



Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Enfermagem da Saúde Familiar

ESTÁGIO III - ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO  
DE  
UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Visita domiciliária do Enfermeiro de família ao RN e família

Ana Sofia Mendes

Leiria, março 2023



Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Enfermagem da Saúde Familiar

ESTÁGIO III - ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO  
DE UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Visita domiciliária do Enfermeiro de família ao RN e família

Relatório de estágio apresentado para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde  
Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Ana Sofia Mendes - 5200331

**Professor Orientador:** Doutora Teresa Kraus

Leiria, março 2023

## **AGRADECIMENTOS**

À Senhora Professora Teresa Krauss pelo seu empenho enquanto docente tutora, pela sua ajuda, disponibilidade e simpatia com que sempre iluminou a minha caminhada.

Ao Enfermeiro Pedro Sequeira pela amabilidade com que aceitou ser orientador de estágio e pela sua inestimável ajuda nesta caminhada.

Aos meus colegas de trabalho pela solidariedade sempre presente nos momentos mais difíceis. Por vezes mais sobrecarregados pela minha ausência, tiveram sempre uma palavra de alento e incentivo que me ajudaram a ultrapassá-lo! Obrigado, Paula!!

A todos os colegas da UCSP de Abrantes, UCC de Abrantes e USF Beira Tejo que contribuíram para a realização deste trabalho.

À Equipa da USF Beira Tejo por me proporcionarem este estágio que contribuiu para o meu crescer enquanto pessoa e enfermeira em cuidados de saúde primários.

Por último, mas sempre primeiro, à minha família em especial ao meu marido e filhotas, com quem estive menos presente nestes últimos tempos e que mesmo assim, me deram energias para continuar e concluir este desafio a que me propus.

## **LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**APGAR** – Adaptação, Participação, Crescimento, Afeição e Resolução

**ARSLVT** – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

**ACES** – Agrupamentos de Centros de Saúde

**BI** – Bilhete de Identidade

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EESF** – Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar

**IDG** – Índice de desempenho Geral

**MS** – Ministério da Saúde

**NFP** – Nurse Family Partnership

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**JBI** – Joanne Briggs Institute

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**RN** – Recém-Nascido

**RSL** – Revisão Sistemática de Literatura

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UNICEF** – Fundo de Emergência Internacional para Crianças das Nações Unidas

**URAP** – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**USP** - Unidade de Saúde Pública

**VD** – Visita Domiciliária

## RESUMO

**Enquadramento:** O Nascimento de um novo ser é considerado um acontecimento marcante que ocorre no seio de uma família. Esta é uma etapa importante do ciclo vital, caracterizado por sucessivas transformações psicossociais, desequilíbrios biofísicos, consolidação da relação entre membros da família e uma reorganização do relacionamento conjugal e familiar. As orientações emanadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS), reforçam a necessidade de fortalecer o cuidado pós-natal através da visita domiciliária. Esta após o nascimento é reconhecida como uma estratégia fundamental uma vez que fornece elementos efetivos dos cuidados ao Recém-Nascido (RN). Na visita domiciliária, promove-se a relação de proximidade entre equipa de saúde e família, contribuindo para a vigilância e promoção da saúde.

**Objetivo:** analisar as competências comuns e específicas da enfermagem especializada na área da saúde familiar, adquiridas no âmbito do ensino clínico e mapear o conhecimento sobre intervenções protocoladas do enfermeiro de família para a visita domiciliária (VD) ao RN e Família.

**Metodologia:** realizou uma análise crítica-reflexiva sobre as competências adquiridas e desenvolvidas no ensino clínico e desenvolveu uma revisão sistemática de literatura. A pesquisa foi realizada em janeiro e fevereiro de 2022. Através da base de dados eletrónica do site da Ordem dos Enfermeiros, acesso reservado, EBSCOhot, selecionando a base de dados CINAHL e MEDLINE complete e através da base de dados da OE de acesso livre RCAP e Biblioteca Virtual em saúde, foram encontrados 32 resultados. Destes, 27 foram eliminados e 5 foram selecionados. O friso temporal em que incidiu o estudo decorreu de 2011 a 2021. Os resultados foram extraídos e sintetizados na forma de tabela e resumo narrativo.

**Resultados:** O ensino clínico consolidou os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação. Desenvolveu competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área da saúde familiar. Foram incluídos cinco estudos na RSL. No seguimento da RSL e de forma a recolher contributos para a construção de uma proposta de protocolo realizou um estudo descritivo, exploratório, recorrendo à metodologia descritiva. Neste estudo a amostra foi constituída por 13 enfermeiros de três unidades de saúde. Todos eles contribuíram com sugestões para a construção da proposta de protocolo e evidenciaram a sua importância.

**Conclusão:** com base nos achados da RSL e no estudo realizado é apresentada uma proposta de protocolo para a visita domiciliária ao RN e família.

Palavras Chave: RN, Protocolo, Enfermeiro de família, Família, VD e Cuidados Saúde Primários(CSP)

## **.ABSTRACT**

**Background:** The birth of a new being is considered a remarkable event that occurs within a family. This is an important stage in the life cycle, characterized by successive psychosocial transformations, biophysical imbalances, the consolidation of the relationship between family members, and a reorganization of the conjugal and familiar relationship. The guidelines issued by the World Health Organisation (WHO) and the Ministry of Health (MH) reinforce the necessity to strengthen postnatal care through a domiciliary visit. This after-birth is known as a fundamental strategy since it provides effective elements of care to the New-Born (NB). The domiciliary visit promotes the relationship of proximity between the health team and the family, contributing to health surveillance and promotion.

**Objective:** To analyze the common and specific competencies of specialized nursing in the area of familiar health, acquired through clinical teaching and to map the knowledge about the protocol interventions of the family nurse for the domiciliary visits (DV) to the RN and Family.

**Methodology:** Conducted a critical-reflective analysis of the skills acquired and developed through clinical teaching and developed a systematic literature review. The survey was conducted in January and February of 2022. Using the electronic database of the “Ordem dos enfermeiros” website, reserved access, EBSCOhost, selecting the database CINAHL and MEDLINE complete and through the database of the OE free access RCAP and the Virtual Health Library, 32 results were found. Of these, 27 were eliminated and 5 were selected. The temporal frieze in which the study was conducted was from 2011 to 2021. The results were extracted and synthesized in the form of a table and narrative summary.

**Results:** Clinical teaching consolidated the scientific knowledge acquired through its formation. Developed skills of the specialist nurse in community nursing, in the area of family health. Five studies were included in the RSL. Following the RSL and in order to collect contributions to the construction of a protocol proposal, carried out an exploratory study, using the descriptive methodology. In this study, the sample was constituted of 13 nurses from three health units. All of them contributed to the construction of the protocol proposal and highlighted its importance.

**Conclusion:** based on the findings of the RSL and the study conducted, a proposal for a protocol for domiciliary visits to the NB and family is presented.

**Keywords:** RN, Protocol, Family Nurse, Family, VD and Primary Health Care (PHC).

## ÍNDICE

<b>0 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1 -CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR O SEU CONTEXTO E PERCURSO.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1– A EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....</b>	<b>14</b>
<b>1..2 – REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>21</b>
<b>1.3 – REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SAÚDE FAMILIAR.....</b>	<b>24</b>
<b>2 – ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO FINAL NA USF BEIRA TEJO.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 – CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR BEIRA TEJO.....</b>	<b>28</b>
<b>2.2 – PROJETO REALIZADO NO ÂMBITO DA MELHORIA DE QUALIDADE NA USF BEIRA TEJO.....</b>	<b>30</b>
<b>2.2.1 – Consulta de enfermagem.....</b>	<b>32</b>
<b>2.2.2 – Visita domiciliária de Enfermagem ao Recém-Nascido e família.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3 – REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.....</b>	<b>38</b>
<b>2.3.1 – Enquadramento do tema Protocolo de intervenção do enfermeiro de família na visita domiciliária ao Recém Nascido e família.....</b>	<b>39</b>
<b>2.3.2 – Enquadramento teórico do tema.....</b>	<b>41</b>
<b>2.3.3 – Desenvolvimento da Revisão Sistemática de Literatura.....</b>	<b>56</b>
<b>2.4 – APLICAÇÃO DE INQUÉRITO SOBRE VISITA DOMICILIÁRIA AO RN E FAMÍLIA.....</b>	<b>76</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>98</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>10</b>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – ESTUDO DE CASO DA FAMÍLIA**

**APÊNDICE II – APRESENTAÇÃO**

**APÊNDICE III - RESULTADOS DAS PESQUISAS NAS BASES DE DADOS CINAHL  
Complete e MeDLINE complete**

**APÊNDICE IV– QUESTIONÁRIO PARA CONSULTA DE PERITOS.**

**APÊNDICE V – INSTRUMENTO PROPOSTO PARA COLHEITA DE DADOS NA  
VISITA DOMICILIÁRIA AO RN E FAMÍLIA.**

## **ANEXOS**

**ANEXO I – PEDIDO FORMAL Á COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO  
REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO**

**ANEXO II – RESPOSTA DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO  
REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO**

**ANEXO III – PARECER DAS UNIDADES QUE PARTICIPARAM NO ESTUDO**

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Fluxograma - Prisma de seleção do estudo e processo de inclusão.....	62
--	----

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Termos e Descritores.....	57
<b>Quadro 2</b> – Limitadores de cada base de dados.....	59
<b>Quadro 3</b> – Resultados das pesquisas efetuadas nas respetivas bases de dados.....	59
<b>Quadro 4</b> – Resultados das pesquisas no RECAAP.....	63
<b>Quadro 5</b> – Situações em a VD ao RN deve ser Precedida de uma VD no 3º trimestre de gravidez ...	80
<b>Quadro 6</b> – Outras intervenções sugeridas pelos enfermeiros inquiridos .....	85
<b>Quadro 7</b> - Outras intervenções pertinentes a implementar na visita domiciliária pelo Enfermeiro de Família.....	90

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Utentes da USF Beira Tejo.....	28
<b>Gráfico 2</b> – Caracterização dos utentes de Bemposta.....	29
<b>Gráfico 3</b> – Taxa de utilização de consultas de enfermagem a 3 anos (Mimuf, 2020).....	32
<b>Gráfico 4</b> - Taxa de utilização de consultas de enfermagem a 3 anos (Mimuf, 2022).....	33
<b>Gráfico 5</b> – Proporção de visitas domiciliárias realizadas ao RN nos primeiros 15 dias de vida.....	35
<b>Gráfico 6</b> – Evolução da proporção de VD ao RN e família nos primeiros 15 dias de vida, entre 2019 e 2022 (Mimuf, 2022).....	37
<b>Gráfico 7</b> – Concretização do indicador proporção RN com VD de enfermagem até aos 15 dias de vida nas UCSP do ACES Médio tejo.....	69

<b>Gráfico 8</b> - Concretização do indicador proporção de RN com VD de enfermagem nos primeiros 15 dias de vida nas USF do ACES Médio Tejo.....	69
<b>Gráfico 9</b> - Anos de exercício profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários.....	78
<b>Gráfico 10</b> – Distribuição dos enfermeiros com e sem especialidade.....	79
<b>Gráfico 11</b> - Distribuição dos Enfermeiros inquiridos por especialidade de enfermagem.....	79
<b>Gráfico 12</b> – Momento a realizar a visita domiciliária – durante o 3º trimestre ou após o nascimento do RN.....	80
<b>Gráfico 13</b> - Momento para realizar a VD ao RN e família.....	82
<b>Gráfico 14</b> -Distribuição das ações, para realização de VD ao RN e família pelos enfermeiros.....	82
<b>Gráfico 15</b> – Intervenções pertinentes a serem implementadas na VD à puérpera.....	83
<b>Gráfico 16</b> – Intervenções priorizadas na visita domiciliária ao RN.....	84
<b>Gráfico 17</b> – A Importância atribuída aos instrumentos da avaliação estrutural da família.....	86
<b>Gráfico 18</b> – Aplicação do Instrumento de avaliação familiar com o Ciclo Duvall.....	88
<b>Gráfico 19</b> - Instrumentos de avaliação da funcionalidade da família destacados pelos enfermeiros...	89

## INTRODUÇÃO

A decisão de concretizar este curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Familiar emerge da necessidade de integrar o exercício do Enfermeiro Especialista de Saúde Familiar na sua máxima expressão, de forma a cuidar da família como unidade de cuidados, prestando os mesmos nas diferentes fases do ciclo vital da família ao nível prevenção primária, secundária e terciária. Esta parceria com as famílias deve desenvolver-se através da atitude de querer conhecer, compreender e integrar novos paradigmas mais ajustados, procedimentos organizados, dinâmicos e estruturados, com base na observação, análise e reflexão sobre a saúde familiar.

O relatório que agora se apresenta, reflete o percurso de estágio iniciado em 13 setembro de 2021 e cujo término ocorrerá a 28 de janeiro de 2022 bem como toda um conjunto de aprendizagens que contribuiram para o desenvolvimento e a aquisição de competências no cuidado em enfermagem avançada à família, grupo e comunidade.

Este Estágio está integrado no Curso em Enfermagem de Saúde Comunitária: Área de Especialização em Enfermagem da Saúde Familiar, 2º ano, 3º semestre do ano letivo 2021/2022, da Escola Superior de Saúde de Leiria.

De forma a mobilizar os conteúdos programáticos ministrados nas diversas tipologias de aulas e em diversas unidades curriculares, e atingir os objetivos preconizados realizou o ensino clínico na Unidade de Saúde Familiar (USF) Beira Tejo.

Durante este ensino clínico, desenvolveu competências direcionadas para a prestação de cuidados de enfermagem globais e especializados às famílias, em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da comunidade.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) o aluno através do seu relatório deve demonstrar o seu processo de aprendizagem e aquisição de competências, uma vez que a reflexão crítica, objetiva e contextualizada de todo o trabalho realizado. (OE, 2021)

Como objetivo geral deste relatório:

- Dar a conhecer as competências comuns e específicas da Enfermagem especializada na área da saúde familiar adquiridas no âmbito do ensino clínico III.

Como objetivos específicos:

- Demonstrar o conhecimento avançado em referenciais teóricos através da sua aplicação nos processos de Enfermagem à família.

- Demonstrar a incorporação dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação evidenciando padrões de prática com base na evidência.
- Apresentar o resultado de uma prática reflexiva, tendo por base os conhecimentos teóricos e a capacidade crítica – reflexiva.
- Demonstrar a capacidade de avaliar práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica do seu desempenho bem como das competências desenvolvidas.
- Demonstrar as competências adquiridas na tomada de decisão e resolução de problemas complexos.
- Apresentar evidências sobre a capacidade reflexiva da aplicação dos conhecimentos adquiridos.

Este trabalho apresenta-se estruturado da seguinte forma: Inicialmente é feita uma breve referência à evolução dos cuidados de saúde primários, caracterização da USF Beira Tejo e das famílias do ficheiro do polo de Bemposta. De seguida, é realizada uma abordagem reflexiva sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Dando continuidade ao relatório, e procurando evidência para as necessidades identificadas apresentam-se os resultados de uma *scóping review*, bem como os contributos resultantes da aplicação de instrumento de colheita de dados junto de enfermeiros peritos. Por último apresenta o protocolo que resultou do estudo implementado.

## **1 -CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR O SEU CONTEXTO E PERCURSO.**

Durante os últimos anos, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm sido alvo de várias reformas.

Os CSP em Portugal, enquanto rede prestadora de cuidados de saúde, tem origem na reforma do sistema de saúde, antes da Declaração de Alma Ata, de 1978 e da constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português em 1979. O sucesso da implementação dos cuidados de saúde primários CSP em Portugal é claro e com evidentes ganhos em saúde. (Ministério Saúde, 2010)

Esta evolução é documentada desde 1971, quando surgem os Centros de Saúde de 1<sup>a</sup> geração, mais orientados para a vertente-preventiva, ligada à saúde pública, das comunidades, muito direcionada para a vacinação, a vigilância da mulher, criança e grávida, saúde escolar, atividades da entidade sanitária e ambiente. (Ministério Saúde, 2010). Tinham um perfil de atuação prioritária ligados à associado, para além da prevenção, também ao acompanhamento de alguns grupos de risco. O tratamento da doença aguda ocupava um espaço muito reduzido das suas atividades. Estes tipos de tratamentos eram realizados nos Serviços Médicos e Sociais das Caixas de Previdência. (Ministério Saúde, 2010)

Durante alguns anos, coexistiram estas duas práticas. Por um lado, uma prática comunitária com o objetivo da promoção da saúde e uma atuação organizada para valências com uma evidente preocupação na qualidade dos cuidados. Por outro lado, uma prática de cuidados baseada na resposta à procura expressa dos utentes, que se traduziu num elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de Enfermagem sem planeamento e sem preocupação explícita de natureza qualitativa. (Ministério Saúde, 2010) Podemos ver duas formas distintas de atuação que à época se completaram. A primeira contribuiu para a evolução dos principais indicadores de saúde materno infantil e da incidência de doenças transmissíveis evitáveis pela vacinação e que se traduziu num sucesso notável.

Em 1983 os primeiros Centros de Saúde foram integrados com os numerosos Serviços Médicos e Sociais da Caixa de Previdência. Esta fusão tinha como finalidade melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde tanto de ambulatório como na visita domiciliária, e por outro lado introduzir os objetivos em saúde, dando assim origem aos Centros de Saúde de 2<sup>a</sup> geração.(Ministério saúde, 2010). Durante este processo de fusão foi também criada a Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários em março de 1984 (Lei N.º 74/1984)

De um modo geral, este processo de fusão conduziu a uma racionalidade formal na prestação e otimização dos cuidados de saúde, mas não conseguiu melhorar de forma consistente a acessibilidade oferecida aos utentes (Ministério Saúde, 2010). Para dar resposta a esta necessidade, surgem em 1996 os primeiros projetos alfa, que são o esboço das atuais Unidades de Saúde Familiar.

O projeto saúde XXI prevê atingir um potencial completo de saúde para todos, por forma a promover a saúde das populações ao longo do ciclo vital e por outro lado, reduzir a incidência das principais doenças e contribuindo também para o alívio do sofrimento (Ministério Saúde 2010).

Em 2005, a Missão dos Cuidados de Saúde Primário tem por objetivos melhorar a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, aumentar a satisfação de profissionais e utilizadores, melhorar a qualidade e a continuidade dos cuidados e melhorar a eficiência. O envelhecimento demográfico, as mudanças no padrão epidemiológico, social e familiar e o aumento de doenças crónicas, dão origem a novas necessidades de saúde, gerando mudanças nas políticas de Saúde, originando o surgimento dos Agrupamentos de Centros de saúde (ACES) em todo o País, que desta forma, acabam por extinguir todas as Sub-Regiões de Saúde. ( Diário da República n.º 54/2009)

Em março de 2009 surge o Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo II Zêzere. (Diário da República n.º 54/2009)

A Portaria n.º 394-B/2012 de 18 de março, prevê a diminuição do n.º total de ACES através de fusões de alguns, passando de 22 para 15 ACES. Nestas circunstâncias, o Aces Médio Tejo II Zêzere une-se assim ao ACES Médio Tejo I Serra de Aire, passando assim a denominar-se como ACES Médio Tejo a partir de 29 de novembro de 2012, mantendo essa denominação até aos dias de hoje.

Os ACES estão organizados em unidades funcionais como Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de Apoio à Gestão, Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). ( Diário da República n.º 38/2008)

## 1.1– A EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A recente reconfiguração dos CSP foi concebida de forma a obter ganhos em saúde e melhoria na equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, permitindo no seu atual enquadramento legislativo, evidenciar o papel preponderante da Unidade de Saúde Familiar e a Unidade de Cuidados Personalizados nos cuidados centrados na família. Estamos assim perante um modelo de cuidados de proximidade, emergindo o contexto para direcionar o foco da prática dos Enfermeiros para a família enquanto unidade de cuidados.

Nesta reconfiguração dos CSP, foi dado especial ênfase à autonomia gestionária das Unidades funcionais, ao seu funcionamento em rede, e à sua constituição tendo por base equipas multiprofissionais. ( Diário da República n.º 38/2008)

A enfermagem de família tem a sua origem na pré história, tendo sofrido um interregno devido a mentalidades individualistas nas forças sociais e ideológicas (Hanson, 2005). Durante muito tempo, a abordagem à enfermagem de CSP foi fragmentada, centrando-se mais no tratamento e na prestação de cuidados a grupos de risco, do que na promoção da saúde e prevenção da doença. Após se compreender o utente como ser complexo, pluridimensional e integrado na sua família, surge a Enfermagem de família (Ferreira, 2005)

O mesmo autor refere que o interesse de Enfermagem pela família tem a sua origem na história de Enfermagem que se tem interessado pela influência da família no bem-estar do indivíduo. Refere ainda que nos últimos trinta anos para os enfermeiros que prestam cuidados em CSP o foco deixa de ser apenas o indivíduo e passa também a ser a família e comunidade onde está inserido.

A OMS salienta a importância das metodologias de trabalho direcionadas para a família assentes na efetividade, integridade e proximidade. Em 1997, a Organização Mundial de Saúde (OMS) no seu documento Saúde XXI reconhece pela primeira vez a importância do enfermeiro de Família, pela sua proximidade e pelas suas competências, no âmbito dos cuidados de enfermagem ao longo de todas as fases do ciclo vital bem como na promoção de respostas adaptativas às transições, direcionados ao indivíduo e família.(OE, 1997)

Em 2000 na 2ª Conferência Ministerial da Enfermagem da Organização Mundial de Saúde surge a declaração de Munique que reforça o contributo dos enfermeiros na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar. Portugal, alinhado com as ideias chave emanadas da Conferência de Munique, assume o lema: a cada família um Enfermeiro (OE, 2014).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012/2016 (Plano Nacional Saúde, 2013), a reorganização dos CSP enfatiza a intervenção local, em rede, com relevâncias nas Unidades de

Saúde Familiares e com particular atenção aos cuidados centrados na família, ao longo das várias fases do ciclo vital. O conhecimento da estrutura familiar de cada família, permite efetivamente uma prática de Enfermagem direcionada para a capacitação da família face às exigências e especificidades. Neste contexto, o Enfermeiro de Família deve considerar a família como um todo, sendo incluída sempre no planeamento e prestação dos cuidados. A intervenção junto da família deve ser sempre do ponto de vista de uma parceria colaborativo, potenciando as características da família de forma que estas consigam utilizar os recursos existentes.

A figura do Enfermeiro de família foi criada em vários sistemas de saúde da União Europeia, sendo encarado como o profissional, que integrado numa equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais, a um grupo de famílias em todo o seu processo de vida, desde o nascimento até à morte incluindo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados (Lei 118/2014).

Wright e Leahey (2018) mencionam que os enfermeiros devem ter o compromisso, bem como a obrigação ética e moral de envolver a família nos seus cuidados de saúde. A parceria enfermeiro, família é de extrema importância de forma a sensibilizar utentes e famílias a adotarem estilos de vida saudáveis, participando ativamente nas decisões no que concerne à sua saúde, da família e da comunidade. Figueiredo (2012) diz-nos que as intervenções planeadas e executadas pelo enfermeiro devem ser muito mais abrangentes que a doença e projeto individual de saúde, devem ter como objetivo cuidados centrados na família. Assim a família é considerada parte integrante do processo de cuidados, sendo assim as atitudes adotadas pelos enfermeiros no contato com a família condicionam todo o processo de cuidar (Oliveira et al .2011)

O enfermeiro de família atua como agente potenciador da família, contribuindo decisivamente para que a mesma desenvolva competências que lhe permitam agir em consciência, em situações de crise e de saúde. Por outro lado, o enfermeiro de família é ainda gestor e organizador de recursos, visando o máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, constituindo para cada família uma referência e um suporte qualificado.

Sendo o enfermeiro de família um recurso de proximidade, articula a sua atividade com a restante equipa de saúde, por forma a proceder à avaliação da situação de saúde e das fases da vida da família. Privilegia as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, deteção precoce de doenças crónicas e a visita domiciliária. (Diário da República n.º 149/2014)

Esta organização integra o enfermeiro de família com uma filosofia de cuidados colaborativos, visando apoiar a família na procura de soluções para problemas identificados, englobando planeamento e execução das intervenções. Emerge da mutualidade entre a saúde e funcionamento da família, sendo que, os problemas de saúde influenciam as perceções e comportamentos da família, do mesmo modo que as perceções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros (Figueiredo, 2009)

Neste contexto, o foco da prática de Enfermagem foi também ele ajustado, passando a ser direcionado para o sistema familiar, surgindo a figura do Enfermeiro de Família como pivot no seio da equipa multidisciplinar (Ministério da Saúde, 2012). O enfermeiro de família desempenha assim um papel facilitador, na medida em que promove o desenvolvimento de competências, para um agir consciente, durante o processo saúde/doença por parte dos indivíduos e família, através de um trabalho de parceria com os mesmos, identificando os recursos existentes para lidar e ultrapassar situações de crise. É também um profissional que desempenha um papel multifacetado e de proximidade com as famílias, possuindo um lugar privilegiado na interface entre todos os profissionais que intervêm na prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Como já foi referido, o foco da atenção da enfermagem de saúde familiar são as dinâmicas internas das famílias e o seu funcionamento, bem como, os seus subsistemas, a relação entre si e com o meio externo (Lei 126/2011).

Assim, podemos concluir que os enfermeiros de saúde familiar ou enfermeiros de família são aqueles que prestam cuidados a todas as famílias pelas quais estão responsáveis, atendendo as transições normativas inerentes ao ciclo vital e transições motivadas por crises não normativas ou acidentais dando ênfase às forças e recursos da família. As competências base do enfermeiro especialista em enfermagem familiar são: cuidar da família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família (Lei 428/2018)

No século XX a globalização da informação e as alterações sociodemográficas sofridas pela população mundial e em particular pela Portuguesa, conduziram a uma reforma das políticas da saúde de caráter mundial, políticas que estão transferindo a prestação de cuidados para os Cuidados de Saúde Primários.

Estas constantes mudanças que já anteriormente foram referidas, fez emergir a família como foco dos cuidados. Assim, o Enfermeiro de saúde Familiar, encontrou contexto e emergiu como campo de atuação autónomo, mas mantendo o seu enquadramento em cuidados de saúde Primários pela sua natureza e transversalidade da família enquanto alvo de cuidados. As

Unidade de Saúde Familiar e a Unidade de Cuidados Saúde Personalizados apresentam-se com o contexto ideal para direcionar o campo da prática de Enfermagem para o sistema familiar (Ministério Saúde 2006). Deste modo surgem assim em Portugal os primeiros enfermeiros de família, dotados de um corpo de conhecimento específico (OE, 2011).

A filosofia dos cuidados à família visam apoiar a procura de soluções para os problemas identificados, englobando um planeamento e execução de intervenções sempre do ponto de vista colaborativo (Figueiredo, 2012). O Enfermeiro de Família presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde. Cabe ao enfermeiro contribuir para a ligação entre a família e os outros profissionais de saúde e com os recursos da comunidade, garantindo maior equidade no acesso aos Cuidados de Saúde (MS, 2014).

O cuidar do indivíduo e da sua família é uma das atividades basilares da Enfermagem Familiar, e nesse sentido, a família deve ser incluída de forma colaborativa no plano de cuidados. Para que isto seja possível, o enfermeiro deve munir-se de formação e competência para avaliar e intervir junto da família, envolvendo-os nos cuidados prestados, sempre como compromisso bem como a obrigação ética e moral de envolver as famílias nos cuidados de Enfermagem (Wright & Leahey, 2018). O Enfermeiro de família utiliza o conceito família como foco e não como apenas recurso. Martin et al. (2012) referem que nos últimos tempos os modelos de saúde existentes têm vindo a dar respostas às necessidades de saúde de uma população em constante mudança.

O Enfermeiro Saúde Familiar foi reconhecido como tendo um papel preponderante na prestação de cuidados à família, em suas casas ou na comunidade, atendendo às necessidades de saúde do jovem ao idoso promovendo uma vida saudável. Meireles et al. (2012) referem que as intervenções do Enfermeiro de família estão intimamente ligadas às transições que vão ocorrendo ao longo da vida.

Para a Enfermagem onde a família é o foco dos cuidados, não há uma única teoria ou estrutura conceptual que proporcione ao enfermeiro uma base de conhecimentos sustentáveis que oriente a avaliação e intervenção na família. (Kaakinen et al. 2010). Martha Rogers (1970) considera o indivíduo como um sistema aberto em constante interação com o ambiente (Hanson, 2005). Já Calista Roy, em 1984 considera a pessoa um sistema aberto em constante adaptação em resposta aos estímulos ambientais. Este modelo reconhece que as famílias se adaptam a problemas de

saúde, em que o processo de enfermagem prevê um desenvolvimento de competências (Kaakinen et al,2010).

Imogene King vê a família como o veículo transmissor de valores e normas de comportamento ao longo da vida, que inclui o papel de um familiar doente em que é transmitida a função de cuidados de saúde à família (Kaakinen et al, 2010). Betty Neuman também vê a família como um sistema em que o principal objetivo da família é manter a estabilidade, conservando a integridade da estrutura abrindo e fechando limites. (Kaakinen et al, 2015)

A parceria Enfermeiro/ Família sempre foi uma realidade, no entanto só nos últimos anos se tem dado maior ênfase a esta forma de cuidar. O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS, 2013) evidencia a importância de promover a confiança do cidadão no seu Enfermeiro de Família numa relação que promova a proximidade e continuidade dos cuidados, sendo os profissionais agentes informados e promotores do empoderamento das famílias, levando a que estes participem ativamente nas decisões inerentes à sua saúde pessoal, familiar e da comunidade. Meireles et al. (2012) referem que o enfermeiro se encontra numa posição privilegiada, uma vez que desenvolve um contacto de proximidade com os utentes e família, percecionando deste modo as necessidades, preocupações, dúvidas em momentos de transição. Esta posição em que se encontra, favorece a ligação entre o utente e família e a restante equipa de saúde. Cabe ao enfermeiro estar preparado para se deparar com as diversas configurações familiares.

Em suma, o objetivo da Enfermagem da família centra-se na capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança. Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, com ênfase nas respostas da família aos problemas reais ou potenciais (Wright & Leahey, 2002), que derivam das questões de saúde e dos processos de vida.

Sendo a família o foco da Enfermagem Familiar deve o enfermeiro reunir o máximo de conhecimento sobre esta, de forma a garantir que está munido de todo o conhecimento necessário para as suas intervenções.

As definições de família são vastas e ao longo do tempo tem vindo a sofrer algumas alterações, acompanhando as mudanças sofridas pela sociedade em que vivemos. Ao longo dos tempos cada cultura, cada disciplina científica, cada área da sociedade criou a sua própria definição de família originando uma multiplicidade de conceitos, cada um procurando encerrar em si todas as possibilidades de estruturas e funções que a família foi tomando (OE, 2010). Alarcão (2000) define família como um sistema e um combinar de elementos ligados por um conjunto de

relações em que mantem uma continua ligação com o exterior, mantendo o equilíbrio ao longo do processo de desenvolvimento percorrido ao longo de todas as etapas do ciclo vital, constituindo-se como um grupo complexo com funções sociais bem definidas (Alarcão,2002). Segundo a classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2011), família é encarada como uma unidade social ou um conjunto de indivíduos ligados através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema maior que a soma das partes.

A família é um grupo cujas relações são baseadas na confiança, suporte mútuo e destino comum. A família vai-se ajustando ao longo das transformações que vai sofrendo ao longo do ciclo de vida. Para Relvas, (2000) a família desenvolve-se ao longo de cinco etapas, todas com tarefas inerentes ao seu desenvolvimento. Como sistema, é compreendida como um todo e partes indivisíveis, implicando uma visão global da sua estrutura de desenvolvimento (Bertalanffy, 1977) num contexto ecossistémico mediado pelos processos adaptativos inerentes às competências de auto-organização do sistema familiar.

A família, enquanto grupo identitário, constitui-se como fator de adversidade ou de proteção no que concerne ao processo de saúde e doença dos seus elementos, bem como processos adaptativos necessários ao seu desenvolvimento. As adaptações às novas situações, motivadas por forças internas ou externas, asseguram a mudança e continuidade da família, que sujeita a mais ou menos agentes stressores a sua adaptação possibilita o saudável funcionamento do sistema familiar que processa num contexto co evolutivo e transformativo.

A família, sendo uma célula fundamental da sociedade, vê a sua estrutura e capacidade de adaptação condicionar a qualidade de vida social. Esta, sujeita a pressões internas e externas que podem levar a variações e flutuações no seu equilíbrio, rege-se pelo princípio do acoplamento estrutural, permitindo um processo mútuo de mudança entre o sistema e o ambiente.

Abordando a família à luz do modelo sistémico, a saúde é considerada na perspetiva do bem-estar familiar, integrando processos de retroalimentação, num continuum entre a estabilidade e a mudança, permitindo transformações na estrutura do sistema familiar, mantendo a sua organização e conferindo-lhe o seu próprio desenvolvimento. (Alarcão.2002).

Ao longo das últimas décadas, muitas têm sido as alterações da sociedade portuguesa, conduzindo a significativas mudanças na estrutura e organização familiar.

A família destaca-se um espaço privilegiado de cuidados de suporte de vida e à saúde dos seus elementos, construindo-se elas mesmas como uma unidade dotada de energia com capacidade de auto-organização. (wright & Leahey, 2002).

## 1.2 – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

O enfermeiro especialista, decorrente do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e relativamente a um determinado contexto de intervenção, é aquele que alicerça o seu exercício profissional na elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, suportando também a formação, a investigação e a assessoria, em conformidade com a sua área de especialização (O E. 2019).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha esta exigência, através da atribuição de título de enfermeiro especialista, em seis especialidades. Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. É essencial que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Estas competências envolvem dimensões como a educação dos utentes e dos pares, a orientação, o aconselhamento, a liderança, assumindo também a responsabilidade de descodificar, disseminar e realizar investigação que fomentem a melhoria contínua na prática de Enfermagem.

As competências comuns são aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas. Esta tem visibilidade através de uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, bem como através do suporte ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (OE, 2019).

As competências comuns abraçam quatro domínios. São eles a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade e a gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No decurso deste estágio, todas as atividades foram pautadas pelo desenvolvimento da prática profissional, ética, deontológica e legal, garantido a prática de cuidados de enfermagem respeitando os direitos humanos e que vão de encontro às suas responsabilidades profissionais. A promoção de prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019), permite que se ofereça ao doente a melhor resposta no que concerne à entrega de cuidados de enfermagem de qualidade, pelo que o conhecimento da estrutura física e dinâmica organizacional dos contextos de estágio numa perspetiva crítica, contribuiu para melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim, no âmbito deste domínio, propôs-se a conhecer a estrutura física, a dinâmica organizacional e funcional dos contextos de estágio, de modo a possibilitar a melhor concretização possível do estágio. Neste estágio já tinha um conhecimento reconhecido do espaço físico, conhecia os circuitos e os espaços existentes. A familiarização com a dinâmica da equipa multidisciplinar que a acolheu durante o processo de formação, foi preponderante na forma como desenvolveu capacidades de adaptação, que a facilitaram na prestação de cuidados, salvaguardando a qualidade dos cuidados e permitindo refletir criticamente sobre as práticas realizadas.

As decisões foram tomadas segundo os princípios éticos e deontológicos com base num juízo baseado no conhecimento e na experiência. No contato em particular com as famílias em que interveio, construiu uma estratégia de resolução do problema em conjunto com a família e a restante equipa adaptando os recursos às necessidades. Desencadeou momentos de reflexão sobre o processo de tomada de decisão em equipa, confrontou resultados alcançados com as tomadas de decisão efetuadas, fomentando a avaliação e a partilha dos resultados com a restante equipa, de forma a reajustar estratégias em equipa.

No exercício deste estágio promoveu a proteção dos direitos humanos, tendo por base o código deontológico. Foi assegurada a confidencialidade e segurança da informação, o acesso dos utentes à informação, tendo sido facultada toda a informação solicitada tal como outra que entendeu ser pertinente nesta situação. Foi assegurado o respeito pelos valores, costumes, crenças e as práticas específicas dos indivíduos e do grupo, por exemplo na abordagem a uma das famílias, além da intervenção na capacitação da mãe para a introdução da alimentação diversificada, achou pertinente abordar motivações para o futuro. Na segunda abordagem, a mãe da criança verbalizou claramente que as suas crenças e costumes a levam a colocar de parte voltar a estudar neste momento, uma vez que aquilo que a realiza neste momento é ser mãe. Esta posição é partilhada pelo companheiro, tendo as crenças e os costumes sido respeitadas,

dirigindo a intervenção para a sua motivação, logo, capacitá-la para o realizar com o maior êxito.

Relativamente à melhoria contínua da qualidade, o conceito de qualidade no âmbito das instituições de saúde é ubíquo e constitui uma exigência e uma prioridade na assistência prestada ao doente e família/cuidadores, pelos ganhos em saúde que daí advêm. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes garante e reforça o acesso aos doentes/família a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, considerando como um direito fundamental e legítimo, pelo que os cuidados prestados para o cumprimento desse requisito devem-se basear na efetividade, na segurança, na eficiência, na equidade, na adequação e na otimização, que corresponda, tanto quanto possível, às necessidades e expectativas dos cidadãos.

Neste domínio da governação clínica, no decorrer do segundo estágio na USF Beira Tejo, através dos conhecimentos adquiridos identificou uma área passível de intervenção com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, através da análise do IDG (Índice de Desempenho Geral) da Unidade em dezembro de 2020. Um dos indicadores em que não foram atingidos os objetivos mínimos é a visita ao RN nos primeiros quinze dias de vida. (Mimuf, 2021)

Com o nascimento do primeiro filho, nasce uma mãe, um pai, um avô, uma avó, logo o momento de grandes transições e adaptações, tornando-se um momento fundamental para a realização da visita domiciliária ao RN e família, para avaliar a sua dinâmica e por outro lado facultar toda a ajuda necessária. Com esta intervenção pretende ter ganhos em saúde traduzindo-se também em ganhos com visibilidade nos indicadores contratualizados pela USF. (Mimuf, 2021)

Por outro lado, um dos objetivos da unidade para o plano de Ação agora em aprovação é melhorar a acessibilidade às consultas de Enfermagem, dado que até à data apresenta reduzida taxa de utilização das consultas de enfermagem. Em conjunto com o enfermeiro orientador, pretende contribuir com estratégias para melhorar este indicador, resultando uma melhoria na acessibilidade com ganhos em saúde.

No domínio da gestão de cuidados, colaborou na tomada de decisão da equipa de saúde e ponderou a possibilidade de encaminhar um dos elementos de uma das famílias para a colega de saúde mental, pois algumas estratégias de *cooping* seriam vantajosas para ultrapassar alguns problemas antigos. Também durante a abordagem às famílias solicitou a colaboração de colegas da UCC na área da amamentação e vacinação covid.

Por último, o domínio das aprendizagens profissionais, em que devemos ter sempre presente o que pode interferir na relação terapêutica com a família e nas relações multiprofissionais. Tem consciência de si enquanto pessoa e enquanto enfermeira, reconhecendo os próprios recursos, limites profissionais e pessoais, antecipando situações potenciais geradoras de stress, atuando eficazmente sob pressão.

O seu desempenho é baseado na evidência científica e com uma elevada motivação, deseja colocar em prática as ideias já descritas anteriormente, contribuindo também para a formação dos colegas. Nas profissões da área da saúde e em particular na enfermagem, a formação adquire um papel indubitável, contribuindo eficazmente para a mudança no desempenho, para o desenvolvimento de competências e conseqüentemente para a melhoria da prática profissional, além de proporcionar maiores sentimentos de realização e valorização profissional e pessoal. A formação desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes, indispensáveis para uma prática autónoma e responsável.

### 1.3 - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SAÚDE FAMILIAR.

A Enfermagem de saúde familiar tem como base a interação entre a família e o enfermeiro, fomentando uma coesão e contribuindo para a promoção da saúde da família. Estes dão resposta às necessidades das famílias, para manter a saúde familiar e melhor gerir os problemas de saúde vivenciado por elas.

Em Portugal, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, são reguladas na Lei 428/2018, num regulamento emitido pela Ordem dos Enfermeiros. Elas traduzem-se em cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de saúde familiar.

O Enfermeiro de família, na procura permanente da excelência no exercício profissional, persegue os mais elevados padrões de qualidade, resultando na mais elevada satisfação do indivíduo e família, capacitando-os para alcançar o máximo potencial de saúde. Com o mesmo objetivo, o enfermeiro previne complicações para a saúde do indivíduo e família, maximiza o

seu bem-estar, complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente, e em conjunto com o cliente, desenvolve processos eficazes de adaptação funcional aos problemas de saúde. Para esta qualidade ser alcançada, é fundamental que o enfermeiro contribua para a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem.

Durante o terceiro ensino clínico, manteve uma relação de empatia com os indivíduos e famílias para melhor promover a saúde, prevenir a doença e o controlo de sintomas em situações complexas. Abordou as famílias, respeitando os seus valores, crenças e desejos, criando um clima de confiança facilitador da relação terapêutica. Nos vários contactos com as famílias, o objetivo foi sempre o de capacitar a família a delinear e a alcançar os seus objetivos, realçando os seus pontos fortes no âmbito da saúde de forma a executar o plano de ação com sucesso. Depois de criada a relação terapêutica, a recolha extensa de dados pertinentes para identificar o estado de saúde da família foi a forma de conhecer profundamente a história da família e integrá-la com a informação disponível. Com toda a informação, utilizou os instrumentos de avaliação familiar mais apropriados como por exemplo o genograma, o eco mapa e ciclo vital entre outros. Através do contato com a família, a recolha de dados é fundamental para a identificação das necessidades do utente e família. Esta informação permitiu identificar os pontos fracos e os pontos fortes da família e incentivar a família a preparar soluções promotoras de mudança e de respostas adaptativas às transições. Esta avaliação permitiu ainda avaliar a capacidade desta família para se manter unida, com os recursos que tem disponíveis para ultrapassar situações de mudança.

