



**IPL**

escola superior de saúde  
instituto politécnico de leiria

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR**

**PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA SOBRE A VISITA  
DOMICILIÁRIA À FAMÍLIA NO PÓS-PARTO**

Célia Jorge da Silva Leal

Leiria, setembro de 2019





MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA SOBRE A VISITA  
DOMICILIÁRIA À FAMÍLIA NO PÓS-PARTO**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar

Célia Jorge da Silva Leal nº 5170003

Dissertação orientada pela Professora Doutora Helena da Conceição Borges Catarino

Leiria, setembro de 2019



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço do fundo do coração à Professora Doutora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino pela preciosa ajuda, apoio e disponibilidade na elaboração deste trabalho.

À Professora Doutora Maria do Céu Barbieri pela possibilidade de integrar o estudo de revalidação da escala IFCE-AE, contribuindo com a colheita de dados.

Aos Sr(s) Coordenadores das USF(s) nas quais apliquei o meu estudo e aos meus caros colegas enfermeiros que nele participaram.

Ao meu Gonçalo, à Matilde e ao Francisco pela paciência e amor que me dicaram durante este meu projeto.

À minha querida mãe por me ter ficado tantas vezes com os meus filhos para poder avançar nesta caminhada.

À minha querida mana pela falta de disponibilidade para estar com ela e com as minhas lindas sobrinhas.



## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

DP - Desvio Padrão

ESF - Enfermeiro de Saúde Familiar

FINC-NA - Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes

IFCE-AE - Importância das Famílias no Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros

M - Média

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

RN - Recém-Nascido

SPSS - Statistical Package for The Social Sciences

UNICEF - United Nations Childrens Fund

USF - Unidade de Saúde Familiar

VD - Visita Domiciliária



## RESUMO

Correspondendo o nascimento de um filho à passagem para uma nova etapa do ciclo vital da família, ela é considerada como um período de ambiguidade, caracterizado por sucessivas transformações tanto a nível físico como psicológico e social, reestruturação familiar com consequente aquisição e adaptação a novos papéis. Sendo o enfermeiro de família o agente de primeiro contacto com as famílias e o domicílio o local preferencial para a sua intervenção, esta torna-se importante para o processo de transição para uma parentalidade saudável.

Este estudo teve como objetivos: conhecer a perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto; avaliar a importância atribuída à família pelos enfermeiros de família que realizam a visita domiciliária à família no pós-parto; identificar as medidas (intervenção) desenvolvidas pelos enfermeiros de família na visita domiciliária à família no pós-parto; identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de família na visita domiciliária e identificar aspetos a melhorar pelos enfermeiros de família na visita domiciliária à família no pós-parto.

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 21 enfermeiros que trabalham em USF's, em que se realiza a visita domiciliária à puérpera e recém-nascido. Foi aplicado um instrumento constituído por: caracterização sociodemográfica e profissional, perceção dos enfermeiros sobre a visita domiciliária (VD) à família no pós-parto e atitudes dos enfermeiros face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem.

Verificou-se que 61,9% dos enfermeiros tem formação específica em enfermagem de família, 90,5% realizam a VD à família no pós-parto, 36,8% aplicam os instrumentos de avaliação familiar e 31,6% referem existir um guia orientador/ protocolo para realizar a VD, sendo a sua necessidade apontada por 78,9%. O sistema de registo utilizado na VD é considerado pouco facilitador por 57,9%. A amostra apresenta scores altos relativamente às atitudes face ao envolvimento das famílias nos cuidados ( $M=97$ ;  $DP=8,42$ ).

Palavras-chave: Enfermagem; Família; Visita domiciliária, Pós-parto



## **ABSTRACT**

Corresponding the birth of a child to a passage for a new stage of the family's vital life cycle, it is considered as a period of great ambiguity, characterized by successive transformations both physically, psychologically and socially, family restructuring with consequently acquisition and adaptation to new roles. Being the family nurse the agent of first contact with families and the residence the preferential place for his intervention, it becomes important for the process of transition to healthy parenting.

The studies objectives where: to know the families nurse perception on the postpartum home visit; to evaluate the importance attributed to the family by family nurses who make the home visit to the family in the postpartum period; identify the difficulties experienced by family nurses during home visits and identify aspects for improvement by family nurses during home visits to the postpartum family.

A quantitative cross-sectional descriptive study was carried out in a non-probabilistic convenience sample, consisting of 21 nurses working at USF's, where postpartum women and new-born home visits are performed. An instrument was applied consisting of: sociodemographic and professional characterization, nurse's perception of home visits to the family in the postpartum and nurses attitudes towards the importance of families in nursing care.

It was found that 61.9% of nurses have specific training in family nursing, 90.5% perform the postpartum family home visit, 36.8% apply the family assessment instruments and 31.6% report having a home visit guide/protocol, being its need pointed out by 78.9%. The home visit registration system it is considered to be less than facilitating by 57.9%. The sample has high scores regarding attitudes towards family involvement in care ( $M = 97$ ;  $SD = 8.42$ ).

**Keywords:** Nursing; Family; Home visit, Postpartum



## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS .....</b>	<b>xiii</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS .....</b>	<b>xv</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
1.1. A VISITA DOMICILIÁRIA À FAMÍLIA NO PÓS-PARTO .....	19
1.2. O ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR E A VISITA DOMICILIÁRIA NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE .....	25
1.3. A FAMÍLIA COMO PARCEIRA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E A ABORDAGEM À FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS-PARTO PELO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA .....	30
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>37</b>
2.1. TIPO DE ESTUDO .....	37
2.2. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO E OBJETIVOS .....	37
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	38
2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	38
2.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS .....	41
2.6. TRATAMENTO DE DADOS .....	41
<b>3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL .....	43
3.2. PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A VISITA DOMICILIÁRIA (VD) À FAMÍLIA NO PÓS-PARTO .....	44
3.3. ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....	61
<b>4. PROPOSTA DE GUIÃO ORIENTADOR DA VISITA DOMICILIÁRIA À FAMÍLIA NO PÓS- PARTO .....</b>	<b>63</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>69</b>

