



POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

CURSO DE 2º CICLO DE ESTUDOS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Trabalho Final da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional em
Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP
com Relatório Final

Filipa Gameiro Sousa

Orientador: Professora Doutora Teresa Kraus

Leiria, setembro de 2022

POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

CURSO DE 2º CICLO DE ESTUDOS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Trabalho Final da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional em
Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP
com Relatório Final

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária
na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Filipa Gameiro Sousa nº 5200332

Orientador: Professora Doutora Teresa Kraus

Leiria, setembro de 2022

*“Knowledge is empowering to those who develop it,
those who use it and those who benefit from it.”*

(Meleis *et al.* 2000)

AGRADEDIMENTOS

Dedico os meus agradecimentos aos que me acompanharam neste percurso formativo:

À Professora Doutora Teresa Kraus, pelo apoio e orientação nas aulas lecionadas e nos estágios realizados que foram cruciais para o processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências;

À Enfermeira Alda Pereira, pela confiança e disponibilidade que contribuíram para a melhoria do desempenho pessoal e profissional;

A toda a equipa multiprofissional de saúde da USF Fonte do Rei, pelo acolhimento e carinho;

A todos os professores da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, pelos conhecimentos transmitidos nas unidades curriculares;

Aos meus colegas de turma, Micael Inês e Bruna Carreira, pelos momentos de reflexão;

À minha família, nomeadamente ao meu marido João Filipe, pais e irmãos, pelo incentivo e compreensão da minha ausência;

A todas as famílias com quem me cruzei na USF Fonte do Rei;

Aos meus amigos e colegas que, direta ou indiretamente, me ajudaram nesta fase de vida.

A todos o meu mais sincero obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES PL – Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

INR – International Normalized Ratio (Rácio Normalizado Internacional)

JBI – Joanna Briggs Institute

MAIFC – Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MIM@UF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC – População, Conceito e Contexto

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Enquadramento: Este relatório refere-se ao estágio de natureza profissional e integra um trabalho de investigação, com relevância para a prática clínica de enfermagem de saúde familiar, acerca da problemática da parentalidade na adolescência. A adolescente não se encontra preparada para a dupla transição com que se depara, necessitando de forte suporte por parte dos profissionais de saúde e família no desenvolvimento pessoal e no desempenho do papel parental.

Objetivos: Analisar as competências desenvolvidas no estágio e mapear o papel do enfermeiro de família na construção da parentalidade em adolescentes.

Metodologia: Realizou-se uma análise crítico-reflexiva sobre as competências desenvolvidas no estágio e desenvolveu-se uma revisão sistemática da literatura. A revisão sistemática da literatura incluiu todos os tipos de estudos, publicados nas bases de dados científicos CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection, MedicLatina e PubMed Central, entre janeiro de 2017 e dezembro de 2021, e triados de acordo com o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis. Os resultados foram extraídos e sintetizados na forma de tabelas e de resumo narrativo.

Resultados: O estágio possibilitou o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Foram incluídos quatro estudos na revisão sistemática da literatura. Os estudos reconheceram o papel do enfermeiro de família como mediador da construção da parentalidade em adolescentes. Três estudos propuseram a visita domiciliária como estratégia de intervenção de enfermagem de apoio à parentalidade em adolescentes. Os programas sustentados na intensiva visita domiciliária proporcionaram o aprimoramento do apego materno-infantil, a promoção do desenvolvimento infantil e a melhoria do ambiente familiar.

Conclusão: Os achados da revisão sistemática da literatura afirmam que o enfermeiro de família, ao implementar intervenções que ampliam a competência parental, pode afetar a trajetória das adolescentes e suas famílias.

Palavras-chave: Enfermeiro de família, Parentalidade e Adolescentes.

ABSTRACT

Background: This report refers to the professional nature' internship and integrates a research work, with relevance for the clinical practice of family health nursing, about the problem of parenting in adolescence. The adolescent is not prepared for the double transition she is in, requiring strong support from health professionals and family in personal development and parental role performance.

Objectives: To analyse the skills developed in the internship and to map the family nurse' role on the construction of parenting in adolescents.

Methodology: A critical-reflexive analysis was carried out on the skills developed in the internship and a systematic review of the literature was developed. This systematic review of the literature included all types of studies, published in scientific databases CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection, MedicLatina and PubMed Central, between January 2017 and December 2021, and were screened according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis. The findings were extracted and synthesized in tabular forms and narrative summary.

Results: The internship allowed the development of the Community Nursing Specialist Nurse in the Area of Family Health Nursing' skills. Four studies were included in the systematic review of the literature. The studies recognized the family nurse' role as a mediator on the construction of parenting in adolescents. Three studies proposed home visitation as a nursing intervention' strategy to support parenting in adolescents. The programs supported by intensive home visits provided the improvement of maternal and child attachment, the promotion of child development and the improvement of the family environment.

Conclusion: The findings of this systematic review of the literature affirm that the family nurse, by implementing interventions that increase parental competence, can affect the trajectory of adolescents and their families.

Keywords: Family nurse, Parenting and Adolescents

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | ix |
| INTRODUÇÃO | 10 |
| 1. CONTEXTUALIZAÇÃO..... | 11 |
| 1.1 PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR | 11 |
| 1.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR FONTE DO REI | 13 |
| 1.2.1 Missão, visão e valores | 13 |
| 1.2.2 Estrutura orgânica | 14 |
| 1.2.3 Estrutura física | 14 |
| 1.2.4 Atividade assistencial | 15 |
| 1.2.5 Área geográfica de influência e população inscrita | 16 |
| 1.3 CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMILIA | 17 |
| 2. MODELOS TEÓRICOS DE REFERÊNCIA | 19 |
| 3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR | 23 |
| 3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS | 23 |
| 3.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal | 23 |
| 3.1.2 Melhoria contínua da qualidade | 24 |
| 3.1.3 Gestão dos cuidados..... | 25 |
| 3.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais..... | 26 |
| 3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS | 27 |
| 4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA..... | 34 |
| 4.1 NOTA INTRODUTÓRIA | 34 |
| 4.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 35 |
| 4.2.1 Desenvolvimento na adolescência | 35 |
| 4.2.2 Etiologia da gravidez na adolescência | 36 |
| 4.2.3 Crise da gravidez na adolescência | 37 |
| 4.2.4 Riscos e consequências da gravidez na adolescência | 38 |
| 4.2.5 Parentalidade na adolescência..... | 40 |

| | |
|--|-----------|
| 4.2.6 Desafio para a enfermagem | 41 |
| 4.2.7 Referenciais teóricos | 42 |
| 4.3 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO | 45 |
| 4.4 RESULTADOS..... | 47 |
| 4.5 DISCUSSÃO..... | 48 |
| 4.6 IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA..... | 52 |
| 4.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 57 |
| CONCLUSÃO | 59 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 61 |

ANEXOS

- ANEXO I – Caracterização demográfica da população da USF Fonte do Rei
- ANEXO II – Caracterização demográfica do ficheiro do enfermeiro de família
- ANEXO III – Problemas de saúde mais prevalentes do ficheiro do enfermeiro de família
- ANEXO IV – Indicadores de saúde familiar
- ANEXO V – Folheto “Hipocoagulação e vigilância do INR”
- ANEXO VI – Folheto “Alimentação do bebé”
- ANEXO VII – Fluxograma PRISMA
- ANEXO VIII – *Print screen* dos artigos
- ANEXO IX – Análise dos artigos

APÊNDICES

- APÊNDICE I – Processo de cuidados de enfermagem à família

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----------|
| Figura 1 – Proposta de melhoria da assistência às adolescentes grávidas ou mães adolescentes | 55 |
|--|-----------|

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi elaborado na unidade curricular "Estágio de natureza profissional em enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de USF/UCSP com relatório final", inserida no 3º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, ano letivo de 2021/2022.

O estágio de natureza profissional decorreu na Unidade de Saúde Familiar (USF) Fonte do Rei, de 13 de setembro de 2021 a 28 de janeiro de 2022, e apresentou como objetivos gerais: (1) desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e (2) aprofundar competências específicas de enfermagem especializada, na área de saúde familiar, em contextos de vulnerabilidade. Para além dos objetivos gerais, teve como objetivos específicos: (1) executar processos de cuidados de enfermagem à família, demonstrando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar; (2) utilizar em contexto prático os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência; (3) analisar a prática de cuidados em contexto prático, tendo por base os conhecimentos teóricos e a capacidade crítico-reflexiva; e (4) refletir acerca das práticas realizadas e dos resultados obtidos, evidenciado pensamento crítico sobre o desempenho.

Este trabalho individual é de natureza crítico-reflexiva, pois analisa como os referidos objetivos foram desenvolvidos, sendo composto por quatro capítulos: contextualização, modelos teóricos de referência, competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde familiar e prática especializada baseada na evidência científica.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem a base de acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), configurando-se como parte integrante do sistema de saúde português. A figura do enfermeiro de família tem vindo a ser criada nos sistemas de saúde de vários países da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS), destacando este profissional de saúde pelo seu perfil de competências.

Neste contexto de prestação de cuidados, a Ordem dos Enfermeiros (OE) publicou em Diário da República o Art. 2º do Decreto-Lei n.º 118/2014 que define como enfermeiro de família:

“O profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade.” (OE, 2014a, p.4070)

São colocados novos desafios aos enfermeiros, pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção da saúde individual, familiar e coletiva, e na gestão dos cuidados de enfermagem (OE, 2014a).

Com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, houve uma reorganização dos CSP que enfatizou a intervenção local e em rede, através de uma estrutura organizativa baseada em unidades funcionais e apoiada em equipas multiprofissionais de saúde. Esta reforma foi orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade/equidade aos cuidados de saúde, fundamentando-se na compreensão da estrutura, processo de desenvolvimento e estilo de funcionamento da família (OE, 2014a).

Em Portugal, a enfermagem de saúde familiar emergiu como campo de atuação autónomo e diferenciado da enfermagem comunitária, mas mantendo o enquadramento em CSP pela natureza dos mesmos e transversalidade da família enquanto alvo dos cuidados. Com o processo de criação da especialidade, foi publicado em Diário da República o Art. 3º do Regulamento n.º 428/2018 que descreve como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar:

“Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção. Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.” (OE, 2018, p.19355)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, é detentor de conhecimento aprofundado, revelando níveis elevados de juízo clínico e tomada de decisão, traduzido em duas áreas de competências específicas.

A primeira área de competência “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” apresenta como descritivo: “considerando a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições”. Tem oito unidades de competência: “estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas”; “colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”; “monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas”; “desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica”; “intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”; “facilita a resposta da família em situação de transição complexa”; “envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar”; e “formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem” (OE, 2018).

A segunda área de competência “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” apresenta como descritivo: “gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família”. Tem duas unidades de competência: “articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família” e “gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção” (OE, 2018).

Cada área de competência é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação, que se encontram enumerados no Regulamento n.º 428/2018, clarificando o perfil do que é esperado deste enfermeiro especialista (OE, 2018).

Pode afirmar-se que Portugal se situa na vanguarda, no que diz respeito à criação desta especialidade e respetiva regulamentação aprovada, materializando o papel atribuído ao enfermeiro de família no acompanhamento especializado do sistema familiar. A integração do enfermeiro de família nas diferentes unidades funcionais (USF/UCSP) realça a sua posição privilegiada nos CSP, enfatizada pela Declaração de Munique.

1.2 CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR FONTE DO REI

1.2.1 Missão, visão e valores

Localizada na freguesia da Maceira, concelho de Leiria, a USF Fonte do Rei integra-se no Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral (ACES PL) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC). Trata-se de uma unidade funcional, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, assente numa equipa multiprofissional de saúde organizada no modelo de desenvolvimento do tipo A (USF Fonte do Rei, 2019).

A USF Fonte do Rei tem como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área geográfica definida, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. Pretende ser uma referência na prestação de cuidados de saúde humanizados, adequados às características da comunidade, com base num trabalho de equipa, sustentável e eficiente (SNS, 2022).

A sua atividade é orientada pelos valores de: conciliação (assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados); cooperação (exigida a todos os elementos para a concretização dos objetivos programados); solidariedade (assumida por cada elemento, ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional); autonomia (assenta na auto-organização funcional e técnica para o cumprimento do plano de ação); articulação (estabelece a ligação entre a atividade desenvolvida pela USF e as outras unidades funcionais do ACES PL); avaliação (visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa o plano de ação); e gestão participativa (adotada por todos os elementos, de forma a melhorar o seu desempenho e a aumentar a sua satisfação profissional) (SNS, 2022).

1.2.2 Estrutura orgânica

A nível organizacional, a USF Fonte do Rei é constituída por Coordenador da Equipa (médico eleito em reunião do Conselho Geral), Conselho Técnico (formado por uma médica, por uma enfermeira e por uma assistente técnica, detentoras de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional) e Conselho Geral (formado por todos os elementos da equipa multiprofissional de saúde). A equipa multiprofissional de saúde é coordenada pelo Dr. José Figueiredo e composta por 22 profissionais, designadamente: oito médicos, seis enfermeiros, seis assistentes técnicas e duas assistentes operacionais. Esta equipa encontra-se dividida em duas equipas alargadas, que assumem a responsabilidade de se intersubstituir em caso de necessidade (USF Fonte do Rei, 2019).

1.2.3 Estrutura física

Quanto à estrutura física, a USF Fonte do Rei apresenta um edifício localizado no Largo do Posto Médico, 2405-018 Maceira-Leiria. Este edifício tem dois pisos, sendo constituído por: secretariado, salas de espera, casas-de-banho, gabinetes de consultas, gabinetes de apoio, sala de reuniões, sala de armazenamento de fármacos e material de

consumo clínico, zona de fardamento, copa, zona de limpos e zona de sujos (USF Fonte do Rei, 2019).

1.2.4 Atividade assistencial

A USF Fonte do Rei funciona nos dias úteis, das 8 às 20 horas, disponibilizando uma atividade assistencial em três modalidades possíveis: consulta no próprio dia (consulta aberta ou de intersubstituição sem marcação prévia), consulta de saúde do adulto/idoso (consulta programada para avaliação do estado de saúde do utente) ou consulta de vigilância (consulta programada para seguimento dos grupos de risco) (USF Fonte do Rei, 2019).

Esta unidade apresenta uma carteira básica de serviços que visa a vigilância, a promoção da saúde e a prevenção da doença, ao longo do ciclo vital (USF Fonte do Rei, 2019). Os serviços assistenciais que presta à comunidade são: consultas de medicina geral e familiar (consulta de saúde do adulto/idoso, consulta de diabetes/hipertensão arterial/hipocoagulação, consulta de planeamento familiar, consulta de saúde materna, consulta de saúde infantil e juvenil, consulta de doença aguda, visitação domiciliária e referenciação para consulta de atendimento a jovens, consulta de problemas ligados ao álcool ou consulta de desabituação tabágica); consultas de enfermagem (consulta de vigilância de diabetes/hipertensão arterial/hipocoagulação, consulta de planeamento familiar, consulta de saúde materna, consulta de saúde infantil e juvenil, vacinação, rastreios, avaliação de situações de doença aguda, visitação domiciliária, realização de tratamentos/administração de injetáveis e educação para a saúde); e serviços administrativos (destinados ao acolhimento, orientação e interligação do utente com a equipa multiprofissional de saúde).

O exercício profissional dos enfermeiros compreende intervenções autónomas e interdependentes, num contexto de complementaridade funcional. A equipa de enfermagem assume as responsabilidades de: gestão do ficheiro de enfermagem;

gestão dos programas de saúde desenvolvidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS); atendimento telefónico; atualização do conhecimento científico com participação em atividades de formação/investigação; realização de reuniões; participação nos estágios de formação de estudantes/profissionais de enfermagem; requisição do material necessário à prestação de cuidados de saúde; e articulação com outras instituições de saúde ou de apoio social (USF Fonte do Rei, 2019).

A USF Fonte do Rei dispõe de um plano de ação que reflete as atividades assistenciais, não assistenciais e formativas, delineadas em função das necessidades dos seus utentes e profissionais. Este instrumento de gestão orienta a atividade da unidade, através da aplicação de estratégias de melhoria que permitam alcançar os objetivos programados (USF Fonte do Rei, 2018).

Encontra-se a ser desenvolvido um novo plano de ação, pela equipa multiprofissional de saúde, que contempla dados relativos à área geográfica de influência, população inscrita e carteira básica de serviços, descrevendo cada uma das cinco áreas (desempenho, serviços, qualidade organizacional, formação e atividade científica) e subáreas dos índices de desempenho setoriais da USF Fonte do Rei. Estas áreas e subáreas apresentam fatores de ponderação que permitem calcular o índice de desempenho global da unidade. O índice de desempenho global da USF Fonte do Rei tem oscilado, o que demonstra que existem indicadores a serem melhorados (SNS, 2022).

1.2.5 Área geográfica de influência e população inscrita

Quanto à área geográfica de influência da unidade, destaca-se que a freguesia da Maceira, situada a sudoeste do concelho de Leiria, é a segunda maior com 48,18 km² de área segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011).

A USF Fonte do Rei assegura serviços assistenciais a toda a população inscrita, com uma atividade domiciliária limitada aos utentes residentes na freguesia da Maceira. Os utentes inscritos podem, fora do horário de funcionamento da mesma, recorrer à

consulta aberta do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, das 9 às 13 horas nos sábados/domingos/feriados, ou ao serviço de urgência do Centro Hospitalar de Leiria no restante horário (USF Fonte do Rei, 2019).

A população abrangida pela unidade situa-se, maioritariamente, na faixa etária dos 55-59 anos, com um total de 10.229 utentes inscritos, dos quais 5.023 são do sexo masculino e 5.206 são do sexo feminino. Os referidos utentes apresentam um índice de dependência de 18,11% de jovens e 39,96% de idosos. Esta população equivale a 13.706 unidades ponderadas, sendo evidente uma pirâmide etária invertida (Anexo I) associada a um envelhecimento demográfico (SNS, 2022).

Com a entrada em funcionamento desta unidade, inaugurada a 24 de maio de 2019, passaram a ser catorze as Unidades de Saúde Familiar pertencentes ao ACES PL. Deste modo, a ARSC continua a reforçar a prestação de cuidados de saúde de proximidade às populações, elevando o índice de bem-estar da comunidade.

1.3 CARACTERIZAÇÃO DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

De seguida, são apresentados dados relativos ao ficheiro do enfermeiro de família que foram obtidos na plataforma Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), em outubro de 2021.

Verificou-se que o ficheiro era composto por um total de 1605 utentes inscritos, predominantemente residentes nas freguesias mais próximas da Maceira, Marinha Grande e Batalha. Estes utentes encontravam-se agregados em 607 famílias, o que indica que não é cumprida a dotação segura de um enfermeiro de família para 350 famílias ou 1550 utentes (OE, 2014b).

Constatou-se que a maioria dos utentes se situava na faixa etária dos 40-44 anos e dos 70-74 anos (Anexo II), observando-se uma pirâmide etária invertida com características similares à da população abrangida pela USF Fonte do Rei.

Os três problemas de saúde mais prevalentes foram: alterações do metabolismo dos lípidos, sinais/sintomas da região lombar e hipertensão sem complicações (Anexo III). Pela interpretação destes problemas de saúde, percebe-se que têm de ser desenvolvidas estratégias de prevenção do risco cardiovascular que aumentem a literacia em saúde e fomentem a adoção de estilos de vida saudáveis. A educação para a saúde deve incidir nos fatores de risco modificáveis (hábitos alimentares, sedentarismo, consumo de álcool/tabaco e *stress*) para colmatar as necessidades identificadas nestes utentes, principalmente nos grupos de risco.

Com a sua atuação, a equipa nuclear (formada por uma médica, uma enfermeira e uma assistente técnica) procura responder aos indicadores de saúde familiar, discriminados na plataforma MIM@UF, que qualificam o seu desempenho assistencial e condicionam a atribuição de incentivos institucionais à unidade (Anexo IV).

2. MODELOS TEÓRICOS DE REFERÊNCIA

Neste contexto de CSP, a enfermagem centra os seus cuidados na família como um todo e nos seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições. A família é interpretada como uma unidade, requerendo intervenções que atendam às suas necessidades. As intervenções focam-se nos processos adaptativos inerentes às mudanças decorrentes das transições de vida (OE, 2018).

O enfermeiro de família organiza os recursos potencializadores da família, enquanto sistema transformativo, aumentando probabilidades de mudança e identificando oportunidades de evolução. É através do processo de avaliação e intervenção familiar que este profissional de saúde pode promover o funcionamento efetivo do sistema familiar. Para tal, existem modelos conceituais de enfermagem de saúde familiar que reúnem a informação sobre a família, viabilizando o agrupamento de dados para a formulação de diagnósticos e intervenções eficazes, considerando as interações que se estabelecem no sistema familiar e entre este e os sistemas exteriores.

Durante o estágio, recorri a modelos conceituais de enfermagem de saúde familiar, tais como o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary (MAIFC) de Wright & Leahey e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo. Destes modelos saliento o MDAIF, adotado em Portugal como referencial teórico-operativo em enfermagem de saúde familiar e reconhecido pela International Family Nursing Association.

O MDAIF suporta-se no pensamento sistémico e nas fontes teóricas do MAIFC, definindo os conceitos metaparadigmáticos de família, saúde familiar, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família (Figueiredo, 2012).

A família é um sistema aberto, constituído por subsistemas, cujo percurso identitário emerge da reciprocidade dos processos de mútua interação com o ambiente e das propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização. Fundamentalmente caracterizada por vínculos afetivos e representada pelo todo e partes ao mesmo tempo, o que a torna mais do que e diferente da soma das partes. Tem competência para se

manter em continuidade, pelo equilíbrio dinâmico entre a mudança e a estabilidade, sendo considerada um sistema autopoietico co-evolutivo (Figueiredo, 2012).

A saúde familiar consiste num estado subjetivo, especificado por um conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família. Traduz-se na capacidade do sistema familiar em desenvolver estratégias que garantam a funcionalidade, mantendo a organização e produzindo mudanças estruturais para responder às necessidades dos seus membros. Integra a saúde de cada membro e os aspetos do funcionamento familiar, de tal forma que a saúde de cada membro afeta o funcionamento familiar, que por sua vez condiciona a saúde de cada um dos membros (Figueiredo, 2012).

O ambiente familiar é composto por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, interligados em níveis estruturais que se influenciam e evoluem num padrão de reciprocidade e recursividade. Abrange os conceitos de: microsistema (contexto imediato onde os membros interagem entre si e desenvolvem os seus papéis familiares); mesosistema (contextos mais amplos que agregam a rede social da família, onde os membros participam ativamente e com os quais estabelecem vínculos); exosistema (contextos que não envolvem os membros, mas que podem causar perturbação no microsistema e na interação deste com o mesosistema); macrosistema (nível mais amplo que incorpora padrões institucionais, cultura, sistema de crenças e ideologias, veiculados nos restantes subsistemas); e cronosistema (sub-conceito que corresponde às mudanças que acontecem ao longo do tempo) (Figueiredo, 2012).

Os cuidados de enfermagem à família sustentam-se na interação entre o enfermeiro e a família. Têm por finalidade a capacitação da família, ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde, pela mobilização de recursos que fortaleçam a sua autonomia. As etapas do processo de enfermagem consideram as potencialidades do sistema familiar e respeitam a sua realidade, numa perspetiva polivocal e colaboracional. O enfermeiro presta cuidados à família no decorrer das diferentes fases do ciclo vital, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (Figueiredo, 2012).

