-month follow-up."</i>
--	---

Tabela 3

Extração de dados do artigo 2

Autores	Michael B.Wells, Michele Giannotti, Olov Aronson
Título (artigo 2)	<i>"Partner and professional support are associated with father-infant bonding"</i>
País	suécia
Língua	Inglês
Ano de publicação	2024
Objetivo	Avaliar a associação entre o suporte profissional e social e o vínculo pai-bebê em pais primíparos e múltiparos
Participantes	499 pais de bebês de 0 a 12 meses (296 primíparos, 203 múltiparos)
Intervenções	Apoio contínuo nas consultas de saúde infantil, incluindo falar sobre a relação pai-bebê, orientar cuidados e acompanhar o bem-estar do pai. O maior apoio da enfermeira associa-se a menos perturbações no vínculo, sobretudo em pais primíparos. Convidar o pai para visitas domiciliárias e consultas (primeira semana, 1–3 semanas, e visita dos 3–5 meses especificamente dirigida ao pai), criando oportunidades de contacto com profissionais e de participação ativa nos cuidados. Mais visitas associam-se a menos perturbações no vínculo, especialmente em pais múltiparos. "Child health professionals can be important supportive figures for new parents as they transition to parenthood" "Currently, there are three primary postnatal visits to which the father should be explicitly asked to join: the home visit, occurring typically in the first week after birth, a 1-3 week visit, and the 3-5 month visit, where both parents are invited to the first two visits and only the father should be invited to the third visit." Os profissionais podem aconselhar pais múltiparos sobre como lidar com o stress e a ansiedade decorrentes da educação de vários filhos, envolver e apoiar ambos os pais na coparentalidade, melhorar as competências de coping familiar e de gestão. As intervenções dos enfermeiros devem também promover a coparentalidade e o suporte mútuo do casal, dado que o maior apoio da parceira está fortemente ligado a menos perturbações no vínculo pai-bebê. "clinical professionals may want to try advising multiparous fathers on how to manage the stress and anxiety that comes with parenting multiple children, engage

	and support both parents on coparenting multiple children, and help improve father's familial coping and resource management skills."
Resultados	Os autores concluem que promover e garantir apoio profissional e da parceira para todos os pais, incluindo os múltiparos, é fundamental para reduzir perturbações no vínculo pai-bebé. Este estudo mostra que o vínculo pai-bebé é mais saudável quando os pais recebem apoio consistente dos profissionais de saúde, e quando participam em mais visitas ao centro de saúde. Pais que relatam níveis mais elevados deste apoio apresentam menos perturbações de vinculação, isto é, menos sentimentos negativos e menos dificuldades na relação com o bebé. Em contrapartida, uma maior dependência dos meios digitais, como fonte de apoio, associa-se a mais perturbações no vínculo, sugerindo que o apoio digital informal não substitui o suporte estruturado de profissionais e da parceira. O estudo também evidência que pais múltiparos apresentam mais perturbações de vínculo do que pais primíparos, uma vez que recebem menos apoio profissional e da parceira e são menos convidados e participam menos em visitas de saúde infantil, o que os coloca numa posição de maior vulnerabilidade em termos de ligação ao novo bebé. <i>"Attending visits and receiving professional support, especially for primiparous fathers, is associated with reduced bonding disturbances in fathers."</i> <i>"Since paternal-infant bonding is important for the father and child and predicts later father-involvement, having fathers attend and participate in more pediatric child health visits may benefit fathers, as well as his child."</i> <i>"The findings suggest that fathers reported fewer bonding disturbances if they perceived support(...)"</i> <i>"Since a strong father-infant bond predicts important child outcomes, such as improved socio-emocional development, and because inadequate professional support toward fathers predicts worsened child socio-emocional development, clinical efforts should be made to ensure that fathers, including multiparous fathers, receive high quality professional and partner support."</i> <i>"All forms of support (...) were associated with less frequent bonding disturbances among primiparous fathers. In contrast, more often received partner support and attending more CHC visits, but not perceived received professional support, was associated with less frequent bonding disturbances for multiparous fathers."</i>

Tabela 4

Extração de dados do artigo 3

Autores	Elisabeth Schobinger, Mélanie Vanetti, Anne-Sylvie Ramelet, Antje Horsch
Título (artigo 3)	<i>“First-time parents’ perception of midwives’ and other healthcare professionals’ support behaviours: A qualitative study</i>
País	Suíça
Língua	Inglês
Ano de publicação	2024
Objetivo	Descrever os comportamentos de apoio social por parte dos enfermeiros, percebidos pelos pais de primeira viagem. <i>“To describe social support behaviours of midwives and nurses as perceived by first-time parents during the early postnatal period”</i>
Participantes	Participaram 26 pais (15 mães e 11 pais) incluindo 11 casais e 4 mães sozinhas. <i>“Fifteen mothers and eleven fathers participated, including eleven couples and four mothers alone.”</i> <i>“A total of 26 parents (15 mothers and 11 fathers) were interviewed. (...) A purposeful sample of first-time parents staying on the postpartum ward of a Swiss university hospital were included.”</i>
Intervenções	Comportamentos de <i>“welcoming parents”</i>, receber o casal de forma calorosa, explicar rotinas e mostrar disponibilidade. <i>“Establishing a partnership with parents”</i>: envolver mãe e pai nas decisões, reconhecer necessidades individuais, favorecer autonomia e co-decisão nos cuidados ao bebê. <i>“Guiding parents in acquiring their new parenting role”</i>: ensino prático sobre cuidados ao recém-nascido, amamentação/alimentação, segurança e competências parentais, adaptado a cada casal. <i>“Caring for parent’s emotions”</i>: escutar, estar disponível, perguntar como se sentem (incluindo o pai), validar medos/inseguranças e, quando necessário, encaminhar para apoio adicional. <i>“Creating a peaceful environment”</i>: manter ambiente tranquilo, não demonstrar stress, mostrar autoconfiança nas competências, o que transmite segurança aos pais.
Resultados	Os resultados presentes neste estudo fornecem novos conhecimentos e melhor compreensão acerca dos comportamentos de apoio social dos profissionais de saúde que podem ajudar ou dificultar a transição dos pais de primeira viagem para a parentalidade, assim como a importância de uma relação de confiança,

	escuta ativa e a prestação de cuidados individualizados e a necessidade de formação contínua para melhor capacitar. Foram identificadas pelos autores cinco grandes temáticas de comportamentos de apoio: “acolher os pais”, “estabelecer parceria”, “guiar na aquisição do novo papel parental”, “cuidar das emoções” e “criar ambiente pacífico”; <i>“midwives and nurses should be aware of the way they provide support” “being sufficiently staffed and well-trained” “could help provide better sensitive individualised care.”</i>
--	--

Tabela 5

Extração de dados do artigo 4

Autores	Asa Leanderz, Maria Henricson, Frida Lyngnegard
Título (artigo 4)	<i>“What It Means to Become a father”</i>
Pais	Suécia
Língua	Inglês
Ano de publicação	2025
Objetivo	Explorar o significado do que é tornar-se pai, com foco na transição para a paternidade durante a gravidez, parto e primeiros 2 anos de vida da criança.
Participantes	19 pais suecos (14 de primeira viagem, 5 de segunda viagem), vivendo em relações heterossexuais, recrutados em unidades de vigilância de gravidez, centros de família e por amostragem em bola de neve.
Intervenções	Para apoiar os pais na criação de estratégias os profissionais de saúde devem dar aos pais o mesmo tratamento que às mães, ou seja, dar um espaço nas reuniões com os profissionais de saúde. <i>“in practice, this would mean giving fathers a place in meetings with healthcare professionals”.</i> <i>“midwives and child healthcare nurses should facilitate reflective conversations with them about their experiences of becoming a father”.</i> promover conversas/reflexões com o pai sobre o significado de se tornar pai, emoções, estratégias e experiências ao longo da gravidez, parto e primeiros 2 anos de vida da criança. Os enfermeiros podem fornecer aos pais apoio físico e digital/ferramentas digitais para melhorar a colaboração entre profissionais de saúde e pais para melhor lidar com a parentalidade.