<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	
APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	
APÊNDICE II - AUTORIZAÇÕES DAS INSTITUIÇÕES EM QUE SE REALIZOU O TRABALHO E AUTORIZAÇÃO AUTORA DA ESCALA IFCE-AE .....	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por USF .....	44
Gráfico 2 - Distribuição da amostra de acordo com o conhecimento das orientações da OE quanto ao grupo específico puérpera e RN na comunidade .....	45
Gráfico 3 - Contratualização na carteira de serviços da USF em que exerce funções da VD, à família no pós-parto .....	45
Gráfico 4 - Distribuição da amostra de acordo com o período em que realizam a 1ª VD no pós-parto .....	46
Gráfico 5 - Distribuição da amostra em função da forma de conhecimento do nascimento do RN .....	47
Gráfico 6 - Distribuição de acordo com os objetivos que os enfermeiros definem para a VD à família no pós-parto .....	49
Gráfico 7 - Distribuição da amostra em função das intervenções realizadas à família ...	51
Gráfico 8 - Distribuição da amostra em função das intervenções relativas ao RN .....	52
Gráfico 9 - Distribuição da amostra em função das intervenções relativas à puérpera ...	53
Gráfico 10 - Distribuição da amostra em função dos outros elementos da família que abordam .....	54
Gráfico 11 - Distribuição da amostra em função dos aspetos abordados com os elementos da família .....	55
Gráfico 12 - Distribuição da amostra em função da importância da existência de um guião orientador da VD .....	55
Gráfico 13 - Distribuição da amostra em função da utilidade de um guião orientador da VD .....	56
Gráfico 14 - Distribuição da amostra em função da utilização de instrumentos para avaliação da família .....	57
Gráfico 15 - Distribuição da amostra em função dos instrumentos utilizados para avaliação da família .....	58
Gráfico 16 - Distribuição da amostra em função de considerar o método de registo facilitador do planeamento da VD .....	58
Gráfico 17 - Distribuição da amostra em função da sua perceção de resposta da VD às necessidades da família no pós-parto .....	60

Gráfico 18 - Distribuição da amostra em função da existência de dificuldades na concretização da VD .....	60
Gráfico 19 - Distribuição da amostra em função das dificuldades enunciadas para a concretização da VD .....	61

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização da amostra quanto às atitudes dos enfermeiros face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem .....	62
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----



## INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é considerado um período de ambiguidade, pois, se por um lado está presente a felicidade e a alegria, por outro estão presentes as dúvidas e as angústias que este novo momento acarreta. Neste contexto é importante ajudar os casais a prepararem-se para uma nova realidade, ajudando-os e apoiando-os nesta nova etapa das suas vidas.

A visita domiciliária de enfermagem surge assim, como uma ferramenta capaz de ajudar famílias, esclarecendo dúvidas, detetando precocemente possíveis complicações, capacitando os indivíduos e as famílias para a adaptação a esta nova etapa do seu ciclo de vida.

Várias são as recomendações para que se faça a visita domiciliária nos dias seguintes ao parto após a alta da maternidade, sendo esta definida como um elemento fundamental na melhoria de cuidados, vigilância e promoção da saúde (OMS & UNICEF, 2009; DGS, 2013).

O cuidar do indivíduo e da sua família é umas atividades basilares da enfermagem de família. Assim, incluir as famílias nos cuidados prestados é uma mais-valia e para que isso aconteça todos os enfermeiros devem possuir formação e competência para avaliar e intervir na família, envolvendo-a nos cuidados prestados (Fernandes, 2014; Wright & Leahey, 2018). Torna-se assim pertinente a realização da visita domiciliária à família no pós-parto por parte do enfermeiro de família.

A parceria enfermeiro/família é de primordial relevância sendo importante sensibilizar utentes e suas famílias para a adoção e estilos de vida saudáveis, participando ativamente nas decisões no que se refere à sua saúde pessoal, familiar e da comunidade. Figueiredo (2012) refere que as intervenções junto das famílias devem ser mais abrangentes que a doença e o projeto individual de saúde, devem ser um projeto que envolva cuidados centrados na família. Assim a família é considerada como parte essencial no processo de cuidados e as atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família condicionam o processo de cuidar (Oliveira et al., 2011).

Este estudo teve como ponto de partida perceber qual a perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto. Decorrente desta problemática foram definidos os seguintes objetivos: conhecer a perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto; avaliar a importância atribuída à família pelos enfermeiros de família que realizam a visita domiciliária à família no pós-parto; identificar as medidas (intervenções) desenvolvidas pelos enfermeiros de família na visita domiciliária à família no pós-parto; identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de família na visita domiciliária;

identificar aspetos a melhorar pelos enfermeiros de família na visita domiciliária à família no pós-parto.

Com este estudo pretende-se contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados no domicílio, munindo enfermeiros com ferramentas com utilidade na avaliação das famílias nesta etapa do seu ciclo vida. Pretende-se também reforçar a importância da formação na área de saúde familiar, para que enfermeiros mais capacitados, possam empoderar as famílias e em conjunto com elas se consiga a otimização dos recursos existentes.

Para a consecução destes objetivos foi desenvolvido um estudo quantitativo, transversal, descritivo com aplicação de um questionário a uma amostra de 21 enfermeiros que exercem funções em Unidades de Saúde Familiar do ACES Pinhal Litoral, por amostragem não probabilística.

Este trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo é relativo ao enquadramento teórico e nele são abordadas as seguintes temáticas: a visita domiciliária à família no pós-parto (conceitos, resenha histórica, vantagens/desvantagens, indicações e importância); o enfermeiro de saúde familiar e a visita domiciliária na transição para a parentalidade (importância do conhecimento científico na área da saúde familiar, ciclo vital da família, a parentalidade como transição da vida da família); a família como parceira nos cuidados de enfermagem e a abordagem à família na visita domiciliária no pós-parto pelo enfermeiro de família (parceria enfermeiro/família, e o cuidar centrado na família, importância de envolver a família nos cuidados, abordagem à família na visita domiciliária). Do segundo capítulo faz parte a metodologia, sendo descrito: o tipo de estudo; problemática do estudo e objetivos; população e amostra; instrumento de colheita de dados; procedimentos éticos e formais; tratamento de dados. No terceiro capítulo é feita a análise e discussão de resultados à luz do enquadramento teórico. Do quarto capítulo faz parte a proposta de um guião orientador da visita domiciliária à família no pós-parto como instrumento facilitador para a intervenção do enfermeiro de família no processo de transição para uma parentalidade saudável. Por fim, no quinto capítulo são apresentadas as conclusões resultantes do estudo realizado e que dão pertinência à problemática de investigação. Em apêndice constam os documentos utilizados para o desenvolvimento do estudo.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O nascimento de um filho é considerado por muitos um momento de ambiguidade de sentimentos. Poder levar ao domicílio os cuidados que permitam o crescimento de famílias e consequentemente de indivíduos saudáveis, parece assim poder ser uma mais valia que o enfermeiro de família poderá proporcionar.