O MDAIF apresenta pressupostos que compreendem a complexidade do sistema familiar e postulados que norteiam o processo de enfermagem, realçando os CSP como o contexto de excelência para a prestação de cuidados à família, regidos por uma abordagem colaborativa. A abordagem colaborativa baseia-se no reconhecimento da competência da família na resolução dos seus problemas e no papel do enfermeiro de família como facilitador da co-construção de soluções para os mesmos (Figueiredo, 2012).

A matriz operativa do MDAIF reflete as definições teóricas e operacionais, interligadas aos quatro conceitos metaparadigmáticos e resultantes dos pressupostos e postulados. À semelhança do MAIFC, é centrada em três dimensões avaliativas: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

A avaliação estrutural incide sobre a estrutura da família, pretendendo identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e os outros subsistemas, bem como o ambiente familiar. A avaliação de desenvolvimento possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, exigindo a identificação da etapa do ciclo vital em que esta se encontra. A avaliação funcional remete aos padrões de interação familiar, incorporando a dimensão instrumental e a dimensão expressiva como dimensões elementares do funcionamento da família (Figueiredo, 2012).

Estas avaliações traduzem-se em focos de atenção que são relevantes para a prática de enfermagem de saúde familiar, possibilitando a definição de diagnósticos por dimensão familiar: estrutural (rendimento familiar não insuficiente/insuficiente, edifício residencial seguro/não seguro ou não negligenciado/negligenciado, precaução de segurança demonstrada/não demonstrada, abastecimento de água adequado/não adequado e animal doméstico não negligenciado/negligenciado); de desenvolvimento (satisfação conjugal mantida/não mantida, planeamento familiar eficaz/não eficaz, adaptação à gravidez adequada/não adequada e papel parental adequado/não adequado); e funcional (papel de prestador de cuidados adequado/não adequado e processo familiar não disfuncional/disfuncional) (Figueiredo, 2012).

São implementadas intervenções que se constituem como elementos promotores da capacitação da família e que, desenvolvidas num contexto relacional, integram respostas afetivas, cognitivas e comportamentais (Figueiredo, 2012).

O MDAIF tem um cariz flexível e interativo que maximiza o exercício profissional do enfermeiro de família, permitindo observar os ganhos em saúde para as famílias nas suas três dimensões. Este modelo conceptual de enfermagem de saúde familiar particulariza a atuação do enfermeiro na USF/UCSP, representando um instrumento de potencialização da abordagem sistémica e colaborativa em enfermagem de família.

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Para atingir os objetivos preconizados, de forma autónoma, foi fundamental estar devidamente integrada. Após ter sido apresentada à equipa multiprofissional de saúde, preocupei-me em conhecer a estrutura física e em assimilar a dinâmica da prestação de cuidados na unidade. Para uma melhor compreensão do funcionamento da USF Fonte do Rei, consultei o regulamento interno e os manuais de procedimentos relacionados com a sua atividade assistencial.

Ao longo deste percurso formativo, implementei atividades que proporcionaram o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS

As competências comuns são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade, demonstradas pela elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, e pelo suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

Relativamente às competências comuns, aprofundei competências em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1.1 Responsabilidade profissional, ética e legal

No primeiro domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, consolidei as duas competências: desenvolve uma prática profissional, ética e legal na área de

especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; e garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Demonstrei um exercício seguro, profissional e ético, ao considerar os quatro princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) no processo de tomada de decisão (Beauchamp & Childress, 2013). Suportei a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e na experiência, selecionando as respostas mais apropriadas para a família e avaliando os resultados do processo, a partir da reflexão conjunta.

Assegurei uma prática que respeitou os direitos humanos, analisando situações específicas de cuidados especializados e gerindo situações potencialmente comprometedoras para a família. Fomentei a segurança, a privacidade e a dignidade em todos os cuidados prestados à família. Estas competências foram evidentes com a execução de processos de cuidados de enfermagem à família, salvaguardando o consentimento informado, a confidencialidade da informação adquirida, e o respeito pela escolha, autodeterminação e crenças familiares. Identifiquei práticas de risco e reforcei medidas de prevenção para proteger a família, conforme deontologia profissional.

3.1.2 Melhoria contínua da qualidade

No segundo domínio da melhoria contínua da qualidade, consolidei as três competências: garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e garante um ambiente terapêutico e seguro.

Colaborei na conceção e operacionalização de projetos institucionais, em parceria com a enfermeira orientadora e com o outro aluno de enfermagem, para otimizar a prestação de cuidados pela mobilização de conhecimentos avançados.

Na área da saúde do adulto/idoso, produzi dois manuais de procedimentos para as consultas de hipertensão arterial/hipocoagulação e um folheto “Hipocoagulação e vigilância do INR” (Anexo V), a fim de garantir a equidade no acompanhamento do utente com hipertensão arterial e do utente sob terapêutica anticoagulante oral. Realizei uma sessão, no dia 13 de julho de 2021, destinada à apresentação dos projetos para serem submetidos à apreciação do Conselho Técnico. Os três projetos pretenderam dar resposta aos problemas de saúde mais prevalentes do ficheiro do enfermeiro de família (Anexo III). Estes problemas de saúde relacionam-se com os acidentes vasculares cerebrais, que representam a principal causa de mortalidade em Portugal, devendo a sua prevenção ser vista como prioritária nos CSP (INE, 2021).

Na área da saúde infantil, identifiquei uma oportunidade de melhoria com a reformulação do folheto “Alimentação do bebé” (Anexo VI) acerca da diversificação alimentar no primeiro ano de vida da criança. De acordo com as recomendações do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, atualizei o referido folheto para esclarecer as dúvidas das famílias relativas à educação alimentar e incentivar as escolhas alimentares saudáveis para o desenvolvimento infantil (Ministério da Saúde, 2019).

Considerarei a gestão do ambiente como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de acidentes. Promovi um ambiente seguro para as famílias, pois apliquei os princípios da administração de substâncias terapêuticas, adotei as precauções básicas do controlo da infeção e fiz os devidos registos. Cooperei na organização do material de consumo clínico para uma eficiente prestação de cuidados.

3.1.3 Gestão dos cuidados

No terceiro domínio da gestão dos cuidados, consolidei as duas competências: gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Tive suporte por parte da enfermeira orientadora na tomada de decisão, para adequar os recursos às necessidades da família e garantir a qualidade dos cuidados prestados. Otimizei a resposta da equipa de enfermagem, ao articular com outros profissionais de saúde ou instituições, sempre que necessário. Nas situações de doença aguda que exigiam a observação de uma determinada equipa médica especialista (traumatismos músculo-esqueléticos, alterações cardiovasculares, alterações respiratórias ou alterações ginecológicas), referenciei para os Cuidados de Saúde Diferenciados para assegurar a continuidade dos cuidados de saúde. Estabeleci contactos telefónicos para o esclarecimento de informações, proporcionando um adequado encaminhamento do utente/família. Diversas famílias recorreram frequentemente à USF Fonte do Rei, o que mostra que depositavam confiança nas intervenções levadas a cabo pela equipa nuclear.

3.1.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No quarto domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, consolidei as duas competências: desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; e baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica.

Demonstrei capacidade de autoconhecimento, compreendendo que esta interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Reconheci recursos e limites pessoais/profissionais e geri respostas de adaptabilidade individual/organizacional, ao atuar eficazmente em situações de maior pressão (realização de consultas no primeiro ano de vida da criança marcadas pela insegurança da família).

Suportei as intervenções em conhecimento atual e válido, assumindo um papel ativo na própria aprendizagem e no campo da investigação. Articulei a teoria com a prática, tendo aprofundado conhecimentos baseados em referenciais científicos e alicerçados no processo investigativo. Utilizei as tecnologias de informação adequadas às situações e rentabilizei todas as oportunidades que surgiram na USF Fonte do Rei e nas visitas domiciliárias realizadas.

Identifiquei uma oportunidade de investigação com a elaboração de uma revisão sistemática da literatura (RSL) acerca do enfermeiro de família na construção da parentalidade em adolescentes. Desta forma, atuei como dinamizadora da prática clínica especializada, contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem de saúde familiar, visando os ganhos em saúde para as jovens mães, crianças e famílias. A escolha desta problemática deve-se ao facto de ter tido contacto com uma família a vivenciar uma crise accidental, provocada por uma gravidez não desejada na adolescência, que me motivou a desenvolver um processo de cuidados de enfermagem (Apêndice I).

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

As competências específicas são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas pelo elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019).

No decurso do estágio, aprofundei as duas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar: “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, 2018).

Para concretizar a primeira área de competência “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” mobilizei um conjunto de saberes (saber-saber, saber-fazer e saber-ser) para capacitar a família, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento.

Adotei uma visão sistémica ao atuar segundo o nível IV de Friedman, um nível da prática em enfermagem de saúde familiar que considera a família como cliente e as suas dinâmicas como foco dos cuidados (Friedman, 1998). Compreendi a complexidade do sistema familiar, contemplando as suas propriedades (globalidade, equifinalidade e auto-organização), da qual resulta uma organização estrutural específica. Percebi que

cada família é única, porque é um sistema social que se autodefine, desenvolvendo funções internas (satisfação das necessidades dos vários membros) e externas (transmissão da cultura dominante e das regras do meio social envolvente). Confirmei que cada família apresenta um crescimento exclusivo, atravessando um processo dinâmico de ajustamento evolutivo, o que a torna uma unidade em transformação.

Prestei cuidados em diferentes configurações familiares (família reconstruída/recombinada, família monoparental e família unipessoal), que estão associadas às mudanças ocorridas nas famílias portuguesas nas últimas décadas. Embora, na maioria das vezes, o utente comparecesse sozinho nas consultas de enfermagem, aproveitei todos contactos para colher dados relativos ao sistema familiar e ao modo como este se relaciona com os outros subsistemas, com o intuito de intervir sistemicamente. Observei que existe uma relação entre a saúde individual e a saúde familiar, o que está relacionado com o funcionamento da família como sistema.

Aquando da prestação de cuidados, abordei a família com disponibilidade e criatividade, estimulando a consecução dos seus objetivos de saúde, através do diálogo. Conjuntamente foram identificadas e potenciadas as forças para promover, manter e reforçar a saúde familiar. A formulação do plano de ação centrou-se nas potencialidades como preconiza o Cuidar Baseado nas Forças, um referencial teórico que valoriza as forças da pessoa, família ou comunidade, em contexto de crise ou vulnerabilidade (Gottlieb, 2013). Houve treino dos sentidos e desenvolvimento das competências interpessoais para o juízo clínico e a tomada de decisão, tendo sido mobilizadas quatro categorias *major* de forças: forças de mentalidade (*mindfulness*, humildade, abertura de espírito e atitude de aceitação); forças de conhecimento/saber (curiosidade e autorreflexão); forças de relação (respeito, confiança, empatia, compaixão e bondade); e forças de defesa (coragem e autoeficácia). Reconheci a importância das teorias de enfermagem, ao agir segundo a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, uma teoria de médio-alcance que descreve a enfermagem como um processo interpessoal, significativo e terapêutico que funciona em cooperação com outros processos humanos, tornando a saúde possível para as pessoas/famílias na comunidade

(Alligood & Tomey, 2004). O processo de estabelecimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e a família envolveu quatro fases (orientação, identificação, exploração e resolução), que foram decisivas para a capacitação da mesma no alcance dos seus objetivos de saúde. Tais atividades permitiram o desenvolvimento da unidade de competência “estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas”.

Na avaliação familiar solicitei o histórico hereditário e identifiquei a estrutura familiar (subsistemas e limites), a sintomatologia atual e os fatores de risco ambientais que afetam o estado de saúde. Integrei informação adicional relacionada com a comunicação verbal (linguagem escrita e falada) e comunicação não-verbal (tom de voz, expressões faciais e linguagem corporal) nas interações familiares observadas. Apliquei instrumentos de avaliação estrutural (Genograma, Ecomapa e Escala de Graffar) e funcional (APGAR Familiar de Smilkstein, Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, e Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar – FACES II). Respeitei as crenças familiares para compreender o seu impacto na saúde e na tomada de decisão. Avaliei a capacidade da família para se manter unida, agilizando nos processos de mudança e auxiliando na resposta familiar às transições de vida. Estas atividades possibilitaram o desenvolvimento da unidade de competência “colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”.

Na intervenção familiar mobilizei conhecimentos de enfermagem e de outras ciências como a psicologia, mais especificamente da especialidade da psicologia da família que inclui a teoria geral dos sistemas, a teoria ecossistémica da comunicação e a cibernética. Analisei o histórico familiar, as relações entre os membros, o estado de saúde atual e os padrões de resposta, em situações complexas. Considerei a influência das etapas de desenvolvimento individual e familiar, das crenças familiares, dos fatores ambientais e dos recursos na resposta familiar. Entendi a reciprocidade que existe entre as pessoas/famílias, a sua saúde e o meio ambiente, num determinado contexto desenvolvimental ecossistémico. Tais atividades permitiram o desenvolvimento da unidade de competência “monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas”.

Atuei proactivamente ao capacitar a família na definição de metas promotoras da sua saúde. Criei um ambiente seguro para a discussão de temas difíceis e utilizei o pensamento crítico na identificação/priorização dos focos de intervenção da enfermagem de saúde familiar. Decorrente da análise dos dados colhidos, realizei diagnósticos que corresponderam à identificação das forças da família, em conjugação com o reconhecimento das suas necessidades. Estes diagnósticos foram enunciados a partir de critérios pré-definidos, como resultado da avaliação multidimensional da família. Implementei intervenções conducentes à mudança, para que esta fosse percebida como viável e assim obter o comprometimento da família com o plano de cuidados. Para a concretização das intervenções, adotei os princípios de circularidade, neutralidade e hipotetização, pela adequação à dimensão clínica da enfermagem de família. Verifiquei que a dinâmica familiar, o binómio saúde/doença e os fatores ambientais influenciam os cuidados, tendo desenvolvido um plano de cuidados em conformidade com as necessidades validadas pela família. Valorizei a importância das teorias de enfermagem, ao atuar segundo a Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender, uma teoria de médio-alcance que explica os complexos processos biopsicossociais que motivam as pessoas a terem comportamentos de procura de saúde e destaca as famílias como fontes de influência interpessoal (Allgood & Tomey, 2004). O conceito de autoeficácia norteou a prestação de cuidados, nomeadamente nas consultas de vigilância de diabetes/hipertensão arterial/hipocoagulação, em que promovi comportamentos saudáveis nas pessoas e envolvi as famílias na adoção dos mesmos. Estas atividades possibilitaram o desenvolvimento da unidade de competência “desenvolve a prática do enfermeiro de família baseada na evidência científica”.

Na interação com a família usei técnicas motivacionais (expressão da empatia e promoção da autoeficácia) para incentivar os progressos relacionados com a consecução dos seus objetivos de saúde. Desenvolvi e avaliei as intervenções implementadas, favorecendo mudanças de 2ª ordem (mudanças que implicam alterações qualitativas no sistema familiar) nas transições complexas de saúde (Alarcão, 2006). Reconheci a importância das teorias de enfermagem, ao agir segundo a Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma teoria de médio-alcance que realça o enfermeiro

como facilitador dos processos de transição para que sejam bem-sucedidos (Alligood & Tomey, 2004). As intervenções de enfermagem integraram respostas nos domínios afetivo, cognitivo e comportamental. Desenvolvi com a família formas de resolver conflitos, lidar com emoções difíceis e reduzir efeitos negativos em áreas da saúde familiar. Promovi ambientes saudáveis para todas as famílias, diminuindo fatores de risco ambientais. Tais atividades permitiram o desenvolvimento da unidade de competência “intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”.

Simultaneamente encorajei a família a partilhar a sua história, potencializando as forças existentes e desenvolvendo novas forças (Gottlieb, 2013). De forma colaborativa, explorei as estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identifiquei os recursos (internos e externos) para responder às suas necessidades. A intervenção familiar centrou-se nos seus pontos fortes, com uma discussão do progresso familiar, incentivando o *feedback*. Apliquei modelos conceptuais de enfermagem de saúde familiar (MAIFC e MDAIF) na colheita dos dados e no planeamento das intervenções. Documentei o processo de cuidados de enfermagem, integrando a família, a saúde e o ambiente, como enfatiza a perspetiva ecológica/sistémica (Bronfenbrenner, 1979). Estas atividades possibilitaram o desenvolvimento da unidade de competência “facilita a resposta da família em situação de transição complexa”.

De forma contínua, avalei a prática com o auxílio da enfermeira orientadora que sempre demonstrou disponibilidade, suscitando o processo de reflexão essencial à melhoria do desempenho pessoal e profissional. Refleti com outros profissionais de saúde na discussão de problemas mais complexos relacionados com a disfunção do sistema familiar: alterações das interações intra e inter subsistemas (crise conjugal, conflito fraternal e conflito intergeracional); alterações das interações inter sistemas (*bullying* e estigmatização social); ou ocorrência de uma crise acidental (desemprego, divórcio, gravidez não desejada, morte de um familiar e situações de doença aguda/crónica). Tais atividades permitiram o desenvolvimento da unidade de competência “envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar”.

Dinamizei momentos para avaliar a satisfação da relação enfermeiro-família e apreciar a eficácia dos cuidados prestados na consecução dos objetivos familiares. Estas atividades possibilitaram o desenvolvimento da unidade de competência “formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem”.

Para concretizar a segunda área de competência “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” desenvolvi a capacidade de gestão da prestação de cuidados à família. Fomentei a colaboração interdisciplinar entre as equipas da unidade (equipa médica, equipa de enfermagem e assistentes técnicas) e referenciei a família para outros profissionais de saúde ou instituições, quando aplicável. Furneci informação (oral e escrita) que orientou a família para os recursos existentes na comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Assegurei a continuidade dos cuidados de saúde com outras unidades funcionais do ACES PL, instituições públicas (Centro Hospitalar de Leiria) ou privadas, com o consentimento da família. Promovi uma cultura organizacional de formação, prática e investigação interprofissionais, tendo utilizado as tecnologias de informação para melhorar os resultados de saúde familiar. Deste modo, consolidei as duas unidades de competência “articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família” e “gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção”.

Durante este percurso formativo encontrei algumas dificuldades, pelo facto de não ter experiência profissional neste contexto de prestação de cuidados, o que implicou maior suporte da enfermeira orientadora e da professora supervisora na fase inicial.

Apesar de conhecer o Sistema de Informação SClínico® devido à realidade hospitalar, tive de me readaptar ao mesmo, uma vez que este assume uma configuração diferente nos CSP pelo *layout* e método de colheita de dados ajustado a cada profissional de saúde.

Tive a necessidade de rever os conteúdos teóricos abordados nas unidades curriculares do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, para que fossem integrados na prestação de cuidados à família.

Constatei que a promoção da saúde familiar assenta no processo de capacitação das famílias, para que estas façam escolhas informadas e aumentem o controlo sobre o seu estado de saúde, tendo realizado educação para a saúde no âmbito dos diversos programas de saúde. Neste processo, encontrei algumas famílias menos recetivas à mudança, o que se tornou mais desafiante para a minha aprendizagem.

Gradualmente fui adquirindo confiança, tendo aprimorado competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Particpei nas reuniões de equipa que facilitaram a partilha de informação entre os elementos de cada grupo profissional e o esclarecimento de dúvidas relacionadas com o desempenho assistencial da unidade.

Efetuei visitas domiciliárias que possibilitaram o estabelecimento de processos terapêuticos promotores da saúde do sistema familiar e dos seus subsistemas. Destas visitas domiciliárias destaco a que foi realizada na elaboração do processo de cuidados de enfermagem (Apêndice I), que permitiu a prestação de cuidados em parceria com a família e no próprio contexto desta.

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

4.1 NOTA INTRODUTÓRIA

O presente trabalho de investigação consiste numa RSL - *scoping review*, fundamentada na metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI). O JBI é uma organização global, sem fins lucrativos, comprometida com o desenvolvimento, promoção e apoio à prática baseada em evidência. A sua missão é promover a prática de cuidados de saúde baseados em evidência, por se tratar de uma organização líder para a tradução, transferência e utilização de evidências da aplicabilidade, adequação ao contexto, significado para o utente e eficácia das práticas de cuidados de saúde (Apóstolo, 2017).

A metodologia do JBI apresenta quatro principais componentes do processo: a geração de evidências para os cuidados de saúde, a síntese da evidência, a transferência das evidências e a utilização das evidências na prática. A evidência produzida pelos estudos primários é avaliada, sintetizada, transferida e disponibilizada aos profissionais e aos locais de prestação de cuidados que, em seguida, a utilizam e validam o seu impacto nos resultados em saúde dos utentes, nos sistemas de saúde e na prática profissional (Apóstolo, 2017).

A RSL é uma investigação secundária complexa, detalhada e reproduzível que envolve um compromisso significativo de tempo e outros recursos. É utilizado um processo para localizar e agregar, a partir da literatura primária, todas as evidências existentes num determinado tópico, usando uma fonte secundária de dados (Apóstolo, 2017).

A *scoping review* é fundamental para mapear conceitos-chave, esclarecer definições de trabalho e/ou limites conceituais de um tópico. Permite mapear as evidências em relação ao tempo, local, fonte e/ou origem, independentemente da qualidade (JBI, 2015).

Esta *scoping review* está estruturada em seis subcapítulos: enquadramento teórico, enquadramento metodológico, resultados, discussão, implicações na prática clínica e considerações finais.

4.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No enquadramento teórico são apresentados os conceitos centrais e a síntese do estado da arte, dando resposta à problemática em estudo com base na evidência científica.

4.2.1 Desenvolvimento na adolescência

A palavra adolescência deriva do termo latim *adolescere* que significa crescer (Porto Editora, 2022). Como tal, reconhece-se que a adolescência é a fase do desenvolvimento humano de transição entre a infância e a idade adulta.

A adolescência caracteriza-se pelo desenvolvimento biofisiológico, psicológico e social, delimitado pela faixa etária entre os 10 e os 19 anos. Divide-se em três fases: (1) inicial, entre os 10 e os 13 anos, assinalada por um surto de crescimento, começo da maturação sexual e capacidade de pensamento abstrato; (2) intermédia, entre os 14 e os 15 anos, completam-se a maioria das mudanças físicas, desenvolve-se um forte sentido de identidade e o pensamento torna-se mais reflexivo; e (3) tardia, entre os 16 e os 19 anos, na qual o corpo adquire a forma de adulto e a identidade está definida (OMS, 2002).

Na adolescência ocorre uma crise psicossocial marcada pela ambivalência. Existem desejos ambivalentes de crescer e de regredir, de autonomia e de dependência, de vontade de se projetar no futuro e de ligação ao passado. Por isso mesmo, esta fase de transição é de difícil compreensão pelo próprio adolescente e pelos outros (Maternidade Alfredo da Costa, 2009).

Nesta etapa do ciclo vital, o adolescente vai concretizar um conjunto de tarefas de desenvolvimento que exigem novas adaptações. As tarefas de desenvolvimento englobam a aceitação das mudanças físicas e emocionais, a formação da auto-estima, a busca da independência, a intensificação das relações com o grupo de pares e o estabelecimento das relações íntimas (Azêdo, 2010).