	“to support fathers during their transition to parenthood”. Uma vez que a capacidade dos pais para participar na preparação pode ser limitada durante o dia devido ao trabalho, podem ser utilizadas ferramentas digitais para permitir que os profissionais de saúde e os pais se encontrem online. <i>“(...)digital tools can be used to allow healthcare professionals and fathers to meet online.”</i> <i>“Direct communication channels between parents and healthcare professionals can lay the groundwork for enhanced collaboration and co-production in healthcare.”</i> <i>“With digital tools, an environment can be created that encourages parents to become more actively involved and create value in their care”.</i>
Resultados	Os resultados mostram que se tornar pai é vivido como uma experiência profundamente transformadora, centrada em sentir ligação e em criar estratégias para a nova situação de vida. <i>“Fathers reflect on the meaning of becoming a father as they are deeply affected by the new situation.”</i> Os pais desenvolvem estratégias de flexibilidade no quotidiano e utilizam fortemente ferramentas digitais como apoio para criar estratégias para lidarem com a delicada transição para a parentalidade. <i>“Fathers act to create strategies that respond to and are flexible with their specific situation”“they also seek support and guidance through digital media to better manage becoming a father.”</i> <i>“Healthcare professionals should seek out fathers on digital media to leverage these opportunities and interact with them”</i>

4.5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA RIL

Os resultados desta revisão integrativa evidenciam que a transição para a parentalidade na figura paterna constitui uma transição desenvolvimental complexa, conforme descrito pela Teoria das Transições de Meleis, implicando mudanças ao nível da identidade, dos papéis e das relações (Meleis et al., 2000). A dimensão emocional surge como central neste processo, sendo marcada por uma ambivalência de sentimentos que pode dificultar a adaptação, particularmente na ausência de suporte adequado (Chin, Hall, & Daiches, 2011; Genesoni & Tallandini, 2009). A evidência sugere que a exclusão dos pais dos cuidados de saúde contribui para sentimentos de insegurança e menor envolvimento parental (Darwin et al., 2017). Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar assume um papel determinante, atuando como facilitador da transição, através da promoção de competências parentais e do apoio emocional, numa perspetiva sistémica e centrada na família (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2013). O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar assume um papel central na promoção da adaptação à paternidade, através de intervenções que integram dimensões educativas, emocionais e relacionais. As estratégias identificadas incluem a promoção de uma relação terapêutica baseada na confiança, a escuta ativa, o acolhimento e o estabelecimento de uma parceria com a família. A inclusão intencional do pai nas consultas, o reconhecimento das suas necessidades específicas e o apoio na aquisição de competências parentais

constituem intervenções fundamentais para o reforço do envolvimento paterno (Poh et al., 2014). Adicionalmente, a orientação para a gestão emocional e a promoção de um ambiente familiar seguro e pacífico contribuem para a melhoria da experiência da transição. A coparentalidade emerge como um fator-chave neste processo, sendo influenciada pela qualidade das interações entre os pais e pelo apoio recebido (Feinberg, 2003). Assim, intervenções que promovam a comunicação e a partilha de responsabilidades contribuem para melhores resultados familiares.

Os artigos analisados convergem na ideia de que o suporte profissional, em particular o apoio prestado por enfermeiros, é um elemento central para uma transição bem-sucedida para a parentalidade e para a construção de um papel parental competente no masculino. A qualidade das interações estabelecidas com os pais influencia não apenas o vínculo pai-bebé, mas também a relação coparental e o bem-estar emocional dos próprios pais. No estudo de Wells et al. (2024), com 499 pais suecos, verificou-se que maiores níveis de apoio percebido por parte dos profissionais de saúde e parceiras, bem como a participação nas consultas, associaram-se a menos perturbações na vinculação pai-bebé, o que sugere que o acesso consistente a suporte tem efeitos concretos na qualidade da experiência paterna. Em sentido complementar, Aytaç-DiCarlo et al. (2025) mostram que a resposta dos enfermeiros às perguntas dos pais se relaciona com melhores scores de coparentalidade, enquanto o menor investimento em estratégias proativas de questionamento revela uma lacuna na prática. Os autores interpretam esta lacuna referindo que muitos profissionais ainda não se reconhecem como responsáveis diretos por fomentar o envolvimento paterno e enfrentam barreiras organizacionais, como sobrecarga de trabalho, constrangimentos financeiros e desafios culturais e linguísticos, que limitam a implementação plena de visitas centradas no pai. Para o EEECESF, estes resultados apontam para a necessidade de ultrapassar um modelo reativo e materno-centrado, investindo em estratégias proativas: como convites formais ao pai, entrevistas individuais, questionamento sistemático sobre a relação coparental e partilha de responsabilidades, bem como monitorização do seu bem-estar emocional ao longo da transição.

Os estudos qualitativos de Schobinger et al. (2024) e de Leanderz et al. (2025) aprofundam a perspetiva subjetiva dos pais de primeira experiência. Schobinger et al. (2024) descrevem cinco grupos de comportamentos de apoio valorizados pelos pais: acolhimento, estabelecimento de parceria, orientação na aquisição do novo papel parental, cuidado das emoções e criação de um ambiente tranquilo e seguro. Já Leanderz et al. (2025) mostram que tornar-se pai é vivido como uma fase existencial marcada pela procura de ligação ao bebé e à companheira, pela construção de estratégias para gerir a nova vida e pelo uso intenso de recursos, incluindo digitais, na tentativa de se sentirem preparados. Finalmente, Aytaç-DiCarlo et al. observam que o impacto positivo das interações enfermeiro–pai sobre a coparentalidade tende a esbater-se aos 18 meses pós-parto, precisamente quando muitos homens iniciam licença parental ou quando a criança entra no pré-escolar, acumulando novas exigências laborais e familiares. Este achado mostra que a coparentalidade não se consolida apenas com intervenções iniciais, dependendo antes de um acompanhamento contínuo e ajustado aos diferentes momentos do ciclo de vida familiar. Assim, as consultas de enfermagem devem ultrapassar a fase imediata pós-parto e reavaliar de forma sistemática a relação coparental e o papel parental paterno em períodos-chave.

Em síntese, a evidência disponível permite afirmar que a transição para a parentalidade no masculino não depende apenas das características individuais dos pais ou da dinâmica interna da família, mas é profundamente moldada pela forma como os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros de saúde familiar, reconhecem e sustentam o papel paterno. Quando o pai é efetivamente incluído, validado e envolvido, criam-se condições mais favoráveis ao vínculo pai-bebé, à coesão coparental e a uma adaptação familiar mais saudável. Pelo contrário, práticas marcadas por um modelo materno-centrado e reativo tendem a perpetuar a invisibilidade paterna e a limitar o potencial adaptativo da família. Assim, fortalecer e

intencionalizar o suporte de enfermagem dirigido aos pais emerge como uma condição essencial para promover não só o bem-estar paterno, mas também a saúde e o desenvolvimento da criança e o ajustamento global da família. Persistem, contudo, lacunas significativas na prática e na investigação, nomeadamente a ausência de uma abordagem sistemática centrada na figura paterna em cuidados de saúde primários, evidenciando a necessidade de evolução dos modelos de intervenção (Darwin et al., 2017).

4.6 – IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

À luz dos resultados desta revisão, emergem várias implicações para a prática clínica do EEECESF. Em primeiro lugar, torna-se essencial reconhecer explicitamente o pai como sujeito de cuidados e não apenas como acompanhante da mãe. Isto implica incluí-lo sistematicamente nas consultas de enfermagem como destinatário do cuidado, garantindo a sua presença física sempre que possível, registando os seus dados no processo clínico e utilizando uma linguagem e materiais educativos inclusivos, que o interpoem diretamente para o exercício do papel parental. Contudo, os estudos evidenciam que a intervenção dos profissionais de saúde nem sempre contempla de forma sistemática a figura paterna, sendo frequentemente centrada na díade mãe-bebé, o que limita o potencial de intervenção junto dos pais.

Em segundo lugar, a consulta de enfermagem deve recentrar-se na família como unidade de cuidados, com particular atenção à relação coparental. Para além da avaliação do estado clínico da mãe e do bebé, o enfermeiro deve explorar, de forma estruturada, como o casal partilha responsabilidades, comunica sobre as necessidades da criança, gere conflitos e se apoia mutuamente. Esta avaliação pode traduzir-se na formulação de diagnósticos de enfermagem focados no papel parental e na coparentalidade e, consequentemente, em planos de cuidados que incluam intervenções específicas dirigidas ao pai: ensino prático de cuidados ao recém-nascido, treino de competências, reforço positivo, negociação de tarefas com a parceira e apoio na conciliação trabalho-família.