Pertencendo o domicílio à esfera privada de cada família, este contexto assume-se como um local privilegiado a que nem todos podem ter acesso. Borges (2017) diz que o domicílio é o ambiente onde a família se sente mais à vontade, permitindo ao profissional de saúde o estabelecimento de uma relação mais positiva. Também Rice (2004) havia já constatado este facto, dizendo que a visita domiciliária consiste na prestação de cuidados de saúde ou de natureza social no local de habitação do utente/família, no seu ambiente de vida, o que permite uma maior proximidade do técnico com a família. Revela-se assim o domicílio como o melhor local para conhecer a família no seu contexto habitacional, relacional, estrutural e redes de apoio, potenciando o planeamento de cuidados mais amplos e suportados com evidência científica, com ganhos em saúde para todos os elementos da família. Deste modo, a visita domiciliar tem tanto um papel educativo quanto assistencial (Teixeira 2009).

### 1.1. A VISITA DOMICILIÁRIA À FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

A visita domiciliária nem sempre foi operacionalizada da mesma forma ao longo do tempo, sendo que o seu intuito e estratégias foram sofrendo alterações. Mandú et al. (2008, p. 132) referindo-se à visita domiciliária, dizem que “Na segunda década do século XX, a visita voltava-se para o cuidado do doente e aos fatores relacionados com a sua doença, sem preocupação com a família enquanto grupo social.” Os mesmos autores referem que no século XXI a visita é desafiante, pois, significa prestar cuidados à família, tendo em conta o seu contexto sociocultural de vida, focando-se na família como unidade central de atenção e nas suas diversas necessidades, tendo como finalidade não apenas a recuperação da doença ou reabilitação, mas também a promoção da saúde e prevenção da doença. É, pois, importante reconhecer não só as necessidades do indivíduo em foco, mas também compreender as necessidades do agregado familiar, para que, atuando nestes dois eixos seja possível potenciar todo o conjunto de forma oferecer os melhores cuidados ao cliente.

A visita domiciliar também pode ser encarada, tal como nos diz Lacerda (2010, p. 2622), como “(...) uma oportunidade significativa para que a autonomia do indivíduo e da família concretize-se, já que o cuidado no domicílio (...) mais do que um fazer, é um momento em que

a enfermeira está vivenciando com o indivíduo e a família situações de saúde-doença, em seu *locus* de habitação, de relações e de significado de vida.” Nesta perspectiva, o contexto domiciliário estimula o enfermeiro a desenvolver competências como ser criativo, polivalente, flexível, levando-o a cuidar de uma forma holística.

Constitui-se também como a oportunidade para a família perceber em contexto real, no seu dia-a-dia, o que pode oferecer e ainda que capacidades precisa de desenvolver contando com a ajuda do enfermeiro. Pinto (2017) citando Basto (2007) refere que, no domicílio o enfermeiro interage e estabelece uma relação de proximidade, o “estar com”, o de partilhar sentimentos, permitindo o desenvolvimento de técnicas de comunicação, o reconhecer de atitudes e o aperfeiçoamento de relações com o utente e com a sua rede de apoio social, tal como com outros profissionais de saúde.

Várias têm sido as vantagens apontadas para a visita domiciliar. Mandú et al. (2008, p. 138) salientam os aspetos valorizados na visita como “(...) a atenção, a conversa, e o comprometimento profissional” e ainda que “(...) a visita gera produção de auto-estima, de esperança e bem-estar (inclusive para o próprio profissional)”. O recurso a esta abordagem estabelece-se também como meio facilitador de acesso aos serviços de saúde, o que é evidenciado por Mandú et al. (2008, p. 133) ao destacarem a importância dada à visita, por a mesma “(...) favorecer o reconhecimento da vivência de um dado problema de saúde e provocar a procura do serviço local”, sendo esta “(...) uma estratégia que viabiliza intermediação entre o domicílio e a Unidade de Saúde da Família (USF) e vice-versa (...)”. A possibilidade de integrar o contexto familiar abre um conjunto de oportunidades para o enfermeiro, que ampliam a eficácia e efetividade da intervenção. Teixeira et al. (2009, p. 49) referem que “(...) o profissional de saúde leva in loco os conhecimentos dentro do meio ambiente do grupo familiar, caracterizado por condições peculiares de habitação e higiene; um melhor relacionamento entre família e profissional de saúde, por ser sigiloso e menos formal; há uma maior liberdade para se expor os mais variados problemas, tendo-se um tempo maior, do que nas dependências dos serviços de saúde”.

No entanto, tal como são apontadas vantagens, também são identificadas desvantagens na realização da visita domiciliar. Mandú et al. (2008, p. 134) referem que a visita domiciliária pode levar à “(...) possibilidade de a visita vir a promover acomodação, causando dependência e desestímulo a um envolvimento mais ativo das famílias na superação de condições adversas enfrentadas”. Os mesmos autores salientam que estas devem ser organizadas de forma a

responder às necessidades das famílias, tendo em conta os recursos existentes. Como desvantagem, Teixeira et al. (2009, p. 49) referem o “(...) horário de trabalho e afazeres domésticos, que podem impossibilitar ou dificultar a sua realização; gasto de tempo, tanto em locomoção como, na execução da visita; é um método dispendioso, pois demanda custo de pessoal e locomoção.” Não pode ainda ser ignorada a hipótese de a família entender a entrada do profissional no domicílio como uma desresponsabilização no cuidar, bem como a interferência nas rotinas da mesma e disponibilidade da família. É também importante ter em conta o custo associado à deslocação do enfermeiro ao domicílio, nas vertentes pecuniárias e de recursos humanos.

Apesar das desvantagens apontadas, é durante a visita domiciliária que o enfermeiro tem oportunidade de conhecer mais profundamente e de forma adequada a família, as suas relações e o seu meio envolvente. Rice (2004, p.14) refere que “(...) a colaboração e a autodeterminação para atingir o nível otimizado de saúde por parte do utente/prestador de cuidados são factores importantes para levar a bom termo o plano de autocuidado domiciliário”. Na visita domiciliária os enfermeiros percebem o ambiente social e familiar e intervêm na família através da participação de todos os seus membros. Sendo o seu foco principal a família nuclear, os enfermeiros dão também especial atenção à família alargada como fonte de apoio. A utilização do genograma tal como do ecomapa, como ferramentas de avaliação familiar, identificando na família as redes de apoio à mesma, deve ser uma mais-valia para a otimização dos cuidados. A entrada na esfera domiciliar através da visita é uma oportunidade de identificação destas redes de apoio. Tal é mencionado por Filipe (2011) citando Rice (2004), os enfermeiros criam redes de apoio em ligação com os recursos da comunidade, adequando-os a cada problema identificado para cada família específica.