As alterações cognitivas acontecem em simultâneo com as alterações afetivas, tornando o pensamento egocêntrico, o que faz com que o adolescente seja incapaz de acreditar

nas possíveis consequências dos seus comportamentos e manifeste sentimentos de invencibilidade (Elkind, 1967).

Salienta-se que a adolescência é um processo natural de amadurecimento, vivenciado num determinado meio envolvente, com influência das dimensões familiares, socioculturais, políticas e religiosas (Costa, 2002).

O adolescente ao explorar os limites que lhe foram impostos, pode desenvolver comportamentos sexuais de risco no decorrer desta fase (Néné *et al.*, 2016).

4.2.2 Etiologia da gravidez na adolescência

É na adolescência que desperta a sexualidade, provocada pela vontade de experimentação de novos sentimentos e formas de relacionamentos. O adolescente conhece outras sensações como o desejo e o prazer, começando a determinar a ligação existente entre afetividade e sexualidade (Costa, 2002).

A família e o grupo de pares são os fatores que mais influenciam a construção de assunções básicas sobre a sexualidade e o início da atividade sexual (Canavarro, 2001).

Todas as alterações decorridas na adolescência, aliadas à imaturidade, expõem as jovens a situações de risco, podendo surgir uma gravidez não desejada que afeta o percurso normal do seu desenvolvimento (Carlos *et al.*, 2007).

Porém, há que ter em conta a existência de diferenças culturais, verificando-se maiores taxas de gravidez na adolescência nas jovens negras e ciganas. Nestes grupos étnicos, a maternidade precoce é bem aceite e desejada (Canavarro, 2001). A maternidade precoce pode significar para muitas adolescentes o passaporte para uma afirmação adulta, funcionando como autogratificação e autocompensação afetiva (Néné *et al.*, 2016).

Na origem de uma gravidez na adolescência é possível observar a existência de causas comuns, tais como: histórico familiar; enquadramento sociocultural; antecipação da capacidade fértil; início precoce da atividade sexual; falta de educação sexual; ineficácia dos métodos contraceptivos; tentativa de aumentar o grau de compromisso com o

parceiro; gratificação narcísica; preenchimento de um vazio emocional; e fuga ao controlo dos pais (Maternidade Alfredo da Costa, 2009).

A gravidez na adolescência pode ser interpretada como uma cadeia de acontecimentos e decisões, onde se observa uma sequência de quatro etapas: (1) comportamento sexual (decisão de manter vs não manter relações sexuais); (2) utilização dos métodos contraceptivos (decisão de não utilizar vs utilizar métodos contraceptivos ou utilizar incorretamente vs utilizar corretamente métodos contraceptivos); (3) prosseguimento da gravidez (decisão de prosseguir vs interromper a gravidez); e (4) cuidar da criança (decisão de cuidar vs abandonar a criança). De sublinhar que a tomada de decisão pode ser feita consciente ou inconscientemente (Canavarro, 2001).

Independentemente das causas, a gravidez na adolescência implica uma tomada de decisão com três alternativas: prosseguir a gravidez e cuidar da criança; prosseguir a gravidez e entregar a criança para adoção; ou interromper a gravidez (Maternidade Alfredo da Costa, 2009). É exigida à adolescente uma reflexão, sendo de extrema relevância o apoio do parceiro, família, grupo de pares e comunidade. Seja qual for a decisão tomada, as exigências psicológicas levam ao enfrentamento de sentimentos de culpa/pecado/vergonha, esforço de ajustamento à gravidez e perda prematura da condição de adolescente (Leal, 2005).

A gravidez na adolescência representa uma complexa situação biopsicossocial, devendo a sua análise contemplar a etiologia multicausal e os diferentes pontos de vista (Azêdo, 2010).

4.2.3 Crise da gravidez na adolescência

Conjeturar uma gravidez na adolescência significa considerar um duplo esforço de adaptação interna e uma dupla movimentação de duas realidades que convergem num único momento: ser adolescente e estar grávida (Correia, 1995).

A adolescente grávida vivencia dois tipos de crise, uma crise natural e uma crise acidental, o que conduz a um estado de desequilíbrio. A crise natural é a crise da

adolescência e a crise acidental é a crise da gravidez. A crise da adolescência contribui para a construção da identidade da adolescente, resultante da interação com o meio envolvente (Erikson, 1968). Paralelamente, a crise da gravidez sujeita a adolescente a um irreversível ajustamento na transição para a parentalidade (Leal, 2005).

Face ao diagnóstico da gravidez, a adolescente tende a reagir com perplexidade, surpresa, arrependimento ou contentamento. A reação do parceiro e dos familiares pode oscilar entre a desaprovação e o apoio, interferindo com o prosseguimento da gravidez (Amazarray *et al.*, 1998).

Ao ser confrontada com a gravidez, a família atravessa uma crise imediata pautada por ajustes relacionais como forma de adaptação. Na perspetiva sistémica, a família sofre uma metamorfose com transformação da estrutura família e abertura ao exterior pelos movimentos centrífugos. Surgem mudanças de 2ª ordem que promovem novas formas de funcionamento do sistema familiar mais adequadas às exigências do mesmo (Alarcão, 2006). Verificam-se as seguintes alterações psicossociais na adolescente e família: transformações na relação da adolescente consigo própria, na relação desta com os pais e destes com a filha; redefinição de papéis familiares; alteração na relação com o parceiro; modificação da relação com o grupo de pares; abandono da escola; e necessidade de ingresso precoce no mundo do trabalho (Leal, 2005).

4.2.4 Riscos e consequências da gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência é considerada de alto risco, pelas repercussões que pode ter na saúde materno-infantil como resultado da imaturidade física e psicológica da adolescente (Azêdo, 2010).

Do ponto de vista físico, a gravidez na adolescência tem um risco aumentado de: ameaça de parto pré-termo; parto pré-termo; infeção génito-urinária; restrição de crescimento fetal; hipertensão arterial; e distocias mecânicas. Contudo, os riscos podem ser prevenidos se a adolescente tiver acesso a cuidados pré-natais adequados para

vigilância do bem-estar materno-fetal e preparação para a parentalidade (Néné *et al.*, 2016).

Nesta etapa do ciclo vital, a ocorrência de uma gravidez não desejada tem consequências negativas para a jovem mãe, pai, criança e família. Os jovens pais são afetados por consequências psicológicas, sociais, económicas e jurídico-legais, derivadas da parentalidade precoce. A criança tem um maior risco de atraso desenvolvimental, podendo apresentar baixo rendimento escolar ou demonstrar perturbações emocionais e comportamentais. Na família há uma acentuada instabilidade, com rutura das expectativas de futuro, conflitos familiares e pressões económicas (Associação para o Planeamento da Família, 2021).

As consequências podem ser mais significativas se as adolescentes forem oriundas de meios de pobreza, onde coexistem outras fragilidades acrescidas. Vários estudos evidenciaram que a gravidez é mais comum nas adolescentes provenientes de famílias disfuncionais, monoparentais, numerosas e com problemas socioeconómicos (Canavarro, 2001).

Estes contextos familiares associam-se a determinados fatores de risco para o desenvolvimento infantil: ambientes rígidos; relações conflituosas; baixa escolaridade; precariedade laboral; carências financeiras; elevados índices de *stress* e de depressão pós-parto; afastamento da figura paterna; falta de apoio social; exposição a situações de violência doméstica ou maus-tratos; atividades ilícitas; e estigmatização social (Souza *et al.*, 2007).

Quando comparadas com mães adultas, as mães adolescentes demonstram comportamentos parentais menos adequados, sobretudo baixa responsividade e estimulação verbal, menores expectativas desenvolvimentais e maiores restrições, o que aumenta a probabilidade de desenvolvimento desadequado da criança (Carlos *et al.*, 2007).

Neste sentido, a gravidez na adolescência é vista como um dos principais fatores para a parentalidade de risco.

4.2.5 Parentalidade na adolescência

Em função do exercício, a parentalidade na adolescência pode classificar-se em cinco tipos que abarcam a diversidade de percursos existentes (Fernandes, 2008).

A parentalidade cooperante ocorre nas classes sociais mais favorecidas, a adolescente coabita com os pais e dispõe do forte apoio destes, o percurso escolar/profissional é pouco afetado e a sociabilidade juvenil modificada.

A parentalidade desprotegida ocorre nas classes sociais mais favorecidas, mas há recusa de apoio à adolescente devido aos valores católico-tradicionais, forçando o ingresso precoce no mundo do trabalho e diminuindo a sociabilidade juvenil.

A parentalidade autónoma ocorre nas classes sociais menos favorecidas, a adolescente tem apenas o apoio emocional dos pais, o que leva ao abandono escolar para um emprego pouco qualificado e altera a sociabilidade juvenil.

A parentalidade frágil ocorre nas classes sociais muito desfavorecidas, o suporte familiar é bastante ténue, conduzindo a adolescente a entrar na conjugalidade por via da coabitação e a oscilar entre empregos precários, o que condiciona a sociabilidade juvenil.

A parentalidade demitida relaciona-se com famílias disfuncionais, a adolescente escolheu não acompanhar a criança por fracos recursos financeiros, sendo esta acolhida por instituições de apoio social. A sociabilidade juvenil é inexistente e a adolescente, pelo facto de não completar a escolaridade mínima obrigatória, passa por experiências de desemprego longas que, por vezes, incluem a vivência na rua.

Estes cinco tipos de exercício da parentalidade na adolescência retratam os profundos impactos no percurso escolar/profissional, na vida conjugal-familiar e na sociabilidade juvenil. Poderão ajudar na avaliação da adolescente, do sistema familiar e das transações que vão estabelecendo com o meio em que se inserem, para encarar a crise vivenciada.

4.2.6 Desafio para a enfermagem

A nível nacional, o número de nados-vivos em adolescentes foi de 1499, em 2021, o que representou 2% do total de nados-vivos desse mesmo ano (INE, 2022). Apesar de ter diminuído, Portugal ainda apresenta uma das mais altas taxas de gravidez na adolescência da União Europeia.

A gravidez na adolescência continua a ser um problema de saúde pública, com implicações para a jovem mãe, pai, criança e família. Ao interromper o percurso para a vida adulta, a parentalidade precoce amplia visivelmente a vulnerabilidade da adolescente e do contexto familiar envolvente (Associação para o Planeamento da Família, 2021).

Esta problemática representa um desafio para a enfermagem nos CSP que, em primeiro lugar, motiva a prevenção e, em segundo lugar, a otimização da assistência às adolescentes grávidas ou mães adolescentes.

A prevenção da gravidez na adolescência alicerça-se em estratégias de promoção da saúde que aumentem os conhecimentos dos jovens em relação à sexualidade, para que estes desenvolvam comportamentos que lhes permitam melhorar os seus relacionamentos e tomar decisões conscientes. Se, apesar disso, ocorrer uma gravidez não desejada na adolescência, é indispensável o apoio da equipa multiprofissional de saúde.

Neste contexto de prestação de cuidados, destaca-se o enfermeiro de família que, pelo seu perfil de competências, pode orientar a construção da parentalidade, desde a gravidez e após o nascimento da criança. A sua atuação permite a promoção da saúde materno-infantil e, por conseguinte, a coadjuvação da adolescente e família no reequilíbrio da mencionada crise.

Relativamente aos programas de saúde desenvolvidos pela DGS, existe o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, enquadrado na rede de referência materno-infantil e na articulação com os Cuidados de Saúde Diferenciados (Ministério da Saúde, 2015). No entanto, esta rede de referência não

visa concretamente a assistência na gravidez na adolescência.

Realça-se que as adolescentes grávidas constituem um grupo de risco, que apela ao desenvolvimento de uma intervenção familiar sistémica. A compreensão da gravidez na adolescência assenta numa abordagem multifatorial, com avaliação das características desenvolvimentistas das adolescentes, suas famílias e redes de apoio (Leal, 2005).

4.2.7 Referenciais teóricos

A complexidade inerente à parentalidade na adolescência remete às teorias e modelos de enfermagem. A sua aplicação é crucial para um conhecimento mais fundamentado, orientando a prática profissional e contribuindo para a excelência do cuidar (Alligood & Tomey, 2004).

De seguida, são abordados os quatro referenciais teóricos que suportam esta RSL, destacando a sua pertinência para a prática de enfermagem.

A Teoria da Consecução do Papel Maternal, de Ramona Mercer, descreve os fatores que determinam o desenvolvimento do papel maternal, contemplando o ambiente ecológico definido por Bronfenbrenner. As variáveis ligadas à mãe, criança, família e sociedade são fatores que interferem nas fases do processo de consecução do papel maternal: antecipativa (inicia antes do nascimento da criança com o ajustamento à gravidez); formal (começa após o nascimento da criança com a aprendizagem do novo papel); informal (adequação do papel ao estilo de vida); e pessoal/identidade do papel (interiorização do papel). Esta teoria refere que o enfermeiro pode influenciar o processo de consecução do papel maternal, dentro do ciclo gravídico puerperal, promovendo principalmente o apoio social. O apoio social inclui a quantidade de ajuda recebida, a satisfação com essa ajuda e a rede que presta tal ajuda. Divide-se em quatro áreas: apoio emocional (ajuda a pessoa a sentir-se compreendida e cuidada); informativo (fornece informação à pessoa); físico (um tipo de ajuda direta); e de apreciação (permite que a pessoa se avalie quanto ao desempenho do papel). O enfermeiro deve assegurar o apoio social, durante o processo de consecução do papel

maternal, solidificando a relação díade mãe-pai ou entre outro familiar mais próximo (Mercer, 2004).

A Teoria das Transições, de Afaf Meleis, enfatiza a transição como um dos conceitos centrais da enfermagem. A transição é um processo de passagem entre estados razoavelmente estáveis desencadeados por uma mudança, originando oportunidades de melhoria ou vulnerabilidade. É classificada em função da sua natureza em tipos, padrões e propriedades. Pode ser de quatro tipos: desenvolvimental (compreende o processo de maturação desde o nascimento até à morte, sendo associada a mudanças no ciclo vital); situacional (envolve acontecimentos esperados ou não, que provocam alterações de papéis); saúde-doença (como resultado de uma alteração entre um estado de saúde e um estado de doença, podendo ser aguda/crónica); ou organizacional (relacionada com alterações no ambiente). Pode apresentar diversos padrões (simples, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado e não relacionado) e possui cinco propriedades (consciencialização, empenhamento, mudança/diferença, espaço temporal de transição e eventos/pontos críticos). As condicionantes facilitadoras ou inibidoras da transição referem-se a condições pessoais (significados, crenças culturais/attitudes, estatuto socioeconómico e preparação/conhecimento), condições da comunidade e condições da sociedade. As intervenções terapêuticas de enfermagem são entendidas como ações continuadas no decurso do processo de transição. Os padrões de resposta abrangem os indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança/ *coping*) e os indicadores de resultado (maestria e integração fluida da identidade). Esta teoria afirma que o enfermeiro, ao analisar a natureza e as condicionantes da transição, pode atuar como facilitador deste processo para que seja bem-sucedido. Toda a transição acarreta mudanças, pelo que o enfermeiro, enquanto cuidador da pessoa/família, consegue preparar a aprendizagem dos conhecimentos e o desenvolvimento das competências necessárias para desempenhar o novo papel, particularmente na transição para a parentalidade. Na perspetiva desta teórica, a gravidez na adolescência configura-se como uma dupla transição, na qual a adolescente experiencia uma transição desenvolvimental e uma transição situacional (Meleis, 2010).

A Teoria do Cuidar, de Kristen Swanson, realça que o cuidar é uma forma de se relacionar com o outro significativo, com o qual desenvolvemos um sentimento de envolvimento e responsabilidade. O cuidar alicerça a prática de enfermagem e depende de cinco princípios básicos, os quais se articulam entre si: (1) “manter a crença” (acreditar na capacidade da pessoa em ultrapassar um acontecimento, preservando uma atitude otimista); (2) “conhecer” (compreender e centrar-se nas necessidades da pessoa, fazendo uma apreciação sem juízos de valor); (3) “estar com” (implica presença física e emocional, mostrando disponibilidade); (4) “fazer por” (agir com competência, antecipando as necessidades da pessoa); e (5) “possibilitar” (promover o autocuidado da pessoa, facilitando as transições de vida). Esta teoria defende que o cuidar proporciona o desenvolvimento, quer de quem cuida quer de quem é cuidado, sendo este conseguido através do estabelecimento de uma relação terapêutica (Swanson, 1991).

Tendo em consideração o contexto de vulnerabilidade subjacente à parentalidade precoce, é pertinente a valorização das potencialidades como recomenda o Cuidar Baseado nas Forças. O Cuidar Baseado nas Forças conduziu a uma mudança do paradigma do cuidar, de um modelo baseado nos défices para um focado nas forças como pedra angular da eficácia dos cuidados de enfermagem. As forças são as qualidades internas e os recursos externos que definem a singularidade da pessoa ou unidade (família/comunidade). A prática do Cuidar Baseado nas Forças demanda que o enfermeiro possua qualidades específicas que estão agrupadas em quatro categorias *major* de forças: forças de mentalidade, forças de conhecimento/saber, forças de relação e forças de defesa. O enfermeiro concebe abordagens para desocultar forças existentes/desenvolver novas forças que favoreçam a autocura e o alcance de sentido na vida (Gottlieb, 2013). Este modelo representa uma reconceptualização do cuidar em enfermagem, sendo uma importantíssima ferramenta a ser mobilizada para que a adolescente desempenhe o papel parental com competência.

Estes referenciais teóricos funcionam como enquadramento no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem para as novas mães e suas famílias, de uma forma antecipatória, personalizada e completa.

4.3 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

No enquadramento metodológico é descrita a metodologia planeada: título, questão de investigação, objetivos, descritores de pesquisa, critérios de inclusão e estratégia de pesquisa.

Título

A gravidez não desejada na adolescência é desafiante para o profissional de saúde, especialmente para o enfermeiro de família que deverá facilitar a resposta da família em situação de transição complexa (OE, 2018).

Como a construção da parentalidade é um processo dinâmico, definiu-se o título da RSL com o enunciado declarativo: “O enfermeiro de família na construção da parentalidade em adolescentes”.

Questão de investigação

Pretendeu-se responder à questão de investigação “Qual é o papel do enfermeiro de família na construção da parentalidade em adolescentes?”, formulada de acordo com a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), preconizada pelo JBI (Apóstolo, 2017). Estabeleceu-se como mnemónica PCC: População (adolescentes), Conceito (parentalidade) e Contexto (cuidados de enfermagem em CSP).

Objetivos

Esta *scoping review* procurou mapear o papel do enfermeiro de família na construção da parentalidade em adolescentes: identificar as intervenções de enfermagem que orientam a construção da parentalidade em adolescentes; identificar a existência de programas estruturados de assistência às adolescentes grávidas ou mães adolescentes; e compreender o seu impacto na saúde materno-infantil e familiar.

Descritores de pesquisa

As palavras-chave foram validadas no MeSH Browser 2022 como descritores de pesquisa: Family Nurs*, Nurs*, Parenting e Adolescents.

Critérios de inclusão

População – adolescentes (adolescentes grávidas ou mães adolescentes) com idades compreendidas entre os 10-≤19 anos.

Conceito – parentalidade.

Contexto – cuidados de enfermagem nos CSP (incluindo cuidados domiciliários), em todos os contextos geográficos.

Tipos de estudos – todos os tipos de estudos (qualitativos, quantitativos ou mistos), realizados entre 2017-2021 e redigidos na língua espanhola, inglesa ou portuguesa.

Estratégia de pesquisa

Selecionaram-se os booleanos “OR” e “AND” para combinar os descritores de pesquisa e considerou-se o “*” para mostrar todos os caracteres possíveis após a última letra.

Procedeu-se à pesquisa, em julho de 2022, com a seguinte expressão: “Family Nurs* OR Nurs* AND Parenting AND Adolescents”.

As bases de dados científicas definidas foram a EBSCOhost e a PubMed Central, que se encontram disponíveis no site da OE, nas áreas de acesso reservado e de acesso livre, respetivamente.

Na EBSCOhost (<http://web.ebscohost.com>) escolheram-se as bases de dados e os limitadores abaixo indicados:

- CINAHL Complete – texto completo, friso temporal da data de publicação 2017-2021 (1 janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2021), resumo disponível, humano, sexo feminino, gravidez, faixa etária adolescente e texto completo em pdf;

- MEDLINE Complete – texto completo, friso temporal da data de publicação 2017-2021 (1 janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2021), resumo disponível, humano, sexo feminino e faixa etária adolescente;
- Nursing & Allied Health Collection – texto completo, friso temporal da data de publicação 2017-2021 (1 janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2021), referências disponíveis e texto completo em pdf;
- MedicLatina – texto completo, friso temporal da data de publicação 2017-2021 (1 janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2021) e texto completo em pdf.

Na PubMed Central (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc>) aplicaram-se os limitadores: texto completo gratuito, dados associados, friso temporal da data de publicação 2017-2021 (1 janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2021), humano, sexo feminino, faixa etária adolescente e idioma espanhol/inglês/português.

4.4 RESULTADOS

Com base na estratégia de pesquisa identificaram-se:

- 135 artigos na EBSCOhost, através das bases de dados CINAHL Complete (n=2), MEDLINE Complete (n=74), Nursing & Allied Health Collection (n=45) e MedicLatina (n=14);
- 436 artigos na PubMed Central.

De forma a garantir a qualidade metodológica foi utilizado o Fluxograma Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) 2020 (Anexo VII) para remoção dos duplicados e triagem após leitura do título e resumo. Os restantes artigos foram submetidos a uma análise do texto integral conforme os critérios de inclusão previamente definidos.

No final selecionaram-se quatro artigos (Anexo VIII) que foram analisados na forma de tabelas e de resumo narrativo (Anexo IX):

- “The experience of pregnant adolescents being cared for in a group home”;
- “A randomized controlled trial testing the efficacy of a nurse home visiting program for pregnant adolescents”;
- “The implementation of a home visits program focused on parenting: an experience report”;
- “Costs and consequences of the Family Nurse Partnership programme in England: evidence from the building blocks trial”.

4.5 DISCUSSÃO

Depois da pesquisa em diversas bases de dados científicos e da aplicação dos critérios de inclusão, obtiveram-se quatro artigos que foram sujeitos a uma discussão dos seus resultados. Em todos, foram respeitadas as considerações éticas com o cumprimento do consentimento informado neste grupo de risco.

O primeiro artigo “The experience of pregnant adolescents being cared for in a group home”, realizado nos Estados Unidos da América, consistiu num estudo qualitativo (descritivo-fenomenológico) que explorou a experiência de adolescentes grávidas residentes numa casa de grupo (um programa de acolhimento a adolescentes grávidas/mães adolescentes e suas crianças).

Foram entrevistadas, de forma individual, oito adolescentes que descreveram a experiência vivida na casa de grupo, durante um período de dezasseis meses a dois anos. As adolescentes realçaram a intervenção do enfermeiro na construção da parentalidade, devido ao ensino de competências parentais, apoio emocional e orientação na tomada de decisão. O enfermeiro identificou as necessidades educacionais da adolescente, demonstrando uma atitude de não julgamento. Posteriormente, implementou sessões de educação para a saúde, desenvolvendo a competência parental por meio do *feedback* positivo e contribuindo para a maestria da adolescente nos cuidados infantis.