Em terceiro lugar, a prática clínica deve integrar, de forma intencional, intervenções de suporte emocional ao pai. A escuta ativa, a validação das emoções e preocupações, a identificação precoce de sinais de sofrimento psicológico (ansiedade, depressão, stress parental) e a referenciação atempada para outros recursos especializados quando necessário são componentes centrais do cuidado. Para tal, é necessário que os enfermeiros desenvolvam e atualizem competências em comunicação terapêutica e saúde mental perinatal, deixando de atuar apenas de forma reativa “se o pai pedir ajuda” para passarem a questionar sistematicamente o seu bem-estar e a sua experiência de transição para a parentalidade.

Outra implicação prende-se com a necessidade de garantir continuidade de cuidados ao longo de todo o processo de transição. Em vez de concentrar o apoio apenas no período imediatamente pós-natal, as equipas de enfermagem devem definir momentos-chave para voltar a avaliar o papel parental paterno e a qualidade da coparentalidade, por exemplo, aos 6, 12 e 18 meses, no início da creche ou durante a licença parental do pai. Este acompanhamento continuado permite detetar precocemente dificuldades emergentes e ajustar as intervenções às novas exigências familiares e laborais que vão surgindo ao longo do ciclo de vida da família.

Por fim, estas implicações exigem também mudanças organizacionais e formativas. É necessário investir na formação contínua dos enfermeiros em modelos de avaliação familiar, processos de transição e especificidades da parentalidade no masculino, bem como adequar rácios e tempos de consulta que permitam intervenções mais relacionais e menos centradas apenas em aspetos biomédicos. A integração de recursos digitais validados, como materiais educativos online, contactos eletrónicos e, eventualmente, grupos de pais moderados por profissionais, pode ainda ampliar o alcance das intervenções, especialmente junto de pais com maior dificuldade em comparecer presencialmente. Em conjunto, estas mudanças apontam para uma prática

clínica de enfermagem mais proativa, inclusiva e centrada na família, capaz de promover uma transição para a parentalidade mais saudável para os pais, para as crianças e para o sistema familiar como um todo.

As implicações enunciadas articulam-se de forma estreita com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF), tal como definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Ao reconhecer o pai como sujeito de cuidados e ao centrar a consulta na família como unidade, o EEECESF concretiza as suas competências de avaliação compreensiva da família, identificação de vulnerabilidades e recursos e gestão de transições desenvolvimentais, como é o caso da parentalidade. As intervenções proativas dirigidas ao papel parental paterno e à relação coparental traduzem a competência de promoção da parentalidade competente, da capacitação dos membros da família para o autocuidado e da otimização da função parental. Por sua vez, o acompanhamento continuado ao longo do ciclo vital e a articulação com outros recursos da comunidade exprimem as competências de coordenação de cuidados centrados na família, gestão de casos e advocacia pela família, reforçando o papel do EEECESF como profissional chave na promoção da saúde familiar e do bem-estar da criança e dos pais em transição para a parentalidade.

À luz dos resultados desta RIL, permitiu-me perceber que, na prática clínica, o pai nem sempre é considerado de forma explícita como alvo de cuidados. Isso fez-me repensar a minha intervenção durante o estágio, levando-me a valorizar mais a escuta, a presença e a participação paterna. Esta revisão reforçou ainda a minha convicção de que o enfermeiro especialista tem um papel determinante na promoção da vinculação, da coparentalidade e do envolvimento do pai desde o período pré-natal até ao pós-parto.

4.7 – LIMITAÇÕES NA RIL

Apesar de ter sido realizada uma análise rigorosa dos artigos, considerando os critérios de inclusão e exclusão e recorrendo à avaliação crítica e metodológica proposta pelo Instituto Joanna Briggs (Joanna Briggs Institute JBI, 2016, como citado em Apóstolo, 2017), existe ainda assim a possibilidade de viés na seleção dos estudos, atendendo à heterogeneidade dos desenhos metodológicos e à qualidade variável dos trabalhos disponíveis. O acesso condicionado a algumas bases de dados científicas, dependente de subscrições institucionais, constituiu também uma limitação, uma vez que pode ter restringido a identificação e inclusão de estudos potencialmente relevantes, apesar do esforço desenvolvido para maximizar a abrangência da pesquisa com os recursos disponíveis. Salienta-se, ainda, que a estratégia de pesquisa se baseou nos termos “parenthood”, “transition” e “nurs*”, tendo a delimitação ao sexo masculino sido assegurada sobretudo por filtros aplicados na PubMed. A ausência de descritores mais específicos, como “fathers”, “paternal” ou “men”, poderá ter reduzido a sensibilidade da pesquisa e limitado a recuperação de estudos potencialmente pertinentes para o foco da revisão. Apesar da relevância dos resultados, o número de estudos incluídos nesta revisão é relativamente reduzido, o que reflete a escassez de estudos centrados na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar em contexto de cuidados de saúde primários, bem como a limitada investigação publicada sobre a transição para a parentalidade no masculino e sobre intervenções de enfermagem dirigidas aos pais, o que limita a generalização dos resultados. Ainda assim, estes estudos permitem identificar tendências importantes e constituem uma base relevante para o aprofundamento futuro do conhecimento nesta área. A concentração dos estudos em contextos específicos, sobretudo em países nórdicos e em determinados modelos organizativos de cuidados de saúde, restringe a transferibilidade dos resultados para outras realidades socioculturais e para o contexto dos cuidados de saúde primários em Portugal, exigindo prudência na generalização das conclusões. Na pesquisa realizada não foram identificados artigos acerca desta temática desenvolvidos em Portugal. Acresce que, embora os estudos quantitativos

incluídos apresentem, em geral, boa qualidade metodológica, recorrem a amostras recrutadas online, a escalas autoaplicadas e, por vezes, a períodos de seguimento com perdas de participantes, o que introduz potenciais vieses de seleção e de participantes nos resultados reportados. Salienta-se que um dos estudos incluídos foi realizado em contexto hospitalar de puerpério, o que não coincide integralmente com o contexto de cuidados de saúde primários definido na PICO, ainda assim, foi mantido pela sua relevância temática para a transição para a parentalidade e para a continuidade de cuidados.

Estas limitações sugerem que os resultados devem ser interpretados com cautela e reforçam a necessidade de mais investigação, metodologicamente rigorosa e em contextos diversificados, sobre estratégias do EEECESF na promoção da transição para a parentalidade no masculino.

Apesar destas limitações, a presente investigação contribui para preencher um vazio na produção científica nacional sobre o papel da enfermagem na transição para a parentalidade no masculino, oferecendo um quadro conceptual e operativo que pode orientar a prática do EEECESF na consulta de enfermagem. Futuras investigações poderão aprofundar o impacto de intervenções estruturadas centradas no pai em contexto de USF, explorar a utilização de recursos digitais de apoio à paternidade e estudar outras configurações familiares.

As conclusões apresentadas devem ser interpretadas à luz das limitações da revisão, nomeadamente o número reduzido de estudos incluídos, a concentração em contextos nórdicos e o recurso predominante a métodos de autorrelato, bem como as restrições de acesso a algumas bases de dados e a delimitação temporal e linguística da pesquisa.

CONCLUSÃO

O presente relatório descreve o percurso de estágio de aprendizagem, a fundamentação teórica e a reflexão crítica sobre a aquisição de competências específicas na prática dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde familiar, integrando também a apresentação de uma Revisão Integrativa da Literatura intitulada “Intervenções promotoras da transição para a parentalidade na figura paterna – estratégias do EEECESF”. Este trabalho teve como objetivo compreender de que forma as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar podem promover uma transição saudável para a parentalidade na figura paterna, bem como aprofundar o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à família. O encadeamento entre os modelos e teorias de enfermagem e os conteúdos lecionados no Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, permitiu à autora desenvolver competências específicas e prestar cuidados à família com maior qualidade, sustentados numa base de evidência científica.

Partindo do enquadramento teórico das transições de Meleis e do Modelo Calgary de Avaliação Familiar e recorrendo a uma revisão integrativa da literatura complementada pela análise de um caso clínico da família R. (Apêndice I), foi possível evidenciar que a transição para a paternidade é um processo relacional e desenvolvimental complexo, em que o pai procura integrar novas tarefas, significados e responsabilidades, enquanto a família caminha para um novo ponto de equilíbrio. A análise do caso clínico evidencia, por sua vez, que a utilização sistemática do processo de enfermagem, articulado com o MCAF e com a linguagem CIPE, possibilita uma avaliação compreensiva do sistema familiar e do papel parental paterno, permitindo formular diagnósticos centrados na transição para a parentalidade, planejar intervenções individualizadas e monitorizar os resultados.