Considerados instrumentos de trabalho preciosos no cuidado estratégico da saúde das famílias, as visitas domiciliárias por parte do enfermeiro, devem ser utilizadas nas mais diferentes formas de acompanhamento dos seus membros, quer em situações específicas de saúde ou de doença, adaptando-se aos diferentes momentos do seu ciclo vital. Rice (2004, p. 27) referindo-se ao enfermeiro que faz visita domiciliária, diz-nos que este trabalha com “(...) uma grande variedade de utentes, desde idosos com doenças crónicas e mães com recém-nascidos, até utentes que regressam a casa para morrer (...)”. Sendo passível fazer acompanhamento a um leque tão vasto de utentes, Mandú et al., (2008) descrevem que a visita é fundamental no processo de vigilância de saúde, tendo por finalidade acompanhar a situação de saúde de cada

elemento da família, tendo como espectável a produção de resultados positivos através da antecipação de diagnósticos personalizados e de maior orientação tanto ao nível individual como familiar.

Planear a visita domiciliária é fundamental para que a sua realização vá ao encontro dos objetivos que se pretendem alcançar, da parte de quem a realiza e também de parte de quem dela. A visita domiciliária não deve ser encarada como uma visita social, mas tem de ter em conta objetivos que traduzam ganhos em saúde. A programação das visitas deve ter em conta as necessidades das famílias e a sua capacidade para responder favoravelmente às necessidades detetadas.

Planear uma visita inclui passar por diversas etapas, começando por uma avaliação dos pedidos ou eventuais necessidades de visita domiciliar, realizando uma anamnese detalhada para que se perceba se existem condições no domicílio para a resolução do problema. Caso se perceçione a real necessidade de realização da visita domiciliária, deve ser feita uma colheita de dados do utente existente no processo clínico, avaliar-se o grau de urgência e espaçamento das visitas e identificar-se quais os profissionais necessários para a realização da visita naquele momento. Por fim, deverá ser preparado o material necessário para a realização da visita domiciliar e fazer o contacto de forma a agendar a visita tendo em conta a disponibilidade da família. (Souza, 2011; USF Serra da Lousã, 2019).

Ao iniciar a visita domiciliária deve ser feita uma apresentação do profissional, caso este não seja conhecido pelo utente/família e devem ser esclarecidos os objetivos da visita e atendidas de forma prioritária as necessidades mais sentidas pelo utente/ família. Após a identificação das necessidades/problemas mais pertinentes são estabelecidas prioridades, definidas estratégias e atividades a desenvolver. No final da visita, deverá ser pedido à família/cuidador que, de forma resumida descreva o que lhe foi transmitido, o que aprendeu, tirando dúvidas e esclarecendo-as se existirem. (Souza, 2011; USF Serra da Lousã, 2019). Por fim, deve ser feito um registo detalhado do que foi recolhido na visita, tendo em conta os objetivos estabelecidos e outros percecionados no momento da visita. Se necessário, deve fazer-se uma discussão, em reunião de serviço, dos problemas identificados e que levaram à realização da visita. A utilização de um protocolo para a realização da visita domiciliária, é considerada importante (Souza, 2011; Rosso et al 2014; USF Serra da Lousã, 2019).

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (2015, p.452), um protocolo é “conjunto de normas que regem atos públicos ou solenes; cerimonial; etiqueta; acordo estabelecido entre empresas

ou países”. Protocolo é um regulamento ou uma série de instruções estabelecidas por tradição ou convenção. Assim, e partindo deste significado, é possível usar esta noção em diferentes contextos. Um protocolo pode ser um documento ou uma normativa que estabelece como se deve atuar em determinados procedimentos. Deste modo, compila condutas, ações e técnicas consideradas adequadas em determinadas situações.

Tal como dizem Rosso et al. (2014, p. 5), a realização de um protocolo “(...) objetiva contribuir, de forma ética, crítica e responsável, com essa busca para a transformação das práticas e a consequente ampliação da qualidade e autonomia da enfermagem (...)”. Assim, a realização de um protocolo e em especial protocolo da visita domiciliária, tem como objetivo principal uma maior monitorização dos cuidados prestados para que todos os profissionais atuem de acordo com um padrão e que o registo do trabalho efetuado se faça de forma uniforme.

Variados são os momentos em que se pode considerar pertinente a realização da visita domiciliária. A passagem para a segunda etapa do ciclo vital da família, família com filhos pequenos, é entendida como uma oportunidade para a visita domiciliária se realizar. Nesta etapa, é expectável que ocorram mudanças no seio familiar, mudanças essas que são para a vida, e que podem ser momentos de crise. Tal como é referido por Rice (2004, p. 413), “(...) o nascimento envolve um período de recuperação, que deve ser supervisionado, bem como uma crise de desenvolvimento, que a nova família deve resolver para se manter saudável.” Iniciar neste momento o processo de visita domiciliária à puérpera, recém-nascido e família, é uma ferramenta apontada como pertinente para um saudável crescimento e harmonia familiar. Assim, iniciar a visita domiciliar logo nos primeiros dias após a alta hospitalar é uma mais-valia. Pereira (2012) citando Carvalho e Tavares (2010) referindo-se à visita domiciliária no pós-parto, menciona que a mesma deverá ocorrer nos primeiros dias após a alta hospitalar, servindo para garantir uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio.

A United Nations Children`s Fund (UNICEF) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009) recomendam que todos os recém-nascidos devem receber atenção neonatal apropriada nas primeiras horas e semanas de vida. Cada país deve analisar as suas normas, de forma a dar a atenção necessária no período pós-natal, incluindo partos no domicílio, em estabelecimentos de saúde e alta dos mesmos, sendo feito o acompanhamento respetivo com possibilidade de visitas domiciliárias. A visita deve iniciar-se logo que possível, sendo que a recomendação é uma visita nas primeiras 24 h caso o parto ocorra no domicílio, ou até ao terceiro dia se possível. Se ocorrer numa instituição de saúde, até ao sétimo dia. Esta prática deve ser feitas por

profissionais de saúde capacitados, pois ela tem como objetivo melhorar o nível de cuidados, identificando perigos eminentes ou enfermidade (OMS & UNICEF, 2009).

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) também recomenda que se faça visita domiciliária a este grupo específico. Como é referido no Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil (2013, p. 7) “(...) é de particular importância desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco”.

Rodrigues et al. (2010) referem como objetivos da visita domiciliária à puérpera, recém-nascido e família, a avaliação do estado de saúde da mulher e do recém-nascido, a interação entre eles, orientar e apoiar a família para amamentação e para os cuidados básicos ao recém-nascido, orientar o planeamento familiar e identificar situações de riscos ou possíveis intercorrências para a adoção de condutas adequadas.