Todos os momentos com a família, ou com alguns elementos da família foram muito importantes, pois teve oportunidade de recolher informação essencial para a intervenção junto da família. Com base na informação recolhida, formou hipóteses, e através do diálogo, definiu metas de acordo com as expectativas da família. Ao avaliar a dinâmica familiar, a saúde, a doença e o ambiente, identifica a forma como estes influenciam os cuidados à família. A família e o enfermeiro de família, em parceria, traçaram um plano de cuidados com objetivos adequados, por forma a alcançar o pretendido. A intervenção nesta situação complexa promove-se através do diálogo e respetivas técnicas de interação familiar e motivacionais, para interagir com a família.

Após a primeira intervenção, avaliaram-se os resultados da sua intervenção junto da família, por forma a produzir mudanças definitivas, tipo dois, garantindo sempre a qualidade e segurança dos cuidados em ambiente seguro e saudável. Junto da família, o enfermeiro procurou identificar as estratégias para melhorar a dinâmica familiar assumindo-se como um

motor para os ajudar a alcançar os objetivos. Percebendo os pontos fortes desta família e avaliando os seus recursos, constata-se que o forte vínculo entre eles e a entajuda presente é um dos recursos que pretendemos otimizar através de uma relação de proximidade. É essencial aferir regularmente com a família, o plano de cuidados e partilhar o seu crescimento positivo, evidenciando os pontos fortes e os ganhos até então alcançados, motivando-os dessa maneira. O aperfeiçoamento permite também a translação do conhecimento científico, partilhando referenciais e valores que norteiam o desenvolvimento da prática clínica em enfermagem, permitindo estabelecer, manter e melhorar padrões de qualidade, promovendo a inovação da prática clínica.

O desenvolvimento de competências pessoais e profissionais ocorre através de um processo de reflexão que leva à melhoria dos cuidados de enfermagem (Garrido, 2004). Só com esta reflexão do que podemos melhorar é possível promover o nosso desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. Todas as situações vivenciadas na interação com as famílias, são um contributo educativo para potenciar e superar o desempenho exigido. Isto aplica-se tanto na melhoria dos cuidados prestados, como na perceção da satisfação da família em relação á nossa intervenção e aos cuidados oferecidos. É fundamental analisar se os cuidados de enfermagem garantiram a concretização dos objetivos e com base na evidencia científica planear novos cuidados se necessário.

A colaboração e liderança são competências do enfermeiro de família, colaborando com outras equipas de saúde para melhor mobilizar os recursos na prestação dos melhores cuidados de saúde familiares. Na intervenção familiar, como já foi referido anteriormente, foi pedida colaboração da colega da UCC especialista em saúde mental às duas colegas especialistas na área da amamentação e também à responsável pela vacinação covid, para colaborar no plano de intervenção. A mobilização de todos os recursos é fundamental.

O enfermeiro de família deve ser empreendedor e com vista à obtenção de cuidados de saúde de excelência, deve munir-se de todas as ferramentas e recursos possíveis na intervenção familiar. O enfermeiro de família deve articular com os recursos disponíveis no ACES e também na comunidade, por exemplo se a família habita numa aldeia isolada, então questionar a Junta de Freguesia se está planeada alguma atividade na qual o jovem casal possa participar, é facultar informação para prevenir o isolamento social.

Como enfermeiro de família, norteou a sua prática a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar.

Quando iniciou os primeiros estágios no âmbito da frequência do curso de Mestrado, admite que se encontrava um pouco apreensiva. No fundo são vinte e cinco anos de experiência em Cuidados de Saúde Primários, em que os nossos cuidados foram e continuam a ser muito dirigidos às necessidades do indivíduo. No entanto com o decorrer dos estágios e com a construção deste relatório em que mobilizou conhecimentos das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Familiar fez-lhe refletir na sua prática diária. Refletir, porque o instrumento de avaliação familiar sempre presente no início do seu exercício o deixou de ser quando surgiram os registos informatizados. Por outro lado, alguns estão presentes no Sclinico mas no entanto na sua generalidade nunca estão preenchidos. No entanto desde que iniciou o estágio, passou também no seu local de trabalho a fazer estas avaliações nos processos das famílias. Na sua maioria, tinha conhecimento de todos os itens que compõem as várias avaliações familiares presentes no programa SClinico, não necessitando sequer de questionar a família. Não sentia a necessidade de o fazer uma vez que não estava sensibilizada para as vantagens nem para o fundamento de as fazer. Conhece a maioria das famílias do seu ficheiro, na sua estrutura, no seu desenvolvimento e na sua função, mas ao longo deste tempo tenho sido Enfermeira de família, sem no fundo pôr em prática o conhecimento científico na área da abordagem familiar. Este estágio funcionou como um gatilho que acionou a motivação para usar todos os recursos disponíveis para realizar uma avaliação e intervenção familiar com base no conhecimento científico.

## 2 – ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO FINAL NA USF BEIRA TEJO

À semelhança dos estágios anteriores, este decorreu na Unidade de Saúde Familiar Beira Tejo. Neste capítulo, pretende dar a conhecer a Unidade onde estagiou e desenvolveu um projeto de melhoria de qualidade, recorrendo a uma revisão sistemática de literatura e à aplicação de questionário a enfermeiros peritos, com a finalidade de conhecer quais são as intervenções que estes consideram importantes a realizar na visita domiciliária ao RN e família

### 2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE SAÚDE FAMILIAR BEIRA TEJO

A USF Beira Tejo é uma das Unidades Funcionais do ACES Médio Tejo e está situada na margem sul do rio Tejo. Inicia a sua atividade a 13 de março de 2019, fruto da junção de uma equipa de profissionais de saúde que se uniu em prol de um projeto comum. Este projeto tem por missão a prestação de cuidados personalizados à população inscrita na sua área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

A USF disponibiliza toda a sua carteira de serviços aos inscritos residentes nas freguesias de Alvega e Concavada, Bemposta, Pego, São Facundo e Vale das Mós, São Miguel do Rio Torto e Rossio ao Sul do Tejo e Tramagal, do concelho de Abrantes. Tem como visão a pretensão de ser uma Unidade de excelência, capaz de otimizar recursos, garantindo padrões de qualidade técnico profissional e de diferenciação, proporcionando a máxima saúde, confiança e satisfação. Defende valores como a conciliação, a cooperação, a solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa. (Plano ação USF Beira Tejo, 2019)

Esta Unidade tem 1 Coordenador, um conselho técnico constituído por 1 médico, 1 Enfermeira e 1 Assistente técnica. O conselho geral é constituído por todos os elementos da Unidade, 5 médicos, 4 enfermeiros e 5 assistentes técnicos. A sede da Unidade está sediada na rua José Silva Mendes, número 7 em Rossio ao Sul do Tejo. São Polos desta Unidade, os Polos Bemposta e Tramagal. O Polo de Tramagal dista da sede 7,8 Km, é constituída por uma equipa de 2 médicos, 1 enfermeiro e 2 Assistentes técnicos. O Polo de Bemposta dista da sede 12,6 Km e tem uma equipa constituída por 1 médico, 1 enfermeiro e 1 Assistente técnico.

Os Assistentes Operacionais estão alocados à Unidade Cuidados Personalizados de Abrantes.

Esta Unidade realizou alguns protocolos de articulação com instituições como a UCSP Abrantes, o Centro Hospitalar Médio Tejo. A área de intervenção e atuação da Unidade é no âmbito da Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida no contexto do programa de Saúde Infantil/juvenil, Saúde materna, Planeamento familiar, Saúde Adulto, saúde do idoso, Programa da Diabetes, Programa das doenças cardiovasculares e Programa dos rastreios oncológicos. São prestados também cuidados em situação de doença aguda, acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla, cuidados no domicílio, interligação e colaboração em rede com outros serviços, setores e níveis de diferenciação numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão.

A esterilização do material da USF Beira Tejo é realizada no serviço de esterilização do Centro Hospitalar Médio Tejo. A requisição de material e vacinas é realizada bimensalmente e gerida pela enfermeira responsável pelo armazém avançado.

Terminando os três primeiros anos da Unidade surge a necessidade de refazer o plano de ação para os próximos três anos. As áreas objeto de melhoria são a baixa taxa de registo de comportamentos aditivos na população, a reduzida taxa de utilização das consultas de enfermagem e a reduzidas taxas de adesão aos programas de rastreio oncológico do Cancro do Cólon e Reto e do Cancro do Colo do Útero.

No total a USF Beira Tejo presta cuidados a 7395 utentes que se distribuem da forma apresentada no gráfico que se segue.

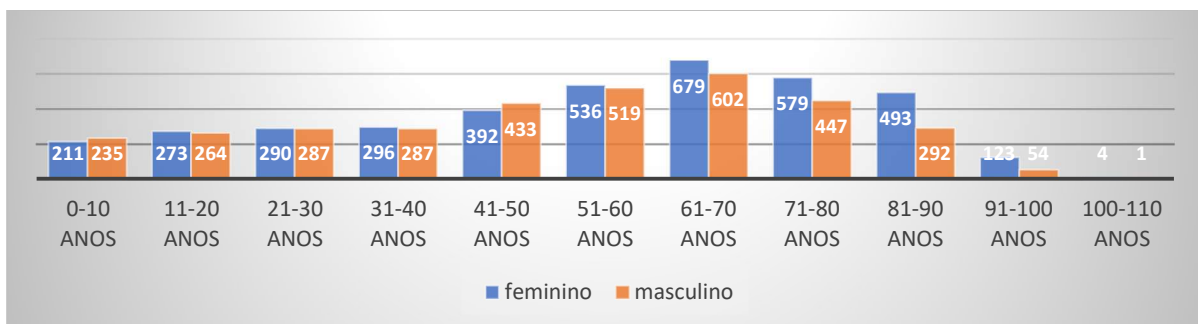


Gráfico 1 – Utentes da USF Beira Tejo

Este estágio, á semelhança os anteriores, decorreu no Polo de Bemposta. Este Polo está a desenvolver a sua atividade num edifício, com cerca de 20 anos. Este Polo dá resposta á população de Bemposta e algumas aldeias pertencentes á freguesia, como são a Água Travessa, Chaminé, Vale de Açor, Brunheirinho, Foz, Vale de Horta. Estas aldeias distribuem-se numa área geográfica de 187,45 KM 2. Trata-se de uma população envelhecida que tem vindo a perder habitantes, em 2001 tinha 2252 habitantes, em 2011 1795 habitantes e atualmente são espectáveis menos de 1500 habitantes com base nos cartões de cidadãos.

Na sua estrutura física, o polo de Bemposta é um edifício térreo, com rampa de acesso. Tem dois gabinetes médicos, dois gabinetes de enfermagem, um gabinete administrativo, uma sala de espera para os utentes, duas casas de banho, um armazém de material e uma copa.

A equipa multidisciplinar do Polo de Bemposta é constituída por 1 Enfermeiro, por 1 Médico e por 1 Assistente Técnico. Tendo em conta que o médico acumula a função de presidente do Conselho Clínico, tem também a colaboração da colega do Polo de Tramagal. Este Polo da USF serve uma população de 1.070 utentes, à qual presta cuidados no âmbito da promoção da saúde da criança, adulto e idoso, na gestão da doença através de consultas no campo de ação do Programa da Diabetes, do Programa das doenças Cardiovasculares, rastreios oncológicos, Vacinação entre outros e também dá resposta a situações agudas através de consultas de Enfermagem e de consultas médicas denominadas Abertas, agendadas no próprio dia. Para a realização de visitas domiciliárias a Unidade de saúde Familiar tem uma viatura gerida por um gestor de frotas da unidade que viabiliza a sua utilização em todos os Polos da Unidade.

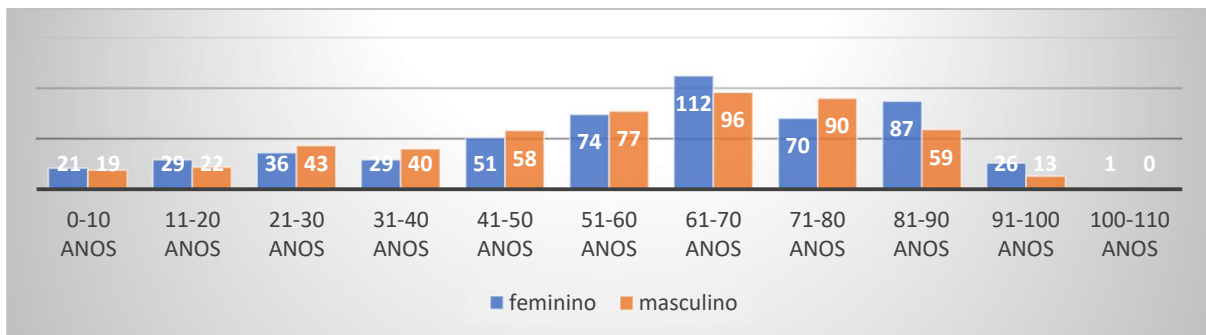


Gráfico 2 – Caracterização dos Utentes do Polo de Bemposta. (Mimuf, 2020)

Este polo como já foi referido serve uma população de 1070 utentes. Tendo em conta esta população e tendo presente que a dotação segura de enfermeiros bem como o seu nível de qualificação e competências, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde, permitindo uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados das famílias. A OE (2014) prevê que cada enfermeiro em UCSP ou USF preste cuidados a 1.550 utentes ou a 350 famílias. Assim podemos concluir que o rácio nesta unidade assegura segurança e qualidade dos cuidados.

## 2.2 – PROJETO REALIZADO NO ÂMBITO DA MELHORIA DA QUALIDADE NA USF BEIRA TEJO

Relativamente à melhoria contínua da qualidade, o conceito de qualidade no âmbito das instituições de saúde é ubíquo e constitui uma exigência e uma prioridade na assistência prestada ao doente e família/cuidadores, pelos ganhos em saúde que daí advêm.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Familiar, (OE, 2015) na procura da excelência no exercício profissional, o EESF deve contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. De forma a poder colaborar com a Unidade Saúde Familiar Beira Tejo, na melhoria contínua da qualidade analisou o plano de atividades 2021/2023. Cabe ao EESF definir, acompanhar e monitorizar estratégias de melhoria de qualidade, visando a obtenção de ganhos em saúde para as famílias bem como a maximização das suas competências.

Consultou o BI dos Indicadores e o desempenho da Unidade nos últimos dois anos, identificando assim duas possíveis áreas de intervenção. Por um lado, a consulta de Enfermagem e a sua acessibilidade e por outro lado a visita domiciliária de Enfermagem ao RN e Família. Identificado o problema e percebida a sua dimensão, com base nos dados dos anos anteriores. Assim planeou uma reunião da equipa de enfermagem que decorreu no dia 21 de setembro na sala de reuniões da sede da USF Beira Tejo situada em Rossio ao Sul do Tejo, de forma a sugerir medidas que pudessem contribuir para um melhor desempenho e ganhos em saúde. Sendo a Enfermagem baseada no conhecimento científico, Nola Pender diz-nos que o comportamento para atingir o bem-estar, busca as potencialidades, entendendo as limitações, valorizando o bem-estar encontrado (Pender, 2002). Tendo como base modelos e teorias de enfermagem que tem como foco a promoção da saúde, facilita-se a compreensão dos problemas de saúde e a orientação das soluções que respondam às necessidades e interesses das pessoas; além de contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão nos atos de cuidar e agir, favorecendo o alcance dos objetivos propostos para a promoção da saúde. O modelo surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos para se engajarem em comportamentos produtores de saúde.

Este modelo, é fundamentalmente um modelo de enfermagem, que pode ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde. Numa primeira fase é essencial encontrar as características, experiências e comportamentos anteriores que desejamos mudar.

A próxima fase caracteriza-se por identificar os comportamentos, sentimentos e conhecimentos que se pretende alcançar tendo a perceção dos seus benefícios para a ação. Nesta fase, é de

extrema importância reconhecer as barreiras para a ação como dificuldades, negatividade e custos pessoais, a percepção de autoeficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e influências situacionais (Aligood.2004)

Numa terceira fase, a ênfase é atribuída aos resultados da conduta, evidenciando o compromisso da ação. Ações estas que possibilitem a manutenção do comportamento de promoção da saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem.

Em resumo, a teoria surge como proposta de integrar a ciência do comportamento às teorias de enfermagem, buscando identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial. Busca fundamentar a conceção de promoção da saúde em atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que contribuam, mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa (Aligood, 2004).

Sobre a conceção de promoção da saúde, definida como aquelas atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa. Este modelo emerge da necessidade de encontrar uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos para se engajarem em comportamentos produtores de saúde. Assim, identificado o objeto de melhoria e quais as barreiras que tem contribuído para os resultados apresentados, resta-nos garantir o compromisso das colegas para os ganhos em saúde. Assim, efetuou uma apresentação como podemos ver no **apêndice II**, que apresentou aos colegas no final do mês de setembro, quando havia terminado o período de férias de toda a equipa de enfermagem, no sentido de estes fazerem parte do processo de melhoria, apresentarem sugestões e compromisso em melhorar alguns comportamentos.

### **2.2.1- Consulta de Enfermagem**

A consulta de enfermagem é uma consulta autónoma, programada ou não, presencial ou não presencial, que pode ocorrer em diferentes contextos, permitindo atender às necessidades em cuidados de enfermagem, garantindo a continuidade de cuidados e a referenciação da pessoa para enfermeiros especialistas ou para outros profissionais (OE, 2021) Entende-se como consulta de Enfermagem, a atividade de um profissional de saúde relacionada com um utente, de onde resulta um diagnóstico e um plano. Apesar do ponto de vista conceptual, uma consulta pressupõe a existência de um diagnóstico (ou avaliação) e de um plano, do ponto de vista.

(ACSS, 2017). No decorrer deste estágio, teve oportunidade de consultar o plano de ação para o próximo triénio e o Índice de Desempenho, tendo constatado que nos últimos dois anos o resultado obtido no indicador, Taxa de utilização de consultas de Enfermagem a 3 anos não foi o adequado para conseguirem atingir os objetivos.

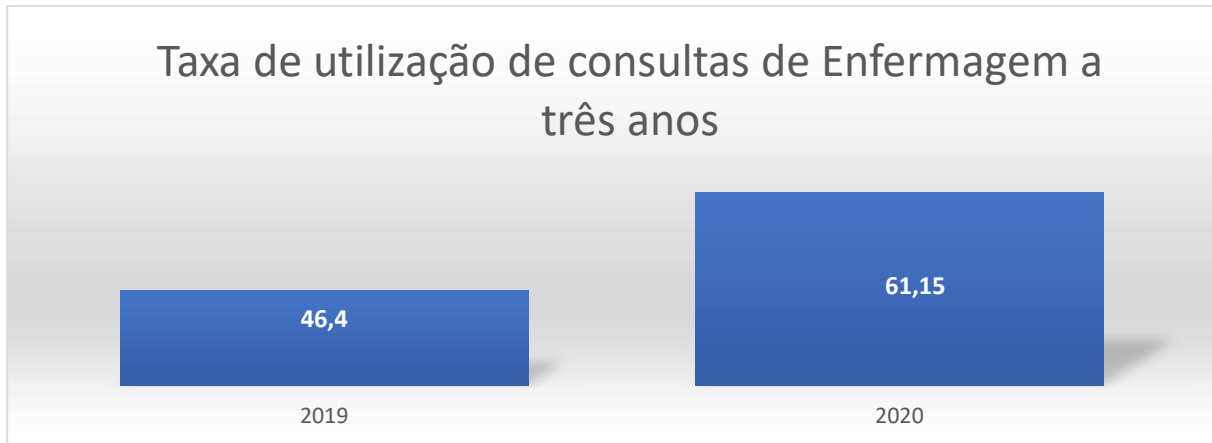


Gráfico 3 – Taxa de utilização de consultas de Enfermagem a três anos. (Mimuf, 2020)

Como podemos constatar na figura 3 os resultados variam entre 46,4 % de consultas de Enfermagem em 2019 e 61,15 em 2020 ficando ainda aquém dos 75 a 85% que seria desejável.

Este indicador tem como objetivo avaliar o acesso às consultas de Enfermagem pela população inscrita. Exprime a proporção de utentes e famílias inscritos que tiveram consulta de Enfermagem nos últimos três anos. Logo, ao aumentarmos as consultas de Enfermagem, estamos a promover o acesso às consultas de Enfermagem, reconhecendo cada consulta uma oportunidade de conhecer o utente e família, identificar necessidades de intervenção ao longo do ciclo vital. O cálculo deste indicador resulta do número total de inscritos na USF Beira Tejo que tiveram consulta de qualquer tipo nos últimos três anos, sobre a contagem dos utentes inscritos a multiplicar por 100. O ideal seria o resultado estar entre os 75% e os 100%. As estratégias sugeridas são

- ver no dia anterior a agenda médica, identificar utentes que não tenham consulta de Enfermagem no presente ano e agendar também consulta de Enfermagem.
- Cada vez que é realizado um contacto telefónico para convocar para vacinação, podemos colocar consulta não presencial e mesmo não sendo consulta direta alimenta o indicador e analisando a definição de consulta de Enfermagem, identificamos focos de intervenção, avaliamos adesão à vacinação e planeamos nova intervenção.
- Retirar dados do mimuf e identificar os utentes não cumpridores, ou seja, que não tiveram consulta nos últimos três anos e convidá-los a uma consulta de Enfermagem.

O final do terceiro ensino clínico é o momento de refletir, avaliando o sucesso desta intervenção, se houve alguma alteração de comportamentos e conseguimos aumentar as consultas de enfermagem e com isso a Taxa de utilização de consultas de Enfermagem a três anos.

Quando foi realizada a reunião de equipa de Enfermagem, onde sugeriu algumas estratégias para melhorar este indicador e com isso obter ganhos em saúde, foram manifestados alguns constrangimentos, tais como: A equipa estar reduzida uma vez que saiu um elemento de enfermagem e ainda não foi substituído ficando os colegas mais sobrecarregados; O facto da equipa de enfermagem desta USF dar apoio na escala do Centro de Vacinação Covid de Abrantes, o que também diminui as horas presenciais do enfermeiro no seu local de trabalho; a falta de tempo é outro dos constrangimentos manifestado, pois para agendar consultas de enfermagem aos utentes que não fizeram uma consulta de enfermagem nos últimos três anos, carece de tempo para pesquisa e agendamento, talvez num contexto diferente do que nos encontramos o sucesso tivesse sido mais evidente. No entanto, refletindo sobre os resultados, constatamos que o valor do indicador subiu o que se traduz num aumento da acessibilidade dos utentes às consultas de enfermagem e com isso ganhos evidentes em saúde.



Gráfico 4 – Taxa de utilização de consultas de enfermagem a três anos. (Mimuf, 2022)

No ano de 2020 a taxa de utilização de consultas de enfermagem foi de 61,15%. Em 2021 terminámos o ano com uma taxa de 67,14% e no final do estágio em janeiro de 2022 apresentava uma taxa de 68,06%, mais próximo do que é esperado, e que se encontra entre o intervalo de 75 a 100%, como podemos constatar no gráfico anterior.

### 2.2.2 – Visita domiciliária de Enfermagem ao RN e Família

Os dias que se seguem ao parto são difíceis, pois as famílias para além de terem a necessidade de ajustar as suas expectativas e os seus ritmos de vida às características do RN e à satisfação das suas necessidades, também têm de recuperar das alterações físicas e psicológicas causadas pela gravidez e o parto, ou seja, este momento implica uma reestruturação na vida da família e uma adaptação à nova condição. A duração do internamento hospitalar após o parto diminuiu

consideravelmente nos últimos anos, pelo que a oportunidade que as famílias têm para esclarecer dúvidas nesse contexto, é mais diminuta (Teixeira, 2011).

A família proporciona ao RN a legitimidade de se inserir na sociedade através da ligação familiar (simbolizada por um sobrenome), e é definida como um sistema aberto, constituída por elementos, estrutura, função e organização interna. Pode ser definida como uma instituição onde os indivíduos se relacionam através da biologia ou compromissos duradouros, participando nos papéis que contribuem para a socialização, desenvolvimento e compromisso emocional. Tornar-se pai/ mãe implica não só o aumento dos elementos da família, mas também o assumir de novos papéis e responsabilidades, sendo necessário vivenciar as alterações nas relações entre os membros dessa família. A transição para tornar-se pai ou mãe, pode ser um acontecimento especialmente crítico, que se prolonga ao longo do tempo e que tem implicações não só nos próprios pais, mas igualmente na saúde e desenvolvimento dos seus filhos, dependendo da forma como essa transição acontece.

Segundo Meleis (2010), as pessoas que experimentam transições podem ficar mais vulneráveis às ameaças, com efeitos na sua saúde e bem-estar. Para que a transição aconteça, é necessário que a pessoa incorpore as mudanças e novos conhecimentos, alterando comportamentos e redefinindo a sua identidade, representando um movimento e uma adaptação de sentido único, sem retorno à situação que a antecipou.

A gravidez, o parto, a paternidade e a maternidade, são acontecimentos que geram transições e que evidenciam a Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família como um Contributo para o bem-estar e maximização da saúde frequentemente profundas mudanças, tanto nos papéis, como nos relacionamentos, nas habilidades e nos comportamentos, pelo que é essencial que os enfermeiros reconheçam e compreendam este processo, para poder identificar e implementar as intervenções que efetivamente ajudem os seus utentes a gerir estas transições (Meleis, 2010) Sabendo que os RN necessitam de cuidados que assegurem um correto desenvolvimento físico e emocional, e que os que dele cuidam têm um papel determinante nessa prestação de cuidados, é essencial que os enfermeiros promovam os cuidados centrados na família, com o estabelecimento de uma parceria de cuidados, para maximizar e potenciar a saúde e o bem-estar do RN. Rice (2004), diz-nos que para conseguirmos conhecer mais profundamente e de forma adequada as famílias, as suas relações e o seu meio envolvente, deveremos realizar VD, porque é durante as mesmas que os enfermeiros identificam o ambiente social e familiar e intervêm na família, promovendo a participação de todos os membros, e

ainda, criam redes de apoio e interligação com recursos da comunidade adequados, para cada problema identificado e para cada família específica.

A Visita Domiciliária é, de acordo com Teixeira, (2011) uma metodologia de trabalho de carácter educacional, assistencial e exploratório. É definida como a prestação de cuidados de saúde ou de âmbito social, no local de residência do utente/família, no seu meio ambiente. Permite uma maior proximidade do profissional com a família, revelando-se o melhor recurso para conhecer a família no seu contexto habitacional relacional, estrutural e redes de apoio, com o intuito de aconselhar, orientar e capacitar os indivíduos para a resolução dos seus problemas, de forma a torná-los autónomos e independentes, proporcionando ganhos em saúde a todos os elementos da família (Teixeira, 2011).

O outro indicador cujo resultado não foi atingido nos anos de 2019 e 2020 é a Proporção de visitas domiciliárias realizadas ao RN nos primeiros anos de vida. Como podemos ver na figura que se segue, este indicador subiu de 13,7 % para 27,7%, mas ainda apresenta uma vasta janela de melhoria, uma vez que o espectável é que 50 a 100% dos RN e família sejam presenteados com uma visita domiciliária do enfermeiro de família.

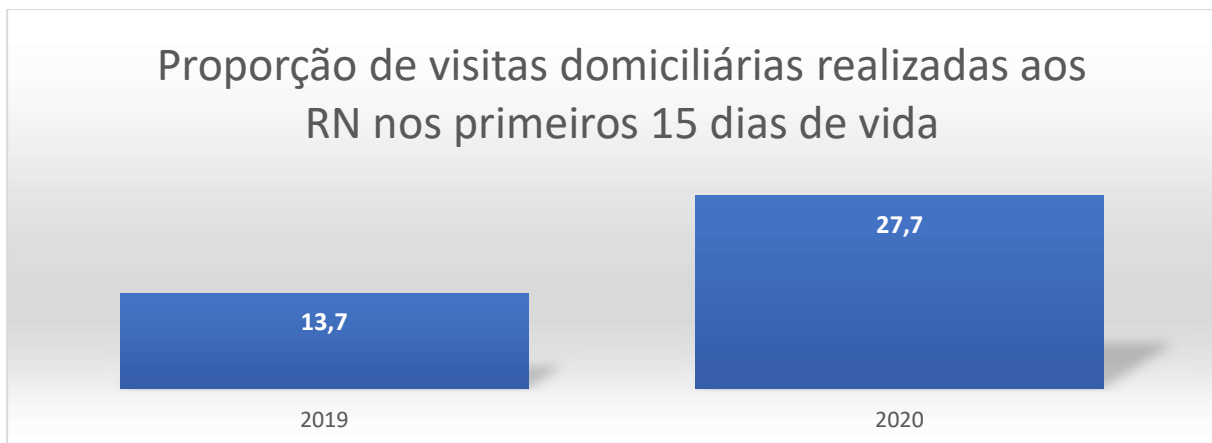


Gráfico 5 – Proporção de visitas domiciliárias realizadas ao RN nos primeiros 15 dias de vida (BI CSP.2020)

Este indicador exprime o número de visitas domiciliárias realizadas aos Recém-Nascidos e famílias nos primeiros quinze dias de vida. O seu cálculo realiza-se com o total de recém-nascidos inscritos, nascido até 15 dias antes do 31 de dezembro, sobre o número de visitas domiciliárias realizadas aos recém-nascidos no mesmo período a multiplicar por 100. O desejável é termos uma proporção entre os 50% e os 100%. As estratégias sugeridas são:

- Durante as consultas de vigilância de saúde materna, promover esta visita ao RN e Família.

- Facultar a possibilidade de realizar o rastreio de doenças metabólicas no domicílio e a monitorização do peso do recém-nascido, bem como observação da puérpera e Família.
- Se não for possível realizar o rastreio de doenças metabólicas no domicílio, procede-se à realização do mesmo em ambulatório e agenda-se visita domiciliária até aos 15 dias.
- Sempre que possível realizar a visita domiciliária em equipa de família

A visita domiciliária ao RN e família é uma oportunidade de conhecer a Família no seu ambiente, reconhecendo os seus recursos e orientando-a de forma colmatar as suas necessidades. De acordo com Teixeira (2011), o enfermeiro no domicílio deve basear a sua atuação na comunicação, na ética e no respeito pelas vivências humanas, referindo o domicílio como o local onde se podem desenvolver os melhores cuidados de saúde às pessoas e família, uma vez que é um espaço mais íntimo e privado.

Rice (2004) diz-nos que a intervenção do enfermeiro no domicílio pode envolver todos os membros da família, incidindo a sua ação sobre a educação. Proporção de visitas domiciliárias realizadas aos RN nos primeiros 15 dias de vida tem ganhos em saúde promovendo cuidados ao nível psicológico, sociológico, espiritual e físico, exigindo ao profissional respeitar a individualidade dos utentes, estimular uma relação de confiança baseada no respeito e participação mútua, estimulando o utente a participar nos cuidados. A eficácia dos cuidados prestados na VD, dependem da relação estabelecida entre o enfermeiro, a pessoa e o seu ambiente familiar e social (Rice, 2004).

Quando abordado este indicador presente no Índice de desenvolvimento geral em reunião de equipa de Enfermagem, os principais constrangimentos mencionados foram mais uma vez o contexto covid 19 e a necessidade de disponibilizar pessoal para o Centro de Vacinação, deixando assim menos tempo de permanência dos enfermeiros no seu local de trabalho. Estas ausências coincidiram algumas vezes com o dia em que era solicitada a visita domiciliária. Por outro lado, um dos aspetos mencionados foi o facto deste indicador não estar contratualizado pela Unidade Saúde Familiar Beira Tejo o que não oferece motivação para o realizar. Apesar destes constrangimentos e após a reunião onde foram evidenciados os benefícios da realização da visita domiciliária ao RN e família, a equipa comprometeu-se a ir gradualmente aumentando este indicador apesar de não estar contratualizado, mas porque os ganhos em saúde são irrefutáveis.

A análise do Gráfico 6 permite constatar um crescimento de 2019 para 2020. Em 2021 regista-se uma redução no número de visitas domiciliárias ao RN, que coincide com o ano de início da vacinação covid e onde foi necessário a contribuição dos enfermeiros neste desafio. No, no final do estágio em 2022, com esforço realizado pelos colegas garantiu-se um aumento das visitas domiciliárias ao RN e família.

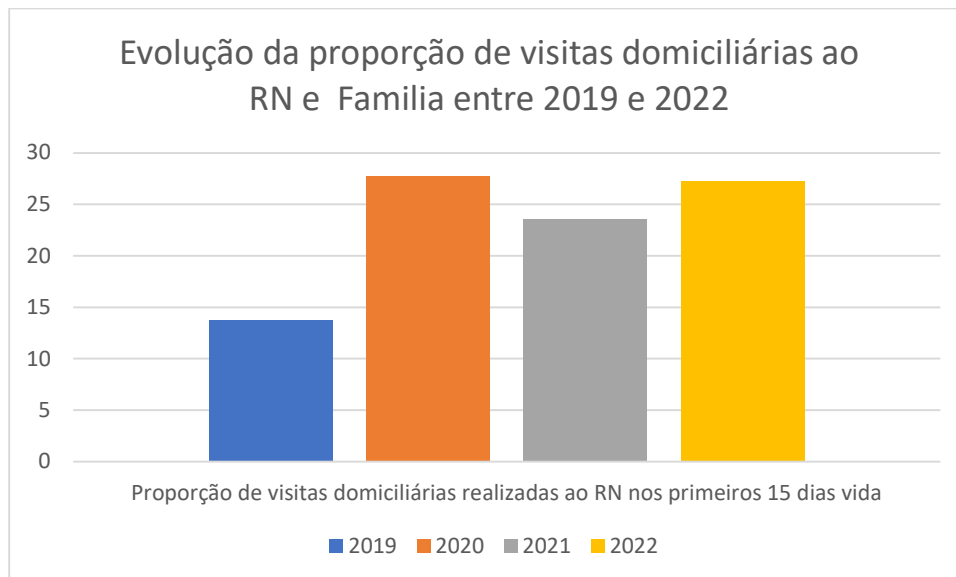


Gráfico 6 - Evolução da proporção de visitas domiciliárias ao RN e Família entre 2019 e 2022. (Mimuf, 2022)

### 2.3 – REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

A RSL é uma investigação secundária complexa, detalhada e reprodutível que envolve um compromisso significativo de tempo e recursos. Nesta metodologia, é utilizado um processo para localizar e sintetizar/agregar, a partir da literatura primária, todas as evidências existentes num determinado tópico, e por isso, o revisor usa uma fonte secundária de dados (Apóstolo, 2017 cited in Pearson et al, 2014). Atualmente são várias as organizações que se dedicam à produção de RSL na área dos cuidados de saúde, contribuindo não só para a melhoria das práticas desenvolvidas, mas também para a realização de RSL de elevado rigor e qualidade científica. Assim, o protocolo teve por base o modelo conceptual de Joanne Briggs Institute (JBI). De forma a realizar um projeto na área da investigação no decorrer do terceiro estágio, o tema eleito foi: O protocolo de visita domiciliária ao RN e família em Cuidados de Saúde Primários, pelo facto de trabalhar nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) na UCSP de

Abrantes. Nesta Unidade, apenas uma pequena minoria realiza a visita domiciliária ao recém-nascido, não havendo uniformização dos cuidados. O mesmo cenário se repete na USF Beira Tejo onde realizou o Estágio e em geral em todo o ACES.

Assim, este protocolo tem como objetivo mapear o conhecimento sobre os protocolos de visita domiciliária ao RN e família nos Cuidados de Saúde Primários. Para Apóstolo (2017), a elaboração da questão de revisão é fundamental para organização e seleção dos estudos, extração de dados, mapear a evidência e explicar o seu significado. O mesmo autor salienta ainda que quando a questão de investigação é clara e precisa, ela orienta todo o processo de revisão, nomeadamente no que concerne aos critérios de inclusão, estratégia de pesquisa seleção de estudos ou síntese de informação. Pelo contrário, acontece a possibilidade de uma revisão pobre e não focada. Assim a questão deste projeto é: Quais são os protocolos existentes para a realização da visita domiciliária do enfermeiro de família ao RN e família em Cuidados de Saúde Primários?

No decorrer deste trabalho ira fazer o enquadramento do tema escolhido e descrever o protocolo de RSL, este foi elaborado no sentido de responder à questão colocada.

### **2.3.1 – Enquadramento do tema Protocolo de intervenção do Enfermeiro Família na visita domiciliária ao recém-nascido e família.**

Para que os enfermeiros, no contexto dos CSP, assumam um entendimento profundo sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida da família é necessário que reconheçam a unidade familiar como alvo dos seus cuidados, (Figueiredo, 2012). Segundo o Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho, pela OE, das Competências Especificas em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Familiar, no artigo nº 3, é cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital aos diferentes níveis de prevenção.

O nascimento de um novo ser é considerado um dos acontecimentos mais marcantes que ocorrem no seio de uma família, pois para além de nascer uma criança, nasce uma mãe, um pai, um irmão, um avô, uma avó, uma tia, etc... havendo uma necessidade de adaptação às múltiplas alterações que se colocam a nível físico, psicológico, relacional e social, decorrentes das modificações impostas à dinâmica familiar e social, pela integração de um novo membro na família. Esta é assim uma etapa muito importante do ciclo vital, por se caracterizar por sucessivas transformações psicossociais, desequilíbrios biofísicos, por uma consolidação da relação mãe/filho, pai/filho e de uma reorganização do relacionamento familiar e conjugal. O

ser humano nasce incapaz de se cuidar, necessitando por isso, que os cuidados sejam desenvolvidos por outros (Azevedo, 2007). A família constitui o alicerce fundamental no suporte daquilo que somos e no que fazemos, ao longo de toda a nossa vida. Sendo o principal eixo cuidador e educativo, o seu papel é de extrema importância no desenvolvimento coeso das crianças (Patrício, 2011). Os dias que se seguem ao nascimento de uma criança implicam uma reestruturação na vida da família e uma adaptação à nova condição (Almeida, 2011). A prestação de cuidados de saúde domiciliários possibilita a continuidade dos cuidados sendo um espaço privilegiado, que permite estabelecer uma relação de proximidade, pelo contacto e interação em contexto familiar. Tem como objetivos prestar apoio, ensino e aconselhamento, para que cada família adquira competências e ultrapasse, com sucesso, as dificuldades inerentes a esta etapa da vida, com vista a assegurar o bem-estar e a maximização de saúde da criança e da própria família, promovendo a parentalidade.

Várias são as recomendações para que se faça a visita domiciliária nos dias seguintes ao parto após a alta da maternidade, sendo esta definida como um elemento fundamental na melhoria de cuidados, vigilância e promoção da saúde (OMS & UNICEF, 2009; DGS, 2013). A visita domiciliária ao RN e família, consiste numa estratégia de intervenção precoce num momento de transição especialmente crítico nas famílias, que é o nascimento de um filho. A visita domiciliária, permite não só realizar a avaliação da condição de saúde do RN, mas também o ambiente familiar, fundamental para o desenvolvimento e crescimento da criança. A excelência dos cuidados ao RN depende em grande parte da capacitação dos pais para autonomia dos cuidados ao filho, exigindo a aprendizagem veiculada pelo enfermeiro. O registo dos ensinamentos permite avaliar o processo de (in) formação e a definição do tipo de ensinamentos abordados, o que contribui para a eficiência e qualidade dos cuidados de enfermagem.

O papel de enfermeiro de família engloba muitas funções já definidas para os enfermeiros que trabalham em CSP. O que é novo é o foco nas famílias e no domicílio como cenário onde os membros da família devem, juntos, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável (Hennessy & Gladin, 2006). No seu local de trabalho realiza visita domiciliária ao RN e família, bem como em contexto de estágio, mas carece de organização e uniformização. Com base nesta necessidade identificada e procurando sempre cuidados de enfermagem de excelência e com base na melhor evidência científica, a RSL a que se propomos, centra-se na execução de uma pesquisa extensa da literatura disponível, proporcionando uma boa base para que as questões definidas sejam resolvidas

### 2.3.2 – Enquadramento teórico do tema

Os cuidados de Enfermagem tiveram a sua origem nos cuidados de manutenção da vida desenvolvidos no domicílio das famílias com a colaboração das mesmas. Contudo com a evolução da nossa sociedade onde se evidenciam as alterações sociais, as evoluções científicas e tecnológicas da Enfermagem, o aspeto curativo surge então como predominante, surgindo a institucionalização a resposta a situações de doença excluindo assim os familiares dos cuidados prestados (Wright & Leahey, 2012).

Os cuidados à família na área da saúde desenvolveram-se paralelamente à evolução dos cuidados de enfermagem, sendo tradicionalmente o enfermeiro que cuidava das pessoas no seu domicílio. A interação com a família esteve sempre presente nos cuidados de Enfermagem, como é referido por Wright & Leahey (2002) quando é mencionado que a Enfermagem surgiu na casa dos pacientes, evidenciando-se a enfermagem de família, no reconhecimento do potencial do sistema familiar, como promotor de saúde dos seus subsistemas e consequentemente da saúde global. Nesta perspetiva, a Enfermagem de Família, reportando-se á relação entre os elementos que se influenciam reciprocamente e evoluem numa interação mútua e cumulativa, é consubstanciada num paradigma ecossistémico.