No relato das adolescentes foi notória a ausência do suporte familiar, o que evidencia a importância do envolvimento da família neste processo de transição. O enfermeiro pode ser preponderante ao mobilizar familiares, consolidando as respetivas funções dos vínculos, para otimizar o desenvolvimento da adolescente.

Este estudo constatou que o tipo de suporte recebido pela adolescente influencia a sua competência parental, o que destaca que pode ser reforçada a assistência a esta população altamente vulnerável. As adolescentes grávidas têm menos experiência de vida, que as torna menos capazes de lidar com as mudanças associadas ao novo papel, requerendo educação e apoio projetados num ambiente saudável. É acentuada a necessidade de apoio nesta dupla transição, para que as adolescentes superem o conflito de papéis e se tornem adultas responsáveis e mães competentes. O apoio prestado pelo enfermeiro às adolescentes inseridas neste programa de parentalidade, conduziu ao empoderamento das mesmas e à interiorização do papel parental.

O segundo artigo “A randomized controlled trial testing the efficacy of a nurse home visiting program for pregnant adolescents”, realizado no Brasil, consistiu num estudo quantitativo (ensaio randomizado controlado) que testou a eficácia de “Primeiros Laços” (um programa de visita domiciliária de enfermagem de acompanhamento a adolescentes grávidas/mães adolescentes). Neste programa, o enfermeiro realiza visita domiciliária, desde a 16ª semana de gestação até 24 meses após o parto, para fortalecer a díade mãe-criança. A visita domiciliária é efetuada semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, integrando a família nas intervenções implementadas em cinco áreas: saúde e assistência social, saúde ambiental, percurso de vida, competências parentais e suporte familiar/social.

O ensaio randomizado controlado avaliou: a saúde mental materna, o desenvolvimento/crescimento antropométrico infantil e a qualidade do ambiente familiar. Na amostra frequentadora do programa observaram-se efeitos positivos no desenvolvimento infantil e na qualidade do ambiente familiar. O enfermeiro melhorou a competência parental da adolescente, tendo implementado atividades que

aumentaram a resposta materna e a estimulação precoce, levando a um maior desenvolvimento da linguagem expressiva da criança.

Este estudo verificou que, apesar das amostras serem pequenas e de algumas adolescentes terem abandonado o programa, “Primeiros Laços” foi eficaz no aprimoramento do apego materno-infantil, intensificando a mais-valia da visitação domiciliária de enfermagem no apoio à parentalidade na adolescência.

O terceiro artigo “The implementation of a home visits program focused on parenting: an experience report”, realizado no Brasil, consistiu num estudo qualitativo (descritivo) que relatou a experiência de implementação do “Programa de Visitação Jovens Mães Cuidadoras” (um programa de visitação domiciliária de enfermagem de acompanhamento a adolescentes grávidas/mães adolescentes). Neste programa, o enfermeiro realiza visitação domiciliária, desde a 8ª semana de gestação até 18 meses após o parto, com foco na parentalidade positiva. A visitação domiciliária é efetuada quinzenalmente, incentivando a participação do pai da criança e da família nas intervenções implementadas em cinco áreas: cuidados de saúde, saúde ambiental, projeto de vida, desenvolvimento da parentalidade e rede social.

Este estudo validou que o “Programa de Visitação Jovens Mães Cuidadoras” teve a capacidade de aprimorar a assistência materno-infantil e apoiar o desenvolvimento de competências parentais, dando relevo ao potencial da visitação domiciliária de enfermagem. Todavia, mostrou que os enfermeiros encontraram dificuldades, porque algumas adolescentes começaram a trabalhar e as suas crianças ingressaram em creches, impossibilitando o cumprimento do esquema de visitação domiciliário previsto. Mesmo assim, neste programa foram realizadas visitas domiciliárias em maior número que as recomendadas pela OMS durante a gestação.

O quarto artigo “Costs and consequences of the Family Nurse Partnership programme in England: evidence from the building blocks trial”, realizado na Inglaterra, consistiu num estudo quantitativo (ensaio randomizado controlado) que analisou o custo-eficácia da “Parceria Enfermeiro-Família” (um programa de visitação domiciliária de enfermagem de acompanhamento a adolescentes grávidas/mães adolescentes). Neste

programa, o enfermeiro de família realiza visitação domiciliária, desde a gravidez até 24 meses após o parto, com uma frequência semanal a mensal. A formação deste profissional de saúde permite-lhe, de forma estruturada, fortalecer as forças das adolescentes primigestas e estimular as mesmas a protagonizarem um cuidado responsivo para as suas crianças. O enfermeiro de família baseia-se em técnicas motivacionais para facilitar o processo de aprendizagem da adolescente, orientando nas mudanças necessárias para desempenhar o novo papel. As suas intervenções pretendem potenciar as competências parentais e o desenvolvimento infantil, fundamentando-se em três teorias (Teoria do Apego de Bowlby, Teoria Ecológica de Bronfenbrenner e Teoria da Autoeficácia de Bandura), com conteúdos em cinco áreas: saúde materno-infantil, saúde ambiental, percurso de vida, competências parentais e suporte familiar/social.

O ensaio randomizado controlado avaliou: o uso de tabaco na adolescente; o peso da criança à nascença; as admissões/internamentos hospitalares da criança até aos dois anos; e a proporção de adolescentes com uma segunda gravidez 24 meses após o parto. Não se verificaram diferenças significativas nos resultados primários. A amostra frequentadora do programa recebeu acomodação habitacional sempre que necessário e um maior número de visitas domiciliárias realizadas pelo enfermeiro de família, o que se traduziu em maiores custos. Secundariamente, na área da saúde infantil, observou-se que a mesma amostra demonstrou melhores resultados no desenvolvimento linguístico.

Este estudo admitiu que existem custos elevados associados ao programa, pelo acompanhamento intensivo realizado pelo enfermeiro de família. Seria oportuno um *follow-up* das adolescentes e suas crianças para perceber o impacto que o programa pode ter a longo prazo nas famílias.

Após análise dos artigos, é possível compreender que os seus resultados têm implicações para o ensino de enfermagem, prática de enfermagem e redefinição de políticas de saúde, o que sustenta teórica e empiricamente a questão de investigação que motivou esta RSL.

É reconhecido o papel do enfermeiro de família como mediador da construção da parentalidade em adolescentes e a importância do envolvimento da família neste complexo processo de transição. Os três últimos estudos propõem a visita domiciliária como estratégia de intervenção de enfermagem de apoio à parentalidade em adolescentes.

A visita domiciliária consiste num conjunto de ações voltadas para o atendimento tanto educativo quanto assistencial (Santos & Morais, 2011). Constitui uma forma de garantir uma melhor acessibilidade aos CSP, possibilitando ir ao encontro das necessidades de cuidados de cada pessoa e identificar as famílias mais vulneráveis.

Neste contexto de vulnerabilidade, a visita domiciliária propicia um vínculo mais estreito entre a adolescente e o enfermeiro de família, permitindo-lhe conhecer a realidade da família e o alcance das suas intervenções com vista à promoção da saúde familiar.

No campo da avaliação e intervenção familiar, o papel parental é um dos focos de atenção do enfermeiro de família, integrantes da dimensão do desenvolvimento familiar (Figueiredo, 2012). Este foco de atenção é relevante para a prática de enfermagem de saúde familiar, representando uma oportunidade de investigação em Portugal, uma vez que não foi encontrado qualquer estudo nacional acerca do enfermeiro de família na construção da parentalidade em adolescentes.

A existência de estudos relacionados com as reais necessidades destas adolescentes contribui para a sensibilização dos enfermeiros de família, na consolidação da rede social da família, influenciando os resultados materno-infantis e familiares.

4.6 IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

Esta *scoping review* ressaltou que, em Portugal, a assistência às adolescentes grávidas ou mães adolescentes pode ser potencializada pelo enfermeiro de família. Sendo um recurso de proximidade, este profissional de saúde tem competências especializadas que capacitam as adolescentes/famílias a ultrapassar esta crise acidental. O enfermeiro

de família assume um compromisso com o desenvolvimento de quem cuida, afetando as respostas das adolescentes e restaurando a estabilidade das famílias.

Tendo em conta os programas de parentalidade existentes no estrangeiro, a assistência às adolescentes grávidas ou mães adolescentes deve ser melhorada, a nível nacional, com programas de visitação domiciliária ou instituições de acolhimento dinamizados pelo enfermeiro de família.

Os programas sustentados na intensiva visitação domiciliária de enfermagem poderiam ser implementados em Portugal para fortalecer as forças destas adolescentes e suas famílias. Estes programas disponibilizam acompanhamento desde a gravidez até aos 18-24 meses após o parto, mas o período deve ser ajustado em função do suporte familiar/social existente.

Se a adolescente for proveniente de um meio de pobreza ou possuir demais fatores de risco, outra alternativa seria o seu acolhimento numa instituição para usufruir de acomodação habitacional e salvaguardar a proteção, o apoio e a inserção da jovem família.

A seguir é apresentada uma proposta de melhoria da assistência às adolescentes grávidas ou mães adolescentes (Figura 1), baseada na abordagem sistémica e colaborativa.

Alicerçada numa monitorização contínua, esta proposta tem como foco de atenção o papel parental adequado, defendendo a intervenção do enfermeiro de família em cinco domínios:

- cuidados de saúde no período pré-natal (avaliação do bem-estar materno-fetal, avaliação familiar, avaliação da adaptação à gravidez e educação para a saúde – estilo de vida saudável, desenvolvimento fetal, desconfortos da gravidez, prevenção de infeções, sinais de alerta, trabalho de parto, aleitamento materno e cuidados ao recém-nascido) e no período pós-natal (promoção do bem-estar

da mãe/criança/família, avaliação do papel parental e educação para a saúde – nutrição, higiene/conforto, sono/repouso, desenvolvimento infantil, patologias comuns na infância, imunização, redução do risco de acidentes, prevenção de maus-tratos e diagnóstico de perturbações emocionais/comportamentais);

- saúde ambiental (avaliação das condições habitacionais, preparação da habitação para o nascimento da criança e acesso a instituições de saúde/apoio social/educação);
- percurso de vida (orientação na tomada de decisão relativa ao projeto de vida, apoiando a reintegração escolar/profissional e assegurando o planeamento familiar);
- competências parentais (promoção da aceitação da gravidez, informação sobre os direitos/deveres parentais, estimulação do exercício das responsabilidades parentais e fortalecimento da vinculação na díade mãe-criança);
- suporte familiar e social (mobilização do envolvimento do pai da criança/familiares/pessoas significativas e informação sobre os recursos existentes na comunidade – cursos de preparação para o parto e parentalidade, e instituições/linhas telefónicas de apoio).

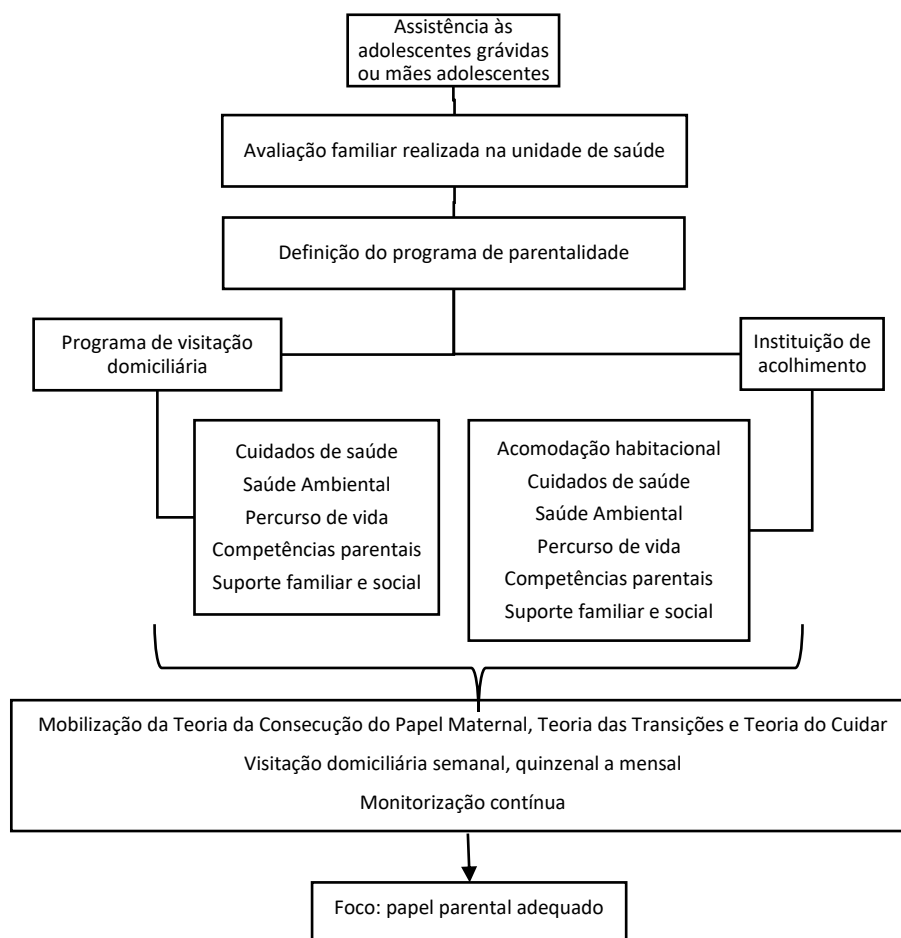


Figura 1 - Proposta de melhoria da assistência às adolescentes grávidas ou mães adolescentes

Neste âmbito, enfatiza-se que a prática do enfermeiro de família depende da compreensão da parentalidade enquanto processo, transição e foco de intervenção.

A parentalidade emerge através de uma construção na interação e requer aprendizagem, configurando-se como um fenómeno biológico e um acontecimento social. É um processo dinâmico de formação de um novo papel – o papel parental.

Mais especificamente, a consecução do papel maternal é um processo que compreende quatro fases: antecipativa, formal, informal e pessoal/identidade do papel. Estas fases sobrepõem-se e são influenciadas por variáveis ligadas à mãe, criança, família e

sociedade (Mercer, 2004). O enfermeiro necessita de implementar intervenções educacionais que aumentem o conhecimento da adolescente, reconhecer variáveis que condicionem a consecução do papel (idade materna, *stress*, temperamento da criança, relação mãe-pai, funcionamento familiar, entre outras) e promover o apoio social. O apoio social (emocional, informativo, físico e de apreciação) é considerado o principal fator protetor da competência parental, dado que diminui a tensão do papel e beneficia a transição para a parentalidade.

A transição para a parentalidade é saudável quando caracterizada pelo domínio dos conhecimentos e comportamentos associados ao papel parental (Meleis, 2010). Nesta dupla transição, a adolescente é obrigada a consciencializar-se das mudanças (físicas, emocionais e sociais) que vão ocorrer, gerir expectativas, incorporar novos conhecimentos/comportamentos e, ao mesmo tempo, lidar com a condição de adulta. O enfermeiro tem de auxiliar na transição para o novo papel, envolvendo a adolescente na aprendizagem a desenvolver para cuidar da sua criança. Ao longo deste processo, a adolescente precisa de: sentir-se ligada (à rede social – família/grupo de pares/profissionais de saúde); interagir (com pessoas na mesma situação/família/profissionais de saúde); estar situada (no tempo, espaço e relações); e desenvolver confiança/*coping* (manifestada pelo nível de compreensão das mudanças e utilização dos recursos para encarar a situação). Quando a adolescente revela um domínio da competência parental (maestria) e uma identidade reformulada (integração fluida da identidade), pode afirmar-se que a transição foi bem-sucedida. Se a transição for bem-sucedida, a adolescente tem uma oportunidade de evolução e alcança uma maior estabilidade comparativamente ao seu estágio anterior. As intervenções terapêuticas de enfermagem procuram desencadear respostas positivas que encorajem a resiliência da adolescente e restabeleçam o bem-estar da família.

O cuidar do enfermeiro deve constituir uma força impulsionadora de esperança que capacite a adolescente/família a superar a inesperada crise associada à gravidez não desejada (Swanson, 1991). Os cinco princípios do cuidar (“manter a crença”, “conhecer”, “estar com”, “fazer por” e “possibilitar”) são indispensáveis para suportar a prática de

enfermagem, sobretudo no contexto de vulnerabilidade de parentalidade precoce. Estes princípios podem ser aplicados na elaboração do processo de enfermagem, ajudando a clarificar as necessidades da adolescente, a estabelecer prioridades e a construir um plano de cuidados, em parceria com a família, que proporcione uma vivência da sua autonomia.

Reforça-se que a gravidez na adolescência representa um desafio desenvolvimental altamente exigente, sendo o papel parental o foco de intervenção prioritário para o enfermeiro de família.

O papel parental é definido como o padrão de interação que integra o conhecimento e a aptidão para o desenvolvimento de comportamentos em reciprocidade, que permitem a aquisição da identidade parental e o desenvolvimento da criança. A competência para o exercício do papel parental é determinada pelo conhecimento, sua integração e transposição para o contexto, implicando o envolvimento e reconhecimento dos outros (Figueiredo, 2012).

Neste grupo de risco é frequente a tensão do papel (dificuldade no cumprimento das obrigações do papel), que pode ser atribuída à falta de conhecimento do papel, falta de consenso do papel, conflito do papel ou saturação do papel (Figueiredo, 2012). As intervenções de enfermagem devem favorecer o conhecimento do papel e o comportamento de adesão, para um papel parental adequado e um funcionamento efetivo do sistema familiar.

O enfermeiro de família, ao considerar a singularidade da adolescente, pode contribuir para a promoção da saúde materno-infantil, pelo movimento de *empowerment*, levando à melhoria da saúde, bem-estar e circunstâncias sociais da jovem família.

4.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta RSL comprovou que o enfermeiro de família pode ser determinante na transição da família em situação complexa, particularmente na parentalidade na adolescência.

Quanto ao contributo para a questão de investigação, os estudos realçaram o papel do enfermeiro de família como mediador da construção da parentalidade em adolescentes e a importância do envolvimento da família neste complexo processo de transição. As suas intervenções assentaram na educação e no apoio, tendo como foco o desenvolvimento das competências parentais das adolescentes de forma positiva. Os três últimos estudos referem-se a programas de visita domiciliária como estratégia de intervenção de enfermagem de apoio à parentalidade em adolescentes, com conteúdos em cinco domínios: cuidados de saúde, saúde ambiental, percurso de vida, competências parentais e suporte familiar/social. A intensiva visita domiciliária de enfermagem, realizada no período pré e pós-natal, proporcionou o aprimoramento do apego materno-infantil, a promoção do desenvolvimento infantil e a melhoria do ambiente familiar.

Os achados desta *scoping review* foram limitados, pela escassez de artigos publicados sobre esta problemática, mas levam a repensar a possibilidade do estabelecimento de programas de parentalidade liderados pelo enfermeiro de família. É impreterível planear, implementar e avaliar intervenções baseadas em evidências, para uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de saúde familiar a nível nacional.

O enfermeiro de família tem de valorizar a parentalidade, pois esta é considerada um foco de atenção de alta sensibilidade aos cuidados prestados. Torna-se prioritário entender as necessidades destas adolescentes/famílias para concretizar intervenções que ampliem a competência parental, promovam o desenvolvimento adequado da criança, previnam a reincidência de gravidez precoce e incentivem a construção de um projeto de vida.

Na prestação de cuidados, o enfermeiro de família pode afetar a trajetória das adolescentes, influenciando o seu desenvolvimento enquanto mães e favorecendo um futuro mais brilhante para as crianças, famílias e sociedade.

CONCLUSÃO

Com o término do estágio de natureza profissional, considero que atingi, de forma satisfatória, os objetivos preconizados ao desenvolver as atividades adequadas à concretização dos mesmos.

Cuidei da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, nas diferentes fases do ciclo vital e nos três níveis de prevenção, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, nos termos legais aplicáveis. Integrei os referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar, desenvolvendo a capacidade de tomada de decisão no processo de avaliação e intervenção familiar.

Reconheci que a potencialidade da saúde familiar depende da capacitação da família, assentando numa intervenção familiar que responda às necessidades identificadas, através da parceria colaborativa. Adotei uma visão sistémica na execução de processos de cuidados de enfermagem à família, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência científica.

Neste percurso formativo fortaleci os conhecimentos necessários às intervenções autónomas e interdependentes para o exercício das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Atuei de acordo com a missão da USF Fonte do Rei, incorporando os seus valores na prestação de cuidados, para contribuir para os ganhos em saúde nas famílias e na comunidade.

Assumi um papel ativo na própria aprendizagem, pois analisei a prática de cuidados em contexto prático, auxiliada pela enfermeira orientadora e pela professora supervisora que foram fundamentais para o desenvolvimento das supracitadas competências.

Este estágio foi uma experiência que me proporcionou enriquecimento pessoal e profissional, tendo favorecido a autonomia na prestação de cuidados especializados e o

desenvolvimento de uma atitude reflexiva face aos cuidados prestados à família.

Apesar das dificuldades sentidas, afirmo que todas as oportunidades de aprendizagem foram gratificantes, o que contribuiu para me manter motivada ao longo deste percurso formativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). (Des) Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica. 3ªed., Coimbra. Quarteto.
- Allgood, M.R., & Tomey, A.M. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ªed., Loures. Lusociência.
- Amazarray, M., Machado, P., Oliveira, V. & Gomes, W. (1998). A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. Psicologia: reflexão e crítica, XI.
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Associação para o Planeamento da Família (2021). Retrieved from <http://www.apf.pt/gravidez-e-parentalidade/gravidez-na-adolesc%C3%Aancia>
- Azêdo, D. (2010). O suporte social e a perceção do estado de saúde na maternidade na adolescência. Porto. Universidade Fernando Pessoa.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2013). Principles of biomedical ethics. 8th edition., Oxford. Oxford University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge. Harvard University Press.
- Canavaro, M. (2001). Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra. Quarteto.
- Carlos, A., Pires, A., Cabrita, T., Alves, H., Araújo, C. & Bentes, M. (2007). Comportamento parental de mães adolescentes. Análise Psicológica, XXV.
- Correia, M. (1995). A Carla ficou grávida! E agora? A família inserida na sociedade atual: “exigências” de adaptação. Análise Psicológica, XIII.
- Costa, M. (2002). A gravidez na adolescência: perspetiva dos enfermeiros. Porto. Universidade do Porto.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. New York. University of Rochester.
- Erikson, E. (1968). Identity: youth and crisis. New York. Norton Company.
- Fernandes, L. (2008). Os silêncios da parentalidade na adolescência: experiências de mães e pais adolescentes. Lisboa. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Figueiredo, M. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Loures. Lusociência.
- Friedman, M. (1998). Family Nursing: research, theory and practice. 4th edition, Connecticut. Appleton & Lange.
- Gottlieb, L. (2013). Strengths-based nursing care: health and healing for person and family. New York. Springer Publishing Company.
- Instituto Nacional de Estatística (2022). Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&selTab=tab0&
- Instituto Nacional de Estatística (2021). Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=458514604&DESTAQUESmodo=2

- Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos. Retrieved from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=377711&PUBLICACOESmodo=2&pcensos=61969554
- Joanna Briggs Institute (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. Adelaide. University of Adelaide South. Retrieved from <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
- Leal, I. (2005). Psicologia da gravidez e da parentalidade. Lisboa. Fim de século.
- Maternidade Alfredo da Costa (2009). Manual de boas práticas na prevenção e acompanhamento da gravidez na adolescência. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York. Springer Publishing Company.
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. San Francisco. Journal of Nursing Scholarship.
- Ministério da Saúde (2019). Programa da Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Néné, M., Batista, M. & Marques, R. (2016). Enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa. Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2ª série, N°26 (06-02-2019), 4744-4750.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Pública e na Área de Saúde Familiar. Diário da República 2ª série, N°135 (16-07-2018), 19354-19359.
- Ordem dos Enfermeiros (2014a). Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. Diário da República 1ªsérie, N°149 (05-08-2014), 4069-4071.
- Ordem dos Enfermeiros (2014b). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2002). Adolescent friendly health services. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?sequence=1&isAllowed=1
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T. & Mulrow, C. (2020). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. Retrieved from https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fprisma-statement.org%2Fdocuments%2FPRISMA_2020_flow_diagram_new_SRs_v1.docx&wdOrigin=BR_OWSELINK
- Porto Editora (2022). Retrieved from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa-aa0/adolescer>
- Santos, E., & Morais, S. (2011). A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção dos enfermeiros. Cogitare Enfermagem, XVI.
- Serviço Nacional de Saúde (2022). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20023/2101092/Paginas/default.aspx>

Souza, K., Rios, A., Cavalcanti, L., Williams, A. & Aiello, A. (2007). Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. *Adolescência e Saúde*, IV.

Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. North Carolina. *Nursing Research*.

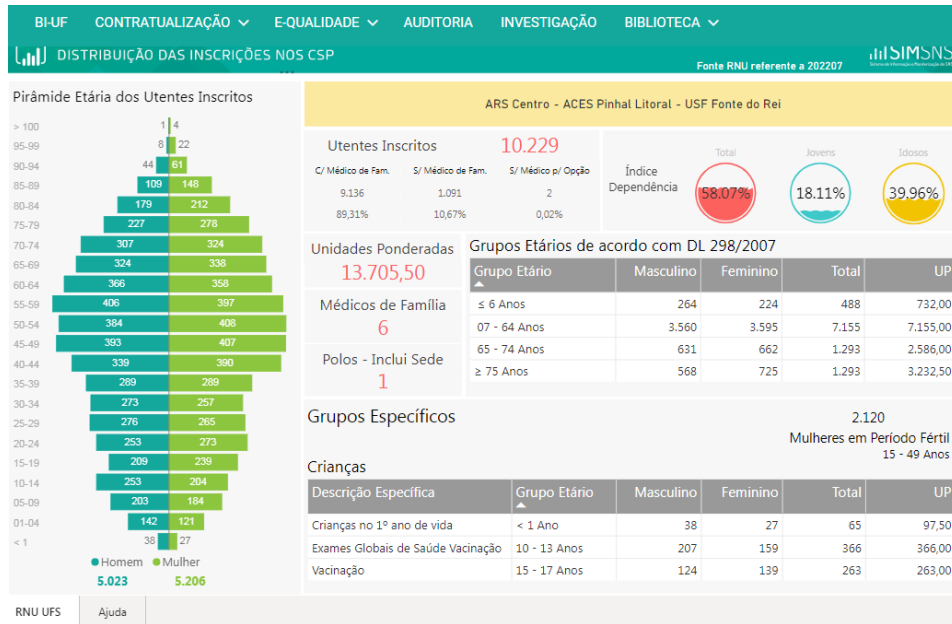
USF Fonte do Rei (2019). Regulamento Interno da Unidade de Saúde Familiar Fonte do Rei (não publicado).

USF Fonte do Rei (2018). Plano de Ação da Unidade de Saúde Familiar Fonte do Rei (não publicado).

ANEXOS

ANEXO I – Caracterização demográfica da população da USF Fonte do Rei

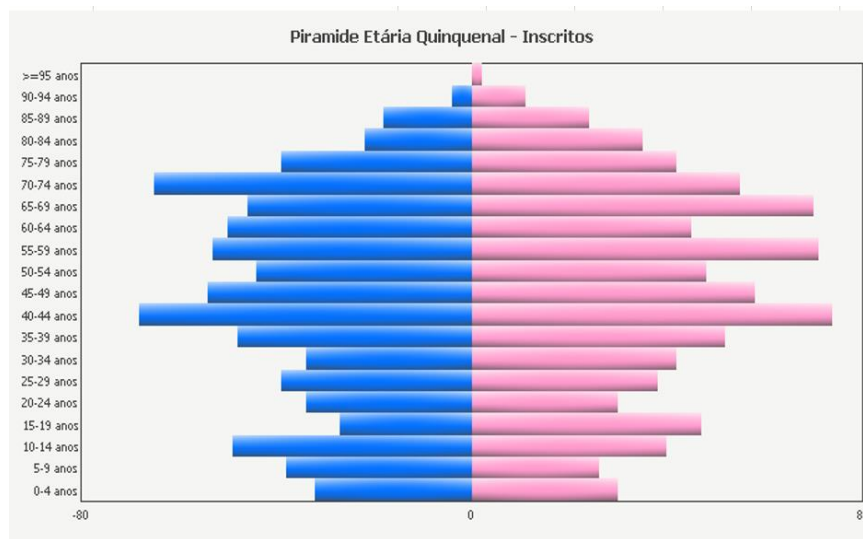
Caracterização demográfica da população da USF Fonte do Rei



Fonte: SNS (2022)

ANEXO II – Caracterização demográfica do ficheiro do enfermeiro de família

Caracterização demográfica do ficheiro do enfermeiro de família



Fonte: MIM@UF (2021)

ANEXO III – Problemas de saúde mais prevalentes do ficheiro do enfermeiro de família

Problemas de saúde mais prevalentes do fichero do enfermeiro de família

| ICPC | Métrica | Qtd Problemas | TOP |
|------|--|---------------|-----|
| T93 | ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS | 379 | 1 |
| L03 | SINAIS / SINTOMAS DA REGIÃO LOMBAR | 354 | 2 |
| K86 | HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES | 341 | 3 |
| P76 | PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS | 267 | 4 |
| A98 | MEDICINA PREVENTIVA / DE ACOMPANHAMENTO GERAL | 256 | 5 |
| L08 | SINAIS / SINTOMAS DOS OMBROS | 240 | 6 |
| L86 | SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DE DORES | 234 | 7 |
| L87 | BURSITE / TENDINITE / SINOVITE, NE | 214 | 8 |
| L15 | SINAIS / SINTOMAS DO JOELHO | 213 | 9 |
| P74 | DISTÚRBO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE | 195 | 10 |
| R75 | SINUSITE CRÓNICA / AGUDA | 187 | 11 |
| U71 | CISTITE / OUTRA INFECÇÃO URINÁRIA | 175 | 12 |
| P17 | ABUSO DO TABACO | 174 | 13 |
| L01 | SINAIS / SINTOMAS DO PESCOÇO | 173 | 14 |
| T82 | OBESIDADE | 160 | 15 |
| S74 | DERMATOFITOSE | 152 | 16 |
| T83 | EXCESSO DE PESO | 150 | 17 |
| P06 | PERTURBAÇÃO DO SONO | 145 | 18 |
| L84 | SÍNDROMES DA COLUNA SEM IRRADIAÇÃO DE DOR | 142 | 19 |
| L90 | OSTEOARTROSE DO JOELHO | 142 | 19 |
| Y85 | HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA | 140 | 21 |
| W11 | CONTRACEPÇÃO ORAL | 139 | 22 |
| K95 | VEIAS VARICOSAS DA PERNA | 133 | 23 |
| T90 | DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE | 129 | 24 |
| L17 | SINAIS / SINTOMAS DO PÉ / DEDOS DO PÉ | 128 | 25 |
| R05 | TOSSE | 128 | 25 |
| L92 | SÍNDROME DO OMBRO DOLOROSO | 127 | 27 |
| R78 | BRONquite / BRONQUIOLITE AGUDA | 127 | 27 |
| N17 | VERTIGENS / TONTURAS | 119 | 29 |
| K96 | HEMORRÓIDAS | 117 | 30 |
| L02 | SINAIS / SINTOMAS DA REGIÃO DORSAL | 117 | 30 |
| L12 | SINAIS / SINTOMAS DAS MÃOS E DEDOS | 117 | 30 |
| L14 | SINAIS / SINTOMAS DA PERNA / COXA | 114 | 33 |
| R97 | RINITE ALÉRGICA | 108 | 34 |
| L13 | SINAIS / SINTOMAS DA ANCA | 105 | 35 |
| R76 | AMIGDALITE AGUDA | 101 | 36 |
| F92 | CATARATAS | 97 | 37 |
| D02 | DORES ABDOMINAIS, EPIGÁSTRICAS | 92 | 38 |
| R74 | INFECÇÃO AGUDA DO APARELHO RESPIRATORIO SUPERIOR | 92 | 38 |
| U95 | CÁLCULO URINÁRIO | 91 | 40 |
| N01 | CEFALEIA | 90 | 41 |

Fonte: MIM@UF (2021)

ANEXO IV – Indicadores de saúde familiar

Indicadores de saúde familiar

Indicadores por lista de utentes de médico

| Unidade Funcional / Polo | Indicador | Mês Métrica | 2021-03 | | | 2020-12 | | |
|--------------------------|----------------|---|----------|-------|---------|----------|-------|---------|
| | | | Num. | Den. | Valor | Num. | Den. | Valor |
| BI | 2013.001.01 FX | Proporção de consultas realizadas pelo MF | 872,00 | 944 | 92,373 | 2 905,00 | 3 375 | 86,074 |
| BI | 2013.002.01 FX | Taxa de utilização global de consultas médicas | 758,00 | 1 595 | 47,524 | 1 134,00 | 1 601 | 70,831 |
| BI | 2013.003.01 FX | Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos | 7,00 | 1 605 | 4,361 | 28,00 | 1 626 | 17,220 |
| BI | 2013.004.01 FX | Taxa de domicílios enfermiagem por 1.000 inscritos | 83,00 | 1 605 | 51,713 | 474,00 | 1 626 | 291,513 |
| BI | 2013.005.01 FX | Proporção de consultas realizadas pelo EF | 713,00 | 914 | 78,009 | 2 735,00 | 4 183 | 65,384 |
| BI | 2013.006.01 FX | Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos | 1 305,00 | 1 595 | 81,818 | 1 255,00 | 1 601 | 78,389 |
| BI | 2013.007.01 FX | Proporção de consultas referenciadas p/ consulta | 75,00 | 771 | 9,728 | 236,00 | 1 154 | 20,451 |
| BI | 2013.008.01 FX | Taxa de utilização de consultas de PF (méd. enf.) | 75,00 | 340 | 22,059 | 145,00 | 336 | 43,155 |
| BI | 2013.009.01 FX | Taxa de utilização de consultas de PF (enf.) | 74,00 | 340 | 21,765 | 136,00 | 336 | 40,476 |
| BI | 2013.010.01 FX | Taxa de utilização de consultas de PF (méd.) | 31,00 | 340 | 9,118 | 73,00 | 336 | 21,726 |
| BI | 2013.014.01 FX | Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida | 1,00 | 1 | 100,000 | 4,00 | 4 | 100,000 |
| BI | 2013.015.01 FX | Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida | | | | 0,00 | 3 | 0,000 |
| BI | 2013.016.01 FX | Proporção crianças c/ 6+ cons. méd. vigil. 1º ano | 2,00 | 2 | 100,000 | 2,00 | 6 | 33,333 |
| BI | 2013.017.01 FX | Proporção crianças c/ 3+ cons. méd. vigil. 2º ano | 4,00 | 9 | 44,444 | 8,00 | 11 | 72,727 |
| BI | 2013.018.01 FX | Proporção de hipertensos com IMC (12 meses) | 128,00 | 351 | 36,467 | 284,00 | 346 | 82,081 |
| BI | 2013.019.01 FX | Proporção de hipertensos com PA em cada semestre | 111,00 | 340 | 32,647 | 119,00 | 340 | 35,000 |
| BI | 2013.020.01 FX | Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90 | 25,00 | 100 | 25,000 | 39,00 | 108 | 36,111 |
| BI | 2013.021.01 FX | Proporção hipertensos, c/ prescrição de tiazidas | 18,00 | 351 | 5,128 | 36,00 | 346 | 10,405 |
| BI | 2013.022.01 FX | Proporção hipertensos sem DM c/ prescrição ARA II | 12,00 | 266 | 4,511 | 26,00 | 270 | 9,630 |
| BI | 2013.023.01 FX | Proporção hipertensos com risco CV (3 A) | 12,00 | 215 | 5,581 | 9,00 | 217 | 4,147 |
| BI | 2013.024.01 FX | Proporção hipertensos com registo de GRT | 121,00 | 351 | 34,473 | 260,00 | 346 | 75,145 |
| BI | 2013.025.01 FX | Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado | 8,00 | 340 | 2,353 | 17,00 | 340 | 5,000 |
| BI | 2013.030.01 FX | Proporção utentes de doença crónica, c/ vac. enfim. | 0,00 | 508 | 0,000 | 309,00 | 496 | 62,298 |
| BI | 2013.031.01 FX | Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A | 13,00 | 13 | 100,000 | 13,00 | 14 | 92,857 |
| BI | 2013.032.01 FX | Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A | 5,00 | 13 | 38,462 | 5,00 | 16 | 31,250 |
| BI | 2013.033.01 FX | Proporção utentes > 14A, c/ IMC últimos 3 anos | 830,00 | 1 404 | 59,117 | 791,00 | 1 400 | 56,500 |
| BI | 2013.034.01 FX | Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A | 127,00 | 145 | 87,586 | 125,00 | 138 | 90,580 |
| BI | 2013.035.01 FX | Proporção DM com exame pés último ano | 94,00 | 142 | 66,197 | 128,00 | 137 | 93,431 |
| BI | 2013.036.01 FX | Proporção utentes DM com registo de GRT | 90,00 | 142 | 63,380 | 133,00 | 137 | 97,080 |
| BI | 2013.037.01 FX | Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano | 97,00 | 142 | 68,310 | 130,00 | 137 | 94,891 |
| BI | 2013.038.01 FX | Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre | 65,00 | 133 | 48,872 | 73,00 | 136 | 53,676 |
| BI | 2013.039.01 FX | Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0% | 74,00 | 142 | 52,113 | 89,00 | 137 | 64,964 |
| BI | 2013.040.01 FX | Proporção DM c/ exame oftalmológico último ano | 45,00 | 142 | 31,690 | 10,00 | 137 | 7,299 |
| BI | 2013.041.01 FX | Proporção DM2 em terapêut. c/ insulina | 0,00 | 127 | 0,000 | 0,00 | 121 | 0,000 |
| BI | 2013.043.01 FX | Proporção DM c/ acompanh. adequado | 13,00 | 142 | 9,155 | 42,00 | 136 | 30,882 |

USF Fonte
do Rei

| | | | | | | | | |
|----|-------------------|---|-----------|-------|---------|------------|--------|---------|
| BI | 2013.044.01 FX | Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos) | 47,00 | 226 | 20,796 | 171,00 | 237 | 72,152 |
| BI | 2013.045.01 FX | Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út. | 130,00 | 381 | 34,121 | 131,00 | 385 | 34,026 |
| BI | 2013.046.01 FX | Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR | 155,00 | 543 | 28,545 | 169,00 | 547 | 30,896 |
| BI | 2013.047.01 FX | Proporção utentes >= 14 A, c/ reg. hábit. tabágic. | 498,00 | 1 404 | 35,470 | 454,00 | 1 400 | 32,429 |
| BI | 2013.049.01 FX | Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos | 2,00 | 26 | 7,692 | 2,00 | 25 | 8,000 |
| BI | 2013.052.01 FX | Proporção utentes c/ acompanhamento | 78,00 | 340 | 22,941 | 69,00 | 336 | 20,536 |
| BI | 2013.053.01 FX | Proporção utentes >= 14A, c/ registo consumo álcool | 480,00 | 1 404 | 32,764 | 420,00 | 1 400 | 30,000 |
| BI | 2013.054.01 FX | Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A | 8,00 | 22 | 36,364 | 7,00 | 21 | 39,333 |
| BI | 2013.055.01 FX | Proporção adultos c/ depres. c/ terap. anti-depr. | 29,00 | 270 | 10,741 | 47,00 | 266 | 17,689 |
| BI | 2013.057.01 FX | TSHPKU realizado até ao 6º dia | 1,00 | 1 | 100,000 | 3,00 | 4 | 75,000 |
| BI | 2013.059.01 FX | Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano | 9,00 | 9 | 100,000 | 19,00 | 20 | 95,000 |
| BI | 2013.060.01 FX | Proporção crianças 2 anos, c/ acompanham. adequado | 2,00 | 9 | 22,222 | 8,00 | 11 | 72,727 |
| BI | 2013.063.01 FX | Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV | 11,00 | 13 | 84,615 | 13,00 | 14 | 92,857 |
| BI | 2013.064.01 FX | Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV | 3,00 | 13 | 23,077 | 7,00 | 16 | 43,750 |
| BI | 2013.066.01 FX | Proporção idosos, sem faturados, que são prescrições | | | | 8 159,00 | 18 611 | 43,840 |
| BI | 2013.067.01 FX | Proporção idosos, sem prescrição trimetaz. (1 ano) | 433,00 | 436 | 99,312 | 417,00 | 420 | 99,286 |
| BI | 2013.068.01 FX | Despesa medic. faturados, por utiliz. (PVP) | | | | 223 430,08 | 1 149 | 194,456 |
| BI | 2013.069.01 FX | Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (p. conv. s/ TM) | | | | 88 686,35 | 1 129 | 78,553 |
| BI | 2013.070.01 FX | Despesa (PVP) medic. prescr. compart. p/ utiliz. | 72 621,70 | 760 | 95,555 | 286 000,47 | 1 149 | 248,913 |
| BI | 2013.071.01 FX | Despesa MCDT prescriç., por utiliz. (p. conv.) | 30 342,75 | 760 | 39,925 | 98 586,92 | 1 149 | 85,802 |
| BI | 2013.074.01 FX | Proporção cons. méd. presenciais, com ICPC-2 | 676,00 | 944 | 71,610 | 2 271,00 | 3 375 | 67,289 |
| BI | 2013.075.01 FX | Proporção de DM2 com compromisso de vigilância | 121,00 | 127 | 95,276 | 114,00 | 121 | 94,215 |
| BI | 2013.076.01 FX | Proporção hipertensos com compromisso vigilância | 289,00 | 351 | 82,336 | 284,00 | 346 | 82,081 |
| BI | 2013.088.01 FX | Proporção DM c/ registo HbA1c 6 meses | 81,00 | 142 | 57,042 | 102,00 | 137 | 74,453 |
| BI | 2013.089.01 FX | Proporção hipertensos c/ PA 6 meses | 140,00 | 351 | 39,886 | 266,00 | 346 | 76,879 |
| BI | 2013.090.01 FX | Despesa medic. fatur., por utiliz. (v. compart.) | | | | 143 907,79 | 1 149 | 125,246 |
| BI | 2013.091.01 FX | Proporção DM < 65 A, c/ HbA1c <= 6,5 % | 7,00 | 41 | 17,073 | 6,00 | 42 | 14,286 |
| BI | 2013.092.01 FX | Proporção hipocoagulados controlados na unidade | 1,00 | 10 | 10,000 | 9,00 | 11 | 81,818 |
| BI | 2013.093.01 FX | Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou | 16,00 | 16 | 100,000 | 20,00 | 20 | 100,000 |
| BI | 2013.094.01 FX | Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou | 14,00 | 14 | 100,000 | 14,00 | 14 | 100,000 |
| BI | 2013.095.01 FX | Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou | 13,00 | 13 | 100,000 | 15,00 | 15 | 100,000 |
| BI | 2013.096.01 FX | Rácio despesa fatur. DPP-4 e antidiab. não insul. | | | | 29 077,71 | 38 099 | 76,321 |
| BI | 2013.097.01 FX | Proporção DM c/ microalbum. último ano | 24,00 | 142 | 16,901 | 85,00 | 137 | 62,044 |
| BI | 2013.098.01 FX | Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano | 1 160,00 | 1 231 | 94,232 | 1 205,00 | 1 238 | 97,334 |
| BI | 2013.099.01 FX | Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos | 1 199,00 | 1 595 | 75,172 | 1 177,00 | 1 601 | 73,517 |
| BI | 2013.100.01 FX | Taxa utilização consultas médicas ou enferm. - 3 anos | 1 401,00 | 1 595 | 87,837 | 1 364,00 | 1 601 | 85,197 |
| BI | 2013.261.01 FX | Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé | 94,00 | 142 | 66,197 | 128,00 | 137 | 93,431 |
| BI | 2013.262.01 FX | Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A) | 526,00 | 949 | 55,427 | 500,00 | 945 | 52,910 |
| BI | 2013.263.01 FX | Despesa medic. pres. util. (PVP) comp. não comp. | 73 762,55 | 760 | 97,056 | 292 569,11 | 1 149 | 254,629 |
| BI | 2013.264.01 FX | Despesa MCDT fatur. p/ util. SNS (preço conven.) | | | | 101 946,10 | 1 129 | 90,298 |
| BI | 2013.265.01 FX | Percent. DM vigiado, c/ registo risco úlcera pé | 89,00 | 136 | 65,441 | 127,00 | 141 | 90,071 |

| | | | | | | | | |
|----|-------------------|--|----------|--------|---------|-----------|--------|-----------|
| BI | 2013.266.01 FX | Percent. DM vigiados, c/ úlcera ativa no pé | 0,00 | 136 | 0,000 | 0,00 | 141 | 0,000 |
| BI | 2013.267.01 FX | Índice de acompanhamento adequado em DE, nos MME | 161,23 | 340 | 0,474 | 163,68 | 336 | 0,457 |
| BI | 2013.269.01 FX | Índice de acompanhamento adequado s. infantil 2º ano | 6,25 | 9 | 0,694 | 9,75 | 11 | 0,886 |
| BI | 2013.271.01 FX | Índice de acompanhamento adequado utentes DM | 79,13 | 142 | 0,557 | 91,08 | 136 | 0,670 |
| BI | 2013.272.01 FX | Índice de acompanhamento adequado de hipertensos | 142,34 | 340 | 0,419 | 154,52 | 340 | 0,454 |
| BI | 2013.274.01 FX | Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada | | | | 0,00 | 4 | 0,000 |
| BI | 2013.276.01 FX | Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabét. orais | 8 312,10 | 20 012 | 41,536 | 30 662,20 | 72 528 | 42,276 |
| BI | 2013.277.01 FX | Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A | 20,00 | 173 | 11,561 | 47,00 | 174 | 27,011 |
| BI | 2013.278.01 FX | Propor. medicam. prescr. de classes com genéricos | 5 243,00 | 7 692 | 68,162 | 19 625,00 | 28 585 | 68,655 |
| BI | 2013.294.01 FX | Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos | 83,00 | 445 | 186,517 | 447,00 | 440 | 1 015,909 |
| BI | 2013.297.01 FX | Prop. idosos s/ presc. prol ansiol/sedat/hipnót | 380,00 | 436 | 87,156 | 307,00 | 420 | 73,095 |
| BI | 2013.298.01 FX | Desp. MCDT fat. util. SNS s/ fisia. (pr. conven.) | | | | 84 427,67 | 1 129 | 74,781 |
| BI | 2013.299.01 FX | Desp. MCDT fisiat. fat. util. SNS (pr. conven.) | | | | 17 518,43 | 1 129 | 15,517 |
| BI | 2013.300.01 FX | Nº médio prescr. consulta fisiatría, p/ utiliz. | 53,00 | 760 | 0,070 | 160,00 | 1 149 | 0,139 |
| BI | 2013.301.01 FX | Proporção crianças 1 ano, c/ acompanhamento adequado | 2,00 | 2 | 100,000 | 2,00 | 6 | 33,333 |
| BI | 2013.302.01 FX | Índice de acompanhamento adequado s. infantil 1º ano | 2,00 | 2 | 1,000 | 5,20 | 6 | 0,867 |
| BI | 2015.316.01 FX | Proporção hipert. [18; 65[A, com PA < 140/90 | 17,00 | 105 | 16,190 | 19,00 | 108 | 17,593 |

Fonte: MIM@UF (2021)

ANEXO V - Folheto “Hipocoagulação e vigilância do INR”

Folheto “Hipocoagulação e vigilância do INR”

O QUE FAZER EM CASO DE HEMORRAGIA?