A Ordem dos Enfermeiros (2015), de modo a conceber uma linha orientadora para a abordagem na comunidade ao grupo específico puérpera e recém-nascido por parte dos enfermeiros, lançou diretrizes de forma a identificar pontos-chaves para a abordagem a estes grupos específicos. Assim, no que se refere à prestação de cuidados à puérpera na comunidade são consideradas como importantes as seguintes medidas: avaliar o estado de saúde da mulher e o processo de recuperação de parto, incluindo o exame mamário e perineal (se apropriado); avaliar a cicatrização do períneo ou abdómen e retirar material de sutura caso exista; consulta de revisão do parto (com exame mamário, perineal e citologia); aconselhamento contraceptivo e ou início da contraceção; despiste de problemas de eventuais problemas físicos ou mentais e encaminhamento para outros profissionais, se necessário. Na prestação de cuidados ao recém-nascido na comunidade são consideradas importantes as seguintes medidas: avaliar e registar o peso e medições antropométricas (perímetro cefálico e comprimento); realização do teste diagnóstico precoce; cumprir o programa nacional de vacinação; consulta de saúde infantil; despiste de problemas com a amamentação e/ou outras complicações (Ex: icterícia e desinfeção do coto umbilical); fazer encaminhamento para outro profissional, se necessário.

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

Rice (2004, p. 413) referindo-se à particularidade do acompanhamento quer da mãe quer do recém-nascido, diz-nos que “(...) apenas o enfermeiro prestador de cuidados domiciliários tem uma perspetiva completa da família (...) apercebe-se da dinâmica familiar, avalia as necessidades de saúde de cada elemento da família e facilita os estágios iniciais de reintegração familiar”.

## 1.2. O ENFERMEIRO DE SAÚDE FAMILIAR E A VISITA DOMICILIÁRIA NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Cuidar a pessoa e sua família constitui uma das atividades centrais nos cuidados de enfermagem prestados. Wright e Leahey (2018, p.1) referem que os enfermeiros têm “(...) o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de envolver as famílias em seus cuidados de saúde”. Assim incluir a família nos cuidados prestados é uma mais-valia para a otimização dos recursos existentes, numa realidade em que estes são finitos, não devendo, portanto, as intervenções de enfermagem estar apenas direcionadas para o indivíduo, mas devendo incluir a família como foco de atenção nos cuidados prestados. Todos os enfermeiros devem possuir competências para avaliar e intervir na família, de forma a que esta seja envolvida nos cuidados de saúde, em todos os domínios da prática de enfermagem (Fernandes, 2014; Wright & Leahey, 2018). Para enfermeiros de saúde familiar esta realidade torna-se ainda mais pertinente. Deste modo, o nível de prática de enfermagem junto às famílias pode ser diferente, isto é, depende de uma definição do conceito de família como contexto ou a família como cliente. A formação é então importante na visualização da família por parte dos enfermeiros. Tipicamente, enfermeiros generalistas utilizam predominantemente o conceito de família como um contexto, por outro lado enfermeiros especialistas em saúde familiar usam predominantemente o conceito de família como cliente, ou seja, a família como unidade de assistência (Wright & Leahey, 2018).

Martin et al. (2012) referem que, nos últimos tempos tem havido reconhecimento que os modelos atuais de saúde não irão satisfazer as necessidades de saúde de uma população em mudança crescente. Urgem, pois, inovações no âmbito da prestação de cuidados de saúde e nomeadamente no campo da enfermagem, desenvolvimentos que permitam uma resposta mais adequada dos cuidados prestados por estes profissionais. Também a OMS (2000) identificou um novo enfermeiro especialista, Enfermeiro de Saúde da Família (ESF), considerando que este deve estar no centro do novo modelo de prestação de cuidados de saúde. Martin et al. (2012, p. 19) dizem que “O ESF foi reconhecido como tendo um papel que vai ser acompanhar toda a prestação de cuidados, trabalhando com famílias em suas casas e na comunidade, atendendo às

necessidades de saúde do jovem ao idoso, promovendo uma vida saudável e prevenindo doenças”. Abre-se, pois, um campo de atuação vasto, mas com particularidades que exigem uma diferenciação específica, de forma a capacitar os enfermeiros ao desenvolvimento do potencial encerrado no contexto dos cuidados no domicílio.

Meireles et al. (2012) referem que a prática do enfermeiro de família está intimamente ligada a transições que vão ocorrendo ao longo do ciclo vital, sendo este quem mais se envolve e acompanha este processo. Meireles et al. (2012) mencionam ainda que a posição ocupada pelo enfermeiro é considerada como privilegiada, porque este desenvolve um contacto mais próximo com os clientes/famílias, percecionando as preocupações e necessidades do utente/família. Além disso, o enfermeiro de família desempenha uma função de elo de ligação com os restantes elementos da equipa, funcionando deste modo como mediador. Assim, o enfermeiro de família tem de estar preparado para se deparar com as mais diversas configurações familiares.

Para que seja garantida uma segura recuperação e readaptação no pós-parto, bem como as respostas aos cuidados no seio da família no seu domicílio, é importante que haja formação de enfermeiros especializados e qualificados, na área da saúde da família.

A formação é um processo contínuo e adquirido, inicialmente transmitida pelos progenitores e ao longo do crescimento como seres racionais através da escola vindo esta a ser adquirida por etapas. A formação acompanha o indivíduo ao longo da sua história de vida. Ribeiro (2012) refere que também na enfermagem, após uma formação inicial que permite a obtenção das qualificações necessárias para o desempenho profissional, seguem-se necessidades de aperfeiçoamento das competências, reciclagem de conhecimentos, seguindo um natural acompanhamento tecnológico e científico, necessários para garantir um desempenho profissional de excelência. Assim, a formação contínua por parte dos enfermeiros constitui uma forma de desenvolvimento tanto pessoal como profissional. Nesta perspetiva o enfermeiro de família assume um papel importante nos cuidados ao domicílio, particularmente no que diz respeito ao recém-nascido, puérpera e família.

A formação do enfermeiro de família, na área da saúde familiar, vai proporcionar ferramentas que o vão ajudar de forma mais eficiente a trabalhar com as famílias. É na capacidade para ler as famílias, na sua diversidade e na perceção das transições ao longo do ciclo vital, que reside a mais-valia para uma atuação de alta eficácia.