Com a finalidade de capacitar a família e objetivando a promoção da autonomia do sistema familiar, a intervenção de enfermagem prioriza as interações entre os membros da família, para que estes juntos possam tomar decisões sobre os seus problemas de saúde e contribuir para um conceito de família saudável. Nesta perspetiva, os cuidados de enfermagem são direcionados para a unidade familiar, reconhecendo-a como unidade em transformação e em que os cuidados de enfermagem têm como finalidade promover a sua capacitação face aos pressupostos sistémicos associados à Enfermagem de família

A parceria de cuidados constitui uma filosofia de enfermagem que valoriza e reconhece as famílias no processo de cuidados. (Rodrigues, 2013).

O papel do Enfermeiro de família tem o seu foco nas famílias e no domicílio como cenário onde os membros da família devem juntos tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável (Hennessy & Gladin. 2006). A OMS vê os enfermeiros a trabalhar em conjunto com as famílias, comunidade e outros profissionais de saúde, reconhecendo os enfermeiros como um recurso e um elemento-chave promotor da saúde na sociedade.

Os cuidados de enfermagem realizados no domiciliários proporcionam um espaço privilegiado para a promoção e educação para a saúde, tendo em conta a relação de proximidade que é estabelecida através da interação em contexto de família. Deste modo, deve ser entendida como uma ferramenta de intervenção de Enfermagem na prestação de cuidados holísticos centrados não só na pessoa, mas na família como um todo.

A visita domiciliária de Enfermagem é uma atividade desenvolvida pelos enfermeiros desde a antiguidade, está profundamente enraizada na história, com referências aos tempos isabelinos na Inglaterra e aprovada como uma estratégia de Florence Nightingale no século XIX (American Academy of Pediatrics, 2009). Sendo o domicílio da pessoa pertença da esfera privada da família, este assume-se como local privilegiado para a intervenção junto da mesma. Borges (2017) diz-nos que o domicílio é o ambiente onde a família se sente mais á vontade, permitindo aos profissionais de saúde criarem uma relação de proximidade em que é produzida uma relação mais positiva.

Rice (2004) diz-nos que a visita domiciliária consiste na prestação de cuidados de saúde ou de natureza social, no local onde a família reside, no seu ambiente de vida, o que permite uma maior relação de proximidade do enfermeiro com a família. Revela-se assim o domicílio como o melhor local para conhecer a família na sua génese, no seu contexto habitacional, relacional, estrutural e redes de apoio, potenciando o planeamento de cuidados mais amplos e suportados na evidência científica, com ganhos em saúde para todos os elementos da família. Assim a visita domiciliária tem tanto um papel educativo como assistencial (Teixeira, 2011).

A visita domiciliária nem sempre foi operacionalizada da mesma forma ao longo dos tempos, uma vez que o seu intuito e estratégias foram sofrendo mudanças. Madú et al. (2008) menciona que a visita domiciliária na segunda década do século XX foca-se no cuidado ao doente e aos fatores relacionados com a sua doença, sem preocupações com a família enquanto grupo social. Os mesmos autores mencionam também que no século XXI a visita domiciliária torna-se desafiante, uma vez que pretende prestar cuidados à família tendo em conta o seu contexto sociocultural, centrando a sua atenção na família e suas necessidades, tendo como finalidade não apenas a recuperação de uma situação de doença ou reabilitação, mas também a promoção da saúde e a prevenção da doença. É fundamental conhecer as necessidades do indivíduo e do seu agregado familiar, para que, intervindo nestes dois eixos, seja possível potenciar os cuidados de saúde.

A visita domiciliaria, para Lacerda (2010), pode ser encarada como uma oportunidade favorável à autonomia do indivíduo e família. Neste contexto domiciliário, é importante que, mais que

fazer, é o momento em que a enfermeira está a acompanhar o indivíduo e a família em situações de saúde e doença. Este contexto estimula o enfermeiro a desenvolver competências como ser criativo, polivalente, flexível promovendo o cuidar de enfermagem holístico. A visita domiciliária é reconhecida como uma oportunidade para a família perceber, em contexto real no seu dia a dia, o que pode oferecer e que capacidades precisa desenvolver contando com a ajuda do enfermeiro, facultando estas ferramentas imprescindíveis para a capacitação da família. No domicílio, o enfermeiro interage e estabelece uma relação de proximidade permitindo o desenvolvimento de técnicas de comunicação e estreitando relações com a família e com a sua rede de apoio.

Mandú et al. (2008) salienta alguns aspetos da visita domiciliária que são valorizados, como a atenção e o comprometimento profissional, contribuindo para um aumento da autoestima da família e do próprio profissional. Considera ainda esta abordagem como um meio facilitador de acesso aos serviços de saúde, destacando a importância que a visita domiciliária na intermediação entre o domicílio e a Unidade de Saúde.

Ao interagir no contexto familiar, é-lhe aberta uma panóplia de oportunidades para ampliar a eficácia e efetividade da intervenção, pois in loco identifica as áreas de intervenção e os respetivos recursos que tem ao seu dispor para capacitar a família. Teixeira (2009), refere que o profissional de saúde leva in loco os conhecimentos dentro do meio ambiente do grupo familiar.

Rice (2004) refere que para conhecermos profundamente e de forma adequada as famílias, o seu meio envolvente e os laços que mantem entre si, devemos realizar uma visita domiciliária, pois é durante a mesma que o enfermeiro conhece o ambiente familiar e social envolvente e intervêm junto da família capacitando-a, promovendo a participação ativa de todos os membros e criando redes de apoio e inter-relação com os recursos existentes na comunidade.

A capacitação da família para a resolução dos seus problemas passa por aconselhar, orientar, informar, esclarecer de forma que os elementos da família se tornem autónomos e independentes, proporcionando ganhos em saúde à família.

A Ordem dos Enfermeiros (2018) salienta a importância da visita domiciliária uma vez que a mesma facilita a resposta da família em situações de transição complexa, por forma a explorar estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identificar com a família estratégias para alcançar os objetivos.

A visita domiciliária de Enfermagem deve basear a sua atuação na vivência daquela família, reconhecendo no domicílio, o local onde se podem prestar os melhores cuidados de saúde, uma

vez que é o seu espaço íntimo e privado. Esta intervenção deve envolver toda a família, direcionando a sua intervenção para a educação em saúde, cuidados psicológicos, sociológicos, espirituais e físicos, exigindo ao profissional respeitar a individualidade de cada pessoa, incentivando-a a ter um papel ativo no processo de cuidar.

Em contexto de domicílio o enfermeiro deve ser cuidador, mas também hóspede educado na casa do utente, um professor, um procurador, um defensor, um recurso, que deve intervir com ética e respeito. (Duarte, 2010)

A visita domiciliária deve realizar-se o mais precocemente possível e ao longo do ciclo de vida, em fases de mudança, que requerem adaptações a novos papéis familiares, de forma a dotar a família de instrumentos para ultrapassarem as crises de forma saudável. (Lacerda, 2008)

Segundo Piteira (2016), ao abordar a temática da importância que o enfermeiro atribui à visita domiciliária, concluiu que a totalidade dos seus inquiridos consideram a visita domiciliária eficaz, uma vez que esta estratégia vai de encontro às necessidades do utente, esclarecendo dúvidas e oferecendo recursos para ultrapassar fases de crise.

Teixeira et al (2009) descreve que a equipa de saúde considera a visita domiciliária de extrema importância, por esta se traduzir num momento de imensa riqueza, onde a equipa de saúde presta cuidados, acompanha a família, fornece subsídios educativos para que o indivíduo, família e comunidade tenham condições de se tornarem independentes.

Rice, em 2004, havia referido que apenas os enfermeiros que prestam cuidados domiciliários têm uma perspetiva completa da família. Desta forma, conseguem perceber a sua dinâmica, avaliando individualmente as necessidades de cada elemento, contribuindo para que a família vá ultrapassando etapas, contribuindo para o desenvolvimento familiar.

A visita domiciliária de enfermagem surge assim como uma ferramenta capaz de ajudar as famílias, esclarecendo dúvidas e detetando precocemente possíveis complicações, capacitando-as para novas etapas das suas vidas. Várias são as recomendações possíveis para a visita domiciliária. Uma delas, considerada fundamental pela OMS e pela UNICEF (DGS,2013) é a visita domiciliária nos dias seguintes ao parto, após a alta hospitalar, sendo considerada de extrema importância na vigilância e promoção da saúde.

O nascimento de um filho é reconhecido como um período de ambivalência, pois por um lado a família é assolada por alegria extrema e um sentimento de felicidade, por outro lado as constantes dúvidas e incertezas próprias deste período, levam à necessidade de apoio à família para esta ultrapassar esta transição de forma saudável. O nascimento de uma criança é efetivamente um momento em que a necessidade de cuidados de enfermagem é evidente. Neste

sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2011) no que concerne à visita domiciliária à puérpera e recém nascido e com base no conceito de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde familiar da OMS, diz-nos que o enfermeiro de família é reconhecido como um profissional que integrado numa equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo o processo de vida e em todos os contextos da comunidade, cuidando da família como unidade de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida da família. Com base nestes pressupostos a Ordem dos Enfermeiros (2018) publica as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área da Saúde familiar, nas quais refere que este cuida da família como unidade de cuidados a cada um dos seus elementos ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, capacitando a família e focando-se nesta como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e acompanhando as suas transições. O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar interage com a família a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado reunido dados referentes às famílias que lhe permite identificar problemas, formular diagnósticos de Enfermagem, formulação de objetivos e planeamento de intervenções em conjunto com as famílias. O foco dos cuidados são as dinâmicas internas da família e as suas relações, estrutura, e funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com todos os familiares e o seu meio envolvente. Assume-se assim como o elo entre a família e outros profissionais de saúde e recursos da comunidade. Em suma o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar presta cuidados de enfermagem na saúde e na doença, com ênfase na resposta da família a problemas de saúde reais ou potenciais, ou seja, cuidam da família como unidade de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, mais concretamente no Parecer número doze de 2011, a visita domiciliária ao recém-nascido e família, deve situar-se na esfera de ação do Enfermeiro de Família.

A parentalidade é considerada uma das mais importantes transições no desenvolvimento de uma família. Relvas (2006) descreve a parentalidade como um momento marcante na vida dos indivíduos, destacando-a como o início de uma nova fase do ciclo vital, considerada como uma crise normativa do desenvolvimento do sistema familiar. Na maioria das vezes esta transição acomoda muitas situações nunca vivenciadas, o que pode acarretar receios, dúvidas e ansiedade face ao desconhecido. Prevê uma mudança, em que o percurso é considerado irreversível, alterando para sempre os papéis e funções dos progenitores. Constantes são os desafios, quer

na adoção de novos papéis de pais, quer no ajuste à nova vida do casal em que a partilha de tarefas de parte a parte pode levar a um desgaste emocional e físico. Na realidade, a chegada de uma criança ao seio familiar, revela-se um acontecimento complexo, influenciado por diversos fatores e com repercussões variáveis.

Segundo Meleis (2010), a transição consiste em passar de um estado estável, para outro estado estável requerendo por parte das pessoas a incorporação de conhecimentos, a alteração de comportamentos levando a mudanças adaptativas. Estas transições são o resultado de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes. Podem ser desenvolvimentais, em que estão relacionadas com o ciclo de vida como a parentalidade, podem ser situacionais, em que está associada a acontecimentos que impliquem alteração de papéis como o nascimento ou a perda de um elemento da família, podem ser organizacionais, em que estão relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas ou económicas.

Transições são processos que ocorrem ao longo do tempo, que envolvem o desenvolvimento de um estado para outro, divididas em estágios que são acompanhados por processos internos e externos que são considerados mudanças. As transições são afetadas por diversos fatores, como a expectativa, o significado, o nível de conhecimentos e competências, o ambiente o nível de planeamento do bem-estar emocional e físico. A forma como as transições afetam o indivíduo e família, estão dependentes dos significados atribuídos e das expectativas criadas. Assim o seu significado enquadra-se numa avaliação subjetiva que antevê uma transição ou resultado de uma transição experimentada.

No que diz respeito às expectativas, as pessoas em transição podem ou não saber o que as espera. Quando realisticamente sabem o que é esperado, o stress associado à transição tende a diminuir. Quando num momento de transição, por vezes os conhecimentos e habilidades são insuficientes para atender às exigências da nova situação com que se deparam, assim é reconhecida a necessidade de aquisição de novos conhecimentos para ultrapassar a transição, tendo o Enfermeiro de família um papel fundamental. O recurso disponível no ambiente tem um papel fundamental na transição. Estes recursos podem ser conceptualizados como facilitadores do processo de mudança.

Por outro lado, o medo do fracasso, a autocrítica, a sensação de opressão ou derrota, podem ser um conjunto de emoções que não favorecem uma transição saudável. Quando associada a estas emoções, surge a dor física pode haver interferências na interiorização da informação fundamental. Quando as pessoas se deparam com um processo de transição tendem a ser conduzidas no sentido da saúde ou no sentido da vulnerabilidade e do risco, tendo aqui o

enfermeiro de família a posição mais oportuna, tendo em conta a proximidade, para intervir precocemente conduzindo a resultados saudáveis. (Meleis, 2010)

Relvas (2006) refere a parentalidade como um dos eventos mais marcantes da vida do indivíduo, assinalando uma nova fase do ciclo vital. A parentalidade é considerada uma crise normativa do desenvolvimento do sistema familiar.

Os Enfermeiros, fundamentando a sua intervenção no conhecimento, destaca-se como portador de um papel fundamental no auxílio das pessoas nas transições que vão vivendo, de forma a incorporarem conhecimentos novos, alterarem comportamentos e conduzindo a mudanças na vida para fazer face a novas situações.

De acordo com a CIPE (2011), a parentalidade significa tomar conta, assumir a responsabilidade de pai e mãe levando a adotar comportamentos destinados a facilitar a incorporação do recém-nascido na unidade familiar. Com isto, favorece o desenvolvimento da criança e por outro lado facilita também a interiorização da expectativa do indivíduo, família, amigos e sociedade no que concerne aos comportamentos adequados do papel parental. Nesta perspetiva torna-se pertinente a realização da visita domiciliária no pós-parto ao recém-nascido e família para sustentar uma transição saudável através dos cuidados de enfermagem com a qualidade que o século XXI nos oferece.

Teixeira (2009) desenvolveu um estudo em que participaram 15 profissionais de saúde, referindo estes que um dos compromissos mais importantes é atender a população levando em consideração a rotina de cada família e deste modo atender às suas necessidades, direcionando a sua intervenção para a educação para a saúde, levando a mudanças de comportamento a partir de novas aprendizagens apreendidas pela família.

Também Neto (2010) com base num estudo por si realizado em que participaram 33 enfermeiros, refere que conhecer a família, os seus recursos e da comunidade, permite ao enfermeiro identificar necessidades e colmatá-las no domicílio promovendo um descongestionamento das unidades de saúde. Num estudo realizado por Piteira (2016), é mencionado pela totalidade dos Enfermeiros inquiridos que a visita domiciliária é considerada como uma estratégia vantajosa na área da promoção da saúde ao recém-nascido e família, sendo referida como eficaz, na medida em que é possível a satisfação dos utentes com base num melhor conhecimento da família permitindo uma intervenção personalizada à família, envolvendo-a.

Num estudo realizado por Medeiros (2016), a totalidade dos 38 enfermeiros inquiridos consideram a visita domiciliária facilitadora na assistência ao recém-nascido e família, sendo

uma ferramenta que aproxima a Unidade de Saúde, da realidade em que vive o recém-nascido e a família.

Em 2017, Pinto auscultou 11 casais e 7 enfermeiros sobre a temática cuidados de enfermagem. No que diz respeito à visita domiciliária no pós-parto, a totalidade destes enfermeiros, refere a visita domiciliária como um meio oportuno de vigilância, prevenção e promoção da saúde. Nestas intervenções referem também avaliar o bem-estar físico e psicológico e possíveis situações de risco. Referem direcionar a área de intervenção na partilha de conhecimentos ajustados as reais necessidades, provendo a autorresponsabilização em saúde, promovendo mudanças de comportamento que levam a uma otimização de saúde do recém-nascido e família. Os mesmos enfermeiros referem ainda que a enfermagem de Saúde familiar como uma nova maneira de cuidar e prestar cuidados de enfermagem focados na família, tendo como visão a família como um todo, em que as relações familiares são fundamentais sendo a família um sistema interativo. Ao realizar a visita domiciliária o enfermeiro conhece a família e cria laços facilitadores da intervenção de enfermagem. Desta forma, os cuidados de enfermagem realizados no domicílio após o nascimento de um novo ser no núcleo de uma família, é um caminho na otimização dos cuidados, que visam o envolvimento da família.

Rodrigues et al (2010) referem que com a visita domiciliária pretendem identificar situações de risco ou possíveis intercorrências de forma a adotar condutas adequadas no projeto de saúde. 84% dos inquiridos refere que como principal objetivo da visita domiciliária, tem de promover a resposta da família em situações de transição.

Lucena et al (2018) realizou um estudo sobre as ações dos enfermeiros em cuidados de saúde primários, relativamente à primeira semana do recém-nascido. Neste estudo participaram 9 enfermeiros e na sua totalidade todos reconhecem a visita domiciliária uma estratégia forte, pois possibilita uma compreensão abrangente do processo saúde/doença, proporcionando intervenções relacionada com o cuidado e manutenção da saúde do indivíduo e sua família. Referem ainda que os enfermeiros que realizam visitas domiciliárias, consideram-nas como um momento rico de abordagem à família, indo ao encontro das suas necessidades.

Pereira (2012) citando Carvalho e Tavares (2010) menciona como de indiscutível importância a realização de visita domiciliária ao recém-nascido nos primeiros dias após a alta hospitalar, servindo a mesma para providenciar uma transição segura entre o meio hospitalar e o domicílio. A UNICEF e a OMS (2009) recomendam que todos os recém-nascidos devem receber atenção neonatal apropriada nas primeiras horas e semanas de vida. Cada país deve responder às normas por cada uma instituída, de forma a dar respostas à realidade de cada país. A visita domiciliária

deve iniciar-se logo que possível, sendo que a recomendação é esta ocorrer nas primeiras vinte e quatro horas de vida se o parto tenha ocorrido no domicílio. Caso o parto tenha ocorrido em meio hospitalar, a visita deve ocorrer até ao sétimo dia. Esta prática deve ser feita por profissionais de saúde capacitados, pois tem como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados, identificando perigos eminentes ou enfermidades (OMS & UNICEF, 2009).

Em Portugal, a Direção Geral da Saúde (DGS), em alinhamento com a OMS e a UNICEF, recomendam a visita domiciliária ao Recém-nascido e família. Refere ser de primordial importância desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, uma vez que é considerada como elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias que seguem a alta hospitalar. Rodrigues (2010) destaca que durante a visita deve ser avaliado o estado de saúde da mulher e do recém-nascido e a interação entre eles. Por outro lado, é igualmente importante orientar e apoiar a família na amamentação, nos cuidados básicos ao recém-nascido, no planeamento familiar e identificando situações de risco ou possíveis intercorrências para que a família adote praticas adequadas e saudáveis.

Segundo estudo realizado por Leal (2019) em que avaliou a perceção dos enfermeiros sobre a visita domiciliária á família no pós-parto, concluiu que apesar de todos os vinte e um enfermeiros inquiridos evidenciam a importância da visita neste momento, mas apenas 52,4% referem conhecer as orientações da Ordem dos Enfermeiros quanto a realização da visita ao recém-nascido, puérpera e família.

Como já foi reforçado anteriormente a visita domiciliária ao Recém-nascido e família tem como objetivo avaliar o estado de saúde da mulher física e psicologicamente na recuperação do parto (OE, 2015), bem como avaliar o estado de saúde do recém-nascido, identificando situações de risco e possíveis intercorrências e condutas inadequadas. De acordo com os enfermeiros inquiridos por Rodrigues et al (2010), 84,2% referem como objetivo para a realização da visita domiciliária promover a resposta da família em situações de transição. Este resultado está em consonância com o referido por Rice (2004) quando evidencia o facto do enfermeiro que presta cuidados no domicílio tem uma perspetiva completa da família, incentivando-os a vencer etapas, permitindo a reorganização familiar.

A OE (2018) refere que o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar analisa a dinâmica familiar de forma a facilitar a resposta da família em situações de transição, mantendo-a unida. Assim torna-se assim mais evidente a importância da realização da visita domiciliária.

De acordo com Rice (2004) os cuidados de enfermagem no pós-parto são uma valiosa contribuição para a recuperação da mãe e promoção da saúde de ambos, para assim ser

garantido o início bem-sucedido de novas famílias. Para tal, continuam a ser necessários alcançar alguns objetivos, como supervisionar e garantir o bem-estar físico e emocional da família, identificar precocemente complicações em desenvolvimento, evitando assim agravamento de custos em saúde. A mesma autora reforça que apesar do nascimento de uma criança constituir um acontecimento saudável, envolve um período de recuperação e adaptação que requer supervisão desta crise de desenvolvimento em que toda a família deve ser envolvida para se manter saudável.

Apesar de todas as vantagens já enunciadas até ao momento, alguns autores apontam também algumas desvantagens na realização da visita domiciliária ao recém-nascido e família. Assim, segundo Rodrigues et al (2010), após inquirir 10 enfermeiros no seu estudo, todos eles manifestaram como dificuldade o intervalo de tempo em que a visita deve ser realizada, a existência de transporte disponível para a deslocação e a falta de instrumento para sistematizar a abordagem à visita domiciliária ao recém-nascido e família, de forma objetiva, atendendo às reais necessidades da puérpera, utilizando apenas um instrumento de orientação emanado pelo ministério da saúde no Brasil.

Segundo Neto et al (2010), dos enfermeiros que participaram no seu estudo, 33% manifestam constrangimentos relacionados com a disponibilidade de transporte, 12% manifestam a distância como um obstáculo. Por outro lado, quando abordou este tema Demétrio e Couto (2015) apontaram a falta de planeamento da visita domiciliária como um constrangimento.

Alguns enfermeiros apontam ainda os registos informático como uma limitação, uma vez que o S-Cinic não permite dar continuidade à prestação de cuidados tendo em conta que este suporte não se encontra disponível no domicílio, sendo necessário recorrer a suporte de papel. Não havendo um instrumento, esta colheita de dados é registada em papel e é realizada de forma aleatória correndo o risco de faltar informação aquando da transcrição para o suporte informático. (Piteira, 2016)

Por outro lado, num estudo realizado por Medeiros et al (2016) é destacado como dificuldades sentidas pelos enfermeiros no âmbito da visita domiciliária ao recém-nascido e família, a falta de formação em Enfermagem de família. Afirmam também não existir educação continuada na Unidade onde exercem funções, em que uma pequena minoria dos entrevistados procurou formação e aperfeiçoamento das suas práticas através de cursos externos. Por outro lado, estes mesmos enfermeiros manifestam a necessidade de planeamento da visita, referindo que para tal os profissionais devem ser capacitados com preparação teórica, metodológica e técnica a fim de garantir cuidados de excelência. Também Pinto (2017), refere que os enfermeiros da equipa

abordada destacam a necessidade de um processo formativo fundamentado numa metodologia participativa, que permita a reflexão e operacionalização dos modelos de avaliação e intervenção familiar. Estes mesmos profissionais salientam também a necessidade de uma preparação sistemática e cuidadosa da visita respeitando as necessidades e individualidade da família.

Num estudo realizado por Lucena (2018), a carência de ações de formação para estes profissionais é apontada como constrangimento á realização da visita domiciliária ao recém-nascido e família.

Então as dificuldades sentidas pela maioria dos enfermeiros inquiridos prendem-se com a falta de planeamento da visita domiciliária por ausência de protocolo uniformizado, a dificuldade de transporte, o método de registo utilizado não está em consonância com o suporte informático e por último manifestam falta ou insuficiente formação continua dos profissionais.

Morrison et al (2014) após realizar uma revisão sistemática de literatura sobre programas e serviços universais de apoio á vigilância da saúde materna e infantil na europa, evidenciou a importância de a vigilância de saúde ser iniciada durante a gravidez, proporcionando aos pais recursos para capacitá-los para se destacarem com agentes ativos nas intervenções necessárias no pós-parto.

A OMS e a UNICEF traçaram diretrizes e deram a conhecê-las através de um manual intitulado *“home visits for the newborn child: a strategy to improve survival”* que norteiam os cuidados a serem realizados aquando da visita domiciliária realizada ao recém-nascido e família na primeira semana de vida. Entre elas encontramos orientações como promover e apoiar precocemente o aleitamento materno, promover contacto pele com a pele nas primeiras horas de vida, promover cuidados da pele e do coto umbilical, oferecer orientações para os sinais de alerta que exijam recurso á unidade de saúde, verificar o registo de nascimento e promover a vacinação oportuna de acordos com os programas nacionais. Relativamente aos cuidados maternos, as mesmas entidades sugerem oferecer orientações para situações não espectáveis como hemorragias, cefaleias intensas, convulsões, febre, dificuldade respiratória, lipotimia, corrimento vaginal com odor, dor ou ardor ao urinar, ou dor acentuada no períneo, bem como examinar as mamas para identificar constrangimentos que possam comprometer a amamentação.

A Academy of pediatrics sugere que seja oferecida à família a oportunidade de preencher um inquérito antes da visita domiciliária com a finalidade de ajudar a determinar os temas que a família goste de ver abordados.

A Ordem dos Enfermeiros, por forma a criar uma linha orientadora para a abordagem aos cuidados de enfermagem na comunidade, especificamente ao grupo constituído pelo recém-nascido, puérpera e família, criou diretrizes para facilitar a identificação dos pontos chave a serem abordados. Assim, no que concerne à prestação de cuidados à puérpera são consideradas prioritárias algumas medidas tais como: avaliar o estado de saúde da mulher e o processo de recuperação do parto, incluindo o exame da mama e períneo; avaliar a cicatrização do períneo ou sutura abdominal se for esse o caso; consulta de revisão do parto com exame mamário, períneo e citologia; aconselhamento e início da contraceção e despiste de eventuais problemas físicos ou mentais e encaminhamento para outro profissional se necessário.

Relativamente ao recém-nascidos, a Ordem dos Enfermeiros considera importantes medidas como: avaliar e registar o peso e monitorizações antropométricas e realização do diagnóstico precoce; cumprir o Programa Nacional de Vacinação; consulta de vigilância de saúde infantil; despiste de problemas relacionados com a amamentação e outras complicações como icterícia, e coto umbilical; se necessário encaminhar para outro profissional de saúde.

Nos últimos anos, em vários países e na sequência da implementação de algumas políticas foram adotadas algumas mudanças no setor da saúde. Estas mudanças resultaram de projetos piloto para ajudar a resolver alguns déficits da saúde no âmbito do recém-nascido e família.

Nos Estados Unidos, por exemplo, o Nurse- Family Partnership é um programa de visitas domiciliárias pré e pós-parto, tendo a longevidade no tempo até aos dois anos da criança. Estas visitas são realizadas por enfermeiros que intervém junto de famílias em risco, jovens e desfavorecidas como objetivo de prevenir maus-tratos e abuso infantil e promover o desenvolvimento saudável da criança. O enfermeiro faz formação específica para ser elemento deste programa e segue um rigoroso manual de procedimentos, que especifica os objetivos que se pretende atingir em cada visita. O programa foi alvo de múltiplas avaliações e pesquisa nas última quatro décadas.

Ensaio aleatórios foram conduzidos em Nova York em 1977, em Tennessee em 1990 e no Colorado em 1994. Estes três ensaios foram dirigidos a mães com limitações socioeconómicas. O estudo continua até hoje, estudando os resultados desta intervenção. A eficácia do programa foi demonstrada e comprovada, com base em vários estudos com métodos de investigação rigorosos. Os resultados demonstram em 82% dos casos aumento do emprego materno, 68% de aumento da presença do pai no lar, 48% de redução de negligencia e maus-tratos nas crianças, diminuição das detenções aos 15 anos em 59% e 67% de redução de problemas comportamentais aos 6 anos. (Olds, 2018).

Na Dinamarca, a visita domiciliária ao recém-nascido e família foi implementada em 1937, no seguimento de um programa piloto ter demonstrado redução da mortalidade infantil, associada aos serviços a visitante doméstica. (Duffee et al, 2017)

A França oferece atendimento pré-natal universal e visita de enfermagem de parteiras e enfermeiras, que contribuem para educar a família sobre o malefício do tabaco e uso de drogas, aconselhamento sobre nutrição e outras questões relacionadas com a saúde.

O programa Holandês NFP, VoorZorg, com incidência nas jovens mães com baixa escolaridade, em que são realizadas visitas a esta jovens durante a gravidez e durante os primeiros dois anos de vida, tem evidenciado a redução do índice de violência doméstica, em que aos 24 meses é notória a melhoria no ambiente doméstico das famílias participantes, que se traduz numa redução significativa nas alterações psíquicas das crianças. (Duffee et al, 2017). O programa Early Start na Nova Zelândia tem como foco famílias com dois ou mais fatores de risco. Os ensaios realizados confirmaram uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde, menor taxa de hospitalização, mais investimento na educação infantil e uma parentalidade mais positiva. (Duffee et al, 2017).

No Reino Unido, os cuidados de saúde habituais passíveis de serem destinados a todos as situações, incluem visita domiciliária realizada por enfermeiros especialista de saúde comunitária no período pré e pós-parto até aos dois anos de vida da criança (Robling, 2015)

O Programa Nacional de Saúde Infantil e juvenil reforça a importância de desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária de forma a promover a vigilância e promoção da saúde, preferencialmente nos dias seguintes á alta da maternidade (DGS,2013)

Um estudo realizado por Almeida (2016), demonstrou que a intervenção de enfermagem junto do recém-nascido e família, no seu contexto, contribui para uma melhor adequação dos cuidados a prestar e proporciona mais facilmente a oportunidade ao casal e família de expressarem as suas dificuldades, medos, ansiedades, pois constitui uma estratégia de suporte e ajuda contribuindo para uma melhor adaptação á parentalidade. Duarte, em 2016, demonstrou que a intervenção de enfermagem junto do recém-nascido e família, contribui para uma melhor adequação dos cuidados a prestar, facultando aos pais a oportunidade de expressarem as suas dificuldades e sentimentos. (Nelas & Duarte, 2016).

Os cuidados ao RN incluem a regulação das funções vitais, mas também a realização dos rastreios, de doenças metabólicas, Auditivo Neonatal Universal e despiste de cardiopatias entre outros. Para além do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, os cuidados ao RN devem contemplar a avaliação socioeconómica da família, a avaliação da adaptação saudável à vida

extrauterina, que inclui três categorias, a avaliação comportamental, física e dos comportamentos de vínculo. A preparação das famílias para a adaptação ao domicílio, com relevo para a manutenção da amamentação, promoção do vínculo entre pais/RN, os cuidados de higiene, os cuidados ao coto umbilical, a posição de dormir, a eliminação vesical e intestinal, a manutenção da temperatura, o encaminhamento para consultas de vigilância, a proteção contra a infeção e as lesões traumáticas, são outras das atividades a desenvolver.

O transporte seguro do RN no automóvel deve ser assegurado, promovendo o transporte do RN, em dispositivo de retenção para veículos, de acordo com a legislação do país, voltado para a parte traseira do carro e preferencialmente no banco traseiro (Beck, Ganges, Goldman, & Long, 2004; Hockenberry & Wilson, 2014; OMS, 2015).

Sabendo que o RN não é o único elemento da família a enfrentar um novo mundo, e que a vida da mãe e do pai também sofrem alterações, os mesmos precisam de tanto apoio e acompanhamento como o bebé (Brazelton, 2006), pelo que importa promover uma transição tranquila para a parentalidade, por forma a assegurar bons cuidados ao RN.

Na visita domiciliária devem ser identificados necessidades de intervenção junto da família, devendo esta ser capacitada para identificar estes mesmos sinais, por forma a solicitarem cuidados de enfermagem. (OMS, UNICEF; 2009) Em Utah, Estados Unidos da América, de acordo com as guidelines do programa de visita domiciliária ao recém-nascido e família, estas visitas são realizadas por enfermeiros especialistas, que avaliam as necessidades e pontos fortes do recém-nascido e família relativamente à saúde e bem-estar. Com base na avaliação de Enfermagem, os enfermeiros e a família formulam um plano de cuidados personalizados. Os enfermeiros providenciam desenvolvimento de competências parentais, cuidados antecipatórios e assistência no acesso aos serviços de saúde (Smith, 2002)

No serviço onde exerce funções bem como no serviço onde realizou este estágio, os profissionais que realizam a visita domiciliária ao recém-nascido e família são uma minoria.

A própria realiza esta visita há 25 anos em cuidados de saúde Primários, bem como o Enfermeiro Orientador, no local de estágio também detém essa prática, o que demonstrou ser uma mais-valia como experiência.

Assim, indo ao encontro da exigência deste relatório, onde deve ter integrada uma componente de investigação, de acordo com o emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2006) e reconhecendo a Investigação em Enfermagem como um processo científico, sistemático e rigoroso que ao ser produzido deve gerar conhecimento, levando-o a dar respostas a questões ou resoluções de

problemas em benefício dos utentes e família. Segundo a mesma fonte, o conhecimento obtido através do processo de investigação, é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência de forma a melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. Investigar é conhecer, perceber e encontrar caminhos para que o saber e o fazer enriqueçam a prática de Enfermagem, conferindo-lhe um suporte científico.

Assim sendo, tendo em conta a realidade onde se encontra, bem como a realidade do ACES Médio Tejo relativamente á visita domiciliária ao RN e família, achou pertinente realizar uma Revisão Sistemática de Literatura, uma revisão scoping para Mapear o conhecimento sobre os protocolos de visita domiciliária ao RN e família nos Cuidados de Saúde Primários. Desta forma, com o conhecimento adquirido, pode reunir informação para a construção de um protocolo a ser utilizado no âmbito da visita domiciliária ao recém-nascido e família.

A formação é um processo contínuo, inicialmente adquirido no círculo familiar ao longo do crescimento uma vez que, como seres racionais que somos, vamos adquirindo conhecimentos ao longo das etapas da nossa vida. Ribeiro (2012) diz-nos que também a Enfermagem, após uma formação inicial, permite a obtenção das qualificações necessárias para o desempenho profissional, no entanto a necessidade de aperfeiçoamento das competências necessárias, leva o enfermeiro á formação. Desta forma, a formação contínua e a realização de trabalhos com base científica, constitui uma base de desenvolvimento tanto pessoal como profissional. O desenvolvimento de trabalhos na área da investigação enriquece a base científica do processo de cuidar e proporciona ferramentas fundamentais, proporcionando instrumentos para intervir junto das famílias na sua diversidade e perceção das transições ao longo do ciclo vital.

A Ordem dos Enfermeiros afirma que a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspetos da saúde que são de interesse para a Enfermagem. Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida.

O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. Considera-se uma prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis.

Assim identificado o problema objeto de melhoria, que é a visita domiciliária de Enfermagem ao recém-nascido e família, tanto na unidade onde realizou o estágio como na Unidade onde exerce funções, como de todo o ACES e sendo uma das competências do enfermeiro especialista basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica, propôs-se realizar uma Revisão Sistemática de Literatura, com a finalidade de colher contributos para a elaboração de um protocolo a ser usado em todas as visitas domiciliárias ao recém nascido e família.

### **2.3.3 – Desenvolvimento da Revisão Sistemática de Literatura**

Após identificar uma oportunidade de desenvolvimento da prática de Enfermagem na sua realidade profissional, propôs-se a realizar uma Revisão Sistemática de Literatura no âmbito da visita domiciliária ao recém-nascido.

O Joanna Briggs Institute (JBI) é uma organização internacional de pesquisa e desenvolvimento sem fins lucrativos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Adelaide. O Instituto e suas entidades colaboradoras promovem e apoiam a síntese, a transferência e a utilização de evidência por meio da identificação de práticas de saúde viáveis, apropriadas, significativas e eficazes para ajudar na melhoria global dos resultados de saúde (Amendoeira, 2022). Como empreendimento científico, uma revisão sistemática influenciará as decisões de saúde e deverá ser conduzida com o mesmo rigor esperado em toda a pesquisa. A Evidência Científica é necessária, pois a síntese da evidência é fundamental para a translação de conhecimento, na medida em que produz resultados que podem ser facultados aos utilizadores finais e com isso contribuir para a otimização de cuidados. Este processo é assim considerado de extrema importância, pois é a forma de preencher a lacuna existente entre a produção de conhecimento resultante da pesquisa, o processo de tomada de decisão e a própria prática, que deveriam estar intimamente ligadas.

Segundo Apóstolo (2017), uma das formas mais aceites para desenvolver a ciência é a RSL também chamada síntese da ciência. A RSL é uma investigação secundária complexa, detalhada e reprodutível que envolve um compromisso significativo de tempo e recursos. Nesta metodologia é utilizado um processo para localizar e sintetizar/agregar, a partir da literatura primária, todas as evidências existentes num determinado tópico, e por isso, o revisor usa uma fonte secundária de dados (Apóstolo, 2017 cited in Pearson et al, 2014). Atualmente são várias as organizações que se dedicam á produção de RSL na área dos cuidados de saúde, contribuindo não só para a melhoria das práticas desenvolvidas, mas também para a realização de RSL de

elevado rigor e qualidade científica. São um tipo de síntese de evidência que sistematicamente identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível num determinado tópico, campo, conceito ou questão, muitas vezes independentemente da fonte, dentro ou através de contextos particulares. (Amendoeira, 2022)

Um passo essencial no desenvolvimento inicial de uma revisão sistemática/Scoping Review (ScR) é o desenvolvimento de um protocolo de revisão. Um protocolo pré-define os objetivos e métodos da revisão sistemática que permite a transparência do processo, o que, por sua vez, permite ao leitor ver como as conclusões e recomendações foram alcançadas. Esse processo deve ser concretizado antes de realizar a revisão sistemática, pois é importante para restringir a presença de viés de notificação. (Amendoeira, 2022)

Uma RSL consiste num método rigoroso de sistematizar informação pertinente, sendo possível recolher um conjunto de evidências fiáveis para a investigação. Para que tal aconteça é fundamental a realização de uma pesquisa global, de uma avaliação e da síntese da evidência. Uma revisão torna-se um elemento crucial para a prática da evidência (Craig & Smith, 2004 cited in Fernandes, M, 2018). O seu processo de execução envolve a análise de toda a literatura disponível para determinar a eficácia ou não de uma determinada prática. As ferramentas facultadas por JBI fornecem meios úteis para uma adequada captação de informação e apreciação crítica de variados estudos, tendo como finalidade a orientação de uma revisão sistemática a partir do tipo de estudo, a informação nele contida e a forma como a mesma é analisada (JBI, 2015). A prática baseada na evidência é um campo em expansão, juntamente com um aumento na disponibilidade de pesquisas primárias, a realização de revisões também aumentou. Diferentes formas de evidência e diferentes tipos de objetivos e questões de revisão exigem o desenvolvimento de novas abordagens que são projetadas para sintetizar as evidências de forma mais eficaz e rigorosa (JBI, 2015).

Desta forma, este protocolo teve por base o modelo conceptual de Joanne Briggs Institute (JBI). Ao realizar este protocolo tem como objetivo mapear o conhecimento sobre os protocolos de visita domiciliária ao RN e família nos Cuidados de Saúde Primários.

Com base nesta necessidade identificada e procurando sempre cuidados de enfermagem de excelência e com base na melhor evidência científica, a RSL que se propõe centra-se na execução de uma pesquisa extensa da literatura disponível, proporcionando uma boa base para que as questões definidas sejam resolvidas (Craig, & Smyth, 2004).

Este protocolo de RSL, foca-se numa revisão scoping, segundo a metodologia preconizada pelo JBI. Um protocolo de revisão scoping é importante, pois pré-define os objetivos e métodos da

revisão scoping. É uma abordagem sistemática para a condução e relato da revisão e permite a transparência do processo. O protocolo deve detalhar os critérios que os revisores pretendem usar para incluir e excluir estudos e identificar quais dados são relevantes e como os dados serão extraídos e mapeados (JBI, 2015).

Assim, apresenta o seu protocolo que terá como parte integrante da sua estrutura, o título, os descritores, a questão de investigação, a definição PCC, o objetivo, as bases de dados pesquisadas, a estratégia de pesquisa, a síntese de dados, os critérios de inclusão e exclusão e a grelha de colheita de dados.

### **Título**

“O Protocolo de visita domiciliária ao RN e família em Cuidados de Saúde Primários: uma revisão scoping”.

### **Descritores**

O início desta revisão foi realizado com uma pesquisa em acesso livre, através do Google Académico, de modo a tentar perceber e identificar as palavras-chave. As palavras-chave que foram identificadas são: Protocolo, Visita Domiciliária, Recém-nascido, Família, Cuidados de Saúde Primários, Enfermagem e Enfermeiro de Família. Posteriormente foi consultada a plataforma de vocabulários estruturados nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e a Medical Subject Headings (MeSH). Com os resultados obtidos foi construído o seguinte quadro.