No que concerne ao capítulo da investigação, a revisão integrativa da literatura mostrou que o suporte profissional, é central para uma transição bem-sucedida e para a construção de um papel parental competente no masculino, influenciando o vínculo pai-bebé, a relação coparental e o bem-estar emocional dos pais. Os estudos analisados evidenciam que incluir o pai de forma sistemática nas consultas, responder às suas dúvidas e legitimar as suas preocupações reforça a autoeficácia paterna e o sentimento de inclusão, mas revelam também que a componente mais proativa da intervenção de enfermagem permanece subutilizada, mantendo um modelo ainda marcadamente reativo e materno-centrado. Em sentido inverso, práticas ainda marcadas por um modelo materno-centrado, pouco sensíveis às necessidades paternas, estão associadas a sentimentos de invisibilidade, insegurança e maior stress na assunção do papel parental, permitindo concluir que o enfermeiro, pela proximidade e continuidade de contacto com a família, ocupa uma posição privilegiada para facilitar a integração saudável da paternidade.

A experiência de ensino clínico em Unidade de Saúde Familiar permitiu, de certo modo, confrontar estes resultados com a realidade da prática, evidenciando a coexistência de esforços para envolver os pais e de constrangimentos organizacionais que dificultam a sua participação plena. Ao longo das 810 horas de estágio foram desenvolvidas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, particularmente na avaliação da família como unidade de cuidados, na criação de espaços de escuta para os pais e na implementação de intervenções educativas e de apoio emocional dirigidas à díade parental. Esta articulação entre evidência científica e prática clínica reforçou a consciência da necessidade de

ultrapassar um modelo centrado na mãe e de adotar estratégias deliberadamente proativas em relação à figura paterna, como convites formais para participação nas consultas, entrevistas individuais quando pertinente, questionamento sistemático sobre a relação coparental e monitorização do bem-estar emocional paterno ao longo da transição. Em resposta à questão de investigação: “Quais as intervenções e estratégias do enfermeiro de família na promoção e capacitação da figura paterna na transição para a parentalidade?”, conclui-se que as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar são determinantes para promover uma transição mais segura, adaptativa e saudável para a parentalidade na figura paterna. A evidência analisada demonstra que estratégias como a inclusão ativa do pai nos cuidados, a escuta das suas necessidades, o apoio emocional e informativo, e a promoção de uma relação terapêutica centrada na família favorecem a adaptação aos novos papéis parentais, reforçam a autoconfiança paterna e contribuem para a qualidade do vínculo pai-bebé e da coparentalidade. Do ponto de vista clínico, estes resultados sublinham a importância de uma prática de enfermagem proativa, individualizada e centrada na família, capaz de reconhecer o pai como elemento essencial no processo de transição e como alvo legítimo de intervenção em saúde.

As conclusões deste relatório final de estágio, devem ser entendidas à luz das limitações identificadas, nomeadamente o número relativamente reduzido de estudos incluídos, a concentração em contextos nórdicos, o recurso predominante a métodos de autorrelato e as restrições de acesso a algumas bases de dados e a determinados tipos de publicação. Ainda assim, os resultados obtidos permitem identificar tendências relevantes e apontam caminhos claros para a prática e para a investigação: a necessidade de integrar explicitamente o pai como alvo de cuidados de enfermagem de saúde familiar e de desenvolver estudos adicionais, em contextos diversificados e, em particular, em Portugal, que avaliem o impacto de intervenções de enfermagem especificamente desenhadas para o envolvimento paterno na adaptação à parentalidade, na relação coparental e na saúde da família.

Neste sentido, este trabalho pretende ser não um ponto de chegada, mas um contributo para a consolidação de uma prática de enfermagem de saúde familiar mais inclusiva, sensível ao género e verdadeiramente centrada na família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M. (2002). (Des)Equilíbrios Familiares. Quarteto Editora.

Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Chin, R., Hall, P., & Daiches, A. (2011). Fathers' experiences of their transition to fatherhood: A metasynthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 4–18.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513044>

Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L., & Gilbody, S. (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: A qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1256-0>

DECRETO-LEI n.º 298/2007 de 22 de agosto. Diário da República n.º 161/2007, Série I.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>

DECRETO-LEI n.º 73/2017 de 21 de junho. Diário da República n.º 118/2017, Série I.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>

LEI n.º 95/2019, de 4 de setembro. Aprova a Lei de Bases da Saúde. Diário da República n.º 169/2019, Série I.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>

DESPACHO n.º 24101/2007 de 22 de outubro. Diário da República n.º 203/2007, Série II.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/24101-2007-1417164>

DESPACHO nº14237/2024 de 2 de dezembro. Determina a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar. Diário da República nº233/2024, Série II.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/14237-2024-898377839>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil.
<https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>

- Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: Science and Practice*, 3(2), 95–131. https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0302_01
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M.H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel
- Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989–2008. *Birth*, 36(4), 305–318. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª edição). Lusociência.
- Leanderz, Å., Henricson, M., Lyngegård, F., Bäckström, C., & Larsson, M. (2025). What It Means to Become a father. *American Journal of Men's Health*, 19(2). <https://doi.org/10.1177/15579883251323251>
- Marques, R., Nené M & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada*. Lidel
- Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários – Guia de decisão clínica*. Lidel.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem – teoria e prática*. Lidel: Edições Técnicas, Lda.
- NORMA nº 09/2024 de (17/10/2024). Programa de rastreio de base populacional do Cancro do Colo do Útero. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-092024-de-17102024-programa-de-rastreio-de-base-populacional-do-cancro-do-colo-do-uterio1.aspx>

Ordem dos enfermeiros (2015/b). Regulamento nº. 348/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República: nº.118/2015, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>

Ordem dos enfermeiros (2015/c). Regulamento nº. 367/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República: Série II, nº.124/2015. [//diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811](https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811)

Ordem dos enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária. Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem comunitária de 25 de novembro de 2017. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_spública.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Parecer 01/2023: Referencial em enfermagem de saúde familiar. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

Planeamento do Estágio III: Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em Contexto de USF (2025).
Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde.Leiria.

REGULAMENTO n.º 367/2015 [Ordem dos Enfermeiros]. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. 29 junho de 2015. Diário da República N 124, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>

REGULAMENTO n.º 428/2018 [Ordem dos Enfermeiros]. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. 6 julho de 2018. Diário da República N.º 135, série II.<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

REGULAMENTO n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II Série, n.º 26 (2019).

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (2025). Unidade Local de Saúde do O. <https://www.choeste.min-saude.pt/instituicao/>

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. (2025). BI CSP. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários.

USF de T. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/938/30035/2100691/Pages/default.aspx>

Schobinger, E., Vanetti, M., Ramelet, A.-S., & Horsch, A. (2024). First-time parents' perception of midwives' and other healthcare professionals' support behaviours: A qualitative study. *Midwifery*, 135, 104028.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104028>

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). (5ª Edição). Lusociência.

Unidade de Saúde Familiar de T. (2023). Procedimento 02 relativo à visita domiciliária de enfermagem à pessoa em situação de dependência.

Unidade de Saúde Familiar de T. (2025). Regulamento Interno da Unidade de Saúde Familiar de T. CR.

Wells, M. B., Giannotti, M., & Aronson, O. (2024). Partner and professional support are associated with father-infant bonding: A cross-sectional analysis of mothers, midwives, and child health nurses' influence on primiparous and multiparous fathers of infants in Sweden. *Midwifery*, 136, 104076.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104076>

Wright, L. & Leahey, M. (2011). Enfermeiras e famílias – Um guia para avaliação e intervenção na família. (5ª ed).

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention (6th ed.). F.A. Davis.

APÊNDICE

APÊNDICE I

Aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar e processo de enfermagem

Mestrado em Enfermagem Comunitária na
Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Relatório de Estágio Aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar e Processo
de Enfermagem

Cátia Luís

Leiria, julho 2025

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE QUADROS

1.ENQUADRAMENTO DO CASO CLÍNICO

2.APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

2.1. AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

2.1.1 Avaliação Estrutural Interna

2.1.2 Avaliação Estrutural Externa

2.1.3 Avaliação Estrutural de Contexto

2.2 AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

2.2.1 Estádios – Etapa do Ciclo Vital

2.2.2 Tarefas

2.2.3 Vínculos

2.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

2.3.1 Instrumental

2.3.2 Expressiva

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM DA FAMÍLIA R

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Genograma da família R.