O nascimento de uma criança é efetivamente um momento em que a necessidade de cuidados de enfermagem é fundamental. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 3), no que

diz respeito à realização da visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido, baseada no conceito de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar da Organização Mundial de Saúde, refere-o “(...) como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade (...) cuidam da família como unidade de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida da família”. Decorrente destes pressupostos, foram publicadas, em Diário da República (2018) as competências do ESF definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho. Como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar foram definidas: 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 (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); Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar (gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família). Dentro destas duas competências foram definidas várias unidades de competência. Foram consideradas pertinentes no âmbito deste trabalho as seguintes unidades de competência: colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família, da qual fazem parte como critérios de avaliação (solicita o histórico familiar e hereditário, identificando a estrutura familiar, sintomatologia atual e fatores de risco ambientais que possam afetar o estado de saúde; integra informação adicional de várias fontes incluindo interações familiares observadas, assim como a comunicação verbal e não verbal; utiliza instrumentos de avaliação familiar; identifica as crenças e cultura familiar para compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações/decisões; avalia a capacidade da família para se manter unida, agiliza processos de mudança e apoia todos os membros na sua interação com o meio ambiente; identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida) ; facilita a resposta da família em situação de transição complexa, da qual fazem parte os critérios de avaliação (encoraja a família a partilhar a sua história; promove o processo de conscientização com base na identificação das forças e das oportunidades de crescimento e de mudança; identifica e analisa na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio; identifica e analisa a dinâmica entre o indivíduo, a família, comunidade e o sistema de saúde, para influenciar a mudança; explora estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identifica com a família novas estratégias para alcançar os

seus objetivos; analisa com a família os recursos necessários para atender às suas necessidades de saúde e facilitar a aquisição dos mesmos; dá feedback à família, de forma sistemática, centrando-se nos seus pontos fortes; discute regularmente com a família o seu progresso para alcançar os seus objetivos de saúde, analisar os desafios que a sua realização implica e partilhar observações sobre o seu crescimento, incentivando ao feedback familiar; documenta o processo de cuidados, integrando a saúde, família e ambiente).

Sendo o enfermeiro de família, o profissional que integrado numa equipa multidisciplinar o responsável pela prestação de cuidados globais a um grupo de famílias e, sendo considerando o ciclo vital da família como base de atuação do enfermeiro de família, este deve ser responsável pela visita domiciliária a este grupo específico, puérpera, recém-nascido e família.

As definições de família são vastas e tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos. Muitas são as possíveis definições de família. Alarcão (2000) citando Sampaio (1985) define família como um sistema e um combinar de elementos ligado por um conjunto de relações, em contínua conexão com o exterior, mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados. Também a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2011, p. 115) define família como “Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo, considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.” Estas definições desvendam uma complexidade que é fundamental compreender para uma atuação baseada na evidência.

A família vai passando por diversas fases ao longo do seu ciclo vital e para Figueiredo (2012) citando (Relvas, 2000), o ciclo vital da família vai-se ajustando a uma sequência de fases ou etapas, que se iniciam com a formação da família e prosseguem até que esta se desfaça, estando o mesmo relacionado com mudanças da família, enquanto unidade, assim como com as mudanças que ocorrem individualmente nos seus membros. As cinco etapas do ciclo vital desenvolvem-se ao longo da vida da família, desde a sua formação até a sua dissolução, todas elas com tarefas e transições inerentes ao seu desenvolvimento: Formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes; famílias com filhos adultos. A família, enquanto unidade, vai evoluindo ao longo do ciclo vital. Nesta perspetiva Figueiredo et al. (2011, p. 13) referem que “(...) a família é o contexto onde se desenvolvem padrões que podem favorecer ou prejudicar a saúde individual, sendo que a forma

como a família é capaz de gerir as transições de saúde de um dos seus membros pode fortalecer ou debilitar a saúde familiar”.

Ao observar indivíduos e seus comportamentos, Afaf Meleis construiu a Teoria das Transições, estudando as famílias e os processos de “tornar-se pai/ mãe” e conseqüentemente, o domínio dos papéis parentais. Guimarães e Silva (2016) referem que o interesse de Meleis foi sucessivamente evoluindo na investigação, de forma a estudar intervenções que pudessem facilitar o processo de transição, bem como os indivíduos que não conseguiam realizar transições saudáveis. Os mesmos autores mencionam que para Meleis “(...) a transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da (s) pessoa (s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do *self*” (Guimarães & Silva 2016, p. 1).

As transições são o resultado de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes. Segundo Meleis (2010), as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital, tais como a parentalidade), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis, nascimento ou perda de um membro na família), saúde-doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas).

Os enfermeiros, alicerçados em conhecimento, têm um papel fundamental ao auxiliarem as pessoas nas transições que vão vivendo, de forma a incorporarem conhecimentos novos, alterarem comportamentos, ultrapassando etapas e mudanças na vida para fazer face a situações novas.

De acordo com a CIPE (2011, p. 66) parentalidade significa “Tomar conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”.

A parentalidade é considerada uma das mais importantes transições de desenvolvimento da vida de uma família. Relvas (2006) refere parentalidade como um dos eventos mais importantes e marcantes da vida dos indivíduos, assinalando assim o início de uma nova fase do ciclo vital. Tal como a união do casal, a transição para a parentalidade é considerada uma crise normativa do desenvolvimento do sistema familiar. Na maioria dos casos, embora tenha sido desejada, é expectável que acarrete receios, dúvidas, e ansiedades pelo desconhecido. Aciona um percurso

que é considerado irreversível, modificando decididamente os papéis e funções dos progenitores. Os desafios são constantes, assumir novos papéis de pais, ajustar-se á nova vida de casal, dividindo ou assumindo novas tarefas pode levar a um desgaste emocional e físico. Tal como é referido por Mesquita (2013), o desempenho da função parental, afeta principalmente o envolvimento com os filhos, não podendo ser descurada a relação com o outro elemento do casal, no que diz respeito às questões do desempenho da parentalidade.

De acordo com o foi explanado, pode-se assumir que a realidade que é a chegada de uma criança ao seio familiar, revela um acontecimento muito complexo, com uma teia de repercussões variáveis e que depende de diversos fatores. Nesta perspetiva, é pertinente a realização da visita domiciliar por parte do enfermeiro de família, nomeadamente a visita domiciliária no pós-parto à puérpera, ao recém-nascido e família, para sustentar uma transição saudável através de cuidados de enfermagem com a qualidade que o século XXI obriga.

### 1.3. A FAMÍLIA COMO PARCEIRA NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E A ABORDAGEM À FAMÍLIA NA VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS-PARTO PELO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA.

A parceria família-enfermeiro é de primordial importância para um cuidar mais efetivo. O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 (2013, p.44) refere a importância de “Promover a confiança do cidadão no seu médico e enfermeiro de família numa relação que promova a proximidade e continuidade de cuidados personalizados (...)” e indica que os profissionais de saúde “(...) são agentes informados e promotores do empowerment dos cidadãos e das suas famílias (...)”(2013, p.74). Deste modo, é importante educar utentes e famílias para a adoção de estilos de vida saudáveis, de forma a que estes participem ativamente nas decisões referentes à sua saúde pessoal, familiar e da comunidade.