Quadro 1 - Termos e Descritores

Termos propostos	MeSH terms	DeCS
Protocolo	Protocols	Protocolo
Visita domiciliária	House Calls	Visita Domiciliária
Recém-nascido	New born	Recém-nascido
Família	Family	Família
Cuidados de Saúde Primários	Primary health care	Cuidados de Saúde Primários

Enfermagem	Nursing	Enfermagem
Enfermeiro de Família	Family nurse	Enfermeiro de saúde familiar

Para Apóstolo (2017), a elaboração da questão de revisão é fundamental para organização e seleção dos estudos, extração de dados, mapear a evidência e explicar o seu significado. O mesmo autor salienta ainda que quando a questão de investigação é clara e precisa, ela orienta todo o processo de revisão, nomeadamente no que concerne aos critérios de inclusão, estratégia de pesquisa seleção de estudos ou síntese de informação. A Questão de Investigação, segundo Apóstolo (2017), para uma revisão de scoping, a mnemónica PCC deve ser usada de forma a construir um título claro, traduzindo a População, o Conceito e o Contexto.

Deste modo temos **a questão** de investigação.

- Quais são os protocolos existentes para a realização da visita domiciliária do Enfermeiro de família ao RN e família em Cuidados de Saúde Primários?

### **Definição da mnemónica - PCC**

- P (população) - Famílias com recém-nascidos
- C (conceito) – Protocolo
- C (contexto) – Visita domiciliária em Cuidados Saúde Primários

### **Objetivo**

- Mapear o conhecimento sobre os protocolos de visita domiciliária ao RN e família nos Cuidados de Saúde Primários.

**Objetivos específicos** • Identificar os protocolos existentes na visita domiciliária ao RN e família nos Cuidados de Saúde Primários.

- Identificar as intervenções de enfermagem realizadas pelo enfermeiro de família na visita domiciliária ao RN e família em Cuidados de Saúde Primários

### **Termos de Pesquisa, Motores Booleanos e Base Dados**

A pesquisa de dados foi realizada em janeiro e fevereiro 2022 e incluiu dois revisores independentes. Tendo como ponto de partida a questão de investigação, validaram os termos

na plataforma dos descritores de MeSH/DeCS. A escolha dos termos de pesquisa teve por base a língua portuguesa e inglesa, uma vez que a pesquisa foi efetuada através das bases de dados eletrónicas do site da Ordem dos Enfermeiros de acesso reservado a EBSCO host, selecionando as bases de dados CINAHL Complete e MeDLINE Complete. Foi também consultado através das bases dados de acesso livre da Ordem dos Enfermeiros, no repositório científico de acesso aberto de Portugal – RCAAP e no portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Dos motores booleanos definidos pela língua portuguesa “e”, “ou”, “não” e pela língua inglesa “AND”, “OR”, “NOT”, optou-se por usar “e” e “AND”, pois foi o que fez mais sentido à sua pesquisa. Foi estabelecido o friso temporal: 2011 – 2021, para aceder a estudos realizados na última década e ainda foram aplicados limitadores em cada base de dados.

Quadro 2 - Limitadores de cada base de dados

Base de dados	Limitadores
CINAHL Complete	Texto completo PDF
MeDLINE Complete	Texto completo PDF
RCAAP	Dissertações, teses e artigos científicos
BVS - LILACS	Artigo científico

## Estratégia de pesquisa

Quadro 3 - Resultados das pesquisas efetuadas nas respetivas bases de dados

Base de Dados	Descritores	Resultados	Eliminados	Selecionados por título e resumo
EBSCO host selecionada as bases de dados CINAHL Complete e MeDLINE Complete	“protocols” AND “house Calls” AND “newborn”	18	18	0
RCAAP	“enfermagem” e “recém-nascido” e “visita domiciliária”	3	0	3
	“visita domiciliária” e “recém-nascido” e “família”	2	1 repetição	1
	1 “visita domiciliária e “enfermagem” e “família”	4	2 1 repetição	1
BSV- LILACS	“protocolo” AND “visita domiciliária” AND “recém-nascido”	2	2	0

	“protocolo” e visita domiciliária” e “cuidados de saúde primários”	3	3	0
Total		32	27	5

Ao realizar a pesquisa nas bases de dados anteriormente referidas, constatou existirem 18 resultados na CINAH complete e na MeDLINE Complete, que correspondem aos critérios da pesquisa. No entanto após a sua leitura inicialmente pelo título e posteriormente pelo resumo, constatou que nenhum dos artigos estava relacionado com o protocolo de visita domiciliária ao recém-nascido e família. No entanto, a sua leitura representou um enorme contributo no que concerne ao conhecimento de várias realidades em todo o mundo, apesar de não abordarem a temática do protocolo, algumas abordam a visita domiciliária em vários cenários. Por ter considerado esta análise bastante enriquecedora apresento em apêndice um quadro com os artigos consultados.

Estes artigos, apesar de não responderem ao foco da busca, uma vez que não apresentam nenhum protocolo a ser utilizado na visita domiciliária ao recém-nascido e família, revelaram-se bastante enriquecedores, contribuindo para o conhecimento de diferentes realidades nos mais diversos locais do mundo.

O resultado da pesquisa na base de dados Biblioteca Saúde Virtual, apenas um estudo contribuiu para o tema em foco, aborda as intervenções junto de mães adolescentes. Pela sua natureza e sendo uma oportunidade de conhecer outra realidade foi efetuada uma breve leitura. Este estudo abordou o tema O raciocínio da Enfermagem na era digital, uma versão renovada do protocolo de intervenção do programa jovens mães cuidadoras, foi realizado em 2017 por Thais Coelho na Universidade de São Paulo. Trata-se de estudo exploratório, ensaio clínico, cuja população alvo são adolescentes primíparas dos quatorze aos dezanove anos a quem são realizadas intervenções que visam melhorar os cuidados de saúde, as competências pessoais e das famílias vulneráveis. Este acompanhamento tem início quando se sabe que está grávida até aos dois anos de vida do recém-nascido. Segundo Shonkoff (2010) são estas estratégias que por serem promissoras protegem o cérebro do recém-nascido e seus familiares promovendo a saúde mental e física de todos. A promoção da saúde mental da família é feita através da visita domiciliária, em que é possível intervir na real dinâmica da saúde. A visita domiciliária prevê a valorização da família, do domicílio, da comunidade enquanto recurso, sendo reconhecido como espaço privilegiado na promoção da saúde. Apesar de não apresentar o protocolo da

visita domiciliária, deu a conhecer algumas intervenções realizadas durante a mesma e a área de intervenção.

Os cenários mais adversos estão presentes nos países mais pobres como é exemplo o Brasil em que mais de 200 milhões de crianças com idade inferior a cinco anos não atingem o seu potencial de desenvolvimento por falta de estimulação (Kieling, 2011). Daí que este programa desenvolvido no Brasil vise capacitar a grávida e família para prevenir défice de desenvolvimento nas crianças.

Após analisar e refletir sobre os resultados da pesquisa nos vários motores de busca, obteve-se 32 resultados, dos quais dois foram excluídos por repetição e 15 excluídos por título e resumo, sendo incluídos cinco estudos.

A partir deste momento da Revisão, passou à etapa seguinte prevista no protocolo, valorizando-se a elaboração do PRISMA que suporta e demonstra o processo de tomada de decisão no que respeita à inclusão dos documentos que vão ser usados nas etapas seguintes do processo de Scoping Review. Podemos considerar a sua utilização, tanto no final da estratégia de pesquisa, como ponto seguinte. A avaliação da qualidade metodológica das fontes, apresenta uma enorme relevância para este formato de Revisão Sistemática de Literatura, tornando-se uma premissa de base para obter os melhores resultados. Pode entender-se como um fluxograma que se apresenta, por forma a ser utilizado sempre que necessário. (Amendoeira, 2022)

## Síntese de dados

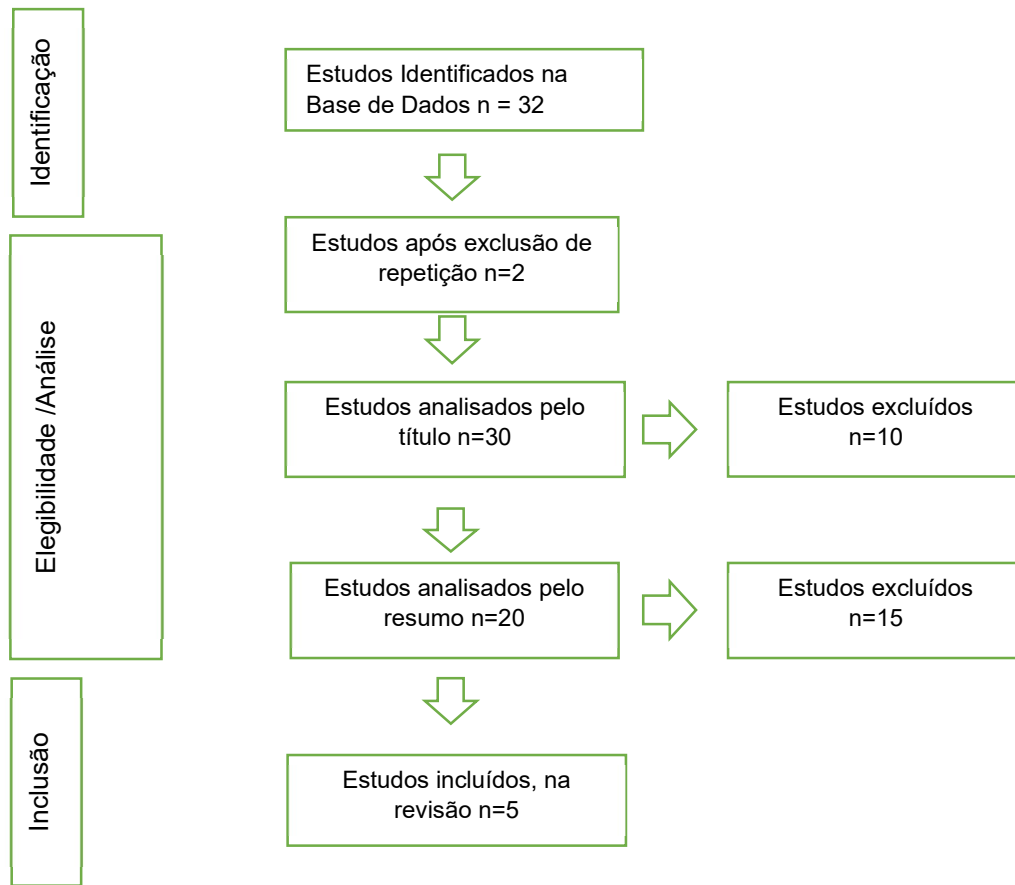


Figura 1 - Fluxograma – Prisma de seleção do estudo e processo de inclusão

### Critérios de Inclusão

- Protocolos de visita domiciliária ao RN e família nos Cuidados de Saúde Primários
- Filtro cronológico entre 2011 – 2021
- Idioma: português, inglês
- Acesso aberto

### Critérios de Exclusão

- Outro contexto que não seja, Cuidados de Saúde Primários

- Estudos anteriores a 2011 e posteriores a 2021
- Estudos noutros idiomas
- Acesso pago

### Revisão Independente por dois investigadores

A análise dos estudos será garantida por dois investigadores, que serão responsáveis pela validação dos resultados obtidos.

### Processo de análise de estudo

Cumprem-se as fases de identificação, análise, elegibilidade e inclusão dos estudos. Serão seguidos os seguintes passos:

- Leitura do título, autores
- Leitura do resumo de acordo com os critérios de inclusão

Após a extração de dados, com estes será construído um documento ou suporte à etapa seguinte.

Quadro 4 – Resultados das pesquisas no RECAAP

<b>Estudo 1</b>	
<b>Dissertação/Tese Artigo Científico</b>	Dissertação / Tese Mestrado Escola Superior de Saúde de Coimbra
<b>Pais origem</b>	Portugal
<b>Título</b>	Contributo da visita domiciliária do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, para os cuidados maternos prestados ao recém-nascido nos primeiros 28 dias de vida.
<b>Autor</b>	Lúcia Ribeiro
<b>Objetivo</b>	Avaliar o contributo da visita domiciliária do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica para os cuidados maternos ao recém-nascido, nos primeiros 28 dias de vida.
<b>Tipo de estudo</b>	Método qualitativo, estudo exploratório descritivo- estudo de caso utilizando entrevistas semi diretas.
<b>População</b>	Oito puérperas
<b>Ano</b>	2014
<b>Conclusão do estudo</b>	Deste estudo concluiu-se que a visita domiciliária realizada pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica representa uma mais-valia, uma vez que capacita a puérpera e família, atendendo às suas necessidades. Esta visita demonstrou ser de extrema importância uma vez que disponibiliza ajuda diferenciada, especializada e qualificada, além de que possibilita à família não ter de se deslocar à Unidade nestes primeiros dias tão complexos para a família. O Enfermeiro dotando a puérpera e a família de forma a colmatar as suas necessidades, contribui para maior segurança no processo de cuidar.
<b>Estudo 2</b>	
<b>Dissertação/Tese Artigo Científico</b>	Dissertação/ Tese de Mestrado Universidade de Evora
<b>Pais origem</b>	Portugal

<b>Título</b>	Visita Domiciliária ao RN e família um contributo para o bem-estar e otimização da saúde
<b>Autor</b>	Vera Branca
<b>Objetivo</b>	Contribuir para a implementação da visita domiciliária ao RN e família a utentes de uma USF nos primeiros dias de vida.
<b>Tipo de estudo</b>	Trabalho de projeto
<b>População</b>	Equipa de Enfermagem da UCSP e UCC com o total de 10 enfermeiros ( 6 UCSP e 4 UCC) e 13 grávidas que frequentam a consulta de vigilância na UCSP ou a preparação para o nascimento e parentalidade na UCC de 30 de outubro a 21 de dezembro de 2017
<b>Ano</b>	2017
<b>Conclusão do estudo</b>	Após auscultar a população que constitui a amostra, percebeu o que cada um via como pertinente realizar durante a visita. Assim com o conhecimento adquirido no decorrer do trabalho de projeto, criou um instrumento de registo para utilizar no decorrer da visita domiciliária. Tendo assim atingido o seu objetivo.
<b>Estudo 3</b>	
<b>Dissertação/Tese Artigo Científico</b>	Dissertação/Tese Mestrado Faculdade de S.Paulo
<b>Pais origem</b>	Brasil
<b>Título</b>	Construção e validação de um instrumento para a visita domiciliária ao recém-nascido na primeira semana de saúde integral.
<b>Autor</b>	Tarciane Albuquerque
<b>Objetivo</b>	Construir e validar um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido na primeira semana de saúde integral na atenção primária de saúde.
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo Experimental tipo metodológico – Revisão Sistemática de literatura.
<b>População</b>	524 indicadores empíricos
<b>Ano</b>	2016
<b>Conclusão do estudo</b>	Realização da revisão Sistemática de literatura que culminou com a criação de um instrumento de registo pra a visita domiciliária.
<b>Estudo 4</b>	
<b>Dissertação/Tese Artigo Científico</b>	Dissertação/ Tese Mestrado Universidade Católica Portuguesa
<b>Pais origem</b>	Portugal
<b>Título</b>	A arte da Enfermagem Comunitária na transição para a parentalidade
<b>Autor</b>	Vanda Zacarias
<b>Objetivo</b>	Implementar o projeto de Intervenção “Visita domiciliária à puérpera / recém-nascido/ família no ACES de Odivelas “
<b>Tipo de estudo</b>	Trabalho de Projeto
<b>População</b>	Grávidas e famílias com recém-nascidos na UCSP das Olaias
<b>Ano</b>	2011
<b>Conclusão do estudo</b>	Após uma revisão de literatura, bem como de auscultar as grávidas da Unidade das Olaias, resultou na construção de um instrumento de colheita de dados.
<b>Estudo 5</b>	
<b>Dissertação/Tese Artigo Científico</b>	Dissertação / Tese de Mestrado
<b>Pais origem</b>	Portugal
<b>Título</b>	Perceção do Enfermeiro de Família sobre a visita domiciliária à família no Pós-parto
<b>Autor</b>	Célia Leal
<b>Objetivo</b>	Conhecer a perceção do Enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no Pós-parto.
<b>Tipo de estudo</b>	Estudo Quantitativo transversal descritivo
<b>População</b>	Amostra não probabilística por conveniência constituída por 21 enfermeiros que exercem funções na USF, que realizem visita domiciliária à família no Pós-parto

<b>Ano</b>	2019
<b>Conclusão do estudo</b>	Após uma revisão de literatura, bem como de auscultar os Enfermeiros da Unidade da USF, resultou na construção de um instrumento de colheita de dados.

A OE (2019) reforça que a prática clínica é suportada pela evidência científica, assim o enfermeiro especialista ao identificar algumas lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, cabe ao mesmo investigar e colaborar em estudos de investigação, interpretar, organizar e divulgar resultados proveniente da evidência e que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem. No final da revisão de literatura, pretende contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. Assim, partindo da questão - Quais são os protocolos existentes para a realização da visita domiciliária do Enfermeiro de família ao RN e família em Cuidados de Saúde Primários? Foram encontrados cinco estudos que abordam a visita domiciliária ao RN e família e respetivo protocolo. Partindo dos cinco estudos analisados, e com base nos respetivos trabalhos escritos estes partilham algumas realidades em vários países e os protocolos existentes no nosso país e no Brasil.

A intervenção no domicílio ao recém-nascido e família pode evitar entre trinta e sessenta por cento das mortes nessa faixa etária, por isso a Organização Mundial de Saúde e a UNICEF recomendam a visita domiciliária na primeira semana de vida a fim de garantir a sua sobrevivência. Este aspeto é corroborado pelo estudo realizado na Índia em que se pode concluir que as ações sistematizadas para a intervenção no domicílio, após o nascimento do recém-nascido reduz a mortalidade em 62% (Albuquerque, 2016).

Segundo Morrison et al (2014), sobre intervenções, programas e serviços universais de apoio à vigilância da saúde materna e infantil realizados na Europa, foi evidenciado que as intervenções com melhores resultados combinaram consultas de vigilância de saúde, programas educacionais para pais e crianças com começo no início da gravidez. Este contacto inclui visitas domiciliárias realizadas por profissionais de saúde especializados em que é facultado o contacto telefónico caso seja necessário, sendo também providenciado recursos materiais para capacitá-los como agentes ativos da intervenção.

Nos Estados Unidos da América, o modelo Nurse Family Partnership (NFP) é um programa que envolve visitas domiciliárias pré e pós-natal até aos dois anos de vida. Estas visitas são realizadas por enfermeiros, que intervém junto de famílias em risco, jovens e desfavorecidas, têm como objetivo prevenir maus-tratos, abuso infantil e promover o desenvolvimento saudável

das crianças. Este programa tem vindo a ser desenvolvido durante três décadas em Nova York em 1977, em Memphis, Tennessee em 1990 e no Colorado em 1994. Estes três ensaios foram direcionados a mães com dificuldades socioeconómicas. Os resultados destes ensaios demonstram que houve um aumento do emprego materno em 82%, um aumento da presença do pai no lar em 68% das situações, uma redução de lesões na criança em 48%, uma redução do número de detenções de crianças em 59% e em 67% dos casos foi evidente a de redução de problemas comportamentais e intelectuais aos 6 anos de idade.

Em vários países a prática de realização de visita domiciliária é gratuita e a participação é voluntária. A Dinamarca implementou visitas domiciliárias em 1937, após a execução de um projeto piloto que demonstrou menor taxa de mortalidade infantil decorrente das visitas domiciliárias realizadas pelos profissionais de saúde.

A França facultava visitas domiciliárias em que é oferecido atendimento pré-natal universal e visitas domiciliárias de enfermeiras parteiras e enfermeiras que educam as famílias sobre tabagismo, nutrição, uso de drogas, habitação e outras questões relacionadas com a saúde.

Na Holanda, o Programa Voorzorg, após a realização de visitas domiciliárias a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 2 anos e também a grávidas jovens com baixa escolaridade, constatou-se evidências de melhoria do ambiente doméstico das famílias participantes levando também a uma redução significativa nas doenças psíquicas.

Na Nova Zelândia, a intervenção de enfermagem no domicílio é realizada a famílias com crianças com dois ou mais fatores de risco. Os ensaios controlados evidenciaram melhoria no acesso aos cuidados de saúde, mais investimento na educação infantil e uma parentalidade mais positiva. (Duffe et al, 2017)

No Reino Unido os cuidados de saúde prestados a todos os cidadãos, no pré e pós-parto até aos dois anos de vida, incluem cuidados no domicílio, realizados por enfermeiras especialistas de saúde pública na comunidade. (Robling, et al, 2015).

Em alguns estados do Brasil, as Visitas Domiciliares têm impacto positivo no acompanhamento da criança e elas começam logo que o recém-nascido vai para a casa.

Com a aproximação da equipa de saúde do contexto de vida das famílias, a visita domiciliária ao recém-nascido traz a oportunidade de avaliar situações de cuidado e direcionar o seguimento do cuidado à criança e sua família.

Na Tanzânia defendem a efetivação de pelo menos duas visitas domiciliárias nos primeiros dias de vida. No entanto, com base em vários estudos, estes preconizam uma visita no primeiro dia, uma no terceiro e outra no sétimo. Também no Bangladesh, Malawi e Nepal, foi implementado

um programa de cuidados maternos e neonatais no domicílio até ao 3º dia no pós-parto e mais duas até ao final da primeira semana. Segundo o relatório *Every child alive the urgent need to end newborn deaths* os países com mais constrangimentos para nascer encontram-se em África, onde se encontram as maiores taxas de mortalidade infantil, motivados pelas elevadas carências económicas e pelo facto de não disporem de profissionais qualificados suficientes. Os cuidados insuficientes à puérpera e recém-nascido evidenciam a necessidade de introduzir a visita ao recém-nascido e família para garantir a melhoria da saúde e a redução da mortalidade neonatal em populações vulneráveis. A Etiópia com um elevado índice de mortalidade neonatal e uma baixa eficiência dos programas de saúde vigentes neste país, identificou a necessidade de introduzir a visita domiciliária de profissionais de saúde, garantindo que o contacto entre os mesmos e as famílias ocorra o mais precoce possível, preferencialmente nas primeiras 48 h de vida, uma vez que é neste período que ocorrem mais de 50% das mortes neonatais. No Uganda estão preconizadas três visitas domiciliárias de profissionais de saúde na primeira semana de vida. No Gana preconiza-se a primeira visita domiciliária do profissional de saúde até ao segundo dia de vida. Segundo o *Programa Maternal Early Childhood Sustained home visiting* implementado na Austrália prevê a realização de três visitas domiciliárias no período pré-natal e as visitas seguintes devem ocorrer após o nascimento, uma por semana até às seis semanas, e duas visitas por mês até às doze semanas, uma visita por mês até aos seis meses e uma visita de dois em dois meses até aos dois anos.

A implementação da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido e família é considerada unanimemente fundamental em qual quer parte do planeta, quer porque assegura uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio, quer para assegurar toda a promoção de saúde nas primeiras horas de vida quando o parto ocorre em casa. É uma estratégia preventiva que promove a saúde do recém-nascido e família e fomenta a relação entre a família e o profissional de saúde. (Carvalho & Tavares, 2010). No entanto não se reúne consenso da literatura quanto ao momento ideal para a realização da visita domiciliária. Ressalvam apenas a necessidade desta visita ocorrer o mais precocemente possível e por um profissional de saúde qualificado. (Anniely et al, 2018).

No nosso país a estratégia de visita domiciliária para proteção da maternidade e paternidade também é evidenciada no Decreto-Lei n.º 70/2000 (DL, 2000), onde se pode ler que devemos promover e incrementar a visita domiciliária à grávida ou puérpera assim como ao filho até aos 90 dias de idade com a finalidade de desenvolver a promoção para a saúde.

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil, é recomendada a visita domiciliária ao RN e família, sendo de extrema importância desenvolver meios que possibilitem a visita domiciliária, elemento indispensável na vigilância e promoção da saúde, preferencialmente nos dias que seguem a alta hospitalar e sempre que se identificarem situações de doença e em situações identificadas de risco (DGS, 2013).

A reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com grande enfoque nos cuidados de Saúde Primários, veio criar equipas específicas para a intervenção junto das famílias e ao longo do seu ciclo de vida. Estas equipas encontram-se nas Unidades de Saúde Familiares e nas Unidades Cuidados Saúde Personalizados. Para ambas as unidades, foram definidos indicadores que permitem avaliar ganhos em saúde. Um dos indicadores definidos foi o número de visitas domiciliárias a recém-nascidos e puérperas até aos quinze dias de vida, bem como é salientado a precocidade da visita domiciliária como fator de Qualidade. (DL,2007)

De acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde primários, o indicador que dá visibilidade à visita domiciliária ao RN é Proporção de RN com domicílio de enfermagem até ao 15º dia de vida. Este prevê que o ideal seria que fosse realizada visita domiciliária a todos os RN até ao 15º dia de vida. No entanto esta monitorização é pontuada de acordo alguns intervalos, ou seja:

- as Unidades que não realizam VD ao RN ou que realizam apenas a menos de 10% dos RN não pontuam nada na avaliação global dos indicadores.
- as Unidades que com a VD ao RN abrangem um universo de 10 a 50% dos RN, pontua 1 ponto.
- as Unidades que realizam a VD ao RN a mais de 50 % dos RN pontuam 2 pontos.

O ACES Médio Tejo é constituído por dez UCSP e onze USF. Das dez UCSP, apenas uma pontuou um ponto, ou seja, realizaram entre 10 e 50% das VD ao RN nos primeiros quinze dias de vida, as restantes na sua maioria não realizam este tipo de atividade.

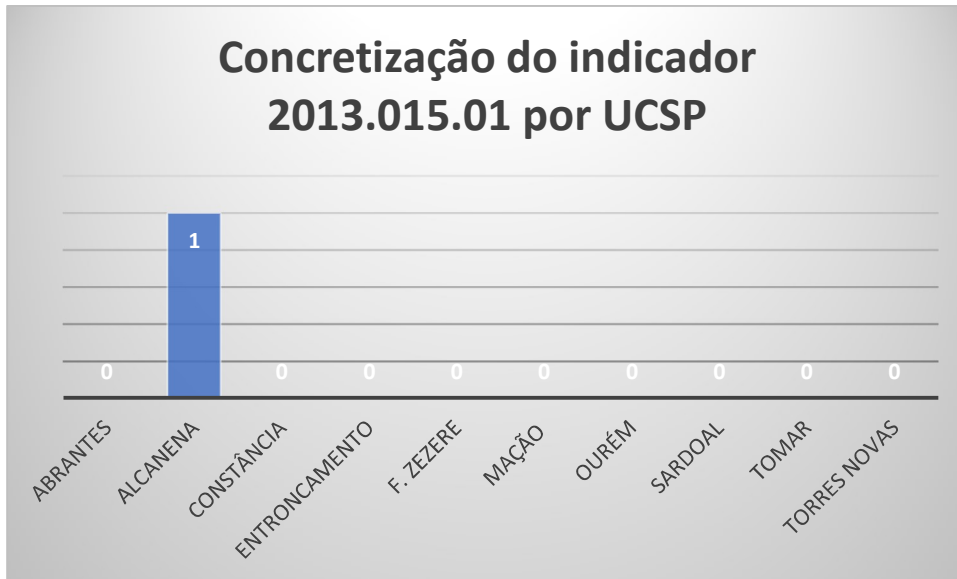


Gráfico 7 – Concretização do Indicador Proporção de RN com VD de enfermagem até aos 15 dias de vida nas UCSP do ACES Médio Tejo.

Da Onze USF três realizam VD ao RN nos primeiros quinze dias de vida a uma proporção de 10 a 50 % dos RN e outras três realizam VD a mais de 50% dos RN.

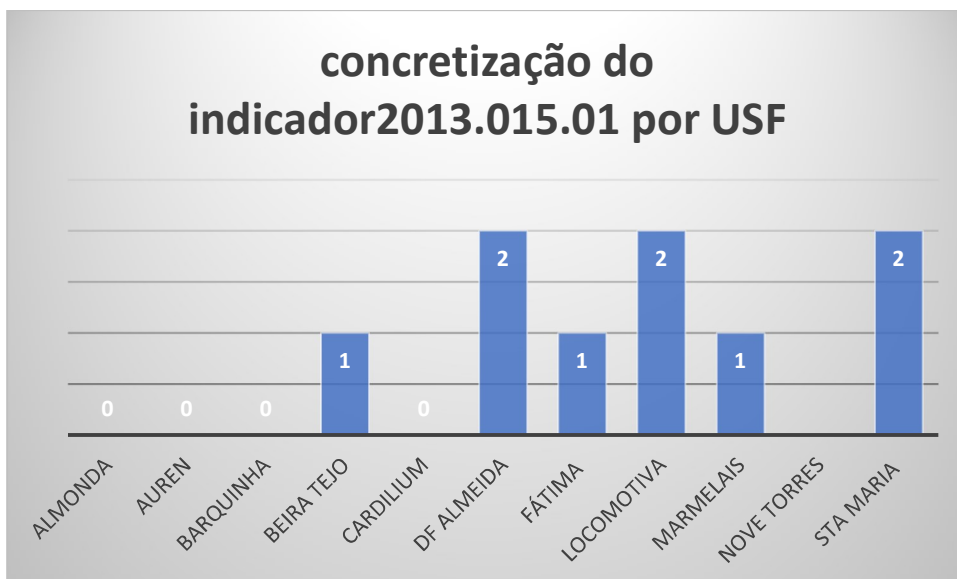


Gráfico 8 – Concretização do indicador Proporção de RN com Vd de Enfermagem até aos 15 dias de vida nas USF do ACES Médio Tejo.

Ao analisarmos estes valores, concluímos que num universo de vinte e uma Unidade apenas quatro garantem VD ao RN a entre 10 e 50% dos RN até ao 15º dia de vida e três oferecem este cuidado a mais de 50% dos RN.

Sendo a VD um instrumento fundamental para conhecer o meio em que vive a família e como este influencia a saúde de quantos nele habitam (Marinheiro, 2002), e tendo já sido referido anteriormente as posições da OMS, da UNICEF, do Ministério da Saúde e da Ordem dos

enfermeiros relativamente á pertinência da realização da VD ao RN e família nos primeiros 15 dias de vida, propôs-se a realizar a revisão sistemática de literatura com a finalidade de encontrar protocolos já existentes para a realização de VD ao RN e família.

Os protocolos são as rotinas dos cuidados em ações que partem de conhecimentos científicos e servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores de serviços de saúde, que servem como recomendações desenvolvidas de forma organizada para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, baseados em informações científicas (Werneck, 2009). O objetivo de identificar os protocolos existentes visa criar um protocolo que promova a uniformização das atividades a serem implementadas pelos profissionais de saúde, que visa nortear a primeira visita domiciliar ao RN, contribuindo com a qualidade das ações desenvolvidas.

Souza, em 2011 considera de extrema importância a utilização de um protocolo na realização da visita domiciliária ao RN e família. Assim como nos diz Rosso (2014), a realização de um protocolo tem como principal objetivo contribuir de forma ética, crítica e responsável, para a transformação das práticas e conseqüentemente para a ampliação e autonomia dos cuidados de enfermagem. Na realidade em que me encontro, a existência de um protocolo contribuiria para que todos os profissionais atuassem em conformidade com o que é espectável de acordo com um padrão e que o registo do trabalho efetuado de faça uniformemente. Assim, após a tomada de conhecimento do nascimento da criança, que pode ser por contacto telefónico, presencial através de um elemento da família, por referenciação interna ou por notificação de nascimento, é fundamental proceder ao planeamento da visita domiciliária para que sua realização vá ao encontro dos objetivos que servem esta visita, da parte de quem a realiza bem como da parte que dela usufrui. A programação da visita deve ter em conta as reais necessidades das famílias e a sua capacidade de dar resposta às necessidades e dificuldades encontradas. Planear uma visita domiciliária passa por diversas etapas, sendo o primeiro, a solicitação da visita nos primeiros dias, fruto da disponibilidade oferecida no decorrer das consultas de saúde materna, em que é cedida a informação sobre a existência deste cuidado. De seguida, deve ser consultada a informação constante no processo clínico para se identificar possíveis focos de intervenção. Depois de se ter conhecimento do nascimento da criança, consultado o processo clínico, passa-se à fase de agendamento da visita tendo sempre em conta a disponibilidade e a preferência da família pelo momento em que a visita possa ocorrer (Souza, 2011). No dia da visita, esta deve ser iniciada com a apresentação do enfermeiro, caso não se conheçam, e devem ser esclarecidos os objetivos da visita de forma a dar resposta às necessidades mais sentidas pelo RN e família.

Após a identificação das necessidades sentidas pela família, são estabelecidas estratégias e atividades a desenvolver sempre num plano de parceria em que a família é um elemento ativo na construção do plano de cuidados. Após a realização da visita, deve ser feito o registo detalhado dos dados colhidos bem como das atividades desenvolvidas.

Segundo Potter e Perry (2006), no processo de enfermagem à família podem-se distinguir cinco fases: a apreciação inicial, o diagnóstico de Enfermagem, o planeamento, a implementação e a avaliação. Na apreciação inicial é fundamental que o enfermeiro avalie a família relativamente ao tipo, estrutura, função, fase do ciclo de vida em que se encontra, o desenvolvimento em que se encontra no que diz respeito à execução das tarefas que lhe são inerentes. É importante nesta fase conhecer recursos económicos bem como rede social da família. Os dados colhidos devem ser sistemáticos e devem ser resultado da utilização de instrumentos de avaliação familiar. Quando o enfermeiro identifica problemas prováveis ou potenciais, é exatamente nessa área que deve incidir o foco da atenção de enfermagem. Por outro lado, os pontos fortes da família devem ser identificados de forma a capacitar a mesma das ferramentas necessárias para ultrapassar algumas situações de crise. Após a conclusão da recolha de dados, estes necessitam ser resumidos e agrupados de forma a identificar futuras áreas de intervenção. Para que o contato com a família seja um êxito é imperioso o estabelecimento de uma relação de confiança na qual exista empatia, respeito mútuo em que seja estabelecida uma comunicação aberta e honesta. Promovendo esta relação de confiança com a família, o enfermeiro cultiva uma aproximação para que a família esteja recetiva a intervenções futuras do enfermeiro junto da família (Friedman, 2003).

O enfermeiro, respeitando a família tal como ela é, aceitando-a, reconhecendo as suas forças, habilidades, direitos e convicções, contribui para que a família expresse com maior facilidade as suas preocupações.

Assim conhecendo a pertinência da realização da visita domiciliária de Enfermagem ao RN e família, reconhecendo os contributos da recolha de dados para o processo de enfermagem e identificando o protocolo como uma ferramenta indispensável para a realização da visita domiciliária, analisou os 5 trabalhos que abordaram na revisão sistemática de literatura anteriormente enumerados. Quatro deles resultaram na elaboração de um protocolo. O restante não resultou um protocolo, mas trouxe contributos para a possível elaboração de um protocolo. Este trabalho abordou o tema Contributo da visita domiciliária do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, para os cuidados maternos prestados ao recém-nascido, nos seus primeiros 28 dias de vida, assim foram abordados os cuidados maternos como

, adaptação à parentalidade, principais preocupações e cuidados maternos, cuidados ao RN e principais focos de intervenção como higiene e conforto, segurança, alimentação/amamentação e logística e visita domiciliária ao RN e puérpera contributos e vantagens, aspetos a melhorar e aspetos a integrar.

Em todos os trabalhos analisados, foi identificada a instituição de saúde a que pertence e o título do documento. Todos focam a identificação. No caso dos trabalhos portugueses estes começam pela identificação da puérpera, nome, data de nascimento, idade, estado civil, profissão, escolaridade, morada, contactos telefónicos, endereço de email, antecedentes pessoais, monitorização de consumo de álcool, tabaco e drogas. No caso do estudo de Albuquerque (2016) começou pela identificação do RN.

Após a identificação da mãe/ puérpera, os trabalhos recolheram dados relativos ao pai do RN, nome, data de nascimento, idade, telefone, estado civil, escolaridade, profissão, antecedentes pessoais, monitorização de consumo de álcool, tabaco e drogas.

Depois da identificação dos pais, é feita a identificação do recém-nascido (em dois dos trabalhos), sendo que no trabalho de Zacarias (2011) a identificação do RN vem após a avaliação familiar. Na avaliação do recém-nascido, Leal (2019) e Branca (2018) sugeriram no seu protocolo, a identificação do nome, data de nascimento, idade, número utente, equipa família.

No protocolo realizado por Albuquerque (2016) não é feita referência ao agregado familiar nem são utilizados instrumentos de avaliação familiar. Nos trabalhos realizados por Zacarias (2011) e Leal (2019) na caracterização do agregado familiar é abordado o genograma, o ecomapa, caracterização da habitação, situação socioeconómica e apoio familiar.

O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary, faz uma avaliação multidimensional da família. Assim, a primeira parte desta avaliação foca a avaliação estrutural, onde vê abordados a composição do agregado familiar, género, orientação sexual, família extensa e instituições ou pessoas significativas através do genograma e do ecomapa, a etnia, religião, classe social através da escala de Grafar (Leahey, 2012).

De acordo com o modelo de intervenção de Calgary, a avaliação estrutural interna, da família deve incluir os pontos anteriormente referidos, pelo que a utilização de instrumentos de avaliação familiar como ecomapa, genograma e escala de garffar são imprescindíveis. No instrumento de suporte informático SCLinic, não está previsto campo de preenchimento para genograma e ecomapa, apenas está disponível a escala de grafar, a tipologia da família e características da habitação.

No que concerne à estrutura de desenvolvimento do Modelo de Calgary, o SCLINIC prevê a avaliação através do Ciclo Vital. Assim podemos concluir que apenas Leal (2019) e Zacarias (2011) evidenciaram a utilização do genograma e ecomapa, sendo que Branca não faz referência a nenhum instrumento de avaliação familiar.

Relativamente à avaliação funcional do modelo de calgary, prevê uma avaliação instrumental em que analisa as atividades de vida e uma avaliação expressiva em que aborda o tipo de comunicação, papéis, crenças soluções de problemas entre outros. Assim a avaliação do RN e da Puérpera em todos os protocolos dão resposta á avaliação Funcional instrumental do modelo de Calgary, na avaliação funcional expressiva em nenhum dos protocolos se observa a utilização do índice de Apgar, bem como da Escala de readaptação Social de Homes & Rahes, que seriam importantes para completar a avaliação familiar.

A Ordem dos Enfermeiros (2015), por forma a conceber uma linha orientadora para a abordagem na comunidade à puérpera por parte dos enfermeiros, lançou diretrizes que permitem identificar pontos chaves para a abordagem a este grupo específico. Assim, no que se refere à prestação de cuidados à puérpera na comunidade, são consideradas como importantes as seguintes medidas: avaliar o estado de saúde da mulher e o processo de recuperação de parto, incluindo o exame mamário e perineal (se apropriado); avaliar a cicatrização do períneo ou abdómen e retirar material de sutura caso exista; Programar e agendar consulta de revisão do parto (com exame mamário, perineal e citologia); aconselhamento contraceutivo e ou início da contraceção; despiste de problemas de eventuais problemas físicos ou mentais e encaminhamento para outros profissionais, se necessário.

Sendo o protocolo produzido por Branca (2018) no âmbito de um Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica, não faz qualquer referência à colheita de dados referentes à puérpera. Já Leal (2019) e Zacarias (2011) abordam todos os itens sugeridos pela OE além de uma colheita de dados referente á história obstétrica e Parto. Estes protocolos destacam a avaliação física em que englobam as características da pele e mucosas, avaliação das mamas e monitorização da amamentação, lóquios, Avaliação do processo cicatricial da sutura do períneo ou abdominal, avaliação do estado psicológico, Programação da consulta de revisão do puerpério, aconselhamento de contraceção e encaminhamento para outros profissionais se necessário. Albuquerque (2016), além dos itens enumerados, também abordou sinais de alerta e possíveis complicações.

Na prestação de cuidados ao recém-nascido na comunidade são consideradas importantes as seguintes medidas: avaliar e registar o peso e medições antropométricas (peso, perímetro cefálico e estatura); realização do teste diagnóstico precoce; cumprir o programa nacional de vacinação; consulta de saúde infantil; despiste de problemas com a amamentação e/ou outras complicações (Ex: icterícia e desinfeção do coto umbilical); fazer encaminhamento para outro profissional, se necessário. Nos quatro protocolos analisados, todos destacam as características do RN no período neonatal bem como todos os itens presentes nas orientações emanadas pela OE, como monitorização dos dados antropométricos, observação do cordão umbilical, padrão sono, reflexos presentes, cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, realização do diagnóstico precoce entre o 3º e 6º dia, avaliar amamentação, planeamento da consulta de Saúde Infantil.

Branca (2018) e Zacarias (2011) ambas no final do protocolo, preveem um espaço que aborda os vários temas a serem desenvolvidos no âmbito da promoção da saúde, tais como: em relação ao RN, alimentação, banho, conforto e massagem, cólicas, sono/repouso, prevenção de acidentes, vacinação, consultas, parentalidade, cuidados com a pele, problemas de saúde mais frequentes bem como avalia a presença de vinculação entre os pais e o RN.

A visita domiciliar no pós-parto dá possibilidade de conhecer, compreender e in loco perceber as dinâmicas e relações familiares, permitido planear a assistência à família tendo em conta os recursos que esta dispõe. O objetivo principal deste método de trabalho é capacitar o indivíduo/família, no seu domicílio, promovendo a assistência ou orientações de saúde de que necessitam.

Segundo a OE (2011), o enfermeiro especialista priva de um conjunto de competências, das quais se destaca a investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem.