Como os anticoagulantes aumentam o risco de hemorragia, poderá ter nódos negros (hematomas e equimoses), perda de sangue nas gengivas, nariz, na urina ou nas fezes. As mulheres jovens também podem ter perdas menstruais mais abundantes.

Os traumatismos aumentam o risco de hemorragia e a sua gravidade é muito variável.

Em caso de acidente ou hemorragia contínua e abundante, deve recorrer de imediato ao hospital.

O QUE FAZER EM CASO DE CIRURGIA OU EXAMES?

Caso venha a necessitar de cirurgia ou de algum exame com risco de hemorragia, deverá consultar o seu médico de família ou o médico que prescreveu o anticoagulante para avaliar a suspensão do medicamento.

Bibliografia:
 - Associação Portuguesa de Nutrição (2019). Alimentação e Hipocoagulação Oral (E-book n.º 52). Disponível em <https://www.apn.org.pt/>
 - SELF Nutrition Data (2021). Nutrients in Food Tool [website]. Disponível em <https://nutritiondata.self.com/tools/nutrient-search/>

Elaborado por:
 Enf. Alida Pereira
 e alunos do Mestrado de Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar: Enf. Filipa Sousa e Enf. Micael Inês

U.S.F. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR
Fonte do Rei
Maceira

Julho 2021

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR
FONTE DO REI
 MACEIRA

Hipocoagulação e vigilância do INR



(Pág. 4)

(Pág. 1)

PORQUÊ HIPOCOAGULAR?

Algumas patologias aumentam o risco de formação de coágulos no sangue. Estes podem deslocar-se na corrente sanguínea e entupir uma artéria no cérebro, no coração, nos pulmões ou noutro órgão do corpo e causar doenças potencialmente graves como AVC, enfarte agudo do miocárdio ou embolia pulmonar. Nestes casos, a hipocoagulação oral pode ajudar a prevenir a formação de coágulos.

Existem vários medicamentos com efeito anticoagulante, mas nem todos poderão estar indicados para cada situação específica. Se estiver a tomar anticoagulantes indiretos (antagonistas da vitamina K), como a **varfarina** (Varfine*) ou o **acenocumarol** (Sintrom*),

é muito importante garantir que a anticoagulação está dentro do intervalo terapêutico definido pelo seu médico.

INR – O QUE É E COMO CONTROLAR?

Na USF Fonte do Rei, esta vigilância é feita periodicamente pelo seu enfermeiro de família através de uma análise rápida ao sangue (INR) e, atendendo à sua situação específica, o seu médico de família irá ajustar a dose do anticoagulante para diminuir o risco de formação de coágulos e/ou o risco de hemorragia.

»» **INR baixo:**
Coagulação excessiva
• **Risco de trombose**

»» **INR dentro do intervalo:**
Coagulação ótima

»» **INR alto:**
Coagulação deficitária
• **Risco de hemorragia**

O QUE INTERFERE NO INR?

Os alimentos ricos em **vitamina K** diminuem o efeito destes medicamentos anticoagulantes, baixando o INR.

No entanto, não está recomendado diminuir o consumo de vitamina K. O mais importante é assegurar uma ingestão semanal constante a fim de evitar oscilações no INR.

| Vitamina K (em microgramas) por cada 100 mg de alimento | | | |
|---|-----|-------------------|-----|
| Espinafre | 494 | Couve-de-Bruxelas | 140 |
| Couve Galega | 440 | Couve Repolho | 109 |
| Nabiça | 368 | Margarina 60% | 101 |
| Acelga | 327 | Couve lombarda | 69 |
| Folha de brócolos | 256 | Ameixa seca | 60 |
| Agrião | 250 | Pinhão | 54 |
| Óleo de soja | 184 | Espargos | 51 |
| Alface | 174 | Pevides | 47 |
| Brócolos | 141 | Atum enlatado | 44 |
| | | Kiwi | 40 |
| | | Caju | 35 |
| | | Soja | 33 |
| | | Aipo | 29 |
| | | Feijão-verde | 26 |
| | | Alho-francês | 25 |
| | | Ervilha | 25 |
| | | Óleo de palma | 25 |
| | | Abacate | 21 |

Fonte: nutritiondata.self.com

Os alimentos ricos em **vitamina E** (óleos e azeite, creme vegetal para barrar, sementes e frutos secos/oleaginosas) diminuem o efeito da vitamina K e aumentam o efeito dos anticoagulantes, ou seja, aumentam o INR.

O consumo excessivo de **bebidas alcoólicas** e algumas **plantas medicinais** também interferem no valor do INR (camomila e ginkgo biloba aumentam o INR; ginseng, chá verde e hiperício diminuem o INR).

(Pág.2)

(Pág.3)

ANEXO VI – Folheto “Alimentação do bebé”

Folheto “Alimentação do bebé”

12 MESES

Aos 12 meses, pode partilhar a dieta familiar, mantendo o aleitamento materno (caso a mãe o deseje) ou uma fórmula infantil de baixo teor proteico, como fonte láctea preferencial.

Privilegie uma oferta variada em cada grupo alimentar. A variedade é mais importante do que a quantidade.

A oferta repetida de cada alimento facilita a sua aceitação. Não substitua os alimentos que não são do agrado da criança.

Promova a autonomia à mesa, respeitando a capacidade de a criança regular o seu apetite, desde que a ingestão não seja insuficiente nem excessiva.

Adaptado de: Direção-Geral da Saúde (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos. Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Janeiro de 2022

U.S.F. Unidade de Saúde Familiar
Fonte do Rei Maceira

ALIMENTAÇÃO DO BEBÉ

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR



USF Fonte do Rei - Maceira

(Pág. 12)

(Pág. 1)


4-5 MESES

Preconiza-se o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses. Quando tal não é possível, pode iniciar-se a diversificação alimentar a partir dos 4 meses.


À exceção de alguns alimentos específicos, não existe uma regra definida para a introdução dos diferentes grupos de alimentos.

O primeiro grupo de alimentos a introduzir pode ser o das hortofrutícolas ou dos cereais, ou seja, **creme de legumes, a papa e a fruta.**

Quanto à cadência da introdução, pode respeitar um intervalo de 2 a 3 dias entre cada grupo de alimento.



CREME DE LEGUMES



Primeiro creme: batata, cenoura e cebola

Para os cremes seguintes:

- Utilize 4 ingredientes em cada creme (1 de cada grupo alimentar):
 - Legumes “base”: batata, batata doce, chuchu, curgete, beringela ou couve-flor.
 - Fontes de betacarotenos: cenoura ou abóbora.
 - Antioxidantes: cebola, alho ou alho-francês.
 - Folhas: alface, brócolo, feijão verde, couve coração, etc.
- Adicione 5 a 7,5 ml de azeite no final da cozedura.
- Não coloque sal até 1 ano de idade.
- Inicie com pequenas quantidades, aumentando progressivamente.
- Triture de forma homogénea com a varinha mágica.

(Pág. 2)

(Pág. 3)

PAPA

Caso inicie a diversificação alimentar pela papa de cereais, esta pode desde o início ter glúten.

O glúten deve ser introduzido entre os 4 e os 7 meses, com porções crescentes até aos 12 meses. Se quiser, pode iniciar com uma papa sem glúten, à qual vai adicionar progressivamente um pouco de papa com glúten.

As papas podem ser lácteas (para preparar com água) ou não lácteas (para preparar com leite materno ou fórmula infantil). Não deve incluir papas de cereais biológicos nem papas caseiras.

Para preparar, coloque a água ou leite (conforme a indicação), depois a farinha e mexa até adquirir a consistência de iogurte.




FRUTA

A introdução da fruta pode ocorrer desde o início da diversificação alimentar.

Inicialmente, não exceda 1 peça de fruta por dia. Depois dos 6 meses, não exceda as 2 peças de fruta por dia.

Dê preferência à fruta da época.

Pode iniciar com maçã, pera ou banana (de preferência crua), e depois introduza outras frutas. Durante o 1.º ano de vida, existe alguma reserva relativamente ao kiwi, morango e maracujá, devido a eventuais reações alérgicas.




SUGESTÃO DE EMENTA (4-6 MESES)



- Leite materno sempre que o bebé quiser ou 3 refeições de fórmula infantil
- 1 creme de legumes
- 1 puré de fruta
- 1 papa

(Pág. 4)

(Pág. 5)

LEMBRE-SE

- Faça das refeições um momento agradável.
- Lave muito bem os legumes e a fruta.
- Opte pela fruta natural, em vez de boiões ou sumos de fruta, que só deve usar em emergências.
- Não ofereça alimentos processados, sumos (naturais ou artificiais) ou chá. O sal, o açúcar e o mel são proibidos durante o 1º ano de vida.
- Estimule o uso da colher para promover a articulação da língua e a fala.
- Habitue a criança a ingerir água. Ofereça-a em pequenas quantidades ao longo do dia e pelo copo.
- A criança deve ser alimentada sentada. Incentive-a a comer devagar, sem a manter mais de 30 minutos à mesa.
- Estabeleça um horário para as refeições e incuta regras na alimentação.

6-7 MESES


A diversificação alimentar deve ocorrer idealmente próximo dos 6 meses e deve ser mantido o leite materno.

Devem ser oferecidos apenas alimentos que integram a cadeia alimentar e a roda dos alimentos.

LEITE E FÓRMULAS INFANTIS

Deve ser feita uma redução gradual da quantidade de leite materno ou fórmula infantil até à introdução da dieta familiar ao 1.º ano de idade. O leite de vaca só deve ser dado depois dos 12 meses.

Na ausência de leite materno, o bebé deve ser alimentado com uma fórmula standard, pelo menos até ao final do 1º ano de vida e idealmente até aos 24-36 meses.



(Pág. 6)

(Pág. 7)

CARNE E PEIXE

Adicione a carne e o peixe ao creme.

Carne: escolha carne magra (frango, peru, coelho, pato, borrego, vitela).

- Inicie com cerca de 10 g/dia e aumente gradualmente até 30 g/dia.
- Cozinhe a carne sem pele, gordura ou sal.
- Se cozer a carne com os legumes, não acrescente azeite.



Peixe: escolha peixe magro fresco ou congelado (pescada, linguado, solha, dourada, robalo ou carapau). O bacalhau só deve ser dado a partir dos 12 meses.



ARROZ E MASSA

O arroz e a massa, incluindo a sêmola e trigo (couscous), podem ser introduzidos a partir dos 7 meses.

FRUTA

Nesta idade, pode oferecer pera, maçã, banana, melão, pêssego, uva, melancia, manga, papaia, abacate, laranja, etc.




SUGESTÃO DE EMENTA (6-7 MESES)

- 2-3 refeições de leite
- 2 cremes de legumes – apenas um com carne ou peixe
 - Carne: 4 vezes por semana
 - Peixe: 3 vezes por semana
- 1 papa de cereais com glúten – ao lanche
- 1-2 purés de fruta, preferencialmente crua

(Pág. 8)

(Pág. 9)



8-12 MESES

Para estimular a mastigação dos alimentos moles, ofereça agora alimentos progressivamente menos moídos.

IOGURTE NATURAL


Deve ser natural, sem aromas ou adição de açúcar. Dê ao lanche, mantendo o leite materno ou a fórmula infantil como fontes lácteas principais.

No 2.º semestre, a soma dos laticínios (leite, iogurte, queijo) não deve exceder os 500-700 ml.

LEGUMINOSAS

Ex.: Ervilha, fava, feijão, grão, lentilha

Inicialmente, devem ser oferecidas sem casca ou na sua forma germinada. Devem ser previamente demolidas (quando indicado) e devem ser oferecidas em pequenas porções e, pelo menos, 2 vezes por semana.




FRUTOS GORDOS E SEMENTES

Podem ser iniciados aos 9 meses, independentemente do risco de alergia. Incluem noz, amêndoa, avelã, coco, caju, pinhão, pistacho, sementes de abóbora, girassol, linhaça, chia, etc.

Devem ser naturais, sem sal e bem triturados, nunca inteiros, pelo risco de engasgamento.

OVO

Ofereça ½ gema na 1.ª semana, uma gema na 2.ª semana e, depois disso, o ovo inteiro – até 3 ovos por semana, sempre em vez da carne ou do peixe.



SUGESTÃO DE EMENTA (8-12 MESES)

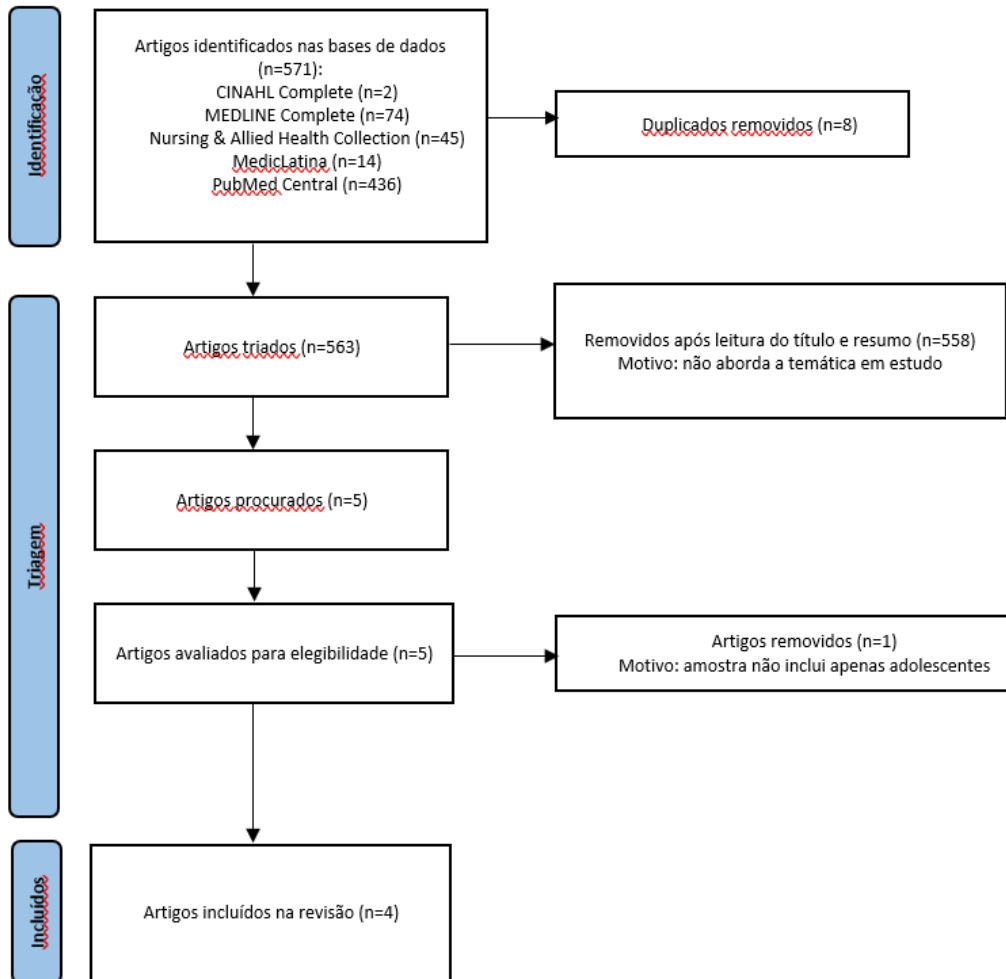
- 2 refeições de leite
- 2 cremes de legumes, sem carne ou peixe – ofereça a carne ou peixe à parte, acompanhado com legumes e arroz ou massa
- 1 papa com glúten ou iogurte – ao lanche
- 1-2 peças de fruta por dia

(Pág. 10)

(Pág. 11)

ANEXO VII – Fluxograma PRISMA

Fluxograma PRISMA



Fonte: adaptado de Page et al. (2020)

ANEXO VIII – *Print screen* dos artigos

Print screen dos artigos

Refinar resultados

Busca atual para

Booleano/Frase:
family nurs* OR nurs* AN D parenting AND adolesc ents

Expansores
Aplicar assuntos equivalentes

Limitadores
Texto completo
Resumo disponível
Data de publicação: 20170101-20211231
Humano
Sexo: Female
Gravidez
Faixas etárias: Adolescent: 13-18 years
Texto completo em PDF
Limpar tudo

Resultados da busca: 1 - 2 de 2

Relevância Opções de página Compartilhar

1. MATERNITY: MEANINGS ATTRIBUTED BY PRIMIPAROUS ADOLESCENTS.

(includes abstract) do Nascimento de Lima, Fernanda Brito; Grudka Lira, Gerlene; Alves de Melo, Rosana; Mola, Rachel; Cavalcante Valença Fernandes, Flávia Emilia Journal of **Nursing UFPE** / Revista de Enfermagem UFPE, Mar2017; 11(3): 1163-1170. 8p. (Article - research) ISSN: 1981-8963

Objective: to understand the meanings attributed by primiparous adolescents about being a mother during adolescence. Method: exploratory and descriptive study, with a qualitative approach, perfor...

Assuntos: Primiparas in Adolescence; Motherhood in Adolescence; Parenting in Adolescence; Maternal Attitudes In Adolescence; Adolescent Mothers; Adolescent: 13-18 years; Infant, Newborn: birth-1 month; Female

Texto completo em PDF

2. The Experience of Pregnant Adolescents Being Cared for in a Group Home.

(includes abstract) LaSala, Mary Ellen International Journal for Human Caring, 2020; 24(4): 275-289. 15p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 1091-5710

Inherent in adolescent pregnancy and parenthood are problems related to mother/baby health, societal norms, and economic well-being. Adolescent parenting programs are available; no specific appro...

Assuntos: Pregnancy in Adolescence Nursing; Life Experiences; Nursing Care; Residential Facilities; Adolescent: 13-18 years; Female

Texto completo em HTML **Texto completo em PDF**

Página: 1

Fonte: EBSCOhost

Fonte: PubMed

ANEXO IX – Análise dos artigos

Análise dos artigos

| | Autor(es) | Ano de publicação | País de origem | Objetivos | População | Metodologia | Resultados |
|---|--------------------|-------------------|----------------------------------|---|--------------------------------------|---|---|
| <p>Artigo 1:</p> <p>The experience of pregnant adolescents being cared for in a group home</p> | <p>Mary LaSala</p> | <p>2020</p> | <p>Estados Unidos da América</p> | <p>Explorar a experiência de adolescentes grávidas residentes numa casa de grupo.</p> | <p>n=8 adolescentes (13-17 anos)</p> | <p>Estudo qualitativo (descritivo-fenomenológico)</p> | <p>Neste estudo, as participantes foram recrutadas, mediante panfletos, para participar num programa de acolhimento a adolescentes grávidas/mães adolescentes e suas crianças, na região do Médio-Atlântico dos Estados Unidos da América.</p> <p>Num local privado, foram realizadas entrevistas nas quais as adolescentes descreveram a experiência vivenciada, tendo emergido no seu relato três temas principais: o ambiente onde decorreu a experiência, o equilíbrio das expectativas e a definição do papel parental.</p> <p>Pela sua estrutura, o ambiente onde decorreu a experiência foi descrito como uma forma de proteção e apoio. Os enfermeiros interviram na construção da parentalidade, devido ao ensino de competências parentais, apoio emocional e orientação na tomada de decisão. As grávidas tiveram dificuldades em encontrar um equilíbrio entre as suas expectativas enquanto adolescentes e mães, verbalizando alguma perda de independência pelas regras do programa. A definição do papel parental foi influenciada pela experiência anterior com as suas mães e pela própria experiência vivida na casa de grupo, levando a uma mudança na perceção da parentalidade. Embora tivesse sido exigente, este programa apoiou as adolescentes e constituiu uma oportunidade para se tornarem adultas responsáveis e mães competentes.</p> <p>O estudo realçou a importância das seguintes teorias de enfermagem: Teoria da Consecução do Papel Maternal de Ramona Mercer, Teoria das Transições de Afaf Meleis e Teoria do Cuidar de Kristen Swanson.</p> <p>Verificou-se que os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada para o estabelecimento de relações terapêuticas com as adolescentes, otimizando os seus resultados de desenvolvimento. Isto pode ser possível se for garantida educação e apoio projetados num ambiente saudável.</p> <p>Há que melhorar a educação dos enfermeiros, para que estes possam compreender as necessidades das adolescentes grávidas/mães adolescentes e desenvolver abordagens sensíveis que considerem o desenvolvimento na adolescência.</p> <p>Os enfermeiros desempenham, também, um papel substancial na educação sexual, a fim de diminuir a probabilidade de comportamentos de risco, e na defesa do estigma associado às jovens mães e famílias.</p> |

| | Autor(es) | Ano de publicação | País de origem | Objetivos | População | Metodologia | Resultados |
|---|---|--------------------------|-----------------------|--|---------------------------------------|--|---|
| <p>Artigo 2:</p> <p>A randomized controlled trial testing the efficacy of a nurse home visiting program for pregnant adolescents</p> | <p>Daniel Fatori, Pedro Zuccolo, Elizabeth Shephard, Helena Brentani, Alicia Matijasevich, Alexandre Ferraro, Lislaine Fracolli, Anna Chiesa, James Leckman, Euripedes Miguel & Guilherme Polanczyk</p> | 2021 | Brasil | <p>Testar a eficácia de “Primeiros Laços” (um programa de visitação domiciliária de enfermagem de acompanhamento a adolescentes grávidas/mães adolescentes).</p> | <p>n=80 adolescentes (14-19 anos)</p> | <p>Estudo quantitativo (ensaio randomizado controlado)</p> | <p>Neste estudo, analisou-se uma amostra de adolescentes frequentadoras do programa (n=40) e uma amostra de adolescentes sem este acompanhamento (n=40), recrutadas em regiões de vulnerabilidade social de São Paulo.</p> <p>“Primeiros Laços” consiste num programa domiciliário desenvolvido por enfermeiros, devidamente treinados, que prestam assistência desde a 16 smana de gesta o até 24 meses após o parto. A visita o domiciliária é realizada semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, para fortalecer a díade mãe-criança.   semelhança do programa “Parceria Enfermeiro-Família”, fundamenta-se em três teorias: Teoria do Apego de Bowlby, Teoria Ecológica de Bronfenbrenner e Teoria da Autoeficácia de Bandura. Este programa domiciliário sustenta-se em cinco áreas: (1) saúde e assistência social; (2) saúde ambiental; (3) percurso de vida; (4) competências parentais; e (5) suporte familiar/social.</p> <p>Avaliou-se a saúde mental materna, o desenvolvimento/crescimento antropométrico infantil e a qualidade do ambiente familiar, através da aplica o de várias escalas, durante a 8-16 smana de gesta o, 30 smana de gesta o e 3, 6, 12 e 24 meses após o parto.</p> <p>Após análise das duas amostras, observaram-se efeitos positivos do programa no desenvolvimento infantil e na qualidade do ambiente familiar. O enfermeiro melhorou a competência parental da adolescente, tendo implementado atividades que aumentaram a resposta materna e a estimula o precoce, levando a um maior desenvolvimento da linguagem expressiva da criança.</p> |