Figura 2 – Ecomapa da família R.

Figura 3 – Escala de Graffar

Figura 4 – Avaliação da habitação

Figura 5 – Ciclo Vital Duvall

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Escala de APGAR familiar de *Smilkstein*

1. ENQUADRAMENTO DO CASO CLÍNICO

A família avaliada é uma família nuclear, constituída pelo casal R.R. e R.M.. Têm uma filha, a C.R. de 4 meses de idade, uma bebé muito desejada que nasceu com 39 semanas de gestação, mas com restrição de crescimento conhecida no momento do parto. Esta gravidez foi um processo demorado e gerador de stress no casal. O R.R. encontra-se deslocado da sua terra natal há 5 anos. A R.M. é a cuidadora da avó materna M.S., que é uma utente com multimorbilidades nomeadamente com doença crónica (diabética insulinotratada).

Pelo exposto, e por demonstrarem uma comunicação aberta e empática, considerei pertinente realizar o processo de enfermagem a esta família com aplicação do Modelo de Calgary de avaliação da família, que ocorre numa transição normativa, tendo a colheita de dados, sido realizada através de entrevistas nos momentos da consulta de saúde infantil e vacinação.

Dei conhecimento do propósito e objetivos do meu trabalho assim como a confidencialidade das respetivas identidades.

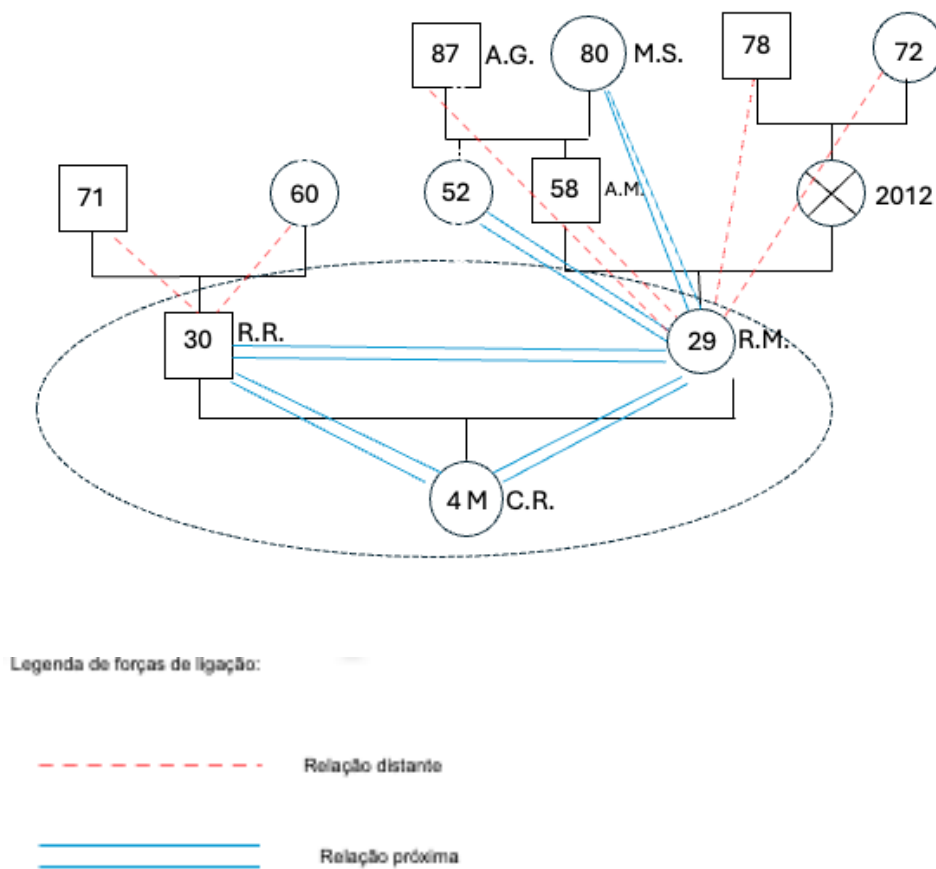
2. APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros considera como referencial teórico no desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem na prática direcionadas à família, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, enquanto alvo dos cuidados de enfermagem (MCEEC, 2023, p.2). Este modelo é sustentado no pensamento sistémico, tendo como base teórica o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCEEC, 2023, p.2). O MCAIF permite organizar a informação proporcionando um foco para a intervenção. É um modelo dinâmico e refere-se a um determinado momento no tempo que permite conhecer a família na sua dinâmica e complexidade (Wright e Leahey, 2011).

2.1 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

A dimensão estrutural da família, compreende a estrutura interna (composição da família, ordem dos nascimentos, género, orientação sexual, subsistemas e limites), a estrutura externa (família extensa e sistemas mais amplos) e o contextual (etnia, raça, classe social, espiritualidade e/ou religião e ambiente), (Figueiredo, M.H., 2023, p.378 citando Wright e Leahey, 2013).

Figura 1: Genograma da Família R., junho de 2025



2.1.1 Avaliação Estrutural interna

Composição familiar

A família R. é composta por R.R., com 30 anos de idade, motorista de profissão que é casado com a senhora R.M. com 29 anos de idade, administrativa de profissão. Enquadram-se na tipologia de família nuclear. Vivem na localidade de A. numa habitação própria e têm recentemente uma filha, C.R., de 4 meses de idade, sendo esta a composição da família R.

Género

Nesta família coabitam um elemento do género masculino e dois elementos do género feminino (Figura 1)

Orientação sexual

No que se refere à orientação sexual apresentam uma orientação heterossexual, à exceção da C.R. que, pela sua idade ainda não é possível determinar.

Ordem de nascimento

Relativamente à ordem dos nascimentos R.R. é o mais velho e possui um ano de diferença de R.M.

Subsistemas

Como subsistemas familiares estão presentes o subsistema individual, conjugal, parental e filial. O subsistema individual corresponde a cada elemento que compõe a família. O subsistema conjugal é composto pelo casal R.R. e R.M. Este subsistema é um sistema horizontal com a função de desenvolvimento de limites e fronteiras, base de suporte intra e extrafamiliar, que protegem o casal da intrusão de outros elementos, permitindo espaço para gerir as suas necessidades psicológicas (Alarcão, 2002). O subsistema parental entre o R.R. e a R.M. para com a sua filha C.R., e filial entre C.R. e os seus pais.

Limites

Os limites constituem fronteiras que separam os subsistemas e definem quem participa de cada função e relação dentro da família. São como linhas divisórias que permitem controlar a passagem de informação entre os diferentes subsistemas e entre a família e o meio (Alarcao, 2002) que podem, segundo Minuchin (1979) citado por Alarcão (2002) ser claros, rígidos ou difusos. A família R. é uma família com limites claros e flexíveis, no entanto o casal encontra-se a definir o seu estilo parental com diferenças de opinião de ações parentais que podem levar a conflito. O subsistema parental encontra-se de certa forma a invadir os restantes subsistemas com a atenção direcionada para a criança. Com o nascimento do primeiro filho a configuração triangular passa a estar presente e os diferentes elementos têm de aprender a viver relações diádicas e triádicas sem fazer da triangulação uma permanência (Alarcão, 2002). É possível encontrar numa família funcional, períodos de maior emaranhamento, adaptados à etapa do ciclo vital em que a família se encontra. A família R. encontra-se numa transição recente com o subsistema parental ainda com papéis mal definidos e eventualmente sobrepostos, uma comunicação desorganizada e com dificuldade na partilha de emoções.