A realização da RSL, permitiu consolidar saberes e incorporar novos conhecimentos, no âmbito da investigação em enfermagem, promovendo a melhoria das práticas clínicas e ganhos em saúde no contexto das diferentes famílias.

Terminada a análise dos protocolos existentes e antes de iniciar a construção de uma proposta de instrumento a ser utilizado durante a visita domiciliária ao RN e família, sentiu necessidade de auscultar os colegas peritos com mais de 20 anos em cuidados de Saúde primários, da Unidade da UCSP de Abrantes, UCC de Abrantes e USF Beira Tejo.

## 2.4 - APLICAÇÃO DE INQUÉRITO SOBRE A VISITA DOMICILIÁRIA AO RN E FAMÍLIA.

A Investigação em Enfermagem surge no decurso da segunda metade do século XIX, com base nas ideias e práticas veiculadas por Florence Nightingale. Desde 1950, até aos dias de hoje, têm sido os anos em que a investigação em Enfermagem se tem demarcado (Fortin,2009).

A evidência científica é necessária, pois a síntese da evidencia torna-se fundamental para a translação de conhecimento, esta síntese das evidencias produzem resultados que podem ser facultados aos utilizadores finais desta evidencia, preenchendo assim lacunas entre a produção de conhecimento através da pesquisa e a tomada de decisão na própria pratica. (JBI ,2014)

Após a realização da Revisão Sistemática de Literatura e no sentido de recolher contributos para a construção de uma proposta de protocolo a ser utilizado nas visitas domiciliárias ao RN e família, objetivou a realização de uma consulta através de inquéritos a colegas peritos. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório recorrendo à metodologia descritiva, uma vez que pretende conhecer a opinião dos colegas relativamente às atividades que devem ser incluídas no protocolo de intervenção do enfermeiro de família na visita domiciliária ao RN e família. Trata-se de um estudo descritivo, uma vez que este tipo de estudo é utilizado para promover o desenvolvimento do conhecimento. Descreve, interpreta e aprecia o fenómeno em estudo, sem procurar controlá-lo. Neste estudo, os participantes tiveram ou têm a experiência de um fenómeno em particular, possuindo a experiência e o saber pertinente (Fortin, 2009).

Assim, para a realização deste estudo, foi construído um inquérito/ questionário que visa a recolha de opinião da amostra a que se destina o estudo. O inquérito designa toda a atividade de investigação no decurso da qual são colhidos dados junto de uma determinada população ou amostra desta. (Fortin, 2009). O Inquérito serve para colher informação junto de uma determinada população ou amostra desta, que partilhem algumas características comuns. Como neste estudo, a amostra são enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários ele tem como objetivo determinar e examinar atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos desta mesma população ou sua amostra a que se destina o estudo. Assim, neste caso concreto, o inquérito tem como finalidade mapear o conhecimento dos enfermeiros, sobre intervenções protocoladas na visita domiciliária ao RN e família. Para atingir este objetivo pretende:

- Listar as intervenções do Enfermeiro de família na visita domiciliária ao recém-nascido e família em contexto de cuidados de saúde primários.

- Avaliar a transferibilidade das intervenções listadas para a forma de protocolo de intervenção do enfermeiro de família na visita domiciliária ao RN e família em contexto de CSP do ACES Médio Tejo.

Após a realização da RSL e após estudar os vários trabalhos, constatou que o foco de cada um se prendia muito com o tipo de especialidade de Enfermagem em que estava inserida: na Saúde Materna e Obstétrica, com atividades em que o foco é na sua maioria a Puérpera, na Especialidade Infantil e Juvenil em que as atividades são mais dirigidas ao RN.

No Brasil onde a realidade é muito diferente da Portuguesa, o foco está dirigido á redução da morte materna e neonatal do RN. Deste modo, a fim de recolher contributos, objetivou-se a consulta de peritos de forma a conhecer a opinião dos colegas relativamente às atividades que devem ser incluídas no protocolo de intervenção do Enfermeiro de Família na visita domiciliária ao RN e família. Assim, deu início a este estudo, pedindo autorização à comissão de ética da Administração de saúde de Lisboa e vale do Tejo (ARSLVT), para a implementação do estudo no terreno e assim auscultar a opinião dos colegas peritos. Este processo teve início em março, mas só foi acedida autorização no final do mês de agosto.

A população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, que neste caso, é ser enfermeiro e exercer funções em CSP. A amostra é um subconjunto da população, é uma replica em miniatura da população alvo. Neste caso, a amostra são todos os enfermeiros com especialidade em Saúde Materna, Saúde Infantil, Saúde Mental, Saúde Comunitária e Saúde Familiar, enfermeiros com mais de 20 anos de exercício profissional. São excluídos deste estudo todos os colegas com menos de 20 anos em CSP, sem especialidade. Esta amostra é uma amostra não probabilística, por seleção racional, pois tem como base o julgamento do investigador para construir uma amostra de sujeitos em função de uma característica, como é o caso de ter especialidade nas áreas já descritas ou ter mais de 20 anos em CSP e exercer funções na UCSP Abrantes, UCC Abrantes e USF Beira Tejo. A amostra deste estudo é representada por 13 enfermeiros que cumpriram os critérios de inclusão anteriormente definidos.

O instrumento de colheita de dados, como nos diz Fortin (2009), deve ser adequado de forma a promover a correspondência entre a realidade e a teoria. Neste estudo, o instrumento escolhido foi um questionário (Apêndice I). Este método permite a colheita de dados através de respostas por parte dos elementos que constituem a amostra, tornando-se um instrumento de medida que

pretende responder aos objetivos a que o estudo se propõe, ajudando a organizar, normalizar e controlar os dados recolhidos, de forma rigorosa (Fortin, 2009). O questionário, constituído por uma parte em que é realizada a caracterização da amostra, por uma segunda parte onde é colhida a opinião relativa ao melhor momento para realizar a visita domiciliária, uma terceira parte onde são abordadas as intervenções de enfermagem a serem implementadas na visita domiciliária à puérpera, uma quarta parte onde são abordadas as intervenções de enfermagem a implementar na visita domiciliária ao RN e por fim uma parte onde é indagada a pertinência da avaliação familiar relativamente à estrutura, desenvolvimento e funcionalidade, com os respetivos instrumentos de avaliação familiar.

Após a construção do inquérito este foi facultado a duas colegas no sentido de detetar algumas questões que poderiam suscitar dúvidas. Após este procedimento, foi corrigida uma das questões, tornando-a mais clara.

Num trabalho de investigação, devem ser cumpridos alguns direitos fundamentais das pessoas, determinados pelo código de ética, como o direito ao conhecimento esclarecido, como o direito à autodeterminação, ou seja, a pessoa deve decidir livremente sobre a sua participação no estudo, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e confidencialidade em que a identidade do sujeito não deve ser associada a respostas individuais e devem ficar no anonimato. A proteção contra o desconforto e prejuízo e o direito a tratamento justo e leal. Assim, neste estudo não se prevêem danos físicos emocionais ou colaterais, pretendeu-se respeitar os princípios básicos e fundamentais no que concerne ao ser humano.

A informação deve garantir que a identidade do participante não seja revelada, como é recomendado por Fortin (2009). Assim, de forma a garantir o pleno acesso à informação junto do questionário, foi enviado o enquadramento do estudo (apêndice II) e de forma a garantir o direito à autodeterminação, em que o enfermeiro manifesta a sua pretensão de participar no estudo, foi enviado o consentimento informado (apêndice III). O questionário foi enviado por email aos três responsáveis das três unidades, com o enquadramento e o consentimento informado, sendo posteriormente distribuído por estes aos restantes elementos. A colheita de dados decorreu entre 1 e 15 de setembro de 2022. Inicialmente, esta colheita estava planeada para maio/junho de 2022, mas devido ao tempo em que era aguardada autorização da comissão de ética da ARSLVT, que só ocorreu no final do mês de agosto, só foi possível aplicar os questionários em setembro.

Cada enfermeiro devolveu o questionário em papel, tal como o consentimento informado devidamente assinado em envelope fechado, através do correio interno, garantindo assim a confidencialidade e o anonimato. Estes questionários foram trabalhados pela investigadora garantindo a confidencialidade e o anonimato e que serão usados exclusivamente no âmbito do presente estudo. Tanto os questionários como os consentimentos informados serão guardados pela investigadora durante 5 anos.

O questionário foi, como já foi dado nota anteriormente, aplicado a 13 enfermeiros da UCSP de Abrantes, UCC de Abrantes e USF Beira Tejo. A primeira questão do questionário objetivava conhecer há quantos anos o enfermeiro exercia funções em cuidados de saúde primários. Consultando o gráfico que se segue, podemos constatar que 58% da amostra tem mais de 20 anos de exercício em CSP. Os enfermeiros com menos de 20 anos em cuidados de saúde primários que participam no estudo, possuem especialidade numa das áreas anteriormente mencionadas.

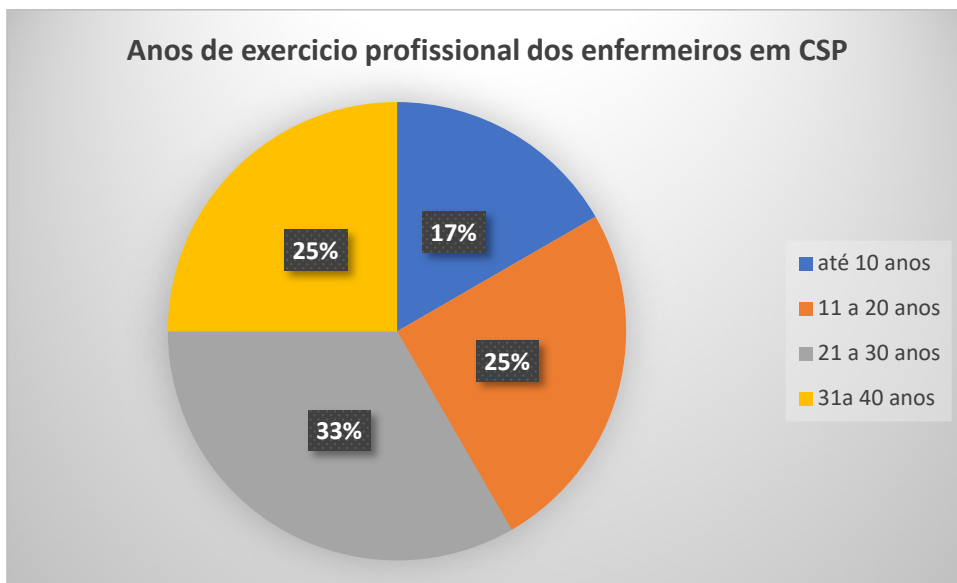


Gráfico 9 - Anos de exercício dos enfermeiros em cuidados de saúde primário

Na segunda questão do questionário é inquirido ao enfermeiro se tem especialidade em enfermagem, se sim é pedido para identificar qual a especialidade.

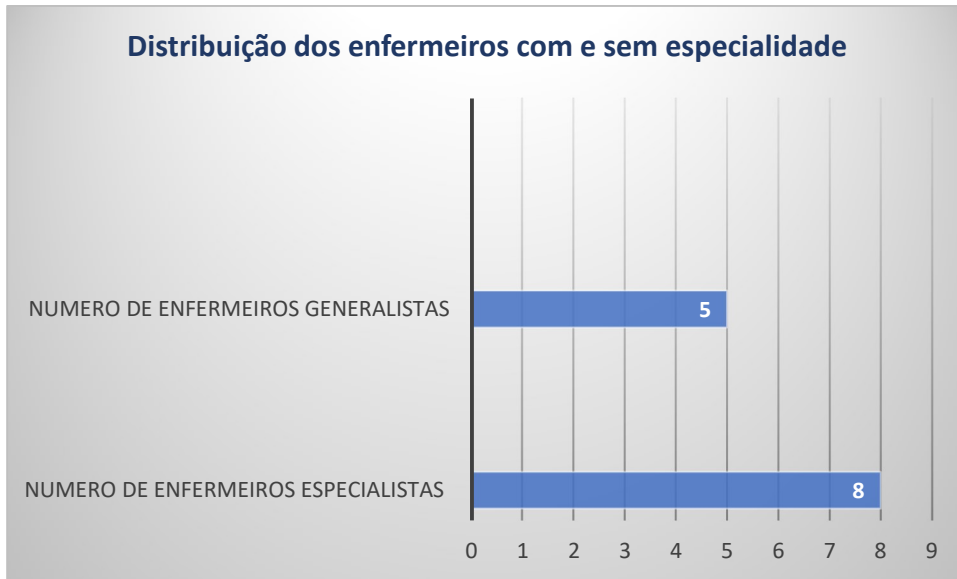


Gráfico 10 – Distribuição dos enfermeiros com e sem especialidade

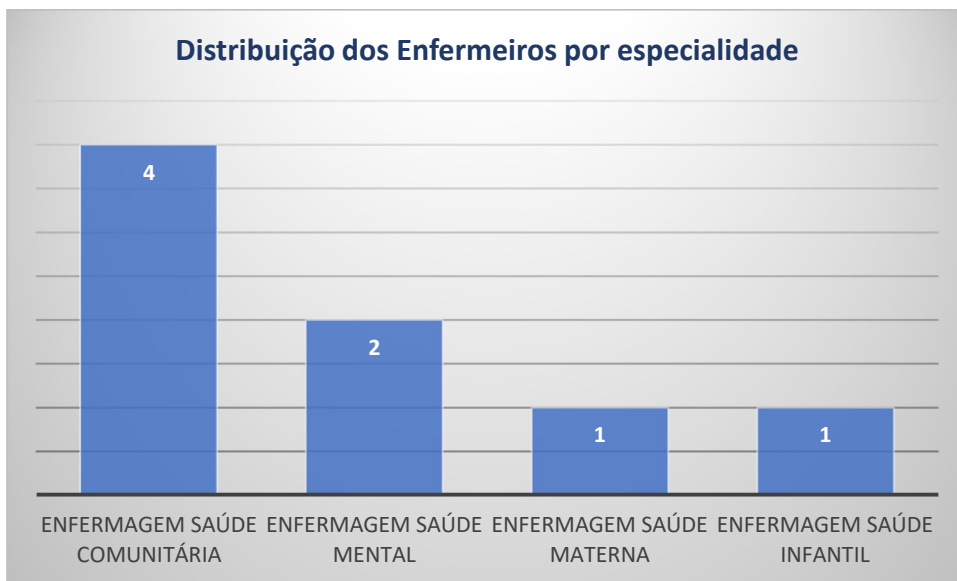


Gráfico 11 - Distribuição dos enfermeiros inquiridos por especialidade de Enfermagem.

Como podemos concluir ao analisar o gráfico, apenas oito tem especialidade, as restantes cinco não tem especialidade em enfermagem. Das especialidades mencionadas a mais frequente é a especialidade em Saúde Comunitária.

A terceira questão do questionário auscultou os colegas peritos sobre a sua opinião relativamente ao melhor momento para realizar a visita domiciliária. Com base em alguns estudos analisados e mencionados anteriormente, de outros países como Inglaterra, Holanda, Brasil, entre outros, em que era realizada a primeira visita à família ainda no terceiro trimestre

de gravidez. Assim sendo, a questão que se colocou foi: A visita domiciliária ao RN e família deve ser precedido de uma visita à grávida e família no terceiro trimestre de gravidez? Se sim em que situações?

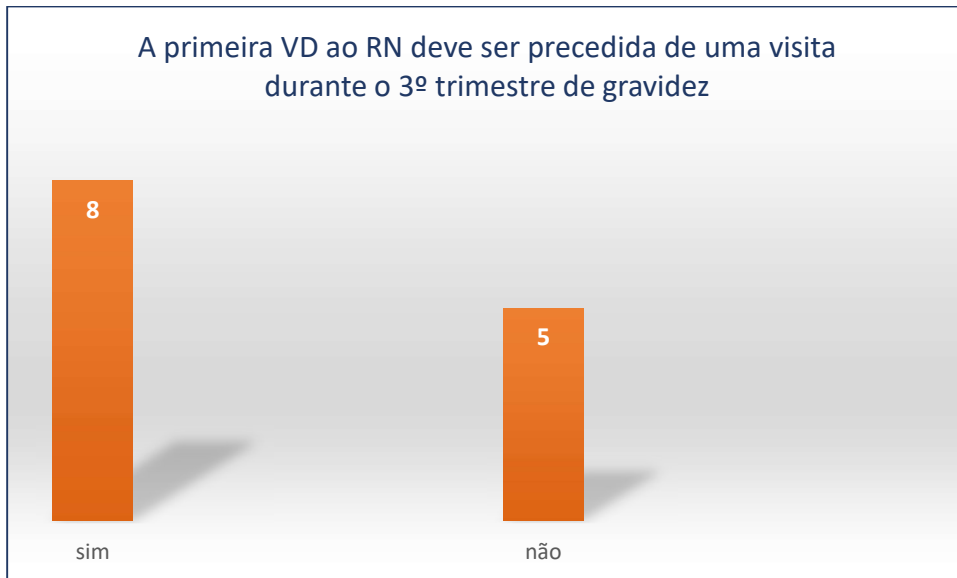


Gráfico 12 - Momento a realizar a visita domiciliária, durante o terceiro trimestre ou no nascimento do RN

Quadro 5 – Situações em que a VD ao RN deve ser precedida de uma VD no 3º trimestre de Gravidez

Situações em que a VD ao RN deve ser precedida de uma VD no 3º trimestre de gravidez
Sempre que possível em todas as situações
Numa 1ª gravidez ou gravidez de risco
Verificar funcionalidade da família condições habitacionais para receber o RN
Sempre que a família o solicitar ou se identifique necessidade de intervir
Em contexto de maior vulnerabilidade psicossocial ou de saúde
Promoção da saúde in loco garantindo o esclarecimento de dúvidas

Dos treze colegas que se pronunciaram no questionário, cinco consideram suficiente a visita domiciliária ocorrer após o nascimento da criança. No entanto, os restantes oito consideram que a visita domiciliária ao RN e família deve ser precedida de visita no terceiro trimestre de gravidez nas situações descritas na tabela número ...

Podemos assim concluir que, das oito colegas inquiridas, estas consideram que em situações de maior vulnerabilidade psicossocial ou de saúde, sempre que a família o solicite, ou em situações que seja uma mais valia avaliar a funcionalidade da família e condições habitacionais para receber o RN, deve ser realizada visita domiciliária à grávida e família, sempre que possível em todas as grávidas, mas preferencialmente em primíparas ou multíparas com gravidez de risco.

A UNICEF e a OMS recomendam que todos os RN devem receber cuidados neonatais apropriados nas primeiras horas e semanas de vida. Cada país deve criar as suas orientações, por forma a dar resposta à sua realidade, incluindo partos no domicílio e em instituições de saúde. A visita domiciliária deve ocorrer logo que possível, sendo recomendada uma visita domiciliária nas primeiras 24 horas de vida se o parto tiver ocorrido no domicílio. Se o parto ocorrer em meio hospitalar, esta visita domiciliária deve ocorrer até ao terceiro dia de vida. Esta prática deve ser realizada por profissionais de saúde capacitados, de forma identificar situações de risco e otimizar os cuidados de saúde (OMS, 2009). Em Portugal a Direção Geral da Saúde recomenda que se realize visita domiciliária a este grupo específico. No Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS ,2013) destaca a importância de desenvolver meios que proporcionem a visita domiciliária, nos dias seguintes à alta da maternidade, de forma a promover a vigilância e promoção da saúde. Também a OE (2015) emana as orientações para a abordagem na visita domiciliária ao RN e puérpera.

Quando questionados qual o melhor momento para realizar a visita domiciliária ao RN e família, 85% dos enfermeiros inquiridos referem que o melhor momento é até ao sexto dia de vida, enquanto 15 % refere que o melhor momento é até aos 15 dias de vida.

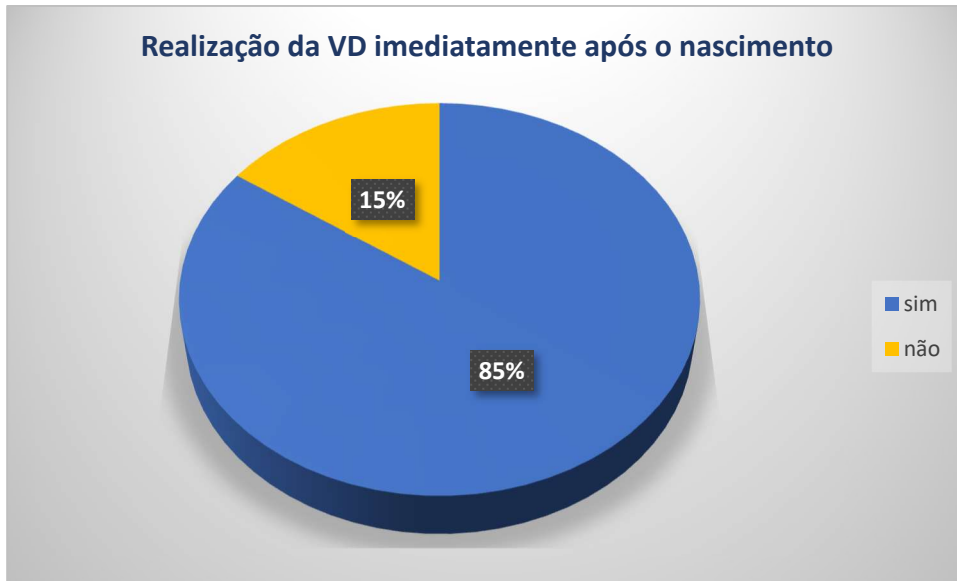


Gráfico 13 - Momento para realização da visita domiciliária ao RN e família

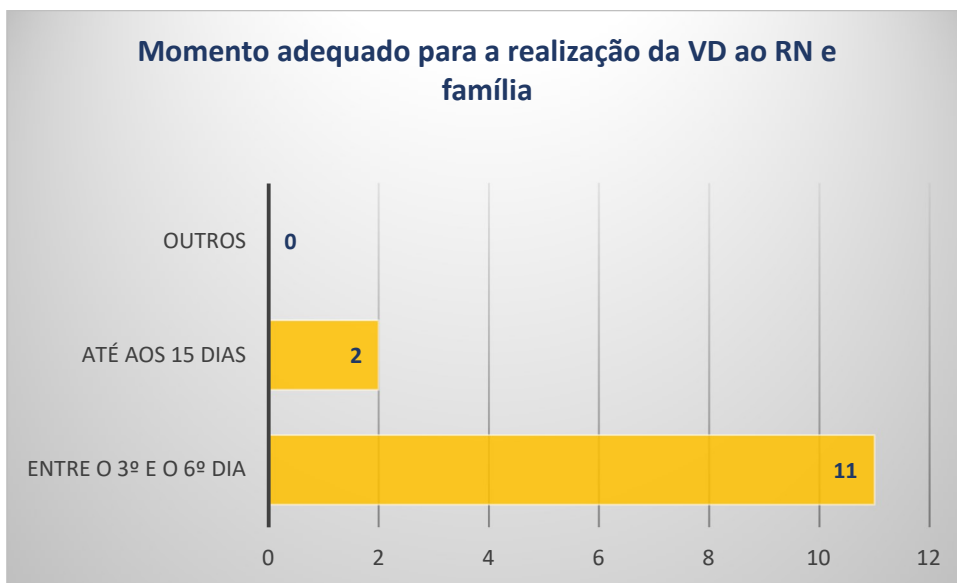


Gráfico 14 - Distribuição das opções para realização da visita domiciliária ao RN e família pelos enfermeiros

De acordo com o descrito pela OMS e pela UNICEF, estes reconhecem a visita domiciliária ao RN e família como uma estratégia que fornece elementos que direcionam a intervenção dos cuidados de saúde. Segundo estas entidades, a primeira visita deve ocorrer preferencialmente até ao 3º dia de vida, em caso de partos que decorreram em instituições hospitalares, mas em caso de impossibilidade, esta deve ocorrer até aos 15 dias de vida. Assim, constatamos que a opinião dos enfermeiros inquiridos vai ao encontro das orientações emanadas pela OMS e pela

UNICEF, uma vez que onze dos colegas refere que a visita deve ocorrer entre o terceiro e o sexto dia de vida e dois colegas preferem realizar esta visita aos 15 dias de vida.

Na sexta questão do questionário é abordada a opinião dos colegas sobre quais as intervenções de enfermagem que consideram pertinentes implementar na visita domiciliária à puérpera.

Rodrigues et al. (2010) considera a avaliação do estado de saúde, em particular nos dias que seguem a alta hospitalar, em todas as situações mas essencialmente nas de doença ou de risco identificado, como objetivo da visita domiciliária à puérpera, RN e família.

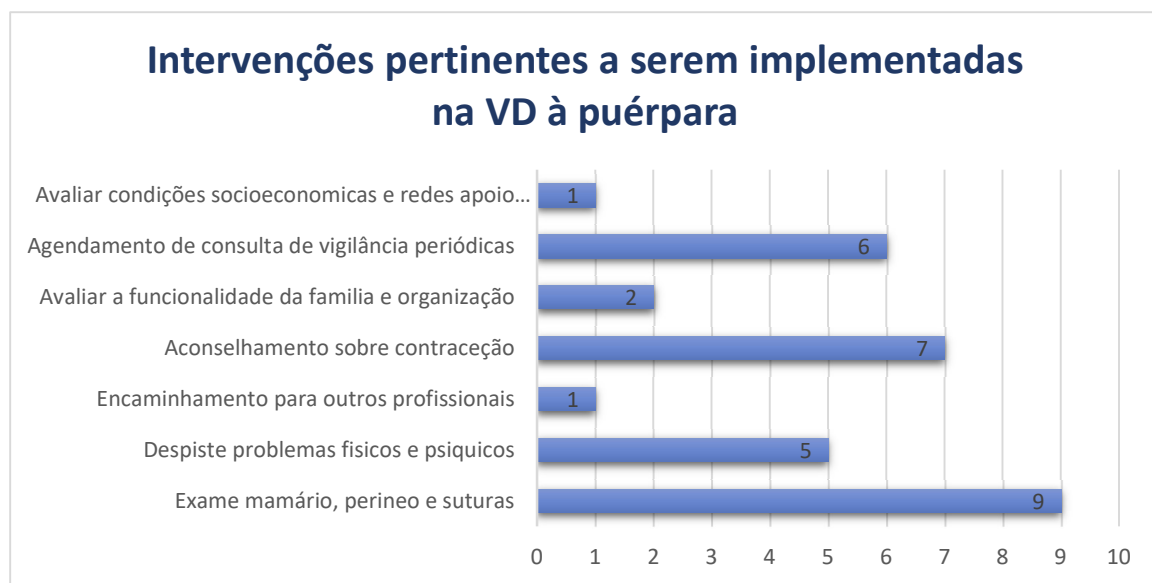


Gráfico 15 - Intervenções pertinentes a serem implementadas na visita domiciliária à puérpera

Assim, após analisar o gráfico anterior podemos concluir que a intervenção de enfermagem destacada pelos colegas foi o exame mamário, perineo e suturas, seguindo-se o aconselhamento da contraceção e agendamento de consulta de revisão de puerpério. O despiste de problemas físicos e psíquicos foi destacado por cinco colegas. Com menos relevância, na opinião dos colegas, surgem as intervenções relacionadas com a avaliação da funcionalidade da família, condições socioeconómicas e redes de apoio e encaminhamento para outros profissionais.

A OE lançou em 2015 diretrizes no sentido de identificar intervenções focadas na abordagem puérpera. Estas intervenções sugeridas pela OE estão em consonância com as descritas pelos colegas, ou seja, avaliar o estado de saúde da mulher e o processo de recuperação do parto, incluindo o exame mamário e perineal, avaliar cicatrização do perineo ou abdómen e remover material de sutura caso exista. Adicionalmente, programar consulta de revisão de puerpério,

aconselhamento contraceutivo e ou início da contraceção e despiste de eventuais problemas físicos ou mentais e encaminhamento par a outros profissionais de saúde se necessário. (OE, 2015).

A OE (2018) refere como competência do enfermeiro ESF, que este deve avaliar a capacidade da família para se manter unida, agilizar processos de mudança e apoiar todos os membros na interação com o meio ambiente. Refere ainda que o enfermeiro deve facilitar a resposta familiar em transições complexas, que o enfermeiro na realização da visita domiciliária explore estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identifique em conjunto com a família, novas estratégias para concretizar os seus objetivos. Sendo o nascimento de um novo ser na família um momento de transição, é essencial a intervenção de enfermagem de forma a identificar pontos fortes e pontos fracos na resposta familiar, bem como rede de apoio (OE, 2018). Assim, podemos constatar que a maioria dos enfermeiros inquiridos não valorizou a avaliação da funcionalidade familiar, aspeto da maior importância nesta etapa de vida.

Por forma a conhecer quais as intervenções de enfermagem priorizadas pelos enfermeiros que participaram neste estudo, no decorrer da visita domiciliária, foi indagado, relativamente ao RN, que prioridade atribuem às suas intervenções.

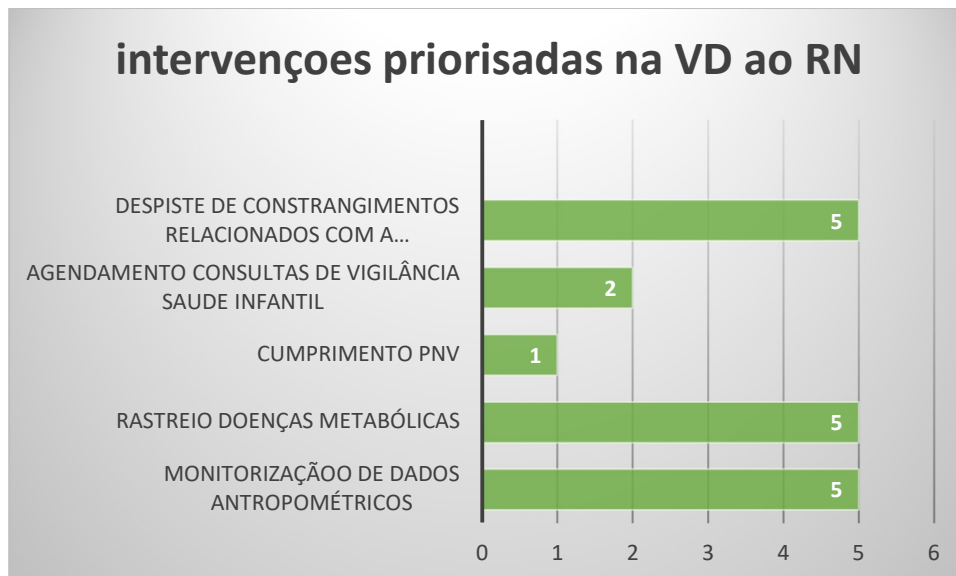


Gráfico 16 - Intervenções priorizadas na visita domiciliária ao RN.

A Ordem dos enfermeiros (2015), no sentido de criar uma linha orientadora para a abordagem na comunidade aos RN por parte dos enfermeiros, lançou diretrizes. Estas, tinham a finalidade de orientar as intervenções dos enfermeiros nos pontos chave, enfatizando intervenções como avaliar e registar o peso e medições antropométricas, realizar o rastreio de doenças metabólicas, assegurar o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, agendar a consulta de saúde infantil para a equipa de família, despistar possíveis problemas relacionados com a amamentação e outras complicações como dúvidas inerentes aos cuidados ao coto e possíveis evidências de icterícia.

Com base no gráfico anterior, constata-se que das várias intervenções, o despiste de constrangimentos relacionados com a amamentação, cuidados ao coto e sinais de icterícia e rastreio de doenças metabólicas e monitorização dos dados antropométricos, são as que mais vezes foram escolhidas como prioridade. De seguida, ficou o agendamento de consultas de vigilância e por último a intervenção menos priorizada, o cumprimento do Plano Nacional de vacinação. No entanto alguns colegas sugeriram outras intervenções como as que podemos observar na tabela que se segue.

Quadro 6 - Outras intervenções sugeridas pelos enfermeiros inquiridos

Outras intervenções sugeridas na visita domiciliária ao RN
Observação das condições físicas, familiares e sociais que envolvem o RN
Técnica da mamada
Reorganização familiar e redes de apoio
Sono e repouso
Posição do RN
Massagem do RN

As intervenções referidas anteriormente refletem as intervenções mais vezes enunciadas pelos profissionais, bem como aquelas que menos vezes foram mencionadas. Todas vão ao encontro das diretrizes da OMS e UNESCO bem como das orientações emanadas pela OE. A OMS (2015) reforça a necessidade de fortalecer os cuidados de saúde após o nascimento, através da visita domiciliária, aumentando desta forma a sobrevivência através de cuidados preventivos e curativos. Conclui-se assim que todos os cuidados mencionados contribuem para a melhoria do nível de cuidados.

O nascimento de uma criança é um momento em que a necessidade de cuidados de enfermagem é fundamental. Neste sentido, a OE (2011) no que diz respeito à VD ao RN e puérpera,

reconhece o Enfermeiro Especialista de Saúde Familiar como o profissional que assume a responsabilidade da prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo de famílias em todo o seu processo de vida, nos vários contextos da comunidade em todas as etapas do ciclo vital.

Em 2018 a OE emana as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar e entre elas podemos encontrar: cuidar a família, enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus elementos, ao longo do ciclo de vida e a todos os níveis de prevenção. Considerando a família como unidade de cuidados, a colheita de dados torna-se pertinente para conhecer o estado de saúde da família, é fundamental para identificar a estrutura familiar, para tal o EESF utiliza instrumentos de avaliação familiar.

Sendo reconhecida a importância de realizar a avaliação estrutural da família no decorrer da VD ao RN e família, os enfermeiros que participaram no estudo foram inquiridos sobre que instrumentos de avaliação familiar que consideram importantes aplicar.

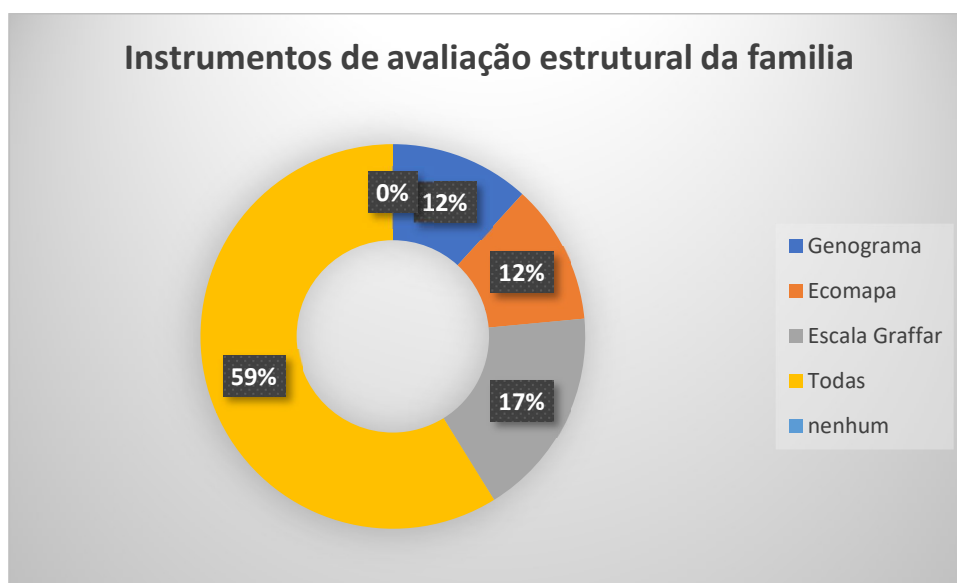


Figura 17 - A importância atribuída aos instrumentos de avaliação estrutural da família

Assim o Modelo Calgary de Avaliação na Família (MCAF) possibilita uma visão ampliada do sistema familiar, o que inclui suas relações internas e externas, fortalezas e fragilidades. A utilização deste modelo permite ao enfermeiro conhecer a família no seu contexto e identifica as suas necessidades, bem como alternativas de cuidado específicas na situação em que se encontra.

O MCAF é o modelo adotado pela Ordem dos Enfermeiros como modelo interventivo na área da saúde familiar. Este modelo, apoiado na teoria geral dos sistemas, teoria da mudança, teoria da cibernética entre outras, apresenta-nos uma estrutura de avaliação multidimensional em três categorias. A avaliação estrutural diz respeito à avaliação interna como a composição da família, os vínculos afetivos entre seus membros o exterior e o seu contexto. Esta avaliação é constituída por três aspetos: estrutura interna, estrutura externa e contexto. Para delinear tais aspetos são utilizados o genograma e o ecomapa; o primeiro é um diagrama representativo do grupo familiar, ou seja, é uma árvore familiar que representa a estrutura interna. O genograma tem como objetivo principal auxiliar na avaliação, planeamento e intervenção familiar permitindo ainda, observar de forma clara os membros que constituem a família, bem como permite identificar as principais doenças que tem afetado esta família, facilitando o planeamento das intervenções. O ecomapa é um complemento do genograma e consiste numa representação gráfica dos contatos dos membros da família com a comunidade, permitindo avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família.

A escala de Graffar, é uma classificação social internacional com o intuito de se constituir como um indicador dos diversos níveis de bem-estar de um grupo social, que neste caso concreto trata-se da família. Para completar a avaliação da família, podemos também caracterizar o tipo de família, e sendo este um instrumento disponível no SClínico, podemos proceder à sua execução, tornando-se uma mais-valia no conhecimento dos recursos desta família.

Como podemos constatar, dos treze enfermeiros inquiridos, dez destes reconhecem a importância da utilização do Genograma, do Ecomapa e da Escala de Graffar. Nesta escala é atribuída a cada família uma pontuação que indica o nível que a família ocupa na estratificação social. Esta avaliação baseia-se nas características da família no que diz respeito à profissão, ao nível de instrução, fonte de rendimento, conforto da habitação e aspeto da área de residência. (Wright & Leahey, 2012)

Destes instrumentos de avaliação mencionados, os únicos disponíveis para registo em Sclínico é a escala de Graffar e a caracterização da família, o que constitui um constrangimento, pois tanto o ecomapa como o genograma teriam que ser guardados em formato papel, não estando assim inserido no processo dos utentes e família.

A avaliação de desenvolvimento da família refere-se aos processos de evolução a que a família está sujeita no seu processo de desenvolvimento. Este desenvolvimento da família engloba os

estádios, as tarefas e os vínculos. Para proceder esta avaliação, podemos aplicar o Ciclo Duvall que identifica as etapas previsíveis de mudanças na organização da família, como a entrada e saída de elementos da família e posicionamento de filhos na família. O ciclo de Duvall divide-se em oito estádios que vão desde a formação do casal até á extinção do mesmo. (Relvas,1996)

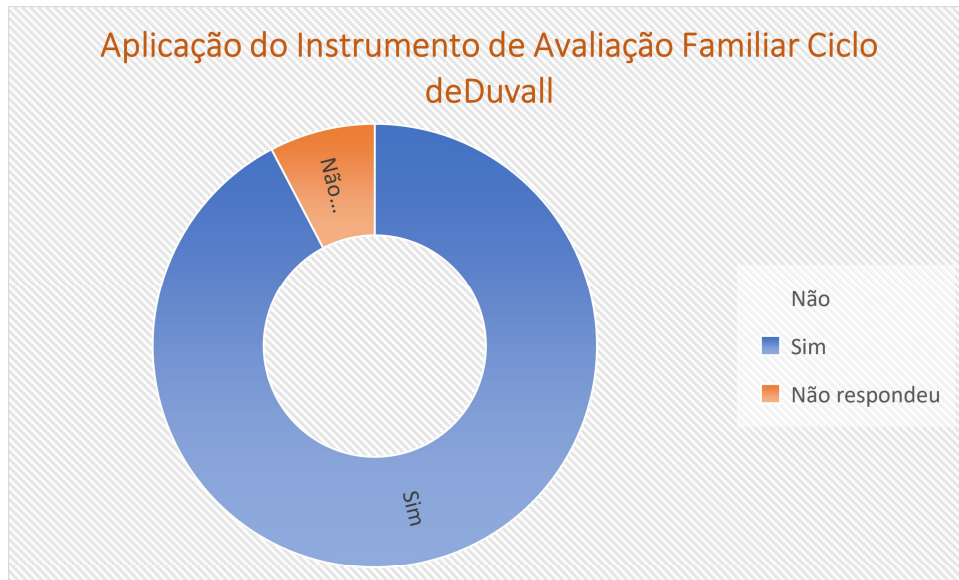


Gráfico 18 - Aplicação do instrumentode avaliação familiar ciclo Duvall

Como podemos constatar no grafico anteriormente apresentado, todos os enfermeiros inquiridos concordaram com a aplicação do ciclo Duvall à exeção de um elemento que não respondeu à questão. Este instrumento dà-nos a conhecer a fase do ciclo de vida em que esta família se encontra, pois é frequente em determinadas transições que a família necessite de reajustar-se e a intervenção do Enfermeiro será sempre uma mais valia. Por outro lado o Ciclo Duvall é um dos instrumentos de avaliação presentes no Sclnico, assim esta informação fica registada no processo dos utentes e família.