Figueiredo (2012) refere que a prática de cuidados centrados na família deve ser repensada, pois, mais que pensar nos seus membros de forma individual, há que ir mais além. As intervenções junto das famílias devem ser mais que a doença e o projeto individual de saúde, devem ser um projeto em que sejam implementados cuidados centrados na família, com sustentação em pressupostos ecossistémicos que dão evidência às características de globalidade e auto-organização da família. A mesma autora refere que os enfermeiros, no contexto dos cuidados de saúde primários, devem deter um profundo entendimento sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo vida da família e para isso é necessário que estes reconheçam a unidade familiar como alvo dos seus cuidados.

Conhecer a importância atribuída à família pelos enfermeiros de família que realizam a visita domiciliar à família no pós-parto, é efetivamente uma preocupação, pois a relação enfermeiro-família é, sem dúvida, fundamental para um cuidar mais eficaz. Oliveira et al. (2011, p.1331) referem que “As atitudes que os enfermeiros adotam em relação à família condicionam o processo de cuidar.” A profissão de enfermagem, ao desenvolver-se, vai cada vez mais apontando no sentido do reconhecimento da família como objeto e alvo dos cuidados. “A família, é, assim, parte essencial do processo de cuidados” (Oliveira et al., 2011, p.1332), pelo que, as atitudes adotadas pelos profissionais de saúde vão ser cruciais para o processo de cuidar e concomitantemente importantes na relação terapêutica.

Oliveira et al. (2011) mencionam que as atitudes dos enfermeiros no contexto de interação terapêutica com as famílias, demonstram a importância de as integrar no processo de cuidados, gerando práticas mais ou menos conducentes à potencialização das famílias.

Perceber de que forma os enfermeiros integram a família, envolvendo-a como parceiro no cuidar tem sido objeto de estudo tanto internacionalmente, como no nosso país. Assim, Oliveira et al. (2011) no seu estudo sobre as atitudes dos enfermeiros face à família em que fizeram a validação da escala “*Families Importance in Nursing Care- Nurses Attitudes*” e no qual participaram 136 enfermeiros, referem que a maioria dos enfermeiros tem atitudes de suporte face à família sendo esperado que esta reciprocidade implique não só, cuidados de enfermagem mais ajustados às necessidades da família como interações mais satisfatórias. Também Silva et al. (2013) ao realizarem o estudo sobre a caracterização das atitudes dos enfermeiros face à família em Cuidados de Saúde Primários, numa amostra de 871 enfermeiros, concluíram que os enfermeiros inquiridos detêm atitudes de suporte face à importância da família nos cuidados prestados, o que constitui um critério importante para a qualidade dos cuidados. Rodrigues (2013) com uma amostra de 226 enfermeiros, ao investigar a relação entre as intervenções de enfermagem e a parceira de cuidados com a família, refere que dos seus resultados, se pode inferir que os enfermeiros têm na sua maioria uma atitude positiva face à família, valorizando a sua presença nos cuidados de enfermagem prestados e reconhecendo a importância do estabelecer diálogo com os familiares. Identicamente Pires (2016) ao estudar a importância das famílias nos cuidados de enfermagem na perspetiva do enfermeiro de família em contexto de cuidados de saúde primários, e uma amostra de 90 enfermeiros, verificou que os enfermeiros têm atitudes positivas no que diz respeito à integração e cooperação da família na prestação de cuidados de enfermagem, considerando indispensáveis esses cuidados para colmatar as

necessidades individuais, vistos numa ótica de colaboração, interajuda e parceria de cuidados com os vários elementos da família. Assim, a evidencia demonstra que o estabelecimento de vínculo e a parceria no cuidar constitui-se como norteadora no trabalho com famílias, numa filosofia de companheirismo e reciprocidade. A parceria de cuidados constitui uma filosofia de enfermagem que valoriza e reconhece as famílias no processo de cuidados (Silva et al., 2013; Rodrigues, 2013).

A abordagem à família na visita domiciliária no pós-parto por parte do enfermeiro de família é de primordial importância para o sucesso dos cuidados prestados. Assim sendo e com a temática visita domiciliar puerperal, com o objetivo de descrever as dificuldades encontradas pelas equipas de saúde que fazem visita domiciliar junto a puérperas, Teixeira et al. (2009) ao desenvolverem um estudo no qual participaram 15 profissionais (9 enfermeiros e 6 médicos), os profissionais entrevistados referem que para eles um dos compromissos mais importantes é atender a população levando em consideração a rotina de cada família e deste modo atender às necessidades e disponibilidades de cada família, evitando constrangimentos; os mesmos referem ainda que a visita deve estar direcionada para a educação em saúde levando a mudanças de comportamentos a partir de novas aprendizagens adquiridas pela família. Neto et al. (2010) desenvolveram um estudo com objetivo de perceber as facilidades e dificuldades encontradas pelos enfermeiros durante a visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido, no estudo participaram 33 enfermeiros, estes, mencionaram como aspetos facilitadores na realização da mesma: a receção da equipa de enfermagem pela família (36%) e o vínculo estabelecido enfermeiro-família (21%). É ainda referido neste estudo que conhecer a família, os seus recursos e recursos da comunidade, permitem ao enfermeiro a resolução de problemas *in loco*, o que promove o descongestionamento nas unidades de saúde. Também Piteira (2016) realizou investigação com a temática, enfermagem comunitária na transição para a parentalidade e visita domiciliária de enfermagem no puerpério, no estudo participaram 7 enfermeiros, pela totalidade, a visita domiciliária foi considerada como uma estratégia vantajosa na área da promoção da saúde do recém-nascido, puérpera/família sendo referida como muito eficaz; os mesmos enfermeiros consideraram como pontos fortes da visita a satisfação dos utentes, o melhor conhecimento da família e ambiente familiar, possibilitando um tratamento personalizado à família, envolvendo-a. Referindo-se à abordagem à família, Medeiros et al. (2016) ao estudar a importância da visita domiciliária no período puerperal em cuidados de saúde primários, com uma amostra de 38 enfermeiros, constataram que, a respeito da visita domiciliar, a amostra é unânime, em considerar que a visita domiciliar facilita a