2.1.2 Avaliação Estrutural Externa

Família extensa

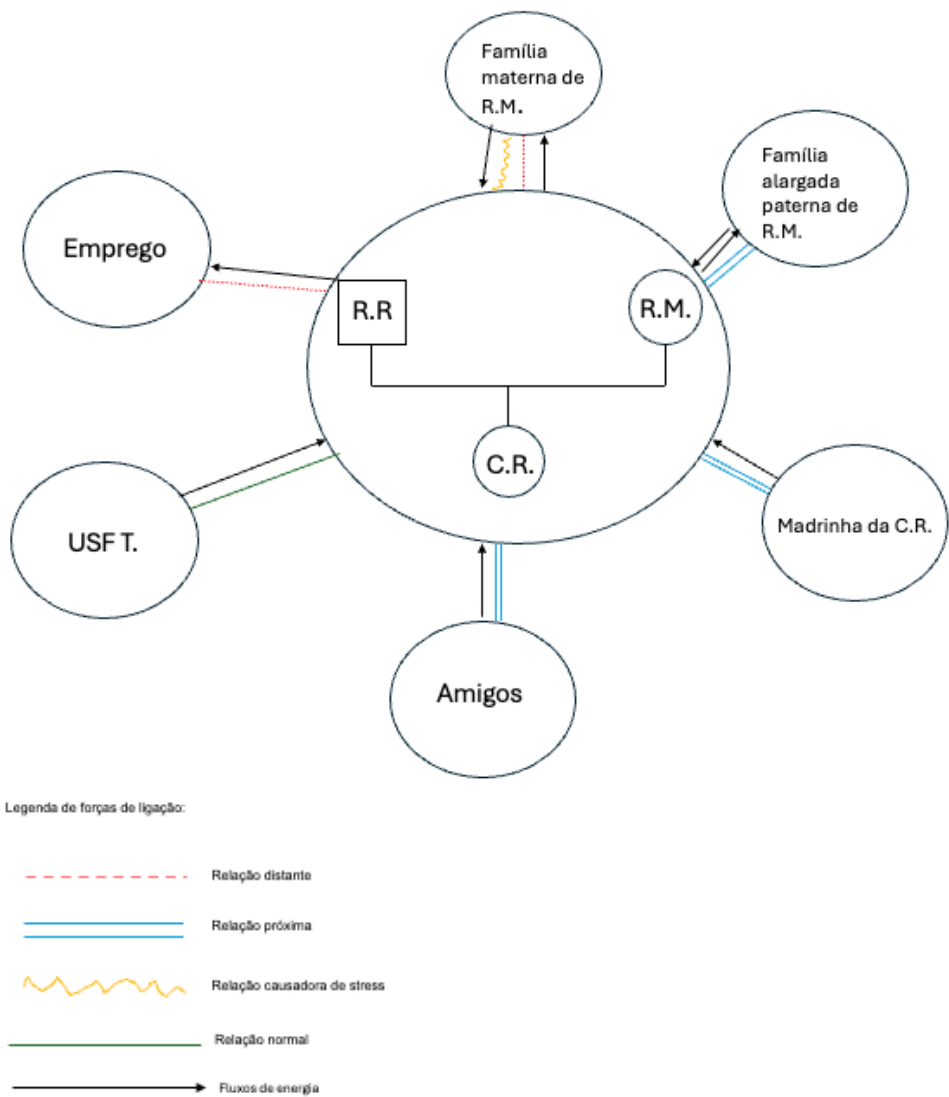
A Figura 1 representa o genograma da família R. Este instrumento apresenta informação sobre o sistema familiar, que através de uma representação gráfica, proporciona uma rápida visão sobre a composição e alguns aspetos da complexidade da família. A construção de um genograma tem como base a utilização de simbologia particular, de modo a sintetizar a informação colhida sobre a estrutura familiar. (Figueiredo, M. H., 2023, p.377). Através da realização do genograma da família R., verificamos que A.G casado com M.S., tiveram dois filhos, sendo o A.M. o pai de R.M. e avô de C.R. R.M. por sua vez assumiu a orientação relativa a consultas e gestão de medicação da avó M.S.. A mãe de R.M. faleceu em 2012 vítima de doença súbita. R.M. tem desde então uma relação distante com os

avós maternos que se encontram na localidade de V. no Norte do nosso país, e por vezes geradora de stress relacionado com assuntos em que envolva a mãe falecida. O R.R. tem uma relação distante com os seus pais e consequentemente C.R. também, que se prende principalmente com a distância física uma vez que a família paterna se encontra no Alentejo.

Subsistemas mais amplos

Tal como o genograma, o ecomapa concede-nos informações úteis sobre o tipo de relacionamentos na família. O ecomapa permite uma visualização gráfica do sistema social mais amplo com quem a família se relaciona, identificando a natureza e intensidade dos vínculos estabelecidos entre díades e sistemas (Figueiredo, M.H., 2023, p.378). Os subsistemas mais próximos da família e com a qual estes gastam e recebem energia podem ser observados pelo ecomapa (figura 2).

Figura 2: Ecomapa da família R., junho de 2025



2.1.3 Avaliação Estrutural de Contexto

A avaliação estrutural de contexto inclui a avaliação da etnia, raça, classe social, Religião e espiritualidade e ambiente.

Raça

Em relação à raça, são de raça caucasiana – fenótipo claro de pele.

Etnia

Relativamente à etnia, a família R. são de origem portuguesa.

Classe Social

No que se refere à classe social foi elaborada a Escala de Graffar (Figura 3). Esta escala é um instrumento da avaliação a nível da estratificação social e é composta por cinco itens (profissão, rendimentos, instrução, condições de alojamento e local de residência). A identificação da classe social possibilita a compreensão dos recursos e dos fatores de stresse familiares que possam estar relacionados com os itens acima mencionados (Figueiredo, M.H., 2023). De acordo com esta escala a família R. pertence à classe média.

Figura 3 – Escala de Graffar

Fonte: *print screen* da aplicação SClínico

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência	
Administração Pública	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Barro elegante	
Profissionais liberais	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaciosa e confortável	Bom local	
e quadros técnicos das empresas/ Administração Pública.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga	
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Barro operário/social	
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Barro de lata	
Mão de obra indiferenciada.					
Classe Social					MÉDIA

Religião ou espiritualidade

Na religião/espiritualidade identificam-se como católicos, mas não têm o hábito de frequentar a igreja.

Ambiente

Na subcategoria ambiente, avalia-se a vizinhança, o lar e como os fatores ambientais no que toca à adequação do espaço, privacidade, acesso a escolas, recreação e transportes públicos condicionam o funcionamento da família. A família R. reside numa moradia própria, constituída por rés-do-chão e garagem. A habitação é adequada às necessidades da família, detém lareira, saneamento básico, água potável da rede pública e eletricidade. É constituída por 3 quartos, 2 casas de banho, 1 cozinha equipada, dispensa, sala de estar e jantar e garagem. Possui escadas para a garagem. Tem quintal com espaços verdes. A habitação encontra-se em bom estado de conservação, boa luminosidade e boas

condições higiénicas. Como barreiras arquitetónicas identifiquei as escadas de acesso a garagem. O edifício encontra-se localizado na periferia da zona central da cidade, uma zona tranquila e de fácil acesso e perto dos locais de trabalho. Possuem vizinhos com quem têm uma boa relação.

Figura 4 – Avaliação da habitação
Fonte: *print screen* da aplicação SClínico

Habitação	Graffar	C.Duvall	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer
Data de registo 23-06-2025					
Tipo de alojamento					
Alojamento móvel					
Apartamento					
Barraca/casebre					
Desconhecido					
Hotel/pensão					
Instituição					
Morada					
Outro					
Quarto/parte de casa					
Sem alojamento					
Salubridade da zona residencial					
Desconhecida					
Insalubre					
Salubre					
Regime de ocupação					
Arrendada					
Cedida					
Desconhecido					
Outro					
Própria					
Tipologia					
Desconhecido					
Não aplicável					
T0					
T1					
T2					
T3 ou mais					
Estado geral de conservação					
Bom					
Desconhecido					
Mau					
Razoável					
Conforto					
Bom					
Desconhecido					
Mau					
Razoável					
Casa de banho					
Desconhecida					
Fora do alojamento					
Inexistente					
No alojamento					
Higiene					
Bom					
Desconhecida					
Má					
Razoável					
Água					
Desconhecido					
Não					
Sim					
Origem					
Desconhecida					
Particular					
Rede pública					
Distribuição					
Desconhecido					
Fontenário a + de 100m de casa					
Fontenário a - de 100m de casa					
Fora do alojamento					
No alojamento					
Barreiras arquitectónicas					
Desconhecido					
Não					
Sim					
No exterior					

2.2 AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

Como enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar, e após conhecer a estrutura familiar, é fundamental conhecer e compreender o desenvolvimento do ciclo vital de cada família.