Na última questão do questionário foi abordado o tema dos instrumentos de avaliação familiar no que concerne à avaliação da funcionalidade da familia. Dentro da avaliação funcional que aborda o comportamento da família uns com os outros, temos o funcionamento instrumental e o funcionamento expressivo. O primeiro diz respeito às atividades de vida diária e o funcionamento expressivo engloba os vários tipos de comunicação, papeis , crenças, alianças, influência e poder solução de problemas. (Hanson, 2005)

Assim, para avaliar as relações familiares, expondo a perceção de cada um dos elementos sobre a funcionalidade familiar, pretende-se determinar se os elementos da familia sentem a mesma como recurso . Para tal podemos utilizar o APGAR (Adaptation, Partneship, Growth, Affection,

Resolve), com base nas principais funções da família tais como a adaptação, a participação, o crescimento, o afeto e a decisão. Por outro lado, se utilizarmos a Escala de reabilitação Social de Holmes & Rahe, podemos medir os eventos de vida, partindo do pressuposto que o esforço exigido no reajuste após um processo de mudança causa desgaste, desgaste este que pode levar à perda de saúde. Assim, esta escala apresenta num conjunto de acontecimentos da vida diária que ocorreram no último ano, e que sendo pontuados, no seu conjunto, representam a probabilidade de vir a ter problemas de saúde (Wright & Leahey, 2012).

Acima, como referido anteriormente, na última questão do questionário, os enfermeiros foram inquiridos sobre que instrumentos consideram fundamentais na avaliação funcional da família.

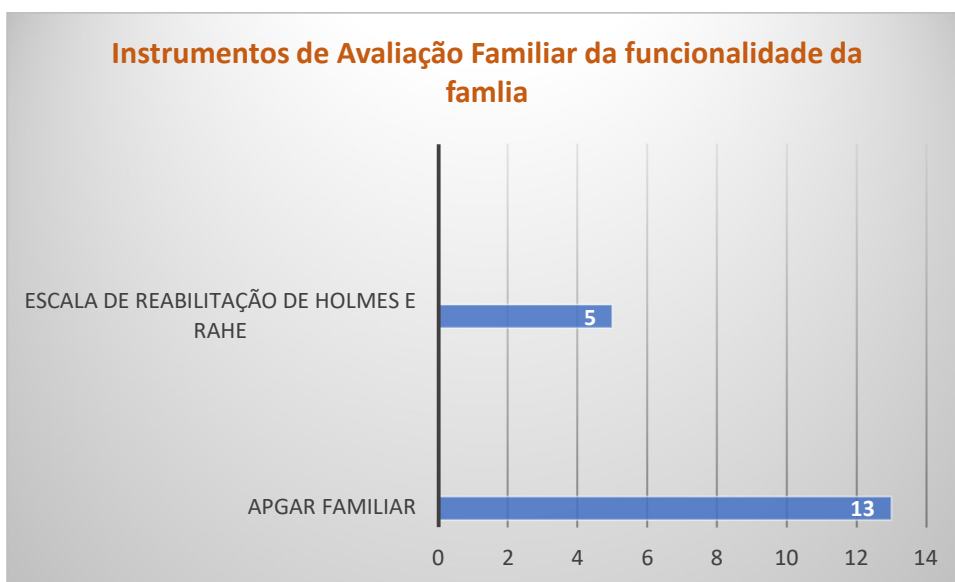


Gráfico 19 - Instrumentos de avaliação da funcionalidade da família destacados pelos enfermeiros.

Com podemos constatar no gráfico anterior, treze enfermeiros mostraram a sua preferência pelo APEGAR e apenas cinco colocaram ambas. Não são passíveis, ambos os instrumentos, ser transcritos para SClínico, e sendo assim não podem fazer parte do processo do utente e família em suporte informático.

Quadro 7 – Intervenções consideradas pertinentes a incluir na visita domiciliária ao RN e família

Outras Intervenções pertinentes a implementar na visita domiciliária pelo Enfermeiro de família
Conhecer a estrutura familiar e relações familiares
Conhecer condições socioeconómicas e habitacionais
Conhecer rede de suporte
Esclarecimento de dúvidas relacionadas com o RN, puerpara e família
Despiste de situações de risco em momentos de transição
Avaliar Plano Nacional de Vacinação e cumprimento do esquema preconizado
Aplicar as escalas durante gravidez para avaliar vulnerabilidades e fatores de risco e determinar o numero de consultas e visitas no pós parto.
Se os instrumentos forem aplicados na gravidez permite trabalhar recursos e encontrar soluções antes do nascimento.
Incentivar o envolvimento da família alargada e outras redes de suporte familiar
Prevenção da depressão pós parto

Algumas das intervenções mencionadas na tabela anterior já estão, como podemos constatar incluídas na avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional. Para se conhecer a estrutura da família e as relações entre os elementos da mesma, podemos aplicar o genograma, o ecomapa e o tipo de família, assim podemos dar resposta a esta intervenção.

No que concerne às condições socioeconómicas e habitacionais, podemos aplicar a escala de Graffar e a caracterização da habitação presente no SCLINICO. Relativamente à rede de suporte, podemos identificá-la se aplicarmos o ecomapa. Por outro lado, se aplicarmos o APGAR também conseguimos identificar se os elementos da família vêm a mesma como um recurso. O despiste de situações de risco em momentos de transição importantes podem também ser antecipados, se for aplicado o Ciclo Duvall. A avaliação e concretização do Plano Nacional de Vacinação foi também anteriormente mencionado quando abordadas as intervenções sugeridas pela OE ao RN na visita domiciliária ao RN, assim como a prevenção da depressão pós parto, que também está inserida nas atividades sugeridas pela OE na visita domiciliária à puerpara anteriormente apresentadas.

Uma das intervenções sugeridas nesta última tabela, prende-se com a sugestão de implementar as escalas de avaliação ainda durante a gravidez de forma a identificar vulnerabilidades e fatores de risco. Desta forma poder-se-ia determinar a necessidade de futuras visitas, bem como trabalhar recursos e encontrar soluções.

Após consultar os enfermeiros das três Unidades, pode constatar-se que as intervenções prioritizadas pelos colegas vão ao encontro das atividades emanadas pela OE na visita domiciliária ao RN e puérpara. Este questionário tinha como finalidade auscultar os colegas sobre as intervenções que priorizam na visita domiciliária ao RN e família.

Foi bastante enriquecedor e ao mesmo tempo muito interessante. Apesar do anonimato dos questionários, é possível constatar que estas sugestões foram proferidas por enfermeiros com especialidades distintas: Podemos ver a preocupação com a prevenção e o diagnóstico precoce da depressão pós parto oriunda das colegas especialistas em Saúde Mental, preocupações inerentes à amamentação e sinais de alerta de complicações no pós parto de colegas com especialidade de Saúde Materna, a avaliação de dados antropométricos da criança, seu desenvolvimento e aleitamento materno mais na área da saúde Infantil e as preocupações relativamente à estrutura da família, condições socioeconómicas e habitacionais e redes de apoio na área da saúde comunitária. Com sugestões das várias colegas especialistas, bem como de colegas, que há pelo menos duas dezenas de anos prestam cuidados na comunidade, podemos construir uma proposta de protocolo a ser utilizada no futuro.

Na última questão do questionário, onde os enfermeiros peritos foram inquiridos sobre se consideravam que as unidades onde exercem funções beneficiariam da existência de um protocolo como guião orientador, no contexto de visita domiciliária ao RN e família, todos foram unânimes em afirmar o benefício da sua existência.

Como já foi referido anteriormente, uma das competências do enfermeiro especialista, é o facto de basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica OE(2019). Nesse sentido, esta RSL, bem como a aplicação do questionário serviram para a incorporação de novos conhecimentos no contexto da VD ao RN e família, visando ganhos em saúde para os mesmos. Ao reconhecer esta lacuna nesta área de conhecimento, identificou uma oportunidade pertinente de investigação, de forma a contribuir para o conhecimento e desenvolvimento de Enfermagem. Entre as competências específicas da Enfermagem Saúde Familiar, podemos encontrar a de cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção (OE, 2018).

Uma das unidades de competência faz referência à colheita de dados pertinentes para o estado de saúde da família. Nesta colheita de dados há a destacar a colheita de dados relativamente à

historia da família, promovendo a caracterização da estrutura familiar, sintomatologia atual e identificar possíveis fatores de risco, através do uso da comunicação verbal e não verbal.

A informação integrada a partir de várias fontes é de extrema importância, bem com a aplicação de instrumentos de avaliação familiar (OE, 2018). Assim, a utilização de um protocolo para utilização no decurso da VD ao RN, constitui uma mais valia, neste momento de transição da família.

O planeamento de cada visita domiciliária é fundamental para que a VD vá ao encontro dos objetivos que se pretendem alcançar com ganhos em saúde. Este procedimento inclui várias etapas, desde a iniciativa da visita, o momento ideal para ser realizada, a importância da colheita de dados, as necessidades de intervenção identificadas, a preparação do material necessário e a discussão do plano de cuidados com a família (Sousa, 2011)

Planear a visita domiciliária é fundamental, para que a sua realização vá ao encontro dos objetivos susceptíveis de alcançar, da parte de quem a realiza bem como da parte de quem dela usufrui. Esta visita deve ser encarada como uma atividade cujo objetivo traduza ganhos em saúde. A programação deste evento deve ter em conta as necessidades da família bem como a sua capacidade de resposta às necessidades identificadas.

Este planeamento passa por várias etapas. Primeiramente avaliamos a necessidade e viabilidade da visita domiciliária, de seguida é importante realizar uma colheita de dados completa do processo desta família, de forma a identificar possíveis necessidades de cuidados, planear junto da família quando o momento mais oportuno para a realização da visita domiciliária. A preparação do material necessário para a realização da visita é outra das etapas, onde se prepara todo o material que se supõe seja necessário para cada situação, como balança, material para realização do rastreio de doenças metabólicas, material para remoção de material de sutura entre outros. (USF Serra da Lousada, 2019).

Para facilitar uma colheita de dados objetiva e completa, o protocolo torna-se um instrumento essencial para a colheita de dados adequada, promovendo a uniformidade dos cuidados, garantindo assim ganhos em saúde.

Segundo a língua portuguesa (2015), o protocolo pode considerar-se o conjunto de normas que regem um ato. Assim, podemos considerar o protocolo como um regulamento, um documento que orienta procedimentos e estabelece como se deve atuar em determinadas circunstâncias. Compila ações e técnicas consideradas adequadas, como é referido por Rosso (2014). A

realização de um protocolo tem como objetivo construir um instrumento de trabalho de forma ética, crítica e responsável, visando a transformação das práticas de enfermagem e consequentemente a evidenciada melhoria da qualidade e autonomia da Enfermagem.

Assim, com a realização do protocolo da visita domiciliária ao RN e família, é conseguida uma monitorização dos cuidados prestados, para que todos os profissionais possam atuar em consonância com um padrão e em que seja garantida a uniformidade do registos do trabalho reallizado.

Após a realização da visita domiciliária deve ser feito o registo detalhado de toda a informação recolhida no decorrer da visita. A utilização de um protocolo para a realização da visita domiciliária é considerado fundamental para a colheita e registo dos dados colhido, para identificar necessidades de intervenção.

Várias são as ferramentas que o enfermeiro dispõe, tais como modelos de avaliação familiar de Calgary, MDIF, ou seja instrumentos que lhe permitem colher os dados de uma forma sistemática. Após a colheita de dados, estes necessitam ser resumidos, reunidos, agrupados de forma organizada para proporcionar conclusões e identificar necessidades de intervenção. A avaliação inicial é essencial para a realização do diagnóstico de enfermagem, que incluem necessidades de cuidados e potenciais ou reais problemas de saúde.

O diagnóstico de enfermagem, foca-se efectivamente na capacidade que a família tem de lidar com a situação atual, que pode estar relacionada com uma situação de doença ou de transição de desenvolvimento (Potter & Perry, 2006).

Já Stanhope e Lancaster (1999) defendem que o diagnóstico de enfermagem familiar baseia-se na definição do que o enfermeiro, em conjunto com a família, encontram como principal ponto de inquietação. A partir destes é realizado o diagnóstico de enfermagem com base na caracterização estrutural, funcional e desenvolvimental da família. Devem ser identificados problemas e pontos fortes da família para conseguir capacitar a mesma para melhor ultrapassar momentos de crise (Wright e Leahey, 2009)

Hanson (2005) refere que após a colheita de dados, a identificação das necessidades de intervenção devem ser priorizadas pela família, direcionando as intervenções de forma a promover o autocuidado e a capacitação da família fomentando a sua autonomia. Para a elaboração de um diagnóstico de enfermagem deve sustentar-se em sistemas ou estruturas de classificação de diagnósticos, como North American Nursing association (NANDA), de

Omaha (Hanson, 2005) ou a mais frequentemente utilizada na nossa realidade a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

No processo de enfermagem após a colheita de dados, estabelecem-se áreas de intervenção visando alcançar os resultados esperados. A implementação de intervenções de enfermagem à família caracteriza-se por implementar intervenções com a finalidade de capacitar os elementos da família numa área em que tenham sentido necessidade, derrubando barreiras aos cuidados de saúde, ajudando a família a fazer algo que não consegue fazer por si mesma (Potter & Perry, 2006). Durante o tempo em que as intervenções de enfermagem são implementadas, novos dados podem evoluir ou emergir, sendo necessário o enfermeiro deve ser flexível e versátil, tendo a capacidade de reavaliar a família constantemente e alterar o plano de cuidados assim que entender necessário (Friedman, 2003).

A última fase do processo de enfermagem é a avaliação, que se traduz num processo contínuo, em que tanto as intervenções como os objetivos são passíveis de ser ajustados. Esta avaliação, quando se trata de uma avaliação familiar, deve ter como base a observação não só do enfermeiro, mas também da família (Potter & Perry, 2006). Nesta avaliação, a eficácia não está na implementação das intervenções mas sim pelos resultados obtidos no sistema familiar, a avaliação resulta de uma simbiose entre enfermeiro e família.

Wright e Leahey (2011), defendem que é de maior interesse que os enfermeiros na sua prática tenham o compromisso de envolver as famílias no seu processo de cuidados, pois a evidência científica tem demonstrado que a família tem um forte impacto na saúde de cada elemento. Urge mudar o paradigma nos cuidados de enfermagem às famílias. O enfermeiro deve deixar de encarar a família como um recurso ou contexto, para passar a ser incluído o sistema familiar como alvo dos seus cuidados. Os mesmos autores evidenciam que em qualquer contexto da prática clínica, o enfermeiro beneficia da aplicação de uma estrutura conceptual clara, uma vez que esta favorece a síntese de dados e consequentemente a identificação dos problemas da família bem como os seus pontos fortes, promovendo um plano de cuidados ajustado às necessidades da família. Assim, podemos concluir que a conceptualização e operacionalização de um modelo de enfermagem à família é fundamental para uma correta avaliação familiar (Fernandes, 2014).

Os enfermeiros na sua prática diária tem como base algumas teorias, como o modelo de avaliação e intervenção da família, o inventário das forças de pressão do sistema familiar, o

modelo de avaliação da família de Friedman, o modelo de avaliação familiar de Calgary, entre outros.

O modelo de avaliação e intervenção de Calgary é um dos quatro modelos referidos pelo Conselho Internacional de Enfermeiros para o trabalho com as famílias (Hanson, 2005). Em Portugal, este modelo faz parte dos adotados pela Ordem dos Enfermeiros na prática da Enfermagem Familiar. Por este motivo, para a elaboração do instrumento de colheita de dado na visita domiciliária ao RN e família, será utilizado por base o modelo de avaliação e intervenção na família de Calgary.

Este modelo foi adaptado do modelo de Tomm e Sanders (1983) e foi desenvolvido por Wright e Leahey (2000 e 2009), integra contributos como a teoria geral dos Sistemas, teoria da comunicação, teoria da mudança, a teoria da cibernética, e a biologia da cognição. Este modelo apresenta uma estrutura multidimensional, compreendendo três categorias: a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional.

Relativamente à avaliação estrutural, ela abrange três categorias: a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto. Para a realização da avaliação estrutural da família, podemos munir-nos de várias ferramentas. Entre elas, temos o genograma e o ecomapa que são duas ferramentas a colocar no protocolo que irá ser redigido. A utilização destas duas ferramentas de avaliação familiar, tem o propósito de conhecer a família e identificar as redes de apoio à mesma contribuindo para a otimização dos cuidados bem como o sucesso das intervenções. A entrada na esfera domiciliar através da visita domiciliária de enfermagem é uma oportunidade para a aplicação destas ferramentas contribuindo para um conhecimento desta família. Segundo Filipe (2011) citando Rice (2004), os enfermeiros criam redes de apoio em conexão com os recursos existentes na comunidade, adequando-os as necessidades da família. Para tal, a aplicação do genograma e ecomapa tornam-se ferramentas indispensáveis.

Há 23 anos quando a autora deste trabalho iniciou funções numa aldeia do concelho de Abrantes, ainda no tempo em que os processos da família eram em formato papel, havia um espaço para a construção do genograma. Não conhecendo esta comunidade, iniciou um trabalho de proximidade com os utentes, utilizando as ferramentas que conhecia, o genograma e o ciclo vital. Esta estratégia foi preponderante para conhecer as famílias, conhecer relacionamentos, ocupação dos seus elementos, conhecer as doenças mais comuns em cada família, identificar redes de apoio na família e amigos bem como a sua ligação com a comunidade. Com a utilização

dos registos em formato informático, o genograma deixou de ter espaço. No entanto, na sua opinião pessoal o genograma e o ecomapa são cada vez mais um instrumento valioso para conhecer a família e suas áreas de intervenção.

Na avaliação de desenvolvimento, esta faz referência à fase do ciclo vital em que a família se encontra. Para tal avaliação, podemos utilizar o ciclo Vital de Duvall. O ciclo da vida tem vários estádios consoante as crises normativas que a família irá atravessar. Estas crises, a que a família fica sujeita, leva a transformações na família, implicando mudanças no seu funcionamento, nas tarefas e vínculos dos seus elementos. Desta forma a avaliação do ciclo Duvall na família é um instrumento bastante importante que deve também ser incluído no protocolo a ser realizado na VD ao RN e família.

No que diz respeito à avaliação funcional da família, ela tem como finalidade aferir o modo como cada elemento interage entre si no sistema familiar, quer através das atividades de vida diárias ou através dos padrões com que eles comunicam, exprimem as suas emoções, resolvem os problemas, a importância dada aos mesmos. Para realizar esta avaliação, os instrumentos a ser utilizados são a escala de Holmes e Rahe e o AEGAR familiar.

Assim, para a construção do protocolo e tendo em consideração esta linha orientadora, será dividido em três partes: identificação dos elementos da família e avaliação familiar, intervenções ao RN e intervenções à puerpara. No final do instrumento de trabalho, será reservado um espaço para encaminhamento para outros profissionais de saúde. O protocolo será apresentado no apêndice IV.

## CONCLUSÃO

Ao longo dos últimos anos, os cuidados de saúde têm vindo a sofrer grandes mudanças. A sua organização tem assumido várias molduras, sempre com o intuito de atingir a excelência dos mesmos, orientando-os para a obtenção de ganhos de saúde e para a melhoria da acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados.

Numa análise global de toda esta caminhada, enquanto aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Comunitária na Área da Enfermagem Familiar, levou-a a uma reflexão sobre a sua prática diária como enfermeira de família.

Nas últimas décadas, temos adotado vários métodos de trabalho, mas todos eles focados preferencialmente no indivíduo. A Enfermagem familiar veio aproximar o enfermeiro com a família, vendo-a como alvo dos seus cuidados e não como recurso. Assim, no decorrer deste estágio foi bastante gratificante poder aplicar algumas ferramentas apreendidas neste percurso académico, de forma a fazer uma avaliação mais completa da família.

Com este estágio teve oportunidade de adquirir e consolidar algumas competências comuns ao enfermeiro especialista como a responsabilidade profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais em vigor bem como pondo em prática os princípios éticos e deontológicos que norteiam a profissão de enfermagem. Em conjunto com as famílias construiu estratégias visando a resolução de problemas identificados, suportando a tomada de decisão sempre num juízo assente no conhecimento e na experiência.

Sempre respeitou os direitos humanos ao acesso a uma informação adequada, assegurando a confidencialidade e segurança da informação, respeitando o direito à privacidade. Respeitou sempre o direito do utente e família na escolha e autodeterminação nos cuidados de saúde. A análise da informação visou garantir a segurança nas práticas de enfermagem.

Por outro lado, planeou e executou uma atividade que visava a melhoria de qualidade. Identificou uma área passível de ser melhorada, falou com a equipa e desenvolveu estratégias para que melhores resultados fossem alcançados, promovendo assim ganhos em saúde. Geriu os cuidados de enfermagem, otimizando a sua resposta em equipa e favorecendo a articulação da equipa de saúde, sugeriu métodos de organização de trabalho adequados de forma a garantir uma melhor gestão dos cuidados, como foi o caso das estratégias sugeridas para melhorar dois indicadores, como são o agendamento das consultas com antecedência, e o planeamento da

visita domiciliária ao RN entre o 3 e o 6 dia e assim garantir o rastreio de doenças metabólicas também realizado atempadamente.

No decorrer do segundo estágio identificou áreas passíveis de melhoria de qualidade como a visita domiciliária ao RN até aos 15 dias de vida e a proporção de consultas de enfermagem a três anos. Delineou estratégias para melhoria destes indicadores, partilhou com a equipa estas estratégias e no final analisou e partilhou com a restante equipa os resultados alcançados. . Considera que conseguiu motivar a equipa uma vez que os resultados se traduziram em ganhos em saúde.

Durante este estágio, desenvolveu ainda o autoconhecimento e assertividade, baseado toda a sua praxis na evidencia científica onde identificou necessidades de melhoria. Envolvendo os colegas, demonstrou ser um elemento dinamizador na incorporação de novos conhecimentos e atitudes e dando resposta á lacuna que constitui a falta de um instrumento de colheita de dados na VD ao RN, realizou uma revisão sistemática de literatura, bem como auscultou os colegas peritos, de forma a criar um protocolo com base na evidencia científica e nos anos de experiência de quem desenvolve esta atividade há largos anos.

A formação é um processo continuo e adquirido. Como enfermeiro de família, esta formação demonstrou proporcionar ferramentas que ajudaram durante o ensino clínico e irão ajudar nas atividades futuras a trabalhar com as famílias de forma eficiente. É nesta capacidade de conhecer as famílias e as suas necessidades, que as ferramentas que nos foram facultadas demonstraram fazer a diferença, pois permite olhar para as famílias na sua diversidade, compreender as transições a que estão sujeitas ao longo do ciclo de vida, enriquecendo assim a prática enquanto enfermeiro de família. Durante o ensino clínico pôde colocar em prática o Modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary, que permitiu como enfermeira propor intervenções que fossem ao encontro das necessidades da família. Constatou neste período a insuficiência dos sistemas de informação disponíveis, para uma adequada documentação e registo do processo de cuidados de enfermagem às famílias. Desta forma, a parametrização do programa de saúde da família e a sua operacionalização no atual sistema de informação ainda carece de melhoria faltando ainda alguns importantes instrumentos de avaliação familiar.

A riqueza das experiências proporcionadas ao longo deste percurso suscitaram o entusiasmo pelo constante e desafiante aprofundamento de saberes e atitudes, que sem dúvida contribuirão para uma prática de Enfermagem Familiar de excelência. O desafio deste ensino clínico e do

curso em geral, demonstraram um fortalecimento na relação com a família como cliente, das suas capacidades, competências e recursos.

No curso deste ensino clínico realizou uma RSL e aplicou um questionário a enfermeiros peritos, para com o conjunto de informação facultada, construir um protocolo para utilizar em VD ao RN e família. Na RSL foram selecionados 5 trabalhos nos quais foram encontrados 4 protocolos. No estudo descritivo realizado teve como amostra um total de 13 enfermeiros, tendo todos eles contribuído de forma construtiva para a elaboração deste instrumento. As suas sugestões foram ao encontro das orientações emanadas pela OE.

É espectável que o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar seja o profissional de referência que garante o acompanhamento da família no seu percurso de vida. Ao enfermeiro é pedido que mobilize um conjunto de competências académicas adquiridas, experiências e habilidades pessoais para intervir, valorizando os cuidados antecipatórios, facultando à família todo o conhecimento necessário para melhorar o seu desempenho

Refletindo sobre esta longa caminhada, em que o contexto covid nem sempre foi facilitador de aprendizagem, considera ter superado o desafio a que se propôs. Encarando a evolução de forma gradual, favorável e continua, vincada pelo empenho e dedicação, está convicta que todos os contributos adquiridos só poderão contribuir para melhores cuidados de saúde às famílias, e com isso, ganhos em saúde.

## BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2000). (Des)Equilíbrios Familiares. Coimbra: Edições Quarteto
- Alarcão, M. (2002). (des)Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica. Coimbra, Quarteto Editora.
- Aligood, M, Tomey, A. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Lisboa. Lusodidacta
- Almeida, E., Nelas, P., & Duarte, J. (2016). Visita Domiciliária no Pós-Parto. Millenium, 50 (jan/jun).
- Amendoeira, J. (2022). Tutorial Revisão Sistemática de Literatura, A Scoping Review. Santarem. Instituto politécnico Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Azevedo, M. (2007). Cuidar da mãe e do filho - contributos dos cuidados de enfermagem, nos primeiros dias após o nascimento. Acedido a 12 jun. 2022. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/simple-search?query=azevedo%2C+cuidar+da+mae+e+filhos+contributos>
- ACSS. (2017). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários. Acedido em 3 mar. 2022. Retrieved from [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao\\_CSP\\_2021\\_2020-VFINAL.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf)
- Albuquerque, T. (2016). Construção e validação de um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido na primeira semana de saúde integral. Paraíba. Centro da ciência da saúde da Universidade Federal de Paraíba.
- American Academy of Pediatrics. (2009). The Role of Preschool Home-Visiting Programs in Improving Children's Developmental and Health Outcomes. Acedido em 08/02/2022. Retrieved from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/123/2/598.full.pdf>
- Anniely, S. Vieira, D. Nobrega, V. França, J (2018). Ações Implementadas por Enfermeiros na Consulta de Puericultura: revisão integrativa da literatura. Acedido a 22 jun. 2022. Retrieved from <https://doi.org/10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.137>
- Apostolo, J. (2017). Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido a 22 jul. 2022. Retrieved from <file:///C:/Users/MendesAlves/Downloads/livro%20jo%C3%A3o%20ap%C3%B3stolo%20web.pdf>
- Beck, D. ET AL. (2004) - Cuidados ao Recém-Nascido. Manual de Consulta. Washington, DC: Save the Children Federation.
- Bertalanfly, L. V.(1977) Teoria Geral dos Sistemas. Petrópolis. Vozes
- Borges, C. F. N. (2017). Intervenção Precoce no Domicílio: Perspetivas de Profissionais das Equipas de Intervenção Precoce na Infância, da Zona Norte de Portugal. Braga: Universidade do Minho Instituto de Educação.
- Branca, V. (2018). Perceção do Enfermeiro de Família sobre a visita domiciliária á família no Pós-parto. Leiria. Instituto politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde de Leiria.
- Brazelton, T. (2000) – Tornar-se família: o crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento. Lisboa: Terramar.
- Briggs, J (2015). JBI Reviewers' Manual: 2015. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
- Carvalho, M., & Tavares, L. (2010). Amamentação Bases Científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2011). CIPE versão 2. Santa Maria da Feira: Lusodidacta.

DECRETOLEI NO 74-C /1984 DE 2 DE MARÇO DA PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS E MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E PLANO E DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 74 (1984). Acedido a 14 jun 2021. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/405702>

DECRETO LEI NO 74-C/84 DE 2 MARÇO DA PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS, MINISTERIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE. I-A série. Acedido a 2 fev. 2022. Retrieved from <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/70-2000-281661>

DECRETO LEI NO 70/ 2000 DE 4 MAIO DA PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. Diário da Republica : 2º suplemento , I série, No 53 (1984) Acedido a 2 fev. 2022. Retrieved from

DECRETO LEI NO 157/2005 DE 12 OUTUBRO DA PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. Diário da República: I série B, No 196 (2005) Acedido em 2 fev. 2022. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/156182>

DECRETO LEI NO 298/2007 DE 22 AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 161 (2007). Acedido a 17 jan. 2021. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/640665/details/maximized>

DECRETO LEI NO 126/2011 DE 16 de SETEMBRO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da República: I série, No 181(2015). Acedido a 17 jan. 2022. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/diario/1/181/2015/0/pt/html>

DECRETO LEI NO 231/2012 DE 29 NOVEMBRO 2012 DA PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS E MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA SAÚDE. Portaria 394-B (2012). Acedido em 2 fev. 2022. Retrieved from <https://dre.pt/dre/detalhe/diario-republica/231-2012-134698>

DECRETO LEI NO 118/2014 DE 5 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 149 (2014). Acedido a 1 junho 2022. Retrived from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>

Demetrio, C.S., Couto, R.S. (2015). Primeira visita domiciliar à puérpera e recém-nascido: percepção do enfermeiro da estratégia saúde familiar. Universidade do Vale do Itajaí- Univali: Centro de ciências da Saúde  
Dicionário Básico da Língua Portuguesa (2015). Maia: Porto Editora

Diário da República n.º 231/2012, 1º Suplemento, Série I de 2012-11-29. Acedido a 22 fev 2022. Retrieved from [https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/231-2012-192437?\\_ts=1653696000034](https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/231-2012-192437?_ts=1653696000034)

Direção-Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Versão Resumo. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Ministério da Saúde.

Duarte, S. (2010) – O Papel do Enfermeiro em Contexto dos Cuidados Domiciliários: Revisão Sistemática da Literatura. Revista Investigação em Enfermagem. Edições Sinais Vitais. Coimbra.

Duffee, J. H., Mendelsohn, A. L., Kuo, A. A., Legano, L. A., & Earls, M. F. (2017). Early Childhood Home Visiting. Acedido a 28 jan .2022. Retrieved from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2017/08/24/peds.2017-2150>

Fernandes, C.S.N.N. (2014). A família como foco dos cuidados de enfermagem- Aprendendo com o family nursing game. Porto: Instituto de ciências Abel Salazar da Universidade do Porto.

Figueiredo, M.H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Loures: Lusociência.

Filipe, M. - Visita domiciliária. Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Coimbra. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Garrido, A. (2004) A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros. Acedido a 22 jun. 2022. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10773/1464>

Hanson, S. (2005) – Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação. 2ª ed. Loures: Lusociência.

Hanson, S. (2015). Fundamentos dos Cuidados de Enfermagem de Família. Lisboa. Lusociência

Hennessy, D. & Gladin, L. (2006). *The report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study*. OMS: Copenhague. Acedido a 6 jun. 2022. Retrieved from <https://www.who.int/en/>

Ferreira, M. (Julho/Agosto de 2005). Enfermeiro de Família. Nursing, pp. 10.

Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de Família um contexto do cuidar. Universidade do Porto. Acedido a 1 junho 2021  
Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

Friedman, A. (2003). Cadernos do Nepsid: 1, 2 e 3. São Paulo: Nepsid.

Fortin, M.F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação (1ª edição). Loures: Lusociência

Kieling, C. (2011). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*. Acedido a 22 jun. 2022. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22008427/>.

Lacerda, M.R. (2010). Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do individuo e da familiar perspectiva da área pública. Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Leal, C. (2019). Perceção do Enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós parto. Leiria. Escola Superior de Saúde de Leiria.

Lucena, D.B.A., Guedes, A.T.A., Cruz, T.M.A.V., Santos, N.C.C.B., Collet, N., Reichert, A. P. S. (2018). Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. Revista Gaúcha de Enfermagem.

Mandú, N.T., Gaíva, A.M., Silva, M.A., Silva, A.M.N. (2008). Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde e família. Revista Texto Contexto Enfermagem.

Marinheiro, P. P. (2002). Enfermagem de Ligação: Cuidados Pediátricos no Domicílio. Coimbra: Quarteto Editora.

Martin, P., Duffy, T., Banks, P., Harkees-Murphy, E., Brien, J., Atkinson, J., Martin, C. R. (2012). Family Health Nursing in European Communities (FamNrsE): Phase2. Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família, (19-26). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Medeiros, L.S., Costa, A.C.M. (2016). Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Revista Rene.

- Meireles, N., Pereira, A., Ferreira, A., Ferreira, S., Vieira, E. (2012). O papel parental e a Claudicação Familiar: qual a importância do enfermeiro de família. Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories. Retrieved 6 jul. 2022, from [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Ministério da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Materna. Acedido a 13 jun. 2022. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Ministério da Saúde. (2011). Plano Nacional de saúde 2011-2016 Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir o Ministério da Saúde. Acedido a 1 junho 2021. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSPI.pdf>
- Ministério da Saúde. (2012). Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP Pressupostos para a sua implementação. Acedido a 1 junho 2021 Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/55076561/details/maximized>
- Ministério da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2012-2016. Acedido a 1 junho 2021 Retrieved from: [http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012\\_2016\\_verseauresumo\\_maio20133.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_verseauresumo_maio20133.pdf)
- Morrison, J., Pikhart, H., Ruiz, M., & Goldblatt, P. (2014). Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children’s health and development. Acedido a 2 jun. 2022. Retrieved from <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1040>
- Nelas, Paula & Duarte, João (2016). Visita Domiciliária no Pós-Parto. Millenium, 50 (jan/jun). Pp. 267-281.
- Neto, F.R.G.X., Chaves, M.E., Ponte, M.A.C., Chagas, M.I.O. (2010). Facilidades y dificultades encontradas por los enfermeros durante la visita a domicilio a la puérpera y al recién nacido. Revista Àgora d`infermeria, 53.
- Olds, D. (2018). From a Healthy Babies Program to Crime Prevention, Nurse-Family Partnership is Validated by Research. Acedido a 28 jan. 2022. Retrieved from: <https://www.nursefamilypartnership.org/about/proven-results/>
- Oliveira, P.C. M., Fernandes, H. I.V., Vilar, A.I.S.P., Figueiredo, M.H.J.S., Ferreira, M.M.S.R.S., Marinho, M.J.C.M., Figueiredo, M.C.A.B., Andrade, L.M.C., Carvalho, J.C.M., Martins, M.M.F.P.S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families’ Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Acedido a 26 mar 2022, Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v45n6/v45n6a08.pdf>
- OMS & UNICEF (2009). Visitas domiciliarias al recién nacido: una estratégia para aumentar la supervivencia. Genebra. Acedido a 11 Dez. 2022, retrieved from [WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.02\\_spa.pdf;jsess](WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf;jsess)
- OMS. (2015). Postnatal Care for Mothers and Newborns- Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. Acedido a 10 fev. 2022. Retrieved from: [404\(who.int\)](404(who.int))

Ordem dos Enfermeiros. (2002). A cada família o seu enfermeiro. Ordem Dos Enfermeiros. Acedido a 1 junho 2021 Retrieved from. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/>

Ordem dos Enfermeiros. (2014).\_Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 26 mar. 2022, retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro\\_norma\\_de\\_dotacoesseguras\\_dos\\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_ag\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015). Livro de bolso enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras. Lisboa: Goody.S.A.

ORDEM DOS ENFERMEIROS PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 53/2021. Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem. Acedido a 1 junho 2022. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS REGULAMENTO n.º 367/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Acedido a 1 junho 2022. Retrieved from <https://dre.tretas.org/dre/936981/regulamento-367-2015-de-29-de-junho>

ORDEM DOS ENFERMEIROS REGULAMENTO n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar.. Acedido a 1 junho 2022. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS REGULAMENTO n.º 140/2019 .Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 1 junho 2021. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). A Profissão. Acedido a 22 jun. 2022. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/AProfissao.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. em 23/02/2018. Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2011). Os enfermeiros e a visitação domiciliária ao recém-nascido: promovendo um Natal saudável em família. Acedido a 25 jun. 2022]. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acores/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseAVisita%C3%A7%C3%A3oDomicili%C3%A1ria.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Dia Internacional da família 2014. Ordem dos Enfermeiros acedido a 2 set. 2022 Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-2014/>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). O Enfermeiro de família cria proximidade nos Cuidados de Saúde. Ordem dos Enfermeiros secção norte. Retrieved from

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/norte/asr/PublishingImages/OENORTE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2021). Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição de título profissional de enfermeiro especialista. Acedido a 3 de fevereiro de 2023. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%AAdnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Organização Mundial de Saúde [OMS] (1988). As Recomendações da Conferência de Adelaide: Políticas Favoráveis à Saúde. Acedido a 4 de Abril de 2022. Retrieved from [http://www.dgide.minedu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/promocaoeducacaosaude/3\\_adelaide\\_nesase.pdf](http://www.dgide.minedu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/promocaoeducacaosaude/3_adelaide_nesase.pdf)

Patrício, S. (2011). Promoção da Parentalidade Positiva (Relatório para obtenção de Grau de Mestre em ESIP). Acedido em 12 jun. 2022. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/9582>

Pender, Nola [et al.] (2002) . Health Promotion in Nursing Practice. Acedido a 22 set 2022. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nur.20060>

Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Versão Resumo. Acedido a 22 set. 2022. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>

Pereira, M.I.F.L. (2012). A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Pinto, B.C.R. (2017). Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: na perspetiva do casal e do enfermeiro de família. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Pires, E. I. F. (2013). A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem: A Visão do Enfermeiro de Família. Bragança: Escola Superior de Saúde de Bragança.

Piteira, A. (2016). A Enfermagem comunitária na transição para a parentalidade - visita domiciliária de enfermagem no puerpério. Évora: Universidade de Évora Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus.

Potter, A. Perry A. (2006). Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier Editora.

Relvas, A. (2000). Por detrás do espelho: da teoria à terapia com a família. Lisboa: Quarteto.

Relvas, A. P. (2006). O ciclo vital da família: perspetiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.

Ribeiro, S. (2012). Gestão de cuidados de enfermagem: a implementação da formação em serviço na unidade de saúde familiar Quinta da Prata. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Rice, R. (2004). Prática de Enfermagem Nos Cuidados Domiciliários. Loures: Lusociência

Robling, M., Bekkers, M.-J., Bell, K., Butler, C. C., Cannings-John, R., Channon, S., . . . al, e. (2015). Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. Acedido a 8 jun. 2022. Retrieved from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00392-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00392-X/abstract)

- Rodrigues, L. M. O. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Rodrigues, T.M.M., Vale, L.M.O., Leitão, R.A.R., Silva, R.M.O., Rocha, S.S., Pedrosa, J.I.S. (2010). A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*.
- Rosso, C.F.W., Cruvinel, K. P.S., Silva, M.A.S., Almeida, N. A. M., Pereira, V.M., Pinheiro, D.C.S. (2014). *Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás*. Goiás: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás.
- Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*.
- Silva, M. A. N. C. G. M. M., Costa, M. A. S. M. C., Silva, M. M. F. P. (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. Acedido a 26 mar. 2022. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn11/serIIIIn11a03.pdf>
- Smith, D. (2002). *Guidelines and Training Manual for the Prenatal-5 Nurse Home Visiting Program*. Acedido a 28 jun. /2022. Retrieved from: [ealth.utah.gov/drp/reports/Guidelines\\_cash.pdf](http://ealth.utah.gov/drp/reports/Guidelines_cash.pdf).
- Souza, J. L. S. (2011). “Visita domiciliar Assessoria Técnica/ DAS 2010”. Acedido a 19 junho 2022. Retrieved from <https://pt.slideshare.net/jotaluiz/visita-domiciliar-8209529>
- Stanhope, M. Lancaster, J. (1999) – *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa. Lusociência.
- Tavares, J. (2010). *Supervisão da prática Pedagógica. Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Teixeira, J.C., Soares, L.S., França, L.F., Santos, M.L., Brito, M.A., Rocha, S.S. (2009). *Visita domiciliar puerperal. Saúde Coletiv*. Acedido a 6 jul 2022. Retrieved, from <https://www.redalyc.org/html/842/84202804/>
- Teixeira, T. (2011). *Visita Domiciliar em Saúde Infantil: Necessidade de Visitação até ao 15º dia de vida (Relatório para obtenção do Grau de Mestre)*. Acedido em 25 jan. 2022. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/1566>
- USF Serra da Lousã (2019). *Manual de visitação domiciliária*. Acedido a 23 Jan.,2022. Retrieved from [Manual de Visitação Domiciliária \(usf-serradalousa.com\)](http://www.usf-serradalousa.com/Manual-de-Visita%C3%A7%C3%A3o-domicili%C3%A1ria)
- USF Beira Tejo. (2021) *Plano de Ação 2021/2023 - USF Beira Tejo* Rossio Sul Tejo.
- Wright, L.M., Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.
- Zacarias, V. (2011). *A arte da Enfermagem Comunitária na Transição para a parentalidade*. Lisboa. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.

## APÊNDICES

## APÊNDICE I – Estudo Avaliação da Família

## O ESTUDO DA AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

Em 1994, a OMS diz-nos que o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família (Caniço, 2015)

É habitual pensarmos como família o local onde naturalmente nascemos, crescemos e morremos, ainda que nesse longo percurso possamos ir tendo mais do que uma família (Alarcão, 2000). Torna-se então o espaço privilegiado para se adquirir competências significativas no âmbito da interação como a linguagem, a comunicação, os contactos corporais e as relações interpessoais. É ainda no espaço da vivência da família em que esta experiência relações afetivas profundas, como a filiação, a fraternidade, o amor, a conjugalidade, a sexualidade, através de uma união de afetos e emoções que estão na origem do sentimento de sermos quem somos, tal como a sensação de pertença á nossa e não a outra família.

A função familiar permite que a família mantenha um equilíbrio estável para alcançar os objetivos psicobiológicos, socioculturais, educativos e económicos que requer o grupo familiar. A família eficaz na sua função é capaz de regular as relações entre os seus membros, garantindo a homeostase e facilitando as trocas. Uma família considera-se funcional quando os limites entre os seus elementos são claros, havendo ligações sólidas entre os elementos de cada subsistema, a chefia é bem aceite pelos chefiados e as responsabilidades são assumidas e partilhadas em situações difíceis.