| | Autor(es) | Ano de publicação | País de origem | Objetivos | População | Metodologia | Resultados |
|---|--|-------------------|----------------|--|---------------------------------------|--|--|
| <p>Artigo 3:</p> <p>The implementation of a home visits program focused on parenting: an experience report</p> | <p>Lislaine Fracoli, Kesley Reticena, Flávia Abreu & Anna Chiesa</p> | <p>2018</p> | <p>Brasil</p> | <p>Relatar a experiência de implementação do “Programa de Visitação Jovens Mães Cuidadoras” (um programa de visitação domiciliária de enfermagem de acompanhamento a adolescentes grávidas/mães adolescentes).</p> | <p>n=34 adolescentes (14-19 anos)</p> | <p>Estudo qualitativo (descritivo)</p> | <p>Neste estudo, examinou-se uma amostra de adolescentes frequentadoras do “Programa de Visita o Jovens Mães Cuidadoras”, recrutadas em regiões de vulnerabilidade social de São Paulo.</p> <p>O “Programa de Visita o Jovens Mães Cuidadoras” consiste num programa domiciliário desenvolvido por enfermeiros, devidamente treinados, que prestam assistência desde a 8ª semana de gesta o até 18 meses após o parto. A visita o domiciliária é realizada quinzenalmente, com foco na parentalidade positiva.   semelhança do programa “Parceria Enfermeiro-Família”, fundamenta-se em três teorias: Teoria do Apego de Bowlby, Teoria Ecológica de Bronfenbrenner e Teoria da Autoeficácia de Bandura. Este programa domiciliário sustenta-se em cinco áreas: (1) cuidados de saúde; (2) saúde ambiental; (3) projeto de vida; (4) desenvolvimento da parentalidade; e (5) rede social.</p> <p>Cada visita o domiciliária tem uma dura o de uma hora, com determinados conteúdos que são desenvolvidos em fun o das dificuldades sentidas pelas adolescentes no seu quotidiano. O programa prevê 58-63 visita es domiciliárias, apresentando premissas que visam atender as adolescentes de forma personalizada e holística. Para além das visita es domiciliárias, os enfermeiros mantém contacto com as adolescentes via telef nica.</p> <p>O programa aprimorou a assistência materno-infantil e apoiou o desenvolvimento de competências parentais. Os enfermeiros encontraram dificuldades em cumprir o esquema de visita o domiciliária previsto, pelo facto de algumas adolescentes começarem a trabalhar e das suas crianças ingressarem em creches.</p> |

| | Autor(es) | Ano de publicação | País de origem | Objetivos | População | Metodologia | Resultados |
|--|---|-------------------|----------------|--|----------------------------------|---|---|
| Artigo 4: Costs and consequences of the Family Nurse Partnership programme in England: evidence from the building blocks trial | Kerry Bell, Belen Corbacho, Sarah Ronaldson, Gerry Richardson, Kerry Hood, Julia Sanders, Michael Robling & David Torgerson (building blocks trial group) | 2019 | Inglaterra | Analisar o custo-eficácia da “Parceria Enfermeiro-Família (um programa de visitação domiciliária de enfermagem de acompanhamento a adolescentes grávidas/mães adolescentes). | n=1618 adolescentes (14-19 anos) | Estudo quantitativo (ensaio randomizado controlado) | <p>Neste estudo, analisou-se uma amostra de adolescentes frequentadoras do programa (n=808) e uma amostra de adolescentes sem este acompanhamento (n=810), recrutadas na comunidade na Inglaterra.</p> <p>A “Parceria Enfermeiro-Família” consiste num programa domiciliário desenvolvido por enfermeiros de família, devidamente treinados, que prestam assistência desde a gravidez até 24 meses após o parto. A visitação domiciliária é realizada semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, para potenciar as competências parentais e o desenvolvimento infantil. O programa fundamenta-se em três teorias (Teoria do Apego de Bowlby, Teoria Ecológica de Bronfenbrenner e Teoria da Autoeficácia de Bandura), com conteúdos em cinco áreas: (1) saúde materno-infantil; (2) saúde ambiental; (3) percurso de vida; (4) competências parentais; e (5) suporte familiar/social.</p> <p>Avaliou-se: o uso de tabaco na adolescente; o peso da criança   nascença; as admissões/internamentos hospitalares da criança até aos dois anos; e a proporção de adolescentes com uma segunda gravidez 24 meses após o parto. Os dados foram obtidos através de questionários, entrevistas presenciais ou via telef nica.</p> <p>Não se verificaram diferenças significativas nos resultados primários. A amostra frequentadora do programa recebeu acomodação habitacional sempre que necessário e um maior número de visitações domiciliárias realizadas pelo enfermeiro de família, o que se traduziu em custos mais elevados. Secundariamente, na área da saúde infantil, observou-se que a mesma amostra demonstrou melhores resultados no desenvolvimento linguístico.</p> <p>Após uma avaliação das duas amostras, verificaram-se custos elevados e pequenos benefícios associados ao programa.</p> |

APÊNDICES

APÊNDICE I – Processo de cuidados de enfermagem à família



POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

CURSO DE 2º CICLO DE ESTUDOS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Processo de cuidados de enfermagem à família

Filipa Gameiro Sousa

Leiria, julho de 2021

POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

CURSO DE 2º CICLO DE ESTUDOS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Processo de cuidados de enfermagem à família

Filipa Gameiro Sousa nº 5200332

Unidade curricular: Ensino Clínico II

Professora responsável pela unidade curricular: Professora Doutora Célia Jordão

Professora supervisora: Professora Doutora Teresa Kraus

Enfermeira orientadora: Enfermeira Alda Pereira

Leiria, julho de 2021

ÍNDICE

| | |
|---|-------------|
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | iiii |
| INTRODUÇÃO..... | 4 |
| 1. PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA..... | 5 |
| 1.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM FAMILIAR..... | 5 |
| 1.2. APRESENTAÇÃO DA FAMÍLIA..... | 5 |
| 1.3. AVALIAÇÃO FAMILIAR..... | 7 |
| 1.3.1 Avaliação estrutural..... | 7 |
| 1.3.2 Avaliação de desenvolvimento..... | 10 |
| 1.3.3 Avaliação funcional..... | 11 |
| 1.4. DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM COLABORAÇÃO COM A FAMÍLIA..... | 12 |
| 1.5. PLANO DE CUIDADOS..... | 15 |
| CONCLUSÃO..... | 18 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 19 |

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Graffar

ANEXO II – Etapas do ciclo familiar de Duvall

ANEXO III – APGAR Familiar de Smilkstein

ANEXO IV – Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

ANEXO V – Escala de Risco Familiar Segovia Dreyer

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|-----------------------------------|----------|
| Figura 1 - Genograma | 8 |
| Figura 2 - Ecomapa..... | 9 |

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste num processo de cuidados de enfermagem à família e surgiu no âmbito da unidade curricular Ensino Clínico II, inserida no 2º semestre do 1º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Com o auxílio da enfermeira orientadora, seleccionei a família G com os objetivos de: reconhecer a complexidade do sistema familiar; identificar focos de atenção da enfermagem de saúde familiar com recurso à linguagem classificada; e aplicar o processo de enfermagem em colaboração com a família, estimulando-a para a promoção da saúde e bem-estar.

Antes de iniciar qualquer intervenção, assegurei um prévio consentimento informado (verbal) e apliquei siglas para enunciar os membros da família, para que fosse cumprido o sigilo profissional. Realizaram-se cinco consultas de enfermagem presenciais, quatro na USF Fonte do Rei e uma no domicílio, tendo por base a utilização do MAIFC e do MDAIF.

Este trabalho individual é de natureza descritivo-reflexiva, sendo composto por: consulta de enfermagem familiar, apresentação da família, avaliação familiar, desenvolvimento do processo de cuidados de enfermagem em colaboração com a família, plano de cuidados e conclusão.

1. PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

1.1. CONSULTA DE ENFERMAGEM FAMILIAR

Nos contatos estabelecidos com a família G (nos dias 19 de maio, 25 de maio, 14 de junho, 29 de junho e 14 de julho de 2021), realizei cinco consultas de enfermagem familiar que foram precedidas de uma preparação do contexto com a definição de quem iria estar presente, o que iria ser discutido e a preservação da privacidade.

Foram cumpridas as fases do desenvolvimento da consulta: acolhimento (recepção da família e observação da forma como os membros se posicionam e interagem), uso da entrevista como instrumento de colheita de dados e conclusão (esclarecimento de dúvidas, disponibilização de material de leitura e agendamento da próxima consulta). Através do domínio de competências de comunicação, defini objetivos concretos/atingíveis, discuti o problema, identifiquei recursos e estabeleci um plano de cuidados, de forma colaborativa. Coloquei diversos tipos de perguntas, desde abertas/exploratórias a fechadas/discriminatórias, solicitando a expressão de ideias, preocupações e sentimentos da família. Desenvolvi qualidades pessoais (compreensão, empatia, autenticidade, maturidade emocional e conceito liberal das pessoas/relações humanas), para responder às necessidades de cuidados da família seleccionada (Cardoso, 2012).

De modo a efetuar uma completa colheita de dados, adotei o MAIFC que enfatiza a prática de enfermagem assente numa visão sistémica. Ao basear-se numa avaliação multidimensional, este modelo conceptual de enfermagem de saúde familiar facilita a definição de um plano de cuidados e o estabelecimento de uma relação reparadora com a família.

1.2. APRESENTAÇÃO DA FAMÍLIA

Para aplicar o processo de cuidados de enfermagem, adquiri informação sobre a família G através da consulta dos processos individuais de cada um dos membros e das consultas de enfermagem familiar realizadas. Esta família pertence à USF Fonte do Rei, onde realiza consultas de vigilância com o seu médico de família e enfermeira de família, nos vários programas de saúde.

A família G trata-se de uma família de nacionalidade portuguesa, constituída por três membros: C é do sexo feminino, tem 43 anos de idade e reside com os seus dois filhos (V e B);

V é do sexo feminino, tem 15 anos de idade e está grávida de 34 semanas; e B é do sexo masculino e tem 11 anos de idade.

A Sra. C apresenta antecedentes pessoais de depressão e síndrome vertiginosa. Tem o 12º ano de escolaridade, é doméstica e dispõe de subsídios de assistência como fonte principal de rendimento. Quanto à família de origem, a Sra. C tem quatro irmãs que prestam algum apoio, juntamente com a sua mãe. Quando abordada, demonstrou disponibilidade para fornecer informações que pudessem proporcionar uma melhor saúde familiar à família G.

A pessoa índice é a Sra. V, uma adolescente que apresenta antecedentes pessoais de amigdalectomia e adenoidectomia. Transitou para o 9º ano e encontra-se no terceiro trimestre de gestação. Teve um relacionamento com o Sr. R que durou um ano e terminou em abril de 2021. O Sr. R, de 18 anos de idade, esteve institucionalizado e residiu temporariamente com a Sra. V e a família desta, até ter iniciado atividades ilícitas como consumo de substâncias psicoativas e furtos.

Em novembro de 2019, a Sra. V foi referenciada para o Centro Hospitalar de Leiria, tendo iniciado seguimento pela Consulta Pediátrica por inadequado comportamento escolar com reprovação no 5º e 7º anos. Em fevereiro de 2021 teve alta da referida consulta e, devido à gravidez não desejada, começou a ser seguida pela Consulta Obstétrica na adolescência.

A Sra. V verbaliza ter vários amigos, com quem comunica preferencialmente via telefónica. Nega consumo de álcool, tabaco ou substâncias psicoativas. Não tem contacto com o seu pai, mas refere bom ambiente familiar, sendo próxima da mãe e do irmão. Aquando da abordagem mostrou-se pouco comunicativa, demonstrando um comportamento característico de uma adolescente. Porém, reconhece que está a vivenciar uma crise provocada pela imprevisibilidade da mudança relativa aos papéis (filha, irmã, estudante e futura mãe) que terá, simultaneamente, de desempenhar. Esta família está a vivenciar uma situação de particular pressão potenciada pela comprometida adaptação à gravidez, que exige mudança do comportamento da Sra. V e alteração de papéis familiares.

O irmão da Sra. V é B, um adolescente que apresenta antecedentes pessoais de défice de atenção, dislexia e hipertensão arterial. Transitou para o 6º ano. Segundo a Sra. C não tem contacto com o seu pai, mas demonstra uma relação de cumplicidade com a irmã.

1.3. AVALIAÇÃO FAMILIAR

A identificação do tipo de família possibilita a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração. Relativamente ao tipo de família, a família G trata-se de uma família alargada, pois coabitam ascendentes e descendentes ligados por laços de consanguinidade.

Para realizar a avaliação familiar da família G, adotei o MAIFC que permite uma avaliação em três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Este modelo conceptual sustenta-se num fundamento teórico que envolve não só o conceito de sistema, mas também cibernética, comunicação e mudança. O papel do enfermeiro é seleccionar as dimensões a serem exploradas, consoante as necessidades de cada família (Whright & Leahey, 2013).

Para caracterizar a família G, recorri a instrumentos de avaliação estrutural e funcional. Como instrumentos de avaliação estrutural apliquei o Genograma (Figura 1), o Ecomapa (Figura 2) e a Escala de Graffar, que avaliam a estrutura interna, a estrutura externa e o contexto. Como instrumentos de avaliação funcional apliquei o APGAR Familiar de Smilkstein (consiste num questionário de cinco perguntas que considera as principais funções da família, revelando a percepção de cada um dos membros sobre a funcionalidade familiar) e a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (consiste num inventário de 43 eventos vitais decorridos no último ano, que estão associados a uma maior probabilidade de problemas de saúde).

1.3.1 Avaliação estrutural

A categoria estrutural compreende a estrutura da família, ou seja, quais os membros que a compõem, qual o vínculo afetivo entre os mesmos e entre os indivíduos de fora, e qual o seu contexto. Na estrutura familiar podem ser analisadas três componentes: elementos internos (composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites), elementos externos (família extensa e sistemas mais amplos) e contexto (etnia, raça, classe social, religião/espiritualidade e ambiente) (Whright & Leahey, 2013). De seguida, são descritas estas três componentes da família G e apresentados os instrumentos aplicados no contexto da avaliação estrutural.

Avaliação estrutural interna

Composição familiar – a família G é constituída por três membros (C, V e B).

Género – não existem diferenças de género quanto ao desempenho de tarefas.

Orientação sexual – C e V são heterossexuais. É desconhecida a orientação sexual de B.

Ordem de nascimento – C (22/9/1977)» V (10/12/2005)» B (6/12/2009).

Subsistemas – segundo a perspectiva estrutural, a família é composta por subsistemas que se definem em função dos membros que os constituem, seus papéis e estatutos (Minuchin & Fishman, 1981). Na família G, existem os subsistemas individual que incluem cada um dos membros (C, V e B), parental composto por um único membro (C), filiar constituído pelos filhos (V e B) e fraternal formado pelos irmãos (V e B).

Limites – têm como função distinguir o meio interior/exterior, diferenciar os diferentes subsistemas e permitir a ocorrência de intercâmbios. Variam em função da etapa do ciclo vital e em caso de crise familiar. Tendo em conta a dinâmica familiar observada, verifica-se que existem limites difusos entre todos os membros (C-V, C-B e V-B), pois não existe uma hierarquia definida, sendo notória uma relação de horizontalidade.

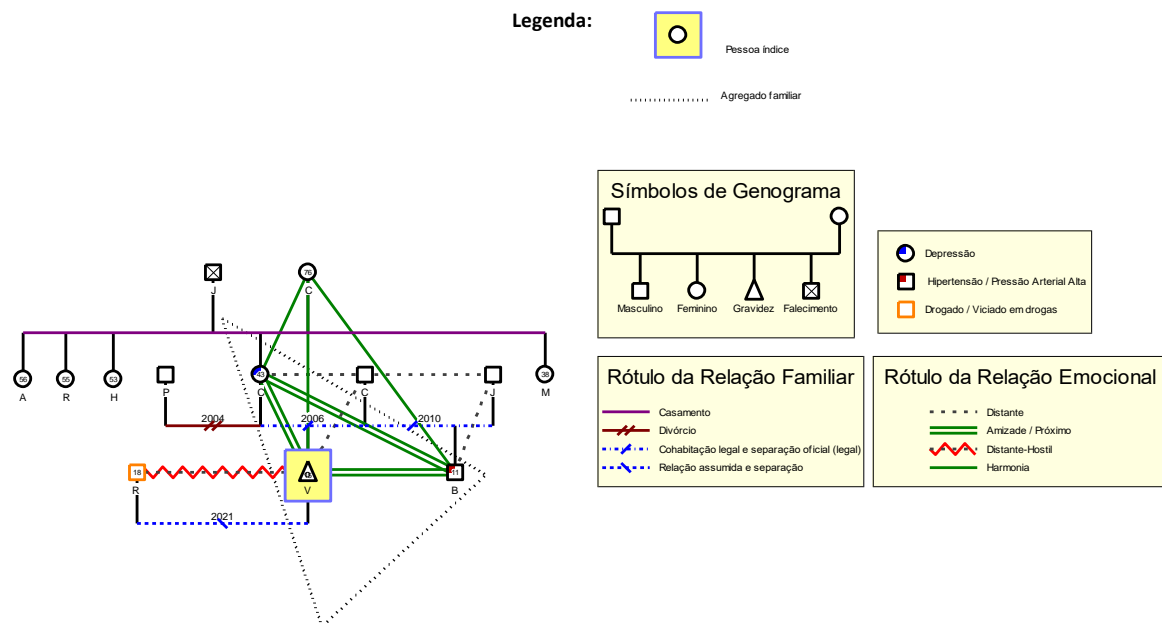


Figura 1 – Genograma

Avaliação estrutural externa

Família extensa – há proximidade do agregado familiar com a avó e as tias da Sra. V.

Sistemas mais amplos – a escola, os amigos, o Centro Hospitalar de Leiria, a USF Fonte do Rei e a Igreja.

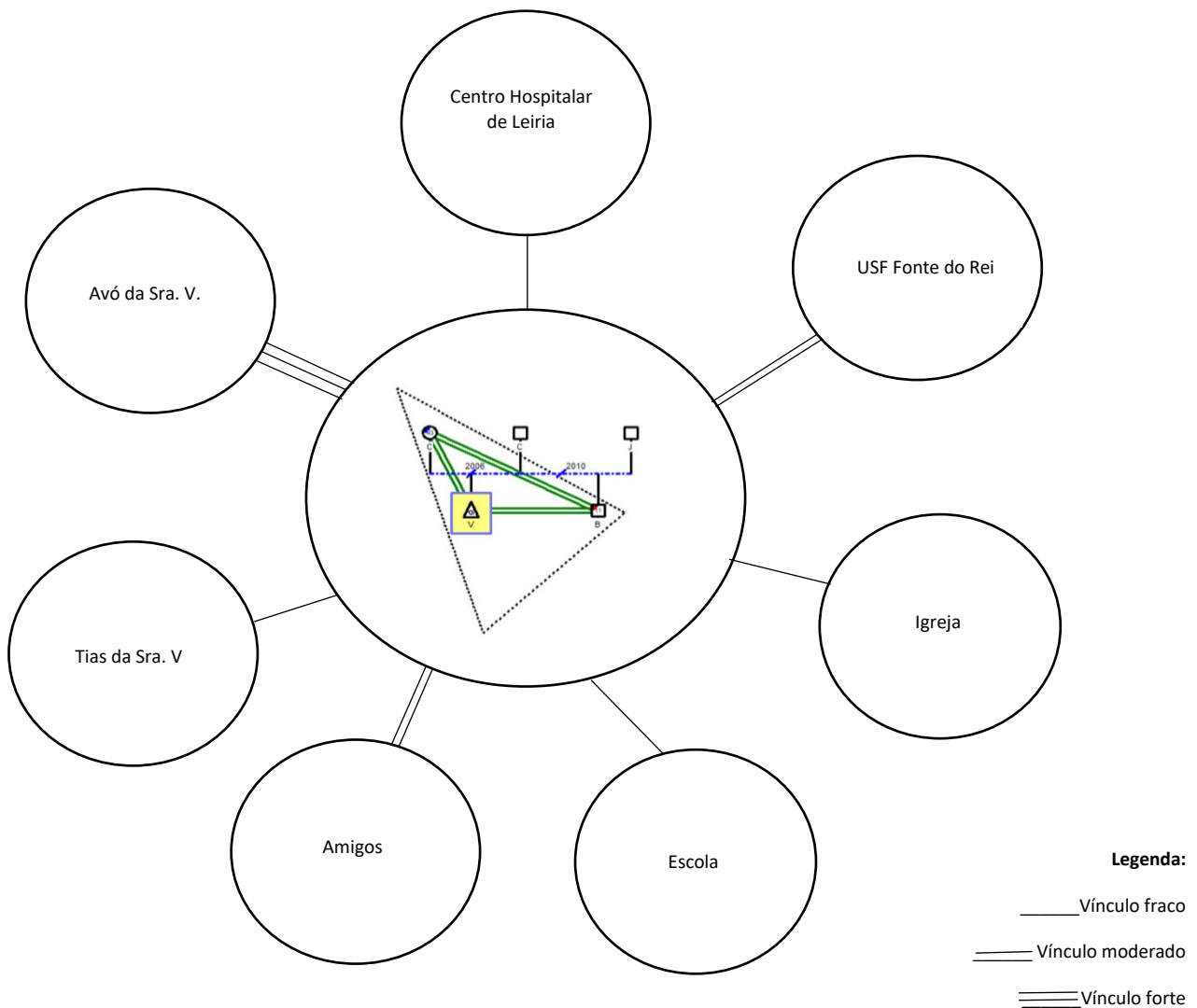


Figura 2 - Ecomapa

Avaliação do contexto

Etnia – a etnia de todos membros é ocidental.

Raça – a raça de todos os membros é caucasiana.

Classe social – foi determinada com o recurso à Escala de Graffar, de acordo com profissão, instrução, fonte principal de rendimento, tipo de habitação e local de residência, a qual posicionou a família G na Classe Média Baixa IV, com um score de 20 (Anexo I).

Religião/espiritualidade – todos os membros são da religião Cristã-Católica.

Ambiente – a família G reside numa moradia térrea própria, sem barreiras arquitetónicas e com cinco pequenas divisões (três quartos, uma casa de banho e uma cozinha). Localizada numa zona intermédia da freguesia da Maceira (Pocariça), esta modesta moradia dispõe de, água, eletricidade e saneamento básico de origem pública. No exterior, há um animal doméstico (cão) que aparenta não ser negligenciado.