2.2.1 Estádios – Etapa do Ciclo Vital

As etapas do ciclo vital em que a família se encontra são classificadas de maneiras diferentes conforme os autores, mas apresentam características semelhantes no que respeita às etapas que demarcam uma sequencia previsível de mudanças na organização familiar ao longo do tempo e que se distinguem pelo aparecimento ou saída de elementos da família, pela adoção de novas tarefas de desenvolvimento a executar e pelo posicionamento dos filhos na família (Figueiredo, M.H., 2023 citado por Alarcão, 2000).

Figura 5: Ciclo vital Duvall
Fonte: *print screen* da aplicação SClínico, junho 2025

☐ I-Família sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho)

☒ II-Família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos)

☐ III-Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até à entrada na escola, 6 anos)

☐ IV-Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até a adolescência, 13 anos)

☐ V-Família com filhos adolescentes (da saída da escola até ao início de estudos superiores)

☐ VI-Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa - "launching family")

☐ VII-Família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma - "empty nest")

☐ VIII - Família idosa (da reforma a viuvez)

Como se pode verificar na Figura 3, e de acordo com o programa em utilização – SClínico, adotou-se o Ciclo Vital de Duvall, sendo este o autor escolhido para o estudo desta família.

Segundo Duvall (in Relvas, 1996) as etapas do ciclo vital são: I-família sem filhos, II-família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar, 3 anos), III-família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até entrada na escola, 6 anos), IV-família com filhos em idade escolar (entrada na escola até adolescência, 13 anos), V-família com filhos adolescentes (saída da escola até ao ingresso no ensino superior), VI-família com filhos adultos jovens (saída dos filhos de casa), VII-família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma) e VIII-família idosa (da reforma à viuvez). A família R., encontra-se na etapa II do ciclo vital – família com filhos pequenos, onde se sugere o ajustamento às exigências do desenvolvimento de uma criança dependente.

2.2.2 Tarefas

Na II etapa, família com filhos pequenos – as tarefas que se devem desenvolver são a adaptação à parentalidade, a promoção do desenvolvimento infantil, o estabelecimento de rotinas e regras, a manutenção da satisfação conjugal, o planeamento familiar, a gestão de recursos e suporte e a adaptação às mudanças na dinâmica familiar.

O R.R. é motorista de profissão e trabalha muitas horas com períodos em que se encontra ausente. A esposa R.M. é administrativa numa empresa e o casal ansiava por ter um filho e revela alguma dificuldade para engravidarem durante o processo. Assumem que neste processo tiveram momentos de algum desgaste emocional e afetivo assim como alguma dificuldade comunicacional, no entanto, têm sido uma família feliz. O nascimento de C.R. foi para ambos uma enorme alegria e o realizar de um sonho enquanto projeto familiar. Não foi, no entanto, um processo fácil, uma vez que tiveram alguns percalços durante o período gravídico na medida em que o bebé sofreu de restrição de crescimento. R.R. e R.M. têm ido ambos às consultas de C.R. e revelam preocupação no que respeita ao peso e consequentemente à amamentação e preocupações inerentes à saúde da filha. R.R. encontra-se deslocado da sua terra natal identificando-se fragilidades na rede de suporte e a avó paterna é doente crónica, dependente de cuidados especiais. O grau de dependência da avó de R.M. e a gestão do regime medicamentoso fez com que R.M. tenha assumido o papel de cuidadora principal, realizando tarefas como ida a farmácia e preparação da medicação, ida ao supermercado, consultas entre outras. O conciliar de R.M. entre o papel de cuidadora da avó com as exigências do papel parental de um bebé de quatro meses tem tido implicações práticas e emocionais com sobrecarga sentida por R.M..

2.2.3 Vínculos

Na família nuclear os elementos apresentam uma relação de amor e respeito com a constituição de vínculos fortes no seio familiar. Ambos tem uma relação muito forte com a filha C.R.. O genograma /figura 1) e o ecomapa (figura 2) representam os vínculos da família R.

2.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional de família, integra as dimensões instrumental e expressivo e assenta na ideia de que as famílias funcionam sempre. A dimensão instrumental refere-se às atividades de vida diárias e a expressiva dá ênfase às interações entre os membros da família (Figueiredo, M.H., 2023). Enquanto enfermeiros especialistas na área de enfermagem de saúde familiar devemos atender à ideia de que a alteração de uma das partes do sistema afeta todos o sistema e vice-versa.

2.3.1 Instrumental

Atividades de vida diárias

A OE distingue as atividades de vida diárias em atividades básicas de vida diárias e atividades instrumentais de vida diárias ou atividades domésticas comunitárias. As funcionalidades da família nas ABVD são: em higiene pessoal, eliminação vesical e fecal e uso dos sanitários, vestuário, alimentação, locomoção e transferência e todos os elementos da família R. são independentes nestas atividades, à exceção da bebé C.R. dependente em todas estas funcionalidades. Relativamente às AIVD's, a família é independente na gestão do ambiente em que vive.

2.3.2 Expressivo

Comunicação emocional

A dimensão funcional expressiva assenta na comunicação e interação entre os elementos da família, tendo por base a comunicação emocional, a comunicação verbal e não verbal, a comunicação circular, solução de problemas, papéis, influências e poder, crenças, alianças e uniões.

A comunicação emocional está relacionada com o tipo de emoções e/ou sensações expressadas ou demonstradas. “A comunicação funcional define-se pela sua capacidade de unir, de ligar, de pôr em relação os parceiros comunicacionais (...)” (Alarcão, 2002). Na observação e interação e comunicação entre o casal R.R e R.M., estes apresentam um diálogo curto mas funcional.

Comunicação verbal e Não verbal

A comunicação verbal e não verbal assenta que “toda a comunicação tem dois níveis, conteúdo e relação” (Alarcão, 2002). O casal apresenta uma postura respeitosa e de proximidade física e demonstrações de afeto. R.M. comunica com mais facilidade e iniciativa.

Comunicação circular

A comunicação circular prende-se com a reciprocidade entre os dois elementos de informação e de ideias de forma livre, tratando-se de uma ferramenta útil na resolução de questões relacionadas com a parentalidade e conjugalidade. O casal afirma debater e partilhar os assuntos, assim como tomar as

decisões em conjunto. Através da escala APGAR Familiar de *Smilkstein* podemos perceber a satisfação dos membros da família R. relativamente à assistência recebida pela família. A interpretação do Quadro 1, totaliza um score de 8 o que nos aponta para uma família altamente funcional.

Quadro 1 – Representação da escala de APGAR Família de *Smilkstein* (1978)

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	x		
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução de problemas	x		
Acho que a minha família concorda com os meus desejos de iniciar novas atividades ou modificar o estilo de vida		x	
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como, irritação, pesar e amor		x	
Estou satisfeita com o tempo que passo com a minha família	x		
Quase sempre: 2 pontos; algumas vezes: 1 ponto; quase nunca: 0 pontos Score: 7/10: família altamente funcional; 4-6: família com moderada disfunção; 0-3: família com disfunção acentuada			

Soluções de problemas

Na dimensão resolução de problemas, é unânime para ambos que a dificuldade em engravidarem constituiu o maior problema que enfrentaram enquanto casal, existindo outros problemas atuais como a restrição de crescimento da filha C.R. e a gestão da doença crónica e necessidade de apoio da avó de R.M..

Todas as famílias passam por processos de stress causados por crises acidentais ou normativas. A reorganização da dinâmica familiar ocorre a partir das transições que a família enfrenta para superar essas dificuldades. Segundo Meleis (2010), a transição representa um momento de construção positiva, pois permite que a família desenvolva novas competências para reestabelecer o equilíbrio.

Estas transições exigem adaptação e muitas vezes levam à redefinição de papéis dentro da estrutura familiar, podendo ser geradores de conflitos intergeracionais.

Como fatores de stress identifico na família R., o nascimento de um bebé, o baixo peso à nascença e a questão alimentar/amamentação relacionada e a doença crónica da avó de R., que progressivamente a torna mais dependente de cuidados.

Papéis

Na subcategoria dos papéis, esta avalia os padrões estabelecidos de comportamentos dos membros da família de acordo com a situação. Na família R., com o nascimento de C.R. esta família encontra-se numa redefinição de papéis, sendo que é a R.M. que assume a totalidade dos cuidados à avó.

Influência e poder

A subcategoria influências e poder é focado no processo dinâmico e multidimensional do exercício do poder, que nesta família acreditam tomar as decisões em conjunto, não considerando haver elementos na família com mais ou menos poder.