A família é um sistema em constante interação com o meio envolvente, que influencia e é influenciada por este. É um conjunto de elementos, ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo do seu processo de desenvolvimento (Alarcão, 2000).

De forma a fazer uma avaliação familiar a esta família, será utilizado o modelo de Avaliação e intervenção familiar de Calgary, pelo facto de ser uma estrutura organizada para a conceitualização dos relacionamentos entre a família e os enfermeiros, que ajudam a criar mudanças (Whight & Leahey, 2004)

Para realizar a avaliação estrutural da família é necessária caracterizá-la quanto á estrutura interna, estrutura externa e contexto. A família objeto de estudo é uma família alargada pois, coabitam ascendentes e descendentes, para além de progenitores e filho (Caniço at al., 2010) a,

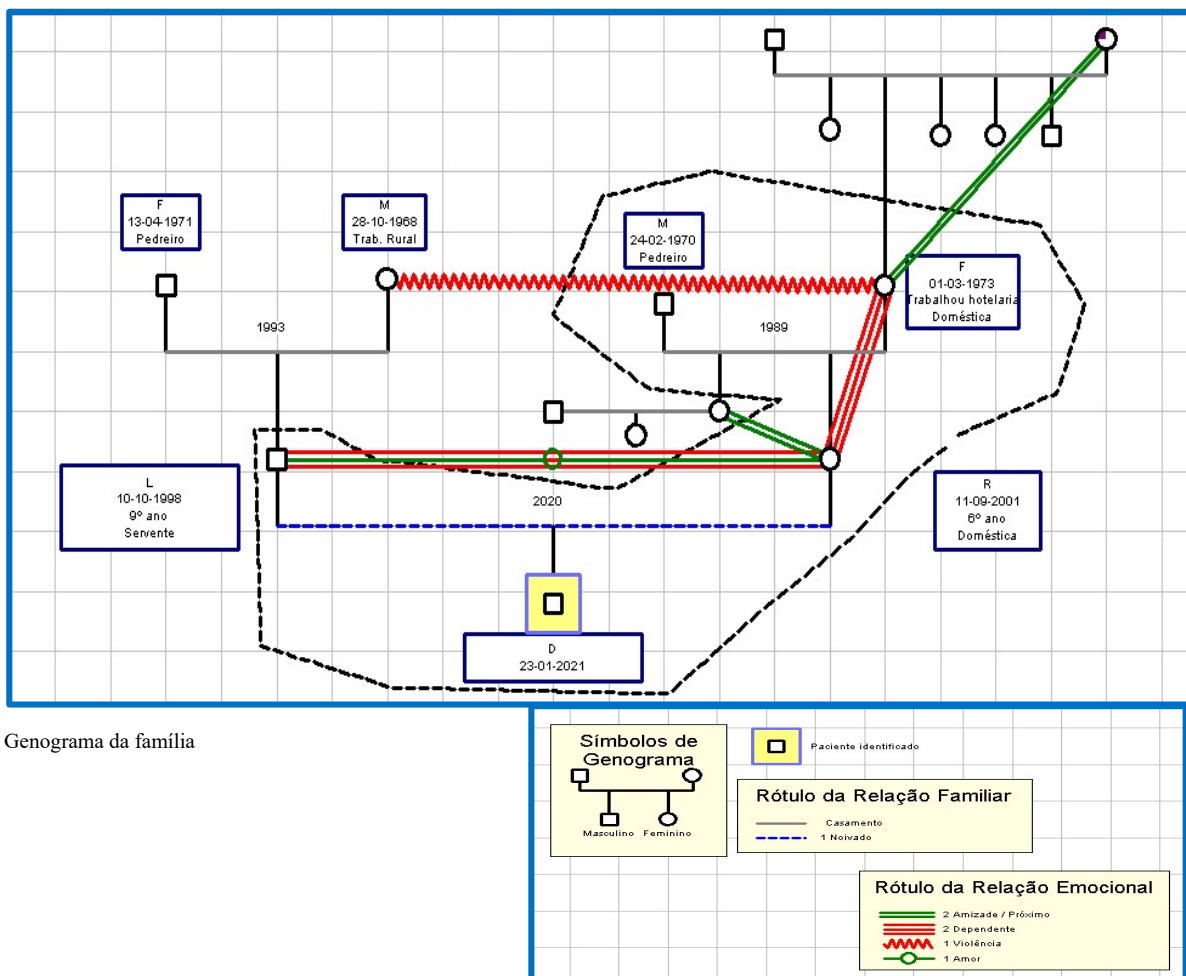
Avaliação estrutural tipo de família

As grandes famílias com irmãos, primos, avós, tios, representam no desenvolvimento de uma criança um testemunho de interação com o meio envolvente, uma partilha de exemplos e vivências, referências e até mais oportunidades para aliviar os pais da sua ansiedade e preocupações, fazendo com que não se sintam tão sozinhos no processo de educação. A família é constituída por 3 elementos do sexo masculino e dois do sexo feminino. O género dos elementos da família são uma serie de crenças sobre as nossas expectativas de comportamentos e experiências de feminino e masculino, crenças estas desenvolvidas por influência cultural, familiar e religiosa (Wright &Leahey,2005). O momento em que as pessoas nascem e se integram na família é também um fator a ter em conta principalmente no caso dos irmãos, o seu nascimento na história da família e a posição do irmão é uma influência organizada na personalidade (Wright &Leahey,2005). A pessoa com mais idade desta família é J que nasceu a 24-02-1970, seguido pela esposa a 01-03-1973, depois o genro nascido a 10-10-1998, depois a filha a 11-09-2001 e por fim o filho deste último casal que nasceu a 23-01-2021.

A família é um sistema em permanente interação com o ambiente envolvente. É um sistema constituído por vários subsistemas, nesta família em concreto podemos identificar o subsistema parental, conjugal, filial e fraternal. No subsistema parental o adulto tem uma função executiva, visando a proteção e educação dos mais jovens (Alarcão,2000). Quem detém o poder executivo são os pais podemos identificar casal R e L e no casal F e J. O subsistema conjugal pode ser representado por R e L e por F e J. Uma das funções deste subsistema é o desenvolvimento de limites e fronteiras que protejam o casal da intrusão de outros elementos, criando espaço para

a gestão das suas necessidades. Funciona como plataforma de suporte intra e extrafamiliar. É composto pelo casal que se completam e adaptam reciprocamente (Alarcão, 2000). O subsistema filial pode ser representado por R relativamente a J e a F e por outro lado em D relativamente a R e a L. É nestes subsistemas que se executa a aprendizagem das relações de poder e autoridade desigual. Por último o subsistema fraternal pode ser observado entre R e M que são irmãos, a este subsistema associa-se em primeiro lugar de socialização e experimentação em que desenvolvem as suas capacidades relacionais com os grupos de iguais, experimentando o apoio mutuo, a competição, o conflito, a negociação e a rivalidade ( Alarcão, 2000).

Na organização da família, existem regras e fronteiras bem definidas, mas suficientemente flexíveis para permitirem a intercomunicação. Nesta família os limites são claros uma vez o espaço e as funções de cada membro ou subsistema permitindo a troca de influências.



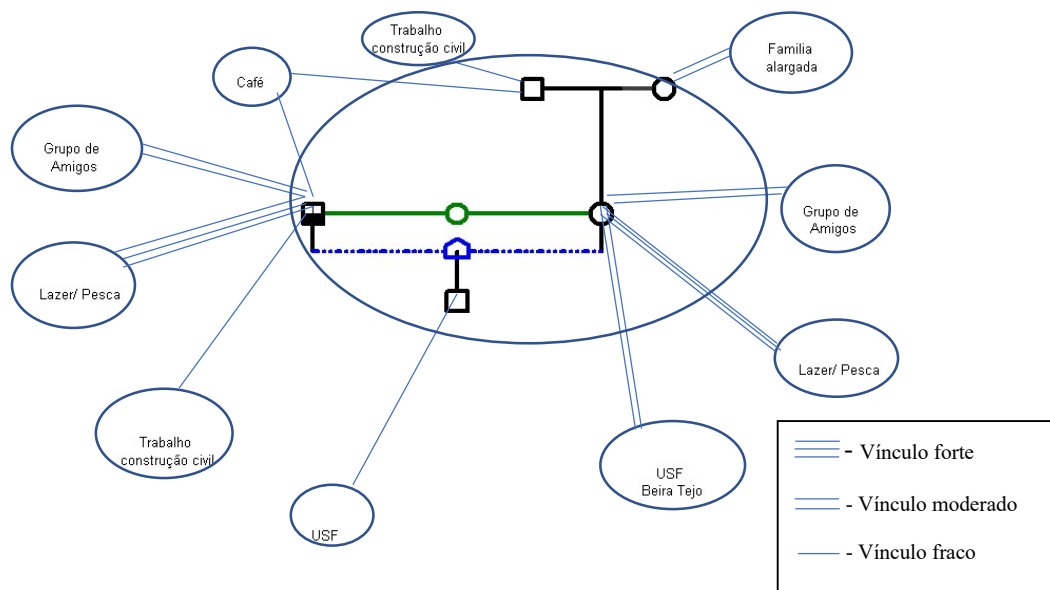
A Estrutura externa inclui a família extensa e os sistemas mais amplos. Quando falamos de família extensa falamos de família de origem e de procriação, assim como a atual geração e família adotiva (Wright & Leahey, 2005). Os múltiplos vínculos de lealdade dos membros da família extensa são forças importantes na estrutura familiar.

O Genograma é a forma adequada de expor a informação da família extensa. O genograma pode apenas ter o agregado familiar retratar a organização interna ou ter as três gerações e retratar a família extensa. Este mostra os membros da família e as suas relações durante pelo menos três gerações. Este esquema mostra a história da família, evidenciando-se como uma rica fonte de informação a partir da qual se poderão planear intervenções.

A Família é um sistema em constante interação com o meio, logo é fundamental identificar instituições ou pessoas significativas que influenciem a homeostase da família

Quando nos debruçamos sobre os sistemas mais amplos, sentimos a necessidade de realizar o Ecomapa. Este é a representação visual da unidade familiar em relação aos seus recursos, mostra as relações da família entre si e entre esta e o meio que a rodeia destacando os fluxos e/ou a falta de recursos. Este instrumento permite-nos fazer uma leitura dos recursos presentes com que a família pode contar, como também estabelecer objetivos para o futuro, facilitando ligações e trocas entre os indivíduos e os serviços da comunidade. O ecomapa é um instrumento para organizar e apresentar uma grande variedade de informação, permitindo ao enfermeiro ter uma visão mais holística e integrada da família. Retrata as importantes conexões estimulantes como as geradoras de stress entre a família e o mundo (Stanhope & Lancaster, 1999).

Esta família reside a vinte e nove quilómetros da sede do concelho, no limite deste com nordeste o alentejano, numa aldeia bastante envelhecida que tem vindo a perder habitantes, bens e serviços, logo os recursos não são muito amplos. São uma família em que os elementos do sexo masculino trabalham na construção civil, mantendo uma fraca relação com esta instituição. A destacar encontra-se a escolha do jovem casal pela atividade lúdica da pesca e as saídas com os amigos, uma vez que na localidade não há outras atividades que possam desenvolver.



Ecomapa da Família.

Relativamente ao contexto, como a família é um sistema que influencia e é influenciado pelo meio envolvente e é albergado por sistemas mais amplos dos quais faz parte, como a vizinhança, classe, religião e país. O contexto inclui cinco subcategorias como a etnia, raça, classe social, espiritualidade ou religião e ambientes.

A etnia, grupo culturalmente homogéneo, reúne uma uniformidade cultural, com as mesmas tradições, conhecimentos, técnicas, habilidades, língua e comportamento. Nesta família todos pertencem à mesma etnia, são de raça branca, portugueses, católicos, com as mesmas tradições e costumes. Para avaliar o nível que a família ocupa na estratificação social, com base nas características da família no que concerne à profissão, ao nível de instrução, fonte de rendimento, conforto da habitação e aspeto da zona de residência, utilizou a Escala de Graffar. Esta família encontra-se na classe social média baixa, classe II com o total de onze pontos.

Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaçosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e WC. Electrodomésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e WC mas degradada e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata

Classe Social  
MÉDIA BAIXA

Avaliação Escala de Graffar

Relativamente ao ambiente foi também realizada a avaliação da habitação.

Graffar	C.Duval	Tipo de Família	Risco Familiar Garcia-Gonzalez	Risco Familiar Segovia Dreyer		
<b>Tipo de alojamento</b> Alojamento móvel Apartamento Barraca/casebre Desconhecido Hotell/pensão Instituição <b>Moradia</b> Outro Quarto/parte de casa Sem alojamento	<b>Regime de ocupação</b> Arrendada Cedida Desconhecido Outro <b>Própria</b>	<b>Estado conservação</b> Bom Desconhecido Mau <b>Razoável</b>	<b>Case de banho</b> Desconhecida Fora do alojamento Inexistente <b>No alojamento</b>	<b>Higiene</b> <b>Boa</b> Desconhecida Má Razoável	<b>Água</b> Desconhecido Não <b>Sim</b>	<b>Distribuição</b> Desconhecido Fontenário a - de 100m de casa Fontenário a + de 100m de casa Fora do alojamento No alojamento
<b>Salubridade da zona residencial</b> Desconhecida Insalubre <b>Salubre</b>	<b>Topologia</b> Desconhecido Não aplicável T0 T1 T2 <b>T3 ou mais</b>	<b>Conforto</b> Bom Desconhecido Mau <b>Razoável</b>	<b>Aquecimento</b> Central Desconhecido Local Nenhum	<b>Electricidade</b> Desconhecido Não <b>Sim</b>	<b>Origem</b> Desconhecida Particular <b>Rede pública</b>	
		<b>Mobiliário e equipamento básico</b> Desconhecida Insuficiente Suficiente		<b>Barreiras arquitectónicas</b> Desconhecido <b>Não</b> Sim	<b>No interior</b>  <b>No exterior</b>  	

Avaliação da habitação da família.

Após a avaliação estrutural da família é necessário entender o desenvolvimento do ciclo vital da família. Afinal as famílias compreendem pessoas que partilham uma história e um futuro, pelo que é essencial conhecer a evolução transaccional associado ao crescimento da família. O Ciclo vital da família refere-se à trajetória característica da maioria das famílias, está associado á entrada e saída dos membros da família e eventos normativos que a maioria das famílias experimenta. Esta família encontra-se no VI estágio do ciclo vital de Duvall, família com jovens adultos – desde a saída do primeiro filho até ao último. Nesta família em concreto já ocorreu a saída do primeiro filho, estando planeado para este verão a saída deste jovem casal para a sua habitação. As principais tarefas deste Estádio são por um lado permitir e incentivar a independência do filho, lançando-os no mundo exterior, com rituais e assistência adequada de forma a manter um importante suporte familiar. Por outro lado, a aceitação da multiplicidade de entradas de novos elementos na família, primeiro o genro e depois o neto. Esta também é a fase da natural renegociação das relações conjugais. Há uma acomodação ao fim de papel de pais e estabelecimento de relações adultas com os filhos. Esta relação entre adultos foi evidente na conversa informal que presenciei.

Nesta família devemos estar atentos aos dois casais, que passaram há pouco tempo por transições e que num futuro próximo o casal ficará sozinho e deve Reinventar a identidade do casal, desenvolver interesses diferentes, realinhar as relações para incluir afiliados e netos; Planear o futuro financeiro e reforma e prover conforto, saúde e bem estar ao casal, quanto ao jovem casal antevemos o realinhar dos relacionamentos com a família ampliada (autonomia em relação à família de origem, encorajar o desenvolvimento da criança, acomodar-se às novas funções parentais e dos avós, manutenção da ligação conjugal em paralelo com a parental..

Habitação Graffar C.Duwall Tipo de Família Risco Familiar Garcia-Gonzalez Risco Familiar Segovia Dreyer

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 saiem 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 viúvez)

Avaliação do Desenvolvimento através do ciclo Vital Duvall

Após realizamos a avaliação estrutural e de desenvolvimento, segue-se a avaliação funcional. Esta diz respeito aos detalhes sobre como os indivíduos verdadeiramente se comportam uns com os outros diariamente no seio da família. Existem dois aspetos básicos no funcionamento familiar, o aspeto instrumental e o expressivo. O aspeto instrumental diz respeito as atividades rotineiras tais como alimentar-se, dormir, preparar refeições, mudar de roupa entre outras (Wright & Leahey, 2005). Das atividades presenciadas no decorrer da visita domiciliária nos cuidados ao bebé estas foram desenvolvidas com destreza e conhecimento.

No que concerne ao funcionamento expressivo este engloba nove parâmetros a avaliar, a comunicação emocional, a comunicação verbal, a comunicação não verbal, a comunicação circular, solução dos problemas, papeis, influencia e poder, crenças e alianças e união.

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca	2 1 0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

Índice APGAR da família.

Com o recurso ao Índice de APGAR, foi possível concluir que se trata de uma família altamente funcional.

Nº	Acontecimento	Valor médio	Nº	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades c/ familiares do cônjuge	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	29
4	Saída da cadeia	63	26	Cônjuge que inicia ou termina um emprego	26
5	Morte de um familiar próximo	63	27	Início ou fim de escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	24
8	Despedimento	47	30	Problemas com o patrão	23
9	Reconciliação conjugal	45	31	Mudança de condições ou horário de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave de familiar	44	33	Mudança de escola	20
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	19
13	Problemas sexuais	39	35	Mudança de actividade religiosa	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de actividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
16	Mudança na situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança do nº de reuniões familiares	15
18	Mudança do tipo de trabalho	36	40	Mudança dos hábitos alimentares	15
19	Alteração nº discussões c/cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30	43	Pequenas transgressões à lei	11
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29			

Figura – Avaliação da Escala de Readaptação Social de Homes e Rahes

A escala de readaptação Social de Homes e Rahes mede os eventos vitais, baseando-se na proposição de que o esforço exigido para que haja um reajuste após mudanças significativas na vida da família, cria desgaste que pode levar à perda de saúde. Nesta avaliação somou 103 pontos, significando que a probabilidade de vir a ter problemas de saúde é inferior a 37%.

A nossa intervenção junto desta família resulta de, na sequência de uma consulta de Saúde Infantil à criança, conclui-se que aos quatro meses apresenta baixa evolução ponderal mesmo fazendo aleitamento artificial, pelo que se inicia a alimentação diversificada e programa-se futuras visitas para reavaliação.

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos, critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos (Eisenstein,2005). Assim sendo neste jovem casal a mãe da criança é considerada adolescente e o pai jovem adulto. Alguns autores referem uma associação entre o comportamento sexual dos adolescentes e a pertença a contextos comunitários desfavorecidos (Carvalho, 2012). As desvantagens socioeconómicas estão associadas a fatores como menores oportunidades sociais e educacionais e pior acesso aos serviços de saúde (Carvalho, 2012), fracas condições de habitação, fracos recursos educacionais, desemprego, stress financeiro acrescido e

psicopatologia parental particularmente depressão e abuso de álcool e drogas. Estes adolescentes apresentam ainda menores competências pessoais, níveis motivacionais mais baixos e falta de modelos sociais bem-sucedidos (Carvalho, 2012). O adolescente vive um período de adaptação às mudanças dos papéis sociais nos novos grupos de referência, à percepção do corpo e da imagem sexual. A adolescência é um período de rápido desenvolvimento, de descoberta, de experiências e pesquisa sobre todos os aspetos da vida, inclusive sobre a atividade sexual (Carvalho, 2012). As adolescentes que decidem prosseguir a gestação e pretendem cuidar do bebé pertencem, apresentam baixas aspirações académicas e percebem como escassas as oportunidades profissionais, contudo, as atitudes acerca da parentalidade são perspectivadas de forma positiva, sendo aceite com maior naturalidade. Vários estudos internacionais referem que muitas adolescentes atribuem baixos custos a uma gravidez precoce, devido não só às baixas aspirações académicas e à percepção de escassas oportunidades profissionais, mas também porque a gravidez na adolescência parece constituir o meio mais adequado para as jovens obterem estatuto social e se tornarem independentes e responsáveis (Carvalho, 2012)). A gravidez precoce e consequente maternidade constitui um fenómeno esperado e alvo de valorização, em consequência da existência de padrões interrelacionais nos processos de gravidez na adolescência. Muitas destas jovens assistiram à gravidez das irmãs, das vizinhas, das cunhadas e mesmo as suas mães já foram mães adolescentes (Carvalho, 2012). No caso da família em estudo também a mãe foi mãe adolescente associando o facto da baixa escolaridade e perspectivas de emprego inexistentes, faz com que tenha sido uma gestação planeada e aceite.

Além de todas as transições normativas decorrentes da adolescência, este jovem casal foi confrontado em simultâneo com todas as transições intrínsecas de uma gravidez. Do ponto de vista da disciplina da Enfermagem, as transições que ocorrem ao longo do ciclo vital, sempre foram um foco de atenção muito importante para a prática de enfermagem e para investigação que suporta a mesma. Para Meleis (2010), o conceito de Transição é central para a disciplina de enfermagem, cujo foco de atenção se relaciona com o estudo da resposta humana face à confrontação com as transições de vida e cuja vivência é influenciada pelas condições pessoais e ambientais; experiências e expectativas; significados atribuídos à experiência; conhecimentos e habilidades adquiridas e o impacto da mudança no seu bem-estar. O enfermeiro possui competências específicas para intervir junto das pessoas, que vivem processos de transição. A partir da teoria e tendo em conta a forma como cada pessoa vivencia a transição, desenvolve a sua prática, com o objetivo de promover transições saudáveis, que culminam na construção da

saúde e bem-estar de cada indivíduo (Meleis, 2010). Por transições, compreende-se a passagem de um estado completamente estável para outro igualmente estável, estando subjacentes, pontos de mudança, os quais resultam no pressuposto de novos papéis e novas relações, que conduzem a novas auto conceções (Meleis, 2010). A transição é considerada saudável quando a pessoa demonstra domínio no desempenho do novo papel e quando incorpora na sua vida novas competências, melhorando a adaptação à realidade (Meleis, 2010).

A transição para a maternidade, no que se refere à sua natureza enquadra-se no tipo desenvolvimental e situacional, pois ocorre durante o ciclo vital da pessoa e obriga a uma definição ou redefinição dos papéis do indivíduo e família. Está diretamente relacionada com as características pessoais, assim como os significados atribuídos ao papel parental, bem como com os eventos críticos que possam surgir no decorrer do processo de tornar-se mãe (Meleis, 2000). Tornar-se mãe (ou pai) é uma transição especialmente crítica porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais como também na saúde e desenvolvimento das respetivas crianças (Meleis, 2000).

No primeiro contacto além da intervenção para capacitar a mãe sobre a alimentação diversificada, equacionei a motivação para que esta jovem mãe, voltasse ao curso que frequentava para lhe ser atribuído o 9º ano quando engravidou. No entanto após o segundo contacto e quando questionada sobre as suas motivações e o que gostaria de fazer no futuro, esta jovem verbalizou perentoriamente que a sua motivação atual é estar em casa a cuidar do filho, como fizeram a maior parte dos modelos que conhece. De acordo com o Modelo Transteórico de DiClemente (Carvalho,2012) este modelo, proposto para explicar a mudança de comportamento, considera a existência de 5 fases no processo de mudança - pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. O modelo representa um avanço teórico fundamental na compreensão do quando, como e porquê as pessoas mudam os seus comportamentos relacionados com a saúde. É um modelo centrado na pessoa, que contribui para a adequação da intervenção na medida em que nos ajuda a promover intervenções naquilo que é a zona de desenvolvimento proximal do indivíduo. Neste caso a R encontra-se na fase de pré contemplação, na qual não há intenção de mudança. Não existe crítica ou ambivalência face ao problema Consciencialização, um “pré-contemplador” é alguém que tem um problema, embora não esteja consciente dele. O objetivo da intervenção é a consciencialização através de estratégias de apoio como o desenvolvimento de pensamentos sobre mudanças, risco e benefícios.

Atualmente esta família está confortável com as suas decisões, ambições e motivações pois estão em conformidade com o projeto de vida que ambicionam. Então realizando um pensamento crítico isento de crenças e preconceitos sobre o que seria mais adequado para eles focou-se no que neste momento é importante para esta família, o crescimento saudável desta criança. Qual é a maior motivação desta jovem e deste jovem? Serem pais. Logo o enfermeiro de família deve investir na promoção de um desenvolvimento estado ponderal e motor adequado.

Pender constrói um modelo positivo que advoga que a saúde está ao alcance de todos, sendo que o modo como cada pessoa define a sua própria saúde é mais significativo que o conceito genérico de saúde. Integra diversos construtos e sustenta-se na teoria de aprendizagem e na psicologia social ( Alligood, 2004). Os comportamentos são desenvolvidos e alterados com base em avaliações pessoais sobre crenças e valores e na Teoria Cognitiva de aprendizagem, que refere que para alterar comportamentos o individuo tem necessidade de abarcar novos conhecimentos. Estes devem permitir uma reestruturação do pensamento e ainda que o individuo também altera comportamentos reagindo à motivação para resolver problemas e encontrar respostas. A Teoria de Aprendizagem Social defende que as pessoas criam objetivos para si mesmas e preveem os resultados prováveis de atos prospetivos para guiar e motivar seus esforços antecipadamente. Assim ao longo dos próximos meses acompanharemos esta família facultando-lhes todos os conhecimentos que poderão ser impulsionadores de mudança de comportamento.

O plano de cuidados foi realizado no sentido de capacitar no papel parental.

Foco – Papel Parental			
Conhecimento do Papel Parental Não Demonstrado			
Conhecimento do Papel Parental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial não demonstrado.</li> <li>• Aprendizagem de habilidades sobre técnicas de aleitamento artificial, não demonstradas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar os pais sobre aleitamento artificial.</li> <li>• Instruir os pais sobre técnicas de aleitamento artificial.</li> <li>• Instruir/ treinar os pais sobre técnicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facultado Folheto sobre aleitamento artificial.</li> <li>• Facultado folheto sobre alimentação diversificada no 1º ano de vida.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado á criança não demonstrado.</li> <li>• Conhecimento dos pais sobres vigilância de saúde, não demonstrado.</li> <li>• Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado á criança, não demonstrado.</li> <li>• Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes não demonstrada.</li> <li>• Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde e vacinação.</li> </ul>	<p>de aleitamento artificial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar os pais sobre vigilância de saúde.</li> <li>• Ensinar os pais sobre processo de vinculação.</li> <li>• Ensinar, instruir, treinar os pais sobre padrão alimentar adequado á criança.</li> <li>• Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequada à criança.</li> <li>• Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas á criança.</li> <li>• Ensinar os pais sobre Prevenção de acidentes.</li> <li>• Ensinar os pais sobre socialização.</li> <li>• Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil.</li> <li>• Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicosexual e social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agendamento da próxima consulta no livro de saúde infantil.</li> <li>• Facultado folheto sobre a prevenção de acidentes.</li> <li>• Facultado folheto sobre desenvolvimento cognitivo e motor.</li> </ul>
--	---	--	--

<p>Comportamento de adesão não demonstrado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância de acordo com a idade da criança.</li> <li>• Os pais promovem a ingestão nutricional adequada á criança não demonstrado.</li> <li>• Os pais promovem a higiene adequada á criança, demonstrado.</li> <li>• Os pais promovem um padrão de atividades de lazer adequada á criança, não demonstrado.</li> <li>• Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.</li> </ul>		

Até ao momento foi possível monitorizar os ganhos de saúde com ganho ponderal por parte de D. No entanto, foi feito reforço em alguns aspetos de forma a haver uma evolução mais evidente no desenvolvimento da criança uma vez que se mantém com uma baixa evolução ponderal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M (2000). (Des) Equilíbrios Familiares. Coimbra: Editora Quarteto.
- Aligood, M, R.; Tomey. (2004) Teorias de enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de enfermagem– 5ª edição (p. 163- 176), Loures: Lusociência
- Carvalho,P, (2012)- Fatores de influencia individuais para a ocorrência de gravidez na adolescência em Portugal Continental. Faculdade de Ciencias Sociais e Humanas.
- Eisenstein, E.(2005). Adolescência : Definições, conceitos e critérios. Acedido a 14 junho 2021. Retrieved from [http://adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=167](http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167)
- Stanhope.M, Lancaster, J, ( 1999) Enfermagem Comunitária – Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e indivíduos. 4ª edição. Lusociência Lisboa.
- Meleis A.I. (2012) Theoretical nursing: Development and progress. 5<sup>th</sup> ed Pensilvânia: Lipicott Williams & Wilkins; 2012
- Meleis, A. (2010). Transitions theory. Middle-range and situation-specific Ttheories in nursing research. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I, Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Wrigght,,L,Leahey,M (2004).Enfermeiras e Familias- Um Guia para avaliação e intervenção na família.Editora Roca

## APÊNDICE II – APRESENTAÇÃO USF BEIRA TEJO

# Projeto Ensino Clínico II

Ana Sofia Mendes

## Ensino Clínico II Enfermagem de cuidados de saúde à família

O Ensino Clínico II – Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, integra o 2.º semestre do Curso de Mestrado Enfermagem de Saúde Familiar

É espectável desenvolver competências especializadas de Enfermagem na prática Clínica

Uma das Competências comuns do enfermeiro especialista é melhoria continua da qualidade

Assim após a leitura do novo plano de ação e consulta do IDG Da Unidade de Saúde Beira Tejo, identificou dois indicadores com potencialidade de melhoria.

## Indicadores

2013.099.01

Taxa de utilização de  
consultas de  
Enfermagem a 3 anos

2013.015.01

Proporção de visitas  
domiciliárias realizadas  
ao RN nos primeiros  
anos de vida.

# 01

## Taxa de utilização de consultas de Enfermagem a 3 anos

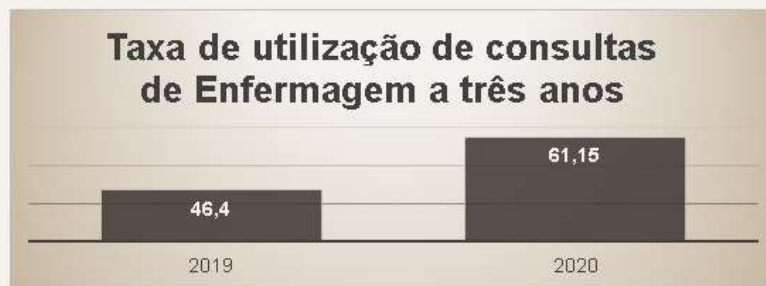
2013.099.01

## Taxa de utilização de consultas de Enfermagem a 3 anos

Entende-se como consulta de Enfermagem, a atividade de um profissional de saúde relacionada com um utente, de onde resulta um diagnóstico e um plano. Apesar do ponto de vista conceptual, uma consulta pressupõe a existência de um diagnóstico (ou avaliação) e de um plano, do ponto de vista. (ACSS,2017)

2013-003-01 FI	61 - Proporção utentes TA, q' cons. méd. vig. e PMV	FI	S	202012	10,00	10,00	100,00	100,00	72,340	72,34
2013-091-01 FI	91 - Proporção DM = 65 A, q' HbA1c <= 6,5 %	FI	N	202012	25,00	30,00	55,00	100,00	20,400	20,40
2013-091-01 FI	93 - Proporção utentes TA, q' PMV cumprido ou exceção	FI	N	202012	95,00	95,00	100,00	100,00	100,000	100,00
2013-094-01 FI	94 - Proporção utentes TA, q' PMV cumprido ou exceção	FI	N	202012	95,00	95,00	100,00	100,00	100,000	100,00
2013-095-01 FI	95 - Proporção utentes TA, q' PMV cumprido ou exceção	FI	S	202012	95,00	95,00	100,00	100,00	100,000	100,00
2013-097-01 FI	97 - Proporção DM q' monoterapias, último ano	FI	N	202012	75,00	80,00	100,00	100,00	65,417	65,42
2013-098-01 FI	98 - Proporção utentes >= 25 A, q' vacina bitano	FI	S	202012	95,00	95,00	100,00	100,00	90,211	90,21
2013-099-01 FI	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	FI	S	202012	10,00	71,00	100,00	100,00	61,159	61,16
2013-100-01 FI	100 - Taxa utiliz. consultas médicas ou enfer - 39 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	FI	S	202012	91,00	97,00	100,00	100,00	98,487	98,49
2013-161-01 FI	161 - Proporção utentes DM q' aval. risco nível pt	FI	S	202012	75,00	85,00	100,00	100,00	79,487	79,49
2013-162-01 FI	162 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	FI	S	202012	25,00	45,00	100,00	100,00	54,758	54,76
2013-169-01 FI	169 - Índice de acompanhamento, adequada L. Infante 2º ano	FI	S	202012	0,80	0,85	100,00	100,00	0,835	0,84
2013-174-01 FI	174 - Propor. DM2 q' indic. insul., em tempo adequada	FI	S	202012	75,00	85,00	100,00	100,00	70,000	70,00

## Concretização da taxa de utilização de consultas de enfermagem a três anos.



BI CSP 2020

## Sugestões:

- ver no dia anterior a agenda médica, identificar utentes que não tenham consulta de Enfermagem no presente ano e agendar também consulta de Enfermagem.
- Cada vez que é realizado um contacto telefónico para convocar para vacinação podemos colocar consulta não presencial e mesmo não sendo consulta direta alimenta o indicador e analisando a definição de consulta de Enfermagem, identificamos focos de intervenção, avaliamos adesão à vacinação e planeamos nova intervenção.
- Retirar dados do mimuf e identificar os utentes não cumpridores, ou seja, que não tiveram consulta nos últimos três anos e convidá-los a uma consulta de Enfermagem.

## Compromisso, resultado esperado



Resultado aceite,  
proporção 1 ponto

**70 a 75%**



Resultado esperado,  
proporção 2 pontos

**75% a 100%**

Nola Pender diz-nos que o comportamento para atingir o bem estar, busca as potencialidades, entendendo as limitações, valorizando o bem estar encontrado.  
([Aligood, 2004](#))

# 02

## Proporção de visitas domiciliárias realizadas aos RN nos primeiros 15 dias de vida

2013.015.01

## Proporção de visitas domiciliárias realizadas aos RN nos primeiros 15 dias de vida

O RN necessitam de cuidados que assegurem um correto desenvolvimento físico e emocional, logo os que dele cuidam têm um papel determinante nessa prestação de cuidados, é essencial que os enfermeiros promovam os cuidados centrados na família, com o estabelecimento de uma parceria de cuidados, para maximizar e potenciar a saúde e o bem-estar do RN.

Para conseguirmos conhecer mais profundamente e de forma adequada as famílias, as suas relações e o seu meio envolvente, deveremos realizar **VD**, porque é durante as mesmas que os enfermeiros identificam o ambiente social e familiar e intervêm na família, promovendo a participação de todos os membros, e ainda, criam redes de apoio e interligação com recursos da comunidade adequados, para cada problema identificado e para cada família específica.

ID	Designação indicador (+ID)	Tipo	Exclução	IDG	Mês Ind.	In. Ac.	Min. Esper.	Máx. Esper.	Máx. Acab.	Resultado	Score
2013.010.01 FI	10 - Taxa de utilização de consultas de PP (med)	FI	N	202012	75,00	45,00	55,00	65,00	39,118	1,00	
2013.011.01 FI	11 - Proporção grav. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	FI	S	202012	70,00	75,00	100,00	100,00	93,333	2,00	
2013.014.01 FI	14 - Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 20 dias vida	FI	N	202012	85,00	95,00	100,00	100,00	97,297	3,00	
2013.015.01 FI	15 - Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	FI	N	202012	30,00	50,00	100,00	100,00	27,777	0,00	
2013.016.01 FI	16 - Proporção crianças c/ 6+ cons. 15 - Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida	FI	N	202012	65,00	70,00	100,00	100,00	70,000	2,00	
2013.017.01 FI	17 - Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano	FI	N	202012	65,00	70,00	100,00	100,00	66,666	1,00	
2013.018.01 FI	18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	FI	S	202012	70,00	80,00	100,00	100,00	64,160	0,00	
2013.019.01 FI	19 - Proporção de hipertensos com PA em cada semestre	FI	N	202012	65,00	75,00	100,00	100,00	30,376	0,00	
2013.020.01 FI	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	FI	S	202012	50,00	67,00	100,00	100,00	40,972	0,00	
2013.023.01 FI	23 - Proporção hipertensos com risco CV (3 AJ)	FI	S	202012	70,00	80,00	100,00	100,00	62,237	0,00	
2013.030.01 FI	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	FI	S	202012	40,00	50,00	100,00	100,00	39,941	0,00	
2013.031.01 FI	31 - Proporção crianças 7A, c/ peso e altura (5; 7A)	FI	N	202012	85,00	90,00	100,00	100,00	59,574	0,00	
2013.032.01 FI	32 - Proporção jovens 14A, c/ peso e altura (11; 14A)	FI	N	202012	85,00	90,00	100,00	100,00	36,170	0,00	
2013.034.01 FI	34 - Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	FI	S	202012	45,00	55,00	100,00	100,00	70,672	1,00	
2013.035.01 FI	35 - Proporção OM com exame pós último ano	FI	N	202012	80,00	85,00	100,00	100,00	79,487	0,00	

(BI CSP, 2020)

## Concretização da taxa de utilização de consultas de enfermagem a três anos.



BI CSP 2020

## Sugestões:

- Durante as consultas de vigilância de saúde materna, promover esta visita ao RN e Família.
- Facultar a possibilidade de realizar o rastreio de doenças metabólicas no domicílio e a monitorização do peso do recém-nascido, bem como observação da puérpera e Família.
- Se não for possível realizar o rastreio de doenças metabólicas no domicílio, procede-se à realização do mesmo em ambulatório e agenda-se visita domiciliária até aos 15 dias.
- Sempre que possível realizar a visita domiciliária em equipa de família

## Compromisso, resultado esperado



Resultado aceite,  
proporção 1 ponto

**30 a 50%**



Resultado esperado,  
proporção 2 pontos

**50% a 100%**

A melhoria destes indicadores traduzem ganhos em saúde e em acessibilidade, para a Unidade de Saúde.