1.3.2 Avaliação de desenvolvimento

A categoria do desenvolvimento refere-se à transformação progressiva da história familiar e inclui a identificação da etapa do ciclo vital, tarefas e vínculos (Whright & Leahey, 2013). De seguida, são descritas estas três componentes da família G.

Etapa do ciclo vital – em cada etapa do ciclo vital ocorrem acontecimentos que podem afetar cada um dos membros, o que exige encontrarem novas formas de estar para se adaptarem às modificações estruturais, funcionais e às mudanças subjacentes a cada etapa.

O ciclo de vida familiar, concebido por Evelyn Duvall, consiste numa sequência de etapas ordenadas e previsíveis, observadas no percurso de uma família, onde se verifica uma estabilidade na estrutura e nos papéis familiares, separados por períodos de transição de mais curta duração e de maior instabilidade. São três os critérios utilizados para delimitar as oito etapas: a composição familiar, a idade dos membros e o estatuto ocupacional do chefe de família (Figueiredo, 2009).

A família G situa-se na quinta etapa do ciclo de vida familiar de Duvall (Anexo II): família com filhos adolescentes (filho mais velho entre 13 a 20 anos de idade). Esta etapa é pontuada pela crise individual, sendo equacionado o equilíbrio entre a liberdade e a responsabilidade, com uma redefinição de regras e uma transformação da comunicação. Pretende-se que o adolescente desenvolva uma independência crescente e os pais redirecionam a sua energia para a vida conjugal e carreira profissional. Ocorre abertura da família face ao exterior (abertura inter sistémica), tendo de existir uma harmonia entre as exigências do sistema familiar e dos seus membros individualmente. São evidentes várias gerações em presença (etapa trigeracional), o que força todo o sistema familiar a uma procura de equilíbrio relacional e funcional (Alarcão, 2006).

De referir que existem outras versões mais reduzidas do ciclo vital da família, designadamente a que foi proposta por Relvas (1996) que considera cinco etapas, colocando a família G na quarta etapa: família com filhos adolescentes.

Tarefas – a Sra. C é responsável pela maioria das tarefas inerentes ao cuidado doméstico, pois pretende que os filhos tenham aproveitamento escolar. No entanto, motivada pela gravidez não desejada da filha e, preocupada com o futuro, procura ajudar a Sra. V a ajustar-se ao novo papel parental. Relativamente a expectativas para o futuro, a Sra. V deseja conciliar o papel parental com o término do 9º ano de escolaridade.

Vínculos – a família G é uma família unida, com vínculos afetivos de amor entre os seus três membros. Pode-se constatar, pela interpretação da Figura 2, que existe um vínculo forte com a avó da Sra. V que presta apoio a todo o agregado familiar.

1.3.3 Avaliação funcional

A categoria funcional relata como os membros da família interagem, podendo ser explorada a componente instrumental referente às atividades de vida diária e a expressiva que diz respeito a: estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, influência/poder, crenças e alianças/uniões (Whright & Leahey, 2013). De seguida, são descritas estas três componentes da família G.

Instrumental – refere-se às atividades de vida diária. Verifica-se que a Sra. V tem capacidade de satisfazer as suas necessidades humanas básicas, mas é visível que a mesma tem necessidade de aprender para melhor se adaptar à gravidez e desempenhar o papel parental.

Expressiva – comunicação emocional (C demonstra mais ansiedade que V); comunicação verbal (C exprime maior preocupação que V); comunicação não-verbal (C e V utilizam gestos e olhares como complemento da comunicação verbal); comunicação circular (deve ser otimizada entre C e V); solução de problemas (C e V verbalizam ter capacidade de resolver os seus problemas); papéis (C desempenha o papel parental, provedor, gestão financeira e cuidado doméstico; V desempenha o papel filial, fraternal, estudante e futura mãe; B desempenha o papel filial, fraternal e estudante); influência/poder (C procura exercer uma relação de verticalidade sobre V); crenças (C e V afirmam que as crenças religiosas lhes

permitem alcançar sentido na vida); e alianças/uniões (existe uma aliança entre os três membros para manter a funcionalidade do sistema familiar).

No contexto da avaliação funcional foram aplicados os seguintes instrumentos:

APGAR Familiar de Smilkstein – realizado questionário a cada um dos membros e, após somatório das pontuações, verificou-se que todos têm uma perceção da família como altamente funcional com scores de 8 e 7 (Anexo III).

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe – considerados os eventos do último ano (separação conjugal, gravidez, aumento do agregado familiar, alteração dos hábitos pessoais, mudança de condições/horário de trabalho e mudança de atividades sociais) e, após somatório das pontuações, obteve-se um score de 206 que indica 50% de probabilidade de vir a ter problemas de saúde (Anexo IV).

Paralelamente, foi aplicada a **Escala de Risco Familiar Segovia Dreyer** que, ao considerar os fatores de risco da família G (mãe solteira, chefe de família desempregado, droga e ausência de um dos pais), permitiu constatar um alto risco pelo score de 6 (Anexo V), o que justifica a necessidade da intervenção familiar.

1.4. DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM COLABORAÇÃO COM A FAMÍLIA

Como já foi referido anteriormente, a família G situa-se na quinta etapa do ciclo de vida familiar de Duvall: família com filhos adolescentes. Para além da crise individual, que é uma crise normativa/natural desta etapa do ciclo vital, a família G atravessa uma crise não normativa/acidental associada à gravidez não desejada da Sra. V, que vai sujeitar todos os membros do agregado familiar a um processo de reestruturação.

Reconhecendo que a família G está a atravessar um período de vulnerabilidade, é imperativo o desenvolvimento de uma intervenção familiar com mudanças de 2ª ordem que promovam novas formas de funcionamento do sistema familiar mais adequadas à exigência do mesmo (Alarcão, 2006).

Defini e priorizei diagnósticos que correspondem à identificação das forças da família G, em conjugação com o reconhecimento das suas necessidades. Estes diagnósticos foram enunciados a partir de critérios pré-definidos, como resultado da avaliação multidimensional da família segundo o MAIFC.

Utilizei a terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), dado que se trata de uma linguagem uniformizada que permite definir indicadores que tornam visíveis os ganhos em saúde decorrentes dos cuidados de enfermagem centrados na família. Esta linguagem encontra-se parametrizada no Sistema de Informação SClínico®, através do qual foram efetuados registos e aplicados instrumentos de avaliação familiar.

Com a utilização do Sistema de Informação SClínico® foi possível empregar o MDAIF, uma vez que este modelo conceptual baseia-se na terminologia da CIPE para o estabelecimento de diagnósticos e planeamento de intervenções (Figueiredo, 2012).

Através da construção do plano de cuidados procurei responder às necessidades validadas pela família G, compreender a evolução da mesma face às intervenções implementadas e maximizar o potencial da saúde familiar.

1.5. PLANO DE CUIDADOS

| Data de início | Diagnóstico de Enfermagem | Resultados Esperados | Intervenções de Enfermagem | Avaliação |
|----------------|---------------------------|---|--|--|
| 19/5/2021 | Gravidez | Garantir a vigilância da gravidez da Sra. V | <p>- Avaliar bem-estar materno: monitorizar peso corporal, tensão arterial, frequência cardíaca e índice de massa corporal; monitorizar parâmetros da urina; identificar edemas; e monitorizar uso de álcool, tabaco ou substâncias psicoativas.</p> <p>- Avaliar bem-estar fetal: monitorizar movimentos fetais, monitorizar idade gestacional e calcular data provável do parto.</p> | <p>19/5/2021: A Sra. V pesa 64,5 kg, apresenta 103/51 mmHg de tensão arterial, 75 bpm de frequência cardíaca e 23,6 kg/m² de índice de massa corporal. Foi realizada análise sumária de urina, sem alterações. Sem edemas. Nega consumo de álcool, tabaco ou substâncias psicoativas. O feto apresenta movimentos fetais, tem 24 semanas e 4 dias de gestação, é do sexo feminino e a data provável de parto é dia 4/9/2021.</p> <p>25/5/2021: O feto mantém movimentos fetais e tem 25 semanas e 3 dias de gestação.</p> <p>14/6/2021: O feto mantém movimentos fetais e tem 28 semanas e 2 dias de gestação.</p> <p>29/6/2021: A Sra. V pesa 69 kg, apresenta 93/53 mmHg de tensão arterial, 68 bpm de frequência cardíaca e 25,3kg/m² de índice de massa corporal. Foi realizada análise sumária de urina, sem alterações. São visíveis edemas nas mãos. O feto mantém movimentos fetais e tem 30 semanas e 3 dias de gestação.</p> <p>14/7/2021: A Sra. V pesa 71 kg, apresenta 90/55 mmHg de tensão arterial, 81 bpm de frequência cardíaca e 26,1kg/m² de índice de massa corporal. Foi realizada análise sumária de urina, sem alterações. São visíveis edemas nas mãos e nos pés. O feto mantém movimentos fetais e tem 32 semanas e 4 dias de gestação. Está previsto um parto por cesariana devido à apresentação pélvica do feto.</p> |

| | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|
| <p>19/5/2021</p> | <p>Potencial para melhorar a adaptação à gravidez da Sra. V</p> | <p>Promover a adaptação à gravidez da Sra. V</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar adaptação à gravidez (disposição para gerir novas situações/desafios relacionados com a gravidez e adoção de comportamentos redutores de stress). - Apoiar adaptação a novas atividades do estilo de vida. - Promover a comunicação expressiva das emoções. - Promover o envolvimento de todos os membros da família. - Providenciar material de leitura. - Informar sobre o papel parental, reforçando a importância da vinculação precoce. - Incentivar a Sra. V a estabelecer ligação com outros pais. - Ensinar sobre visitação domiciliária e recursos da comunidade. - Instruir sobre leis e regulamentos relativos ao papel parental. - Informar sobre curso de preparação para o parto e parentalidade. | <p>19/5/2021: A Sra. V apresenta potencial para melhorar a adaptação à gravidez. Incentivado o envolvimento da mãe e do irmão.</p> <p>25/5/2021: Feitos ensinamentos e disponibilizado material de leitura acerca dos desconfortos da gravidez.</p> <p>14/6/2021: A Sra. V irá frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade no Centro Hospitalar de Leiria, com vista à aquisição de novas competências.</p> <p>29/6/2021: A Sra. V mantém seguimento pela Consulta Obstétrica na adolescência, no Centro Hospitalar de Leiria.</p> <p>14/7/2021: Esclarecidas dúvidas acerca dos desconfortos do terceiro trimestre de gestação. A Sra. V encontra-se mais receptiva aos cuidados prestados e adaptada ao papel parental.</p> |
| <p>19/5/2021</p> | <p>Potencial para melhorar o conhecimento da Sra. V sobre a gravidez</p> | <p>Dotar a Sra. V de conhecimento sobre a gravidez</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar potencial para melhorar o conhecimento da Sra. V sobre a gravidez (capacidade cognitiva, consciencialização das mudanças no seu estado de saúde, força de vontade expressa na aprendizagem e envolvimento no processo de aprendizagem). - Ensinar a Sra. V sobre a gravidez: auto-vigilância da gravidez; complicações da gravidez; hábitos alimentares e de ingestão de líquidos; hábitos de exercício físico; desenvolvimento fetal; desconfortos da gravidez; uso de álcool, tabaco ou substâncias psicoativas durante a gravidez; sinais de alerta e de trabalho de parto; preparação do enxoval e do quarto; e comportamento de procura de saúde. - Providenciar material de leitura. - Incentivar comportamento de procura de saúde. | <p>19/5/2021: A Sra. V apresenta potencial para melhorar o conhecimento sobre a gravidez.</p> <p>25/5/2021: Feitos ensinamentos acerca dos desconfortos do segundo e terceiro trimestres de gestação (síndrome da veia cava, contrações de Braxton Hicks, pirose, dispneia, lombalgia, urgência em urinar, risco de infeção urinária, obstipação e edemas), através da disponibilização de material de leitura. Como a Sra. V apresentou um agravamento da dor, cansaço e sonolência, decidiu-se que passaria a frequentar o ensino <i>online</i> e a realizar maiores períodos de descanso.</p> <p>14/6/2021: Iniciada preparação do enxoval necessário para a Maternidade do Centro Hospitalar de Leiria.</p> <p>29/6/2021: O enxoval necessário para a Maternidade está preparado e o quarto da Sra. V encontra-se adaptado.</p> <p>14/7/2021: Reforçados ensinamentos acerca dos desconfortos do terceiro trimestre de gestação, nomeadamente sobre prevenção de estrias.</p> |

| | | | | |
|------------------|--|--|--|--|
| <p>19/5/2021</p> | <p>Processo familiar comprometido</p> | <p>Sem processo familiar comprometido</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar processo familiar (comunicação, <i>coping</i>, interação de papéis, relação dinâmica e existência de conflito). - Otimizar a comunicação (comunicação emocional, comunicação verbal/não verbal e comunicação circular). - Apoiar a família a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes. - Intervir na interação de papéis e na relação dinâmica. - Promover o envolvimento de todos os membros da família. | <p>19/5/2021: Comunicação comprometida. <i>Coping</i> comprometido. Interação de papéis comprometida. Relação dinâmica comprometida. Conflito presente.</p> <p>25/5/2021: Melhorou-se a comunicação circular entre a Sra. V e a sua mãe. Relativamente à interação de papéis e relação dinâmica, observou-se que Sra. C desempenha múltiplos papéis. Contudo, estes encontram-se a sofrer uma transformação devido à transição que todo o agregado familiar está a vivenciar, com consequente redefinição de papéis e tarefas subjacentes.</p> <p>14/6/2021: Promovido o envolvimento da Sra. C na preparação do enxoval necessário para a Maternidade do Centro Hospitalar de Leiria.</p> <p>29/6/2021: A Sra. V dispõe do forte apoio da mãe e do irmão. É visível uma melhoria da comunicação entre a Sra. V e a Sra. C.</p> <p>14/7/2021: A Sra. V encontra-se mais comunicativa e confiante. A Sra. C procura adotar um papel de liderança.</p> |
| <p>19/5/2021</p> | <p>Gestão do regime terapêutico da Sra. V comprometida</p> | <p>Eficaz gestão do regime terapêutico da Sra. V</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar gestão do regime terapêutico (capacidade para gerir regime medicamentoso, capacidade para gerir regime de exercício e capacidade para gerir regime dietético). - Ensinar sobre gestão do regime terapêutico: regime medicamentoso, padrão de exercício/repouso e padrão alimentar. - Providenciar material de leitura. - Incentivar adesão ao regime terapêutico. - Apoiar e encorajar a tomada de decisão para comportamento de adesão. - Instruir sobre complicações do regime terapêutico ineficaz. - Promover o envolvimento de todos os membros da família. - Incentivar progressos. | <p>19/5/2021: A Sra. V demonstra capacidade para gerir o regime medicamentoso, ao cumprir suplementação com ácido fólico de forma correta. Demonstra capacidade para gerir regime de exercício, uma vez que adequa o tipo de exercício, frequência e intensidade em função das suas restrições, ao realizar caminhadas. Não demonstra capacidade para gerir regime dietético, pois nem sempre cumpre a dieta apropriada. Feitos ensinamentos relativos à manutenção do estilo de vida adequado, através da disponibilização de material de leitura.</p> <p>25/5/2021: A Sra. V comprometeu-se a alternar períodos de exercício com períodos de descanso e a manter uma dieta completa, equilibrada e fracionada.</p> <p>14/6/2021: A Sra. V tem efetuado refeições pequenas e frequentes, no entanto, às vezes, comete erros alimentares. Incentivada a família a adotar hábitos alimentares saudáveis.</p> <p>29/6/2021: Reforçados ensinamentos sobre gestão do regime terapêutico.</p> <p>14/7/2021: Incentivados progressos realizados.</p> |

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---|---|---|
| <p>19/5/2021</p> | <p>Adesão à vacinação</p> | <p>Garantir a promoção da saúde da Sra. V</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar adesão à vacinação. - Avaliar conhecimento sobre a vacinação (importância da vacinação, esquema vacinal e resposta/reacção às vacinas). - Ensinar sobre sistema imunitário. - Ensinar sobre vacinas: instruir sobre a vacina Tdpa (indicações terapêuticas, contra-indicações, precauções, reacções adversas, dose, via e local de administração). - Incentivar adesão à vacinação. - Ensinar sobre complicações da não adesão à vacinação. - Incentivar envolvimento da pessoa e tomada de decisão. - Planear vacinação: programar a administração da vacina Tdpa até à 32ª semana de gestação. - Administrar vacina Tdpa. - Vigiar resposta/reacção à vacina Tdpa. | <p>19/5/2021: A Sra. V cumpre adesão à vacinação e apresenta potencial para melhorar o conhecimento sobre a vacinação. Feitos ensinamentos sobre sistema imunitário e vacinas.</p> <p>14/6/2021: Foi lembrado à Sra. V que iria ser administrada a vacina Tdpa na próxima consulta de vigilância da gravidez, sendo que a mesma deu o seu consentimento verbal.</p> <p>29/6/2021: Administrada vacina Tdpa, à 30ª semana de gestação, sem intercorrências.</p> <p>14/7/2021: A Sra. V questionou acerca da vacinação contra a Covid-19, tendo-se verificado que a utente não teria critérios de elegibilidade devido à idade (Ministério da Saúde, 2021).</p> |
|-------------------------|---------------------------|---|---|---|

CONCLUSÃO

A elaboração do processo de cuidados de enfermagem à família constituiu uma oportunidade de aprendizagem, porque revi os conteúdos abordados nas unidades curriculares do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, mobilizando o conhecimento da teoria para a prática.

Verifiquei que o enfermeiro de família cria e mantém uma relação reparadora com a família, tendo um papel ativo na complexidade do risco da saúde familiar. Refletindo sobre a família G, pode-se constatar que a intervenção familiar favoreceu o processo de adaptação à gravidez não desejada, contribuindo para a maximização do potencial em saúde desta família.

Compreendi que os conhecimentos especializados do enfermeiro de família são fundamentais para a capacitação das pessoas/famílias na gestão dos problemas de saúde vivenciados, promovendo ganhos em saúde, através de um agir intencional e crítico e, por conseguinte, transformador de uma realidade em construção.

Com a realização deste trabalho, desenvolvi competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). (Des)Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica. 3ªed., Coimbra. Quarteto.
- Cardoso, R. (2012). Competências clínicas de comunicação. Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Figueiredo, M. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Loures. Lusociência.
- Figueiredo, M. (2009). Enfermagem de família: um contexto do cuidar. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Ministério da Saúde (2021). Norma nº 002/2021 de 12 de julho: Campanha de vacinação contra a Covid-19. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1981). Family therapy techniques. Cambridge. Harvard University Press.
- Ponte, A. (2011). Relatório de estágio profissionalizante. Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Relvas, A. (1996). O ciclo vital da família: perspetiva sistémica. Porto. Edições Afrontamento.
- Whright, L. & Leahey, M. (2013). Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. Lisboa. Roca.

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Graffar

Escala de Graffar

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

| GRAUS | PROFISSÃO | INSTRUÇÃO | ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR | TIPO DE HABITAÇÃO | LOCAL DE RESIDÊNCIA | PONTUAÇÃO | | | POSIÇÃO SOCIAL |
|-------|--|--|---|---|---|--------------------|--------------------|--------------------|---|
| | | | | | | c/5 itens | c/4 itens | c/3 itens | |
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos | <ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento | <ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto | <ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante | 5 ↑ ↓ 9 | 4 ↑ ↓ 7 | 3 | I CLASSE ALTA DATA __/__/__ |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) | <ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável | <ul style="list-style-type: none"> - Bom local | 10 ↑ ↓ 13 | 8 ↑ ↓ 10 | 4 ↑ ↓ 6 | II CLASSE MÉDIA ALTA DATA __/__/__ |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados | <ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade | <ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais | <ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia | 14 ↑ ↓ 17 | 11 ↑ ↓ 13 | 7 ↑ ↓ 9 | III CLASSE MÉDIA DATA __/__/__ |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Randeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓ | <ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos | <ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível | <ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga | 18 ↑ ↓ 21 | 14 ↑ ↓ 16 | 10 ↑ ↓ 12 | IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA __/__/__ |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anterior | <ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos | <ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG | <ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade | <ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente | 22 ↑ ↓ 25 | 17 ↑ ↓ 20 | 13 ↑ ↓ 15 | V CLASSE BAIXA DATA __/__/__ |

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

Fonte: adaptado Figueiredo (2012)

ANEXO II – Etapas do ciclo familiar de Duvall

Etapas do ciclo familiar de Duvall

| FASE | DESCRIÇÃO FAMILIAR |
|--|---|
| I. Família inicial | Casal sem filhos |
| II. Família com filhos pequenos | Filho mais velho nascido há menos de 30 meses |
| III. Família com filhos em idade pré-escolar | Filho mais velho entre 30 meses e 6 anos |
| IV. Família com filhos em idade escolar | Filho mais velho entre 6 e 13 anos |
| V. Família com filhos adolescentes | Filhos entre os 13 e 20 anos |
| VI. Família com filhos adultos jovens | Os filhos saem de casa |
| VII. Família de meia-idade | Entre a saída do último filho e a reforma |
| VIII. Família a envelhecer | Desde a reforma à morte dos 2 progenitores |

Fonte: adaptado Relvas (1996)

ANEXO III – APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR Familiar de Smilkstein

| APGAR | Quase sempre | Algumas vezes | Quase nunca |
|--|--------------|---------------|-------------|
| 1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa. | | | |
| 2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema. | | | |
| 3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida. | | | |
| 4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor. | | | |
| 5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família. | | | |
| TOTAL: | | | |

Quase sempre: 2 pontos
 Algumas vezes: 1 ponto
 Quase nunca: 0 pontos

7 a 10 – Família altamente funcional
 4 a 6 – Família com moderada disfunção
 0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Avaliação final:

Fonte: adaptado Figueiredo (2012)

Respostas da Sra. C: 1ª - 2 pontos; 2ª - 2 pontos; 3ª - 1 ponto; 4ª - 1 ponto e 5ª - 2 pontos
 = 8 pontos

Respostas da Sra. V: 1ª - 2 pontos; 2ª - 1 ponto; 3ª - 1 ponto; 4ª - 1 ponto e 5ª - 2 pontos
 = 7 pontos

ANEXO IV - Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

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

150-200: Menor probabilidade de incidência doenças

200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica

> 300 – 80% de probabilidade de adoecer por doença psicossomática.

Fonte: adaptado Figueiredo (2012)

ANEXO V – Escala de Risco Familiar Segovia Dreyer

Escala de Risco Familiar Segovia Dreyer

Factores de risco (1 ponto):

- Morbilidade crónica.
- Invalidez.
- Hospitalizações frequentes.
- Mãe analfabeta.
- Mãe solteira. **X**
- Chefe de família desempregado. **X**
- Ausência temporária de um dos pais.
- Chefe de família com emprego temporário.
- Morte de pai ou de mãe.

Factores de risco (2 pontos):

- Alcoolismo.
- Droga. **X**
- Desnutrição.
- Ausência de um dos pais. **X**
- Pais analfabetos.
- Apgar familiar < 4.
- Filho grande deficiente.
- Chefe de família preso.
- Filho com carências afectivas graves.

Resultado:

Alto risco ≥ 6 pontos.

Médio risco ≥ 3 pontos.

Baixo risco ≤ 3 pontos.

Fonte: adaptado Ponte (2011)