Crenças

A família R. considera-se, no que respeita a crenças, uma família católica, no entanto atualmente não frequentam a igreja, e não têm fortes crenças espirituais nem religiosas. Também não se verificaram crenças em saúde dificultadoras.

Alianças e uniões

As alianças e uniões existem de forma equilibrada entre o casal pautada por cumplicidade. Atualmente o casal tem-se aliado à madrinha da bebé e um casal do grupo de amigos quando necessitam de suporte e ou na partilha de opiniões. R.M. revela que tem uma relação igualmente muito próxima com a sua madrinha de batismo e irmã do seu pai com quem desabafa e onde procura apoio e orientação.

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM

Para a realização do processo de enfermagem foram analisados os dados colhidos junto da família na identificação das forças, recursos e necessidades da família no sentido de identificar e propor intervenções adequadas às necessidades da família, sempre na capacitação das famílias na resolução dos seus problemas.

Foco de atenção	Papel parental
Intervenção diagnóstico	Avaliar papel parental

	Avaliar condição do papel parental	
Diagnóstico	Sem Papel parental comprometido	
Resultados esperados	Pretende-se a manutenção de um papel parental mantido e eficaz assim como o aumento da literacia em saúde através dos cuidados de enfermagem	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
04/06/2025 26/06/2025	incentivar o envolvimento da família incentivar desempenho do papel parental Promover o papel parental Avaliar condição do papel parental	o casal apresenta estratégias de coping na resolução de problemas ambos demonstram o conhecimento sobre o papel parental de forma adequada apesar dos desafios inerentes aos dois primeiros meses de vida da bebé C.R., atualmente o subsistema parental desenvolve as suas tarefas, demonstra vínculo e mantém limites tendencialmente claros

Foco de atenção	Satisfação Conjugal	
Intervenção diagnóstico	Avaliar a satisfação conjugal	
Diagnóstico	Satisfação conjugal não mantida se: Relação dinâmica disfuncional e Comunicação não eficaz	
Resultados esperados	Melhoria da satisfação conjugal Promover o bem-estar da família e a capacidade de adaptação à transição do ciclo vital, assim como a manutenção de relações saudáveis entre o casal	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
04/06/2025 26/06/2025	Motivar para a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas Aconselhar a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas	Na transição para a parentalidade o EEECESF poderá fazer a diferença na promoção da satisfação conjugal neste casal na promoção

	Promover a comunicação expressiva das emoções Promover a comunicação do casal Motivar para atividades em conjunto, junto do grupo de amigos com quem têm relação próxima Monitorizar a eventual disponibilidade do pai de R.M. de ser incluído nos cuidados à avó M.S. no sentido de aliviar a sobrecarga de R.M. nesta fase	de competências de comunicação, na expressão de sentimentos, principalmente por parte de R.R., na promoção de redes de apoio que nesta família R. é frágil, e no apoio à reorganização dos papéis e funções nesta transição para a parentalidade
--	--	---

Foco de atenção	Comunicação	
Intervenção diagnóstico	Avaliar o comprometimento comunicacional	
Diagnóstico	Comunicação familiar não eficaz	
Resultados esperados	Que a família promova uma comunicação eficaz com expressão das emoções nesta transição para a parentalidade Que a família desenvolva estratégias de coping adequadas	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
04/06/2025 26/06/2025	identificar obstáculos à comunicação promover a comunicação expressiva das emoções com R.R. otimizar a comunicação verbal e não verbal na família R.	R.R. verbalizou que tem dificuldade em falar das próprias emoções R.M. tem dificuldade em expressar os seus sentimentos a R.R. em relação à sobrecarga (desta nova transição e da avó paterna M.S.)

Foco de atenção	ansiedade
Intervenção diagnóstico	Avaliar grau ansiedade

Diagnóstico	Ansiedade demonstrada	
Resultados esperados	Que o casal diminuía os níveis de ansiedade demonstrados com o desenvolvimento da C.R. e melhora o autocontrolo e autoconfiança	
Data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
04/06/2025 26/06/2025	avaliar ansiedade Gerir ambiente Acolhimento e comunicação terapêutica para identificar e reduzir sinais de ansiedade Encorajar autocontrolo avaliar conhecimento sobre autocontrolo: ansiedade (fatores desencadeantes) Escutar/Disponibilizar suporte emocional Vigiar resposta comportamental Incentivar envolvimento da família, a comunicação de emoções, o apoio/suporte da família ensinar sobre estratégias não farmacológicas de redução da ansiedade Planejar técnica de distração/técnica de relaxamento Executar/orientar para técnica de relaxamento Explicar o benefício da vacinação	Na presença com a família R. é notória a ansiedade relativa à transição normativa para a parentalidade, que é manifestada pela preocupação com o aumento de peso de C.R. e restante desenvolvimento da mesma. O pai R.R. nas consultas de vacinação, sai inclusive da sala, uma vez que refere “não conseguir assistir à vacinação da bebé”.

Foco de atenção	Desenvolvimento infantil	
Intervenção diagnóstico	Avaliar o desenvolvimento infantil	
Diagnóstico	Desenvolvimento infantil comprometido	
Resultados esperados	Que a dimensão física da bebé C.R. passe a não comprometida com o aumento dos percentis	
data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
04/06/2025 26/06/2025	avaliar evolução do desenvolvimento infantil da bebé C.R. incentivar comportamento de procura de saúde intervir no âmbito do papel parental no que respeita à alimentação incentivar à amamentação em livre demanda	A restrição de crescimento intrauterino da bebé C.R. e o baixo peso à nascença trazem sobrecarga emocional e física ao casal, que se sente pressionado com a necessidade do aumento de peso da C.R..

Foco de atenção	amamentação	
Intervenção diagnóstico	Avaliar conhecimento sobre amamentar, capacidade para amamentar, autoeficácia a amamentar Avaliar mamada	
Diagnóstico	Potencial da mãe e/ou do pai para melhorar o conhecimento sobre amamentação Potencial da mãe para melhorar autoeficácia para amamentar	
Resultados esperados	É esperado que a C.R. tenha um efetivo aumento de peso com base em literacia acerca da amamentação e na avaliação da mamada	
data	Intervenções de enfermagem	Avaliação
04/06/2025 26/06/2025	avaliar evolução do conhecimento da mãe e/ou do pai sobre amamentação ensinar a mãe e/ou o pai sobre amamentação, sinais de fome,	Com o baixo peso da C.R., o casal encontra-se pressionado com o aumento de peso da bebé e aumento do percentil

	sinais de saciedade, pega adequada, posições do recém-nascido durante o mamar, padrão de sucção, estratégias para estimular a amamentação, ingestão nutricional, cuidados à mama vigiar a mamada elogiar desempenho da R.M.	
--	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M. (2002). (Des)Equilíbrios Familiares. Coimbra. Quarteto Editora.

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Almargem do Bispo. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Figueiredo, M.F. et al. (2023). Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa. Lidel

Marques, R., Nené M & Sequeira, C. (2024). Enfermagem Avançada. Lisboa. Lide

Melo, P. (2021). Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários. Enfermagem. Lisboa. Lidel.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Parecer 01/2023: Referencial em enfermagem de saúde familiar. Mesa do

Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária. Acedido a 05/07/2025. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

Planeamento do Estágio II: Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em Contexto de USF (2025). Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde. Leiria.

REGULAMENTO n.º 367/2015 [Ordem dos Enfermeiros]. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. 29 junho de 2015. Diário da República N 124, Série II. Acedido a 05/07/2025. Retrieved from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>

REGULAMENTO n.º 428/2018 [Ordem dos Enfermeiros]. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. 6 julho de 2018. Diário da República N.º 135, série II. Acedido a 05/07/2025. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

REGULAMENTO n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II Série, n.º 26 (2019). Acedido em 05/07/2025. Retrieved from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de autorização à Diretora da Unidade para acesso a dados referentes aos utentes e funcionamento da USF

Ex.ª Sr.ª Enfermeira,

No que concerne à informação referente à USF de _____, está autorizada a sua utilização para fins académicos de obtenção do grau de mestre, devendo sempre respeitar o dever de confidencialidade exigido a nós, profissionais de saúde.

Esta coordenação deseja os votos de maior sucesso nesta etapa que se avizinha.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Almeida

Coordenadora da USF



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE



Unidade de Saúde Familiar de 1