APÊNDICE III – RESULTADOS DAS PESQUISAS NAS BASES DE DADOS CINAHL  
Complete e MeDLINE complete

EBSCO host selecionada as bases de dados CINAHL Complete e MeDLINE Complete	
“protocols” AND “house Calls” AND “newborn”	
Estudo 1	
Tipo de literatur a	Artigo Científico
País	Ganda
Título	- Evaluation of a package of continuum of care interventions for improved maternal, newborn, and child health outcomes and service coverage in Ghana: A clusterrandomized trial
Autores	Akira ShibanimaI, Evelyn Korkor Ansah, Kimiyo KikuchiI, Francis Yeji, Sumiyo OkawaI, Charlotte Tawiah , Keiko Nanishi, Sheila Addei , John Williams , Kwaku Poku Asante , Abraham Oduro , Seth Owusu-Agyei, Margaret Gyapong, Gloria Quansah Asare , Junko YasuokaI, Abraham Hodgson , Masamine JimbaI, the Ghana EMBRACE Implementation Research Project Team
Objetivo	Avaliar a eficácia de um pacote integrado de intervenções junto de mulheres grávidas e puérperas de forma a influenciar a morbilidade e mortalidade dos pares mulher /criança no Gana.
Tipo de Estudo	Estudo controlado, realizado a mulheres grávidas e puérperas, em três locais do serviço de saúde do Gana entre 2014 e 2015.
Conclusão	O pacote de intervenções realizadas no domicílio diminuiu as complicações maternas que requeriam hospitalização durante a gravidez e a mortalidade materna, no entanto não foram encontradas evidências de redução da mortalidade perinatal e neonatal.
Data	25 junho 2021
Link	<a href="https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&amp;sid=739a2378-ee42-4e19-b0fe-aa82bf42b77b%40redis">https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&amp;sid=739a2378-ee42-4e19-b0fe-aa82bf42b77b%40redis</a>
Estudo 2	

Tipo de literatura	Artigo Cientifico
País	Estados Unidos da América
Título	Protocol for a randomized controlled trial evaluating the impact of the Nurse-Family Partnership’s home visiting program in South Carolina on maternal and child health outcomes
Autores	Margaret McConnell1, R. Annetta Zhou, Michelle W. Martin , Rebecca Gourevitch , Maria Steenland , Mary Ann Bates , Chloe Zera, Michele Hacker, Alyna Chien and Katherine Baicker
Objetivo	Avaliar o impacto do serviço de visita domiciliária, Nurse family, na Carolina do Sul em famílias de baixo rendimento, durante o período de transição para a parentalidade e primeira infância
Tipo de Estudo	ensaio clínico a uma população de 6000 pessoas
Conclusão	O estudo comprovou a eficácia do enfermeiro de família na otimização da saúde e o bem-estar das mães de baixo rendimento. O impacto da visita domiciliária nas famílias, facilitou os decisores políticos na tomada de decisão de algumas estratégias de intervenção.
Data	2020
Link	<a href="https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&amp;sid=739a2378-ee42-4e19-b0fe-aa82bf42b77b%40redis">https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&amp;sid=739a2378-ee42-4e19-b0fe-aa82bf42b77b%40redis</a>
<b>Estudo 3</b>	
Tipo de literatura	Artigo Cientifico
País	Holanda
Título	Study protocol: randomized controlled trial of manualized components in home visitation to reduce mothers’ risk for child maltreatment

Autores	Merel de Wit , Patty Leijten , Claudia van der Put , Jessica Asscher, Merian Bouwmeester-Landweer and Maja Deković
Objetivo	Testar a visita domiciliar de Enfermagem, evidenciando possíveis melhorias no sentido de prevenir os maus-tratos infantis, visando quatro fatores. Estes fatores são a baixa Auto eficiência dos pais, alto nível de stress, raiva dos pais e stress pós-traumático.
Tipo de Estudo	Estudo científico controlado a uma população de 398 pessoas escolhidas aleatoriamente, inscritas num programa destinado a famílias com risco acrescido de maus tratos, no âmbito da visita domiciliária na Holanda.
Conclusão	Nas famílias de risco foram confirmados ganhos em de saúde com diminuição da mortalidade materna e infantil e redução de comportamentos de risco.
Data	2020
Link	<a href="https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&amp;sid=93ac05a2-456c-4f21-9355-d959302db511%40redis">https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&amp;sid=93ac05a2-456c-4f21-9355-d959302db511%40redis</a>
<b>Estudo 4</b>	
Tipo de literatura	Artigo Científico
País	India
Título	Are stage-based health information messages effective and good value for money in improving maternal newborn and child health outcomes in India? Protocol for an individually randomized controlled trial
Autores	Amnesty LeFevre1 , Smisha Agarwal , Sara Chamberlain , Kerry Scott , Anna Godfrey , Rakesh Chandra , Aditya Singh , Neha Shah , Diva Dhar , Alain Labrique , Aarushi Bhatnagar and Diwakar Mohan
Objetivo	Criar um protocolo com métodos para avaliar a eficácia e a relação custo benefício de Kilkari, que é um serviço de entrega de mensagens com áudio, semanais cujo tema abordado é gravidez, parto e cuidados infantis em 13 estados da India

Tipo de Estudo	Ensaio clínico controlado, a 5 mil gestantes escolhidas aleatoriamente. Estas mulheres serão seguidas desde o terceiro trimestre de gravidez até ao 1º ano após a gravidez.
Conclusão	A iniciativa de enviar mensagens, demonstrou um efeito significativo na utilização dos serviços de saúde. Constatou-se uma redução da mortalidade perinatal, bem como o aumento de uso de mosquiteiros para as grávidas e crianças, assim como maior adesão à amamentação. Dado o sucesso dos resultados alcançados, as entidades de saúde anunciaram estender este projeto a mais vinte e oito distrito.
Data	2019
Link	<a href="https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&amp;sid=93ac05a2-456c-4f21-9355-d959302db511%40redis">https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&amp;sid=93ac05a2-456c-4f21-9355-d959302db511%40redis</a>
<b>Estudo 5</b>	
Tipo de literatura	Artigo Científico
País	Noruega
Título	Feasibility and acceptability of an early home visit intervention aimed at supporting a positive mother–infant relationship for mothers at risk of postpartum depression.
Autores	Rakel Aasheim Greve MCW , Hanne Cecilie Braarud Dr. Psychol, Siv Skotheim PhD and Kari Slinning Dr.Psychol.
Objetivo	Avaliar a viabilidade e aceitabilidade da visita domiciliária precoce, visando apoiar as mães com risco de depressão no puerpério.
Tipo de Estudo	Estudo aberto a um total de 15 grávidas e 10 parceiros, recrutados entre as 24 e 28 semanas em clínicas da Noruega. A experiência dos pais foi conhecida através de cinco entrevistas a que se realizou uma análise qualitativa.
Conclusão	Os resultados deste estudo demonstraram que este projeto pode ser elegível para um programa de visitas domiciliárias no período pós-parto, sendo altamente aceitável

	para os pais em risco de depressão. Estas visitas foram realizadas por Enfermeiras Parteiras e por Enfermeiras de Saúde Pública.
Data	2018
Link	<a href="https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&amp;sid=6f666ccb-f0cb-42dc-b936-d1d686c41a25%40redis">https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&amp;sid=6f666ccb-f0cb-42dc-b936-d1d686c41a25%40redis</a>
Estudo 6	
Tipo de literatura	Artigo Científico
País	Dinamarca
Título	What are the effects of supporting early parenting by enhancing parents' understanding of the infant? Study protocol for a cluster-randomized community-based trial of the Newborn Behavioral Observation (NBO) method
Autores	Ingeborg Hedegaard Kristensen* and Hanne Kronborg
Objetivo	Investigar os efeitos da visita domiciliária do profissional de saúde no recém-nascido.
Tipo de Estudo	Estudo aleatório em que é realizada a observação comportamental de novos pais em quatro municípios dinamarqueses. Foram recrutadas 2800 novas famílias na primeira visita domiciliária após o parto. São realizados questionários e gravações de vídeo, na 1ª semana de vida, aos três meses, aos 9 meses e aos 18 meses. Esta visita tem como finalidade apoiar a parentalidade precoce aumentando o conhecimento dos pais promovendo uma melhor saúde física Psicosocial e cognitiva do recém-nascido.
Conclusão	Neste estudo foi monitorizado as mudanças de comportamento desde a primeira semana de vida do recém-nascido até aos 18 meses. Concluiu-se existir mais inseguranças por parte do pai em responder as necessidades da criança. O parto pré-termo manifestou-se um fator indutor de insegurança influenciando a relação dos pais com a criança. Este estudo demonstrou uma diminuição de inseguranças e situações de stress bem como uma redução da depressão pós-parto nas situações acompanhadas. Na Dinamarca a depressão pós-parto afeta entre 7 a 15% das puérperas.

Data	2017
Link	<a href="https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&amp;sid=77463292-3ec4-4449-bfcf-917185feddd4%40redis">https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&amp;sid=77463292-3ec4-4449-bfcf-917185feddd4%40redis</a>
Estudo 7	
Tipo de literatura	Artigo Científico
País	Nigéria
Título	Impact of universal home visits on maternal and infant outcomes in Bauchi state, Nigeria: protocol of a cluster randomized controlled trial
Autores	Anne Cockcroft1, Khalid Omer, Yagana Gidado , Adamu Ibrahim Gamawa and Neil Andersson
Objetivo	Demonstrar o impacto das visitas domiciliárias nos resultados materno infantis no estado de Bauchi na Nigéria.
Tipo de Estudo	Estudo aleatório de famílias cujas visitas domiciliárias se iniciam durante a gravidez em que são realizadas a cada dois meses, após o parto e um ano depois do parto. São apresentados vídeos com informação sobre determinados conhecimentos e atitudes. Pretende-se conhecer as implicações na redução da mortalidade e morbilidade através dos conhecimentos transmitidos na visita domiciliária.
Conclusão	Com a utilização da visita domiciliária como ferramenta para reduzir a mortalidade materna e neonatal, num país onde a mortalidade materna era de 814 por 100000 habitantes, concluiu tratar-se de uma prática de sucesso traduzindo-se numa redução da mortalidade neonatal e mortalidade e morbilidade materna
Data	2018
Link	<a href="https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&amp;sid=73459ac0-bd1b-4c27-834a-b4b98c303ac7%40redis">https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&amp;sid=73459ac0-bd1b-4c27-834a-b4b98c303ac7%40redis</a>
Estudo 8	

Tipo de literatura	Artigo Científico
País	India
Título	Upscaling Participatory Action and Videos for Agriculture and Nutrition (UPAVAN) trial comparing three variants of a nutrition-sensitive agricultural extension intervention to improve maternal and child nutritional outcomes in rural Odisha, India: study protocol for a cluster randomised controlled trial
Autores	Suneetha Kadiyala, Audrey Prost, Helen Harris-Fry, Meghan O’Hearn, Ronali Pradhan, Shibananth Pradhan, Naba Kishore Mishra, Suchitra Rath, Nirmala Nair, Shibananth Rath, Prasantha Tripathy, Sneha Krishnan, Peggy Koniz-Booher, Heather Danton, Diana Elbourne, Joanna Sturgess, Emma Beaumont , Hassan Haghparast-Bidgoli, Jolene Skordis-Worrall , Satyanarayan Mohanty , Avinash Upadhay and Elizabeth Allen
Objetivo	Conhecer o impacto da agricultura sensível á nutrição por meio de abordagem participativa e baseada em vídeos sobre nutrição
Tipo de Estudo	Artigo científico, estudo aleatório realizado a 37 grupos de 800 moradores. São realizadas formações sobre a agricultura sensível á nutrição e alimentos privilegiados no combate à desnutrição
Conclusão	A desnutrição materna e infantil tem consequências adversas na gravidez contribuindo para maior morbidade e mortalidade quer materna quer infantil. Este facto associado a um baixo nível de educação e produtividade acentua a importância de intervenção a nível de nutrição. Assim ao longo de 32 meses, foram monitorizados crianças entre os 6 e os 23 meses que consumindo quatro dos sete alimentos aconselhados, por dia resultando num aumento do índice de massa corporal. O mesmo foi evidente nas puérperas até aos 42 dias pós-parto
Data	2018
Link	<a href="https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&amp;sid=561a8420-8379-4d67-9fb3-e4209d14e31e%40redis">https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&amp;sid=561a8420-8379-4d67-9fb3-e4209d14e31e%40redis</a>
Estudo 9	

Tipo de literatur a	Artigo Cientifico
País	Holanda
Título	Effectiveness of a psycho-educational intervention to prevent postpartum parental distress and enhance infant well-being: study protocol of a randomized controlled trial.
Autores	Denissen J; van Straten A
Objetivo	Examinar a eficácia de uma intervenção psicológica e educacional para prevenir o sofrimento parental após o parto e melhorar os cuidados com vista ao bem estar infantil.
Tipo de Estudo	Artigo científico com base num estudo aleatório controlado a 128 mulheres e seus parceiros na Holanda. São facultados um conjunto de vídeos, uma visita domiciliária das 34 às 36 semanas, um telefonema as 4 semanas e visita domiciliária aos 2, 6 e 10 semanas após o parto.
Conclusão	Realizado estudo de forma a perceber a eficácia da intervenção psicológica e educacional realizada entre as 34 e 36 semanas com a finalidade de prevenir o sofrimento parental após o parto e melhorar os cuidados visando o bem estar infantil. No entanto ainda não se encontram publicados os resultados deste projeto.
Data	2016
Link	<a href="https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&amp;sid=561a8420-8379-4d67-9fb3e4209d14e31e%40redis&amp;bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=29301586&amp;db=mdc">https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&amp;sid=561a8420-8379-4d67-9fb3e4209d14e31e%40redis&amp;bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=29301586&amp;db=mdc</a>
Estudo 10	
Tipo de literatur a	Artigo Cientifico
País	Africa do Sul
Título	To evaluate if increased supervision and support of South African Government health workers' home visits improves maternal and child outcomes: study protocol for a randomized control trial

Autores	Mary Jane Rotheram-Borus, Karl Le Roux, Ingrid M. Le Roux, Joan Christodoulou, Christina Laurenzi , Nokwanele Mbewu and Mark Tomlinson
Objetivo	Examinar os benefícios da prestação de contas e supervisão continua no âmbito de um programa de visitas domiciliárias dos profissionais de saúde da comunidade por forma a garantir a eficácia deste programa na Africa do Sul Oriental
Tipo de Estudo	Estudo aleatório realizado em 8 clínicas que realizam visitas domiciliárias a todas as puérperas e recém nascidos. Este estudo visa avaliar a implementação da auditoria e supervisão de prestação de contas e procedimentos.
Conclusão	Este estudo tinha o intuito de garantir a realização de visitas domiciliárias a todas as grávidas e seus filhos até completarem dois anos. Oito clínicas foram referenciadas para garantir a execução do estudo e avaliar a implementação rotineira de supervisão e prestação de contas bem como garantir procedimentos e monitorização dos grupos aos longo dos primeiros dois anos de vida.
Data	2017
Link	<a href="https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&amp;sid=561a8420-8379-4d67-9fb3-e4209d14e31e%40redis">https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&amp;sid=561a8420-8379-4d67-9fb3-e4209d14e31e%40redis</a>
<b>Estudo 11</b>	
Tipo de literatura	Artigo Cientifico
País	India
Título	Impact of community-initiated Kangaroo Mother Care on survival of low birth weight infants: study protocol for a randomized controlled trial
Autores	Sarmila Mazumder , Sunita Taneja , Suresh Kumar Dalpath , Rakesh Gupta , Brinda Dube , Bireshwar Sinha , Kiran Bhatia , Sachiyo Yoshida , Ole Frithjof Norheim , Rajiv Bahl , Halvor Sommerfelt, Nita Bhandari and Jose Martines
Objetivo	Determinar o impacto do método mãe canguru na sobrevivência de recém nascidos baixo peso.
Tipo de Estudo	Estudo aleatório controlado realizado no distrito de Palwal e Faridabad na India. Aos RN com peso entre 1500 e 2250 gr identificados nos primeiros três dias de vida são realizadas visitas domiciliárias até ao sexto mês de vida. Com este estudo pretende-

	se avaliar a morbilidade e mortalidade, tal como a prática da amamentação e prevalência de algumas doenças.
Conclusão	Foi colocado em prática este projeto com vista a reduzir a mortalidade e morbilidade infantil, no entanto ainda não foi conhecido o resultado do estudo, não tendo ainda sido comprovado a eficácia do projeto.
Data	2017
Link	<a href="https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&amp;sid=527902c1-cb1b-40e5-bf14-726382dfc588%40redis">https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&amp;sid=527902c1-cb1b-40e5-bf14-726382dfc588%40redis</a>
<b>Estudo 12</b>	
Tipo de literatura	Artigo Cientifico
País	Reino Unido
Título	The NSPCC UK Minding the Baby® (MTB) home-visiting programme, supporting young mothers (aged 14–25) in the first 2 years of their baby's life: study protocol for a randomised controlled trial
Autores	Elena Longhi <sup>1</sup> , Lynne Murray, Rachael Hunter , David Wellsted, Samantha Taylor-Colls , Kathryn MacKenzie , Gwynne Rayns , Richard Cotmore, Peter Fonagy and Richard M. Pasco Fearon.
Objetivo	Identificar a qualidade da sensibilidade materna, apego e do desenvolvimento infantil no Reino Unido
Tipo de Estudo	Estudo aleatório controlado a uma população alvo de 200 participantes grávidas pela primeira vez. Em que 100 destas grávidas são acompanhadas por este projeto e as restantes 100 recebem o habitual acompanhamento. Este estudo acompanha as grávidas a partir do terceiro trimestre até aos 2 anos de vida da criança.
Conclusão	Este estudo debruçou-se sobre mães sujeitas a um ambiente desfavorecido em que se veem confrontadas com dificuldades ambientais, pobreza, isolamento social, história de abusos e depressão. Este projeto visava promover a sensibilização do cuidador e promover resultados socio emocionais da criança e da mãe. A atenção deste estudo recai sobre jovens mães pela primeira vez. Estas grávidas recebem visitas domiciliárias de uma equipa multidisciplinar que direciona a sua intervenção para a promoção da saúde e da saúde mental. Estas visitas iniciam-se no 3º trimestre e tem

	continuidade até aos 2 anos de vida. Ao momento da consulta ainda não estão publicados os resultados.
Data	2016
Link	<a href="https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&amp;sid=760b091c-f612-413a-9d7f-b15500276fa0%40redis">https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&amp;sid=760b091c-f612-413a-9d7f-b15500276fa0%40redis</a>
Estudo 13	
Tipo de literatur a	Artigo Cientifico
País	Madagascar
Título	A cluster-randomized, controlled trial of nutritional supplementation and promotion of responsive parenting in Madagascar: the MAHAY study design and rationale
Autores	– Lia C. H. Fernald <sup>1</sup> , Emanuela Galasso , Jumana Qamruddin , Christian Ranaivoson , Lisy Ratsifandrihamanana , Christine P. Stewart and Ann M. Weber
Objetivo	Testar os efeitos e a relação custo benefício de intervenções para combater a desnutrição crónica, a pobreza e o desenvolvimento infantil
Tipo de Estudo	Estudo controlado aleatório que abrange um universo de 1250 mulheres grávidas. Neste estudo é realizada visita domiciliária para aconselhamento nutricional, suplementação baseada em lipídios para crianças de 6 a 18 meses, suplementação das grávidas e lactentes e visitas domiciliárias para desenvolver o desenvolvimento infantil. Após a execução destas atividades é feita uma monitorização, que envolve dados como a estatura, peso, idade, desenvolvimento infantil e a morbilidade infantil em Madagascar.
Conclusão	Mais de metade das crianças do mundo sofrem de má nutrição que acarreta consequências nefastas como atraso no desenvolvimento, físico, mental e cognitivo. Este estudo focou-se em 1250 mulheres grávidas. A estas grávidas foi realizada

	monitorização mensal, visitas domiciliárias, aconselhamento nutricional e suplementação baseada em lípidos, das grávidas e lactentes, de forma a promover o desenvolvimento infantil. O acompanhamento tinha a duração de um ano e não foram publicados resultados.
Data	2016
Link	<a href="https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&amp;sid=f14fe1c4-80bf-4ad0-839f-2e148abda616%40redis">https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&amp;sid=f14fe1c4-80bf-4ad0-839f-2e148abda616%40redis</a>
Estudo 14	
Tipo de literatura	Artigo Científico
País	India
Título	Participatory women’s groups and counselling through home visits to improve child growth in rural eastern India: protocol for a cluster randomised controlled trial
Autores	Nirmala Nair , Prasanta Tripathy, Harshpal S Sachdev , Sanghita Bhattacharyya , Rajkumar Gope1 , Sumitra Gagrai , Shibanand Rath , Suchitra Rath , Rajesh Sinha , Swati Sarbani Roy , Suhas Shewale , Vijay Singh , Aradhana Srivastava , Hemanta Pradhan , Anthony Costello , Andrew Copas , Jolene Skordis-Worrall , Hassan Haghparast-Bidgoli , Naomi Saville and Audrey Prost
Objetivo	Avaliar o impacto , custo benefício e estabilidade uma intervenção comunitária para melhorar o crescimento de crianças menores de 2 anos na India
Tipo de Estudo	Estudo aleatório controlado qualitativo em dois distritos rurais da India, Jharkhand e Odisha
Conclusão	Era realizada uma visita domiciliária a todas as grávidas no 3º trimestre de gestação. Após esta visita era realizada uma visita domiciliária a todas as crianças dos zero aos vinte e quatro meses. Este seguimento ocorre em sete momentos, visita durante o terceiro trimestre de gestação, dentro de 72 horas após o parto, aos 3,6,9,12 e 18 meses. Este estudo teve como população alvo 2520 mães e filhos. Não são conhecidos resultados obtidos com a implementação deste projeto.
Data	2015

Link	<a href="https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&amp;sid=2d312590-e6e4-40e9-a7b9-b191f2b0cfd%40redis">https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&amp;sid=2d312590-e6e4-40e9-a7b9-b191f2b0cfd%40redis</a>
Estudo 15	
Tipo de literatura	Artigo Cientifico
País	
Título	A Neighborhood-Based Approach to Population Health in the Pediatric Medical Home
Autores	Courtney M. Brown • Jana Perkins • Annette Blust • Robert S. Kahn
Objetivo	– Avaliar as estratégias de saúde para associar uma criança a uma equipa de saúde, em famílias de baixo rendimento através de visitas domiciliárias da equipa multidisciplinar.
Tipo de Estudo	Estudo controlado aleatório a um universo de 550 crianças nascidas no ano.
Conclusão	Neste estudo foram efetuados telefonemas a um grupo de famílias e a outro grupo foram apenas dirigidas mensagens. Os telefonemas realizados visavam felicitar a família pelo acontecimento, e neste telefonema de forma oportunista informam a possibilidade de usufruírem de uma visita domiciliária o que levou a uma queda de 30 % na idade da primeira consulta passando esta a ocorrer aos 10,1 dia, em vez dos 14,4. No grupo em que foi apenas enviada mensagem não houve redução da idade da primeira consulta. Aos quatro meses o número de consultas aumentou de 35% para 59% no grupo a que era realizado contacto telefónico.
Data	2015
Link	<a href="https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&amp;sid=2d312590-e6e4-40e9-a7b9-b191f2b0cfd%40redis">https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&amp;sid=2d312590-e6e4-40e9-a7b9-b191f2b0cfd%40redis</a>
Estudo 16	
Tipo de literatura	Artigo Cientifico

País	Estados Unidos da América
Título	Does Additional Prenatal Care in the Home Improve Birth Outcomes for Women with a Prior Preterm Delivery? A Randomized Clinical Trial
Autores	Melanie Lutenbacher, Patricia Temple Gabbe, Sharon M. Karp, Mary S. Dietrich, Deborah Narrigan, Lavenia Carpenter, William Walsh.
Objetivo	Avaliar um sistema de cuidados projetados para reduzir os partos pré termo numa amostra de mulheres grávidas com história de parto pré termo na gestação anterior.
Tipo de Estudo	Ensaio clínico, estudo controlado aleatório 217 grávidas em que o critério de elegibilidade do estudo inclui uma gravidez confirmada com tempo de gestação inferior a 24 semanas e um parto prematuro anterior com nado vivo.
Conclusão	Neste estudo estas grávidas foram divididas em dois grupos, um de controlo de 104 mulheres e um de 113 para grupo de intervenção a quem eram realizadas visitas domiciliárias de enfermagem. A média de idade da amostra foi 27,6 anos, com frequência no ensino superior a 13 anos. Destas 36% eram afroamericanas, 73% casadas ou em união de facto e 40% eram empregadas temporárias. A idade gestacional média foi 15 semanas e 3 dias, mais de 40% das mulheres tinham antecedentes de parto pre termo anterior, 62% com antecedentes de parto espontâneo com perda com mais de 15 semanas. As mulheres incluídas no grupo de intervenção tiveram menor período de hospitalização, menor percentagem de cesarianas e mais consultas pré-natais.
Data	2014
Link	<a href="https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&amp;sid=6026db6e-85af-46ee-92e4-6bc66e4f155b%40redis">https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&amp;sid=6026db6e-85af-46ee-92e4-6bc66e4f155b%40redis</a>
Estudo 17	
Tipo de literatura	Artigo Cientifico
País	Uganda

Título	The Uganda Newborn Study (UNEST): an effectiveness study on improving newborn health and survival in rural Uganda through a community-based intervention linked to health facilities - study protocol for a cluster randomized controlled trial
Autores	Peter Waiswa, Stefan S Peterson, Gertrude Namazzi, Elizabeth Kiracho Ekirapa , Sarah Naikoba , Romano Byaruhanga , Juliet Kiguli , Karin Kallander, Abner Tagoola , Margaret Nakakeeto and George Pariyo1
Objetivo	Adaptar, desenvolver e financiar um sistema que integra um pacote de cuidados materno infantis no domicílio, ligando os cuidados comunitários aos sanitários no Uganda.
Tipo de Estudo	Artigo científico, estudo controlado aleatório realizado em dois distritos do Uganda.
Conclusão	Neste estudo foram criados o grupo controlo com 32 aldeias e o grupo de intervenção com 31. A este último foram realizadas duas visitas domiciliárias antes do parto e três depois do parto de forma a monitorizar ganhos em saúde, no entanto até ao momento não foram publicados resultados.
Data	2012
Link	<a href="http://www.trialsjournal.com/content/13/1/213">http://www.trialsjournal.com/content/13/1/213</a> <a href="https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&amp;sid=1dc560ed-ac70-4685-a8b5-fff59a8090bd%40redis">https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&amp;sid=1dc560ed-ac70-4685-a8b5-fff59a8090bd%40redis</a>
Estudo 18	
Tipo de literatura	Artigo Cientifico
País	Africa do Sul
Título	Philani Plus (+): A Mentor Mother Community Health Worker Home Visiting Program to Improve Maternal and Infants' Outcomes
Autores	Mary Jane Rotheram-Borus & Ingrid M. le Roux & Mark Tomlinson & Nokwanele Mbewu & W. Scott Comulada & Karl le Roux & Jacqueline Stewart & Mary J. O'Connor & Mary Hartley & Kate Desmond & Erin Greco & Carol M. Worthman & Faith Idemundia & Dallas Swendeman

Objetivo	Operacionalizar o programa de intervenção com conteúdos e atividades a abordar o HIV, o álcool, transtornos mentais, rotinas diárias saudáveis e avaliar a eficácia das mães mentoras.
Tipo de Estudo	Estudo aleatório controlado a 40 mulheres que aceitaram receber formação de mae mentora.
Conclusão	No final deste projeto apenas 13 destas mulheres foram contratadas.
Data	2011
Link	<a href="https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&amp;sid=1dc560ed-ac70-4685-a8b5-fff59a8090bd%40redis">https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&amp;sid=1dc560ed-ac70-4685-a8b5-fff59a8090bd%40redis</a>

## APÊNDICE IV - QUESTIONÁRIO PARA CONSULTA DE PERITOS.



## **MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

**2º ANO, 3º SEMESTRE; ANO LETIVO: 2021/2022**

### **Consentimento Informado e Esclarecido**

#### **Título do estudo: Protocolo de Intervenção do Enfermeiro Especialista na Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Família**

**Enquadramento:** A OMS (2009) sugere a primeira visita domiciliária ao recém-nascido e família nas primeiras vinte e quatro horas após o parto, a segunda visita entre o segundo dia e o terceiro, uma terceira visita entre o sétimo e o décimo quarto dia após o parto e a quarta por volta das seis semanas. Por outro lado, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), faz referência à visita domiciliária ao recém-nascido nos primeiros dias após a alta em caso de doença prolongada ou crónica e quando são identificados riscos na família.

Venho solicitar a sua participação, como Perito, no preenchimento do questionário em anexo, quanto à sua opinião sobre a periodicidade, mais pertinente, para a realização da visita domiciliária ao recém-nascido e família bem como as intervenções prioritizadas.

**Objetivos:** Recolher contributos de Peritos sobre a visita domiciliária ao recém-nascido e família, pelo Enfermeiro de família.

As informações obtidas poderão ser publicadas, garantido o anonimato, e serão destruídos no prazo de 5 anos.

**Condições e financiamento:** Não haverá pagamento de deslocações ou contrapartidas; e os custos do estudo serão integralmente suportados pelos investigadores.

**Mencionar o carácter voluntário da participação:** O preenchimento dos questionários será totalmente voluntário, não havendo qualquer penalização caso não queira participar e poderá desistir a qualquer momento. O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria.

**Confidencialidade e anonimato:** os dados serão recolhidos através de um questionário que não têm questões que identifiquem o participante, sendo garantido o anonimato. Qualquer que seja o acesso ao preenchimento do questionário estes serão recolhidos de forma anónima através de correio interno. Os dados serão trabalhados pelos investigadores que garante confidencialidade e uso exclusivo para o presente estudo;

**Disponibilidade:** A investigadora agradece a sua participação e disponibiliza-se para esclarecer as dúvidas que possam surgir no preenchimento do questionário, através do seguinte contacto:  
Ana Sofia Amaro Mendes

email: amaromendesana@gmail.com      Telemóvel: 969006246

Assinatura: Ana Sofia Amaro Mendes

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

### **Consentimento do participante**

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “**Protocolo de Intervenção do Enfermeiro de família na Visita Domiciliária ao Recém-nascido e Família**” sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data: ..... / ..... / .....

1. **HÁ QUANTOS ANOS EXERCE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS?** \_\_\_\_\_  
ANOS
  
  2. **TEM A ESPECIALIDADE /MESTRADO EM ENFERMAGEM?** SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_  
Se respondeu sim, refira qual: \_\_\_\_\_
  
  3. **A primeira visita a Visita Domiciliária ao Recém-nascido e à puérpera deve ser realizada no terceiro trimestre de gravidez?** SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_  
Se respondeu sim, refira em que situações?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
  4. **Imediatamente após o nascimento do recém-nascido, considera adequada a realização da visita domiciliária?**  
SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_
  
  5. **Considera adequada a realização da visita domiciliária em que momento?**
    - ✓ Entre o 3º e o 6º dia após o parto? SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_
    - ✓ Até aos 15 dias de vida
    - ✓ Outros: \_\_\_\_\_Apenas uma visita? SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_
- Se respondeu não, indique quais são os critérios que considera necessários para o reagendamento da próxima visita domiciliária
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. **Com base nas orientações da OMS a Ordem dos Enfermeiros Portuguesa concebeu em 2015 as linhas orientadoras das intervenções do Enfermeiro, na visita domiciliária ao RN e à puérpera.**

No que diz respeito à vigilância da puérpera é fundamental: a) Proceder à realização do exame mamário e perineal, bem como cicatricial do períneo ou da sutura abdominal e remoção do respetivo material de sutura, caso exista; b) Agendamento da consulta Pós-parto; c) Aconselhamento sobre contraceção e despiste de eventuais problemas físicos e psíquicos.

Por favor, indique as intervenções do enfermeiro de família que considera pertinentes serem implementadas na visita domiciliária à puérpera:

---

---

---

---

7. Relativamente ao recém-nascido, a Ordem dos Enfermeiros (2015) prevê que seja realizada/o: a) A monitorização dos dados antropométricos; b) O rastreio de doenças metabólicas; c) O cumprimento do Plano Nacional de Vacinação; d) O agendamento de consultas de vigilância de saúde Infantil; e) O despiste de problemas relacionados com amamentação, o coto umbilical e a icterícia.

Por favor, indique, por ordem decrescente (de 1º a 5º) a prioridade que atribui às intervenções, acima referidas, do Enfermeiro de família ao recém-nascido, na visita domiciliária [. Por exemplo de: 1º a); 2º b); 3º d), ...]

1º \_\_\_\_; 2º \_\_\_\_; 3º \_\_\_\_; 4º \_\_\_\_; 5º \_\_\_\_;

Outra/s: \_\_\_\_\_

---

---

8. Ao nível da avaliação familiar, quanto à avaliação estrutural da família, assinale com uma cruz (X) o/os que instrumento/s que considera importante aplicar?

Genograma \_\_\_\_ ; Ecomapa \_\_\_\_ ; Escala Graffar \_\_\_\_ ; Todas \_\_\_\_ . Nenhum \_\_\_\_

9. Concorda em aplicar o Ciclo Duvall para avaliação do desenvolvimento da família?

SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

10. Na avaliação da funcionalidade da família, assinala com uma cruz (X) qual/ais dos instrumentos considera fundamental/ais:

Apgar familiar \_\_\_\_; Escala de reabilitação social de Holmes e Rahe

Outro/s: \_\_\_\_\_

11 - Qual ou quais outra/s intervenções considera pertinentes serem implementadas pelo enfermeiro especialistas nesta visita domiciliária?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12 - Considera que as Unidades de Saúde beneficiariam com protocolo como guia orientador no processo da Visita Domiciliária ao Recém-nascido e à família?

SIM \_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_

Grata pela Sua Participação!

**APÊNDICE V – INSTRUMENTO PROPOSTO PARA COLHEITA DE DADOS NA VISITA  
DOMICILIÁRIA AO RN E FAMÍLIA**

## ACES MÉDIO TEJO

UNIDADE:

---

Morada da família:

---

Contactos: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

Nome: \_\_\_\_\_

DN \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade \_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade:

\_\_\_\_\_

Antecedentes de saúde: Sim Não Quais:

### IDENTIFICAÇÃO DO PAI

Nome: \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Idade \_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade:

\_\_\_\_\_

### OUTROS COABITANTES

Filhos  Idades: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Pais

### AVALIAÇÃO FAMILIAR (GENOGRAMA/ECOMAPA)

--	--

### CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Família Nuclear  Família Monoparental  Família Reconstituída  Família Alargada

**TIPO DE RESIDÊNCIA**

**ALOJAMENTO**

T \_\_\_\_\_   
 Apartamento   
 Vivenda   
 Barraca   
 Razoável   
 Quarto   
 Habitação Social   
 Outro

**REGIME OCUPAÇÃO**

Própria   
 Alugada   
 Cedi   
 Outra

**Tipologia:**

**Conservação:**  
 Bom  Mau

**CONFORTO** Bom  Mau   
**HIGIENE** Bom  Mau   
**AQUECIMENTO** Local  Central   
 Nenhuma

**BARREIRAS ARQUITETÓNICAS**

Interior: \_\_\_\_\_ Exterior: \_\_\_\_\_

**SALUBRIDADE**

insalubre

Zona envolvente  úmida

Zona envolvente

**APOIO FAMILIAR**

Sim  Não

Ambos os elementos do casal presentes:

Sim  Não

Partilha das tarefas domésticas:

Sim  Não

Apoio no cuidado de outros filhos:

Sim  Não

**IDENTIFICAÇÃO DO RN**

Nome: \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Local de Nascimento: \_\_\_\_\_

Duração da gravidez: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_\_

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ Comprimento \_\_\_\_\_ Perímetro

Encefálico \_\_\_\_\_

Índice Apgar 1' \_\_\_\_\_ 5' \_\_\_\_\_ 10' \_\_\_\_\_

Reanimação Sim  Não

Rastreio Auditivo Sim  Não

Vacinação VHB: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_

Rastreio Doenças Metabólicas: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Vigilância de Saúde: UCSP  Hospital  Pediatra Particular

Data da primeira consulta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO DO RN

Peso: \_\_\_\_\_

Pele e Mucosas: Normais  Ictéricas  Amareladas  Desidratadas

Outras: \_\_\_\_\_

Tónus: Normal  Hipotónico  Hipertónico

Choro: Vivoso  Irritado  Débil

Fontanelas: Normais  Abundantes  Deprimidas  Hiper-tensas

Vitalidade: Sem alteração  Com alteração

Coto Umbilical: Sem sinais inflamatórios  Com sinais inflamatórios

Reflexos presentes: Moro  Preensão  Babinski  Reflexo de Moro  Reflexo de Preensão

Deglutição

**NECESSIDADES DO RN**

Padrão de sono: Tranquilo  Agitado  N° horas de sono: \_\_\_\_\_

Chupeta: Sim  Não

Posição de deitar:

\_\_\_\_\_

Leite: Materno  Artificial  Qual? \_\_\_\_\_

Intervalo das mamadas: \_\_\_\_\_ Duração da mamada:

\_\_\_\_\_

Aleitamento Materno: Boa pega  Pega Inreta

Higiene: Cuidada  Pouco Cuidada

Eliminação Vesical: Normal  Alterada

Regulação Temperatura. Roupa adequada à estação do ano: Sim  Não

Quarto RN: Sim  Não

Cama: Grades  Alcofa

Outro: \_\_\_\_\_

**COMPORTAMENTO DE VINCULAÇÃO**

O bebé orienta-se para seres humanos: Sim  Não

O bebé apresenta precusores de comportamento de vinculação:

Chorar:  Achar  Seguir  Ugar

O bebé está alerta e reage através do olhar ao contacto com os pais: Sim  Não

O bebé fica sereno com o toque ou voz dos pais? Sim  Não

Vinculação demonstrada: Mãe  Pai

Possíveis necessidades de intervenção no RN:

Amamentação  Banho  Vacinação  Parentalidade

Conforto e massagens

Sono e repouso  Consultas  Cuidados  pele  Potenciais problemas   
saúde

Prevenção acidentes  Outros

## INTERVENÇÕES NA PUÉRPERA

### Sinais Vitais

TA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ DOR: \_\_\_\_\_

### Tipo Parto:

Eutócio  Vaginal  Fórceps   
Cesariana

Pele e mucosas: Corada  Descorada  Hidratada   
Desidratada

Estado Nutricional: Adequado  Desadequado

### Mamas:

Flácidas  Chateadas  Mastitides  Edematosas   
Ingurgitadas

### Mamilos:

Íntegros  Rachados  Fissurados  Proeminentes   
Invertidos

Uso de bicos e silicone:  Sim  Não

Lóquios: Hemático  Serosos  Sero hemáticos

Quantidade Lóquios: Grande  Moderada  Escassa

### AVALIAÇÃO DO PROCESSO CICATRICIAL PERÍNEO OU ABDÓMEN

Episiotomia: Sim  Não

Sinais inflamatórios episiotomia:  Sim  Não

### Ferida Cirúrgica Abdómen

Sinais Inflamatórios Sutura: Sim  Não

Remover Material Sutura: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO DA ELIMINAÇÃO NA PUÉRPERA

Eliminação Vesical: Sem alterações  Com alterações

Obstipação

Eliminação Intestinal: Sem alterações  Com alterações

Hemorroida

Outras

Edema Membros Inferiores: Sim  Não

Varizes:  Sim  Não

### AVALIAÇÃO DO ESTADO PSICOLÓGICO

Tranquila       Ansiosa       De mida      C ada

Labilidade Emocional

### REVISÃO DO PARTO

Local: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Contraceção:

Demonstra conhecimento?      Sim       Não

Já iniciou?      Sim       Não

### ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS PROFISSIONAIS

## **ANEXOS**

**ANEXO I - PEDIDO FORMAL Á COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO  
REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO**

← Comissão de Ética da ARSLVT-PROCESSO 032/CES/INV/2022

**PA** Paula Monteiro | Assessoria  
sex, 01/04/2022 15:06



Para: Ana Sofia Amaro Mendes | UCSP Abrantes  
Cc: ACES XIV - Médio Tejo

Dr.ª Ana Sofia Mendes,




Foi nos referenciado pelo ACES Médio Tejo o seu projeto para apreciação da Comissão de Ética da ARSLVT.  
Irei reencaminhá-lo a um dos relatores para análise e posterior discussão na próxima reunião da secção de investigação, dia 8 de abril.

Com os melhores Cumprimentos

**Paula Monteiro**  
Secretariado  
Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT  
Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARSLVT  
Núcleo Apoio à Investigação clínica

  **SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Av. Estados Unidos da América, 75-77 - 1749-096 Lisboa | Portugal  
Tel : 21 842 52 03  
[www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)

 **DISTÂNCIA**  **MÁSCARA**  **MÃOS**

**ANEXO II – RESPOSTA DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL  
DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO**



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Exma. Senhora

Dr.ª Ana Sofia Mendes

[ana.s.mendes@arslvt,min-saude.pt](mailto:ana.s.mendes@arslvt,min-saude.pt)

C/c:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		5215/CES/2022	

**Assunto: Protocolo da Intervenção do Enfermeiro Família na visita domiciliária ao recém-nascido e família: uma Scoping Review.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

M.º Conselho Directivo  
**LUIS FISCO**  
Presidente do Conselho Directivo da  
ARSLVT, L.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa  
Tel: +351 218 424 800 | Fax: +351 218 429 723  
geral@arslvt.min-saude.pt | [www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)

### **ANEXO III – PARECER DAS UNIDADES QUE PARTICIPARAM NO ESTUDO**

← RE: Pedido de autorização para aplicação de questionário no âmbito de trabalho de investigação

**D** Diana Faria dos Santos Leiria | ACES Médio Tejo - Direção Executiva  
Para: Ana Sofia Amaro Mendes | UCSP Abrantes  
dom, 19/06/2022 14:47

Iniciar resposta com:    

Exma. Senhora  
Enfermeira Ana Sofia Amaro Mendes

O meu parecer é favorável.

Com os melhores cumprimentos,

Diana Leiria  
Diretora Executiva


← RE: Pedido de autorização para aplicação de questionário

**M** Maria Helena Simões | UCSP Mação  
Para: Antonio Jose Novais Tavares | UCSP Mação  
Cc: Ana Sofia Amaro Mendes | UCSP Abrantes  
qua, 15/06/2022 17:42


Exmo. Coordenador UCSP Abrantes  
Dr. Novais Tavares

Considera-se que o pedido em apreço é viável pois estão reunidas condições para aplicação do questionário aos enfermeiros da UCSP Abrantes, com especialidade ou com 20 ou mais anos de experiência nos cuidados de saúde primários.


Considera-se ainda que a proposta de trabalho, face aos objectivos definidos, irá resultar numa significativa melhoria nos cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família pelos padrões de actuação que se podem conseguir, criando procedimentos, obtendo benefícios na relação utente- recém-nascido/família e enfermeiro família e fortalecendo cuidados de proximidade.

Atentamente,

Maria Helena Simões  
Enfermeira Gestora UCSP Abrantes / UCSP Mação  
Contactos: 241 577 027; helena.simoes@arsivlt.min-saude.pt  
"PENSE ANTES DE IMPRIMIR"



← RE: Pedido autorização para aplicação de questionário


 Lucinda Maria Sequeira Ferreira | UCC Abrantes  
Para: Ana Sofia Amaro Mendes | UCSP Abrantes sex, 17/06/2022 12:00

Cara Sr.ª Enf.ª Ana Sofia Mendes, considero muito pertinente o seu projeto. Assim, poderá aplicar o questionário aos profissionais da UCC Abrantes. Bom trabalho, que da realização do seu projeto, possamos adquirir instrumentos, para melhor cuidar dos utentes/famílias.  
Grata por auscultar os profissionais desta unidade.  
Ao dispor

Com os melhores cumprimentos


*Lucinda Ferreira*  
Enfermeira

Sede : Rua D. Afonso Henriques, nº 35, 1.º andar  
2200-404 Abrantes  
Telefone- 241330364



× Fechar | Anterior Seguinte 🔍

RE: Pedido de Autorização para aplicar um questionário no âmbito de trabalho de investigação.

 João Carlos Amaral Matias | USF Beira Tejo  
Para: Ana Sofia Amaro Mendes | UCSP Abrantes sex, 24/06/2022 13:26


Iniciar resposta com:

Boa tarde Enf.ª

Relativamente ao assunto infra, nada tenho a opor, sendo portanto o meu parecer positivo

Com os melhores cumprimentos

**João Carlos Amaral Matias**  
Médico Assistente de Medicina Geral e Familiar  
Coordenador da USF Beira Tejo



relatorio lllfinal u....docx Mostrar tudo X