assistência às mulheres no período puerperal e que esta pode ser uma ferramenta que aproxima a unidade de saúde da realidade em que vive puérpera, recém-nascido e a sua família. Também Pinto (2017), no seu estudo sobre os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto na perspectiva do casal e do enfermeiro de família, em que participaram 11 casais e 7 enfermeiros, a totalidade dos enfermeiros que realizam a visita domiciliária referem-se à mesma como um meio oportuno de vigilância, prevenção e promoção de saúde da puérpera-RN e na sua prática identificaram ações de avaliação do bem-estar físico e psicológico e de possíveis situações de risco. Referem realizar um ensino e a partilha de conhecimentos ajustados às reais necessidades, promovendo a autorresponsabilização em saúde, proporcionando mudanças de comportamento, gerando mais e melhor saúde da mulher e da criança. Os mesmos enfermeiros referem também como preocupação, ter de solicitar a presença e o envolvimento da família como parceira nos cuidados. A equipa de enfermagem que participou no estudo, referiu a Enfermagem de Saúde Familiar como uma nova maneira de cuidar e de prestar cuidados focados na família e, não unicamente, nos seus membros individualmente, tendo a visão da família como um todo, como um sistema interativo em que as relações familiares são fundamentais. Ao realizar a visita domiciliária os enfermeiros conhecem a família, criando um vínculo enfermeiro/família, abordam os indivíduos não só de forma individual, mas também no seu conjunto de forma a envolve-los como parceiros nos cuidados, tendo sempre em conta as rotinas e disponibilidade de cada família.

Deste modo, perceber a importância atribuída pelo enfermeiro de família aos cuidados realizados no domicílio à família no pós-parto é um caminho na otimização de cuidados que visa o envolvimento da família, pois o cuidar está na essência da enfermagem. Teixeira et al. (2009) referem que a equipe de saúde considera a visita domiciliária como importante por esta ser um momento rico, onde a equipe presta assistência à saúde, acompanha a família, fornece subsídios educativos para que os indivíduos, ou o grupo familiar e a comunidade tenham condições de se tornarem independentes. Também Piteira (2016) ao abordar a problemática da importância que os enfermeiros atribuem à visita domiciliária, referem que a totalidade dos seus inquiridos, consideram a visita eficaz, uma vez que estas estratégias vão ao encontro das necessidades dos utentes, esclarecendo dúvidas e procurando dar resposta sempre que solicitados. Lucena et al. (2018) ao realizarem o estudo sobre as ações de enfermeiros em contexto de cuidados de saúde primários, relativamente à primeira semana de saúde do recém-nascido, num estudo em que participaram 9 enfermeiros, os mesmos referem que a visita domiciliar é uma estratégia forte por possibilitar uma compreensão abrangente do processo

saúde-doença e que proporciona intervenções relacionadas com o cuidado e manutenção da saúde, tanto do indivíduo quanto da sua família. Os enfermeiros que fazem visita domiciliária consideram-na como um momento rico de abordagem à família, indo ao encontro das necessidades das famílias levando-as, a criar condições para se tornarem independentes e estratégia potente de intervenção atuando tanto na doença como na manutenção de condições de saúde.

Sendo a visita domiciliária um momento crucial para ir ao encontro das necessidades sentidas pelas famílias, compreender as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na visita domiciliária e aspetos a melhorar, é, pois, considerado um momento de crescimento que se quer como uma oportunidade de mudança. Teixeira et al. (2009) afirmam que as dificuldades sentidas por quem realizou a visita domiciliária, foram a necessidade de disponibilização de mais tempo, necessidade de planeamento e necessidade de agendamento da visita em concordância com a data do parto o mais precocemente possível. No mesmo sentido, Rodrigues et al. (2010) realizaram um estudo onde é abordada a visita domiciliária do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido, na qual foram entrevistados 10 enfermeiros, estes mencionam que as dificuldades estão associadas ao cumprimento do tempo padronizado para a realização da visita domiciliária, a existência de transporte em quantidade insuficiente para as visitas domiciliárias agendadas semanalmente e apontam ainda a saída da puérpera da maternidade para outro domicílio. Os autores referem que não era utilizado pelos enfermeiros um instrumento como estratégia para sistematizar um cuidado de forma objetiva, atendendo às reais necessidades da puérpera, apesar de que no que diz respeito ao recém-nascido, estes enfermeiros utilizaram como instrumento de orientação da visita, a ficha de visita domiciliária ao recém-nascido, indicado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Neto et al. (2010) referem que as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros estão relacionadas com a falta de transporte para a realização da visita (33%), a distância (12%) e o excesso de procura deste tipo de cuidados (15%); este estudo revela que as dificuldades sentidas estão relacionadas com a estrutura de trabalho e a forma como as unidades de saúde estão organizadas. No estudo em que participaram 17 enfermeiros, Demetrio e Couto (2015) estudaram a percepção do enfermeiro de família sobre a primeira visita domiciliária à puérpera e recém-nascido, os resultados demonstram que os enfermeiros realizam a visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido, de forma restrita por uns e ampliada por outros, mas não realizam o seu planeamento. No estudo de Piteira (2016), alguns dos enfermeiros consideraram que o método de registo informático (S-Clinic) não lhes permite dar continuidade à prestação de cuidados por este suporte não se

encontra disponível no domicílio, sendo necessário recorrer ao suporte papel; o investigador menciona que alguns dos enfermeiros consideram que o registo em suporte papel não é suficiente porque não existe qualquer documento de apoio para esta visita, sendo o registo em papel realizado aleatoriamente o que dificulta a recolha de informação, isto é, o ficheiro da família, não se encontra disponível no domicílio, pondo em risco a continuidade dos cuidados na sequência desejável. Medeiros et al. (2016) referem como dificuldades sentidas pelos enfermeiros que participaram no seu estudo, a falta de formação em enfermagem de família, afirmam não acontecer ou não existir educação continuada dentro da sua unidade, que uma minoria dos entrevistados procuram o aperfeiçoamento das suas práticas através de cursos externos; a maioria dos enfermeiros entrevistados apontam a necessidade de planeamento da visita, referindo que para tal, as equipas necessitam ser capacitadas para a visita, com uma preparação teórica, metodológica e técnica, a fim de garantir um cuidado satisfatório. Na mesma ótica de dificuldades sentidas pelos enfermeiros, Pinto (2017) refere que os elementos da equipa de enfermagem estudada destacaram a necessidade de um processo formativo, fundamentado numa metodologia participativa que permita a reflexão em torno da ESF e da operacionalização dos modelos de avaliação e intervenção familiar. Os mesmos profissionais de saúde salientam a necessidade da preparação cuidadosa e sistemática da visita domiciliária, de acordo com a individualidade do utente e família. Lucena et al. (2018) referem como dificuldade sentida pelos enfermeiros entrevistados, a carência de ações de educação em saúde para estes profissionais, havendo a necessidade efetiva de educação permanente para os mesmos profissionais. Assim, os resultados destes estudos evidenciam as dificuldades sentidas e os aspetos que devem ser melhorados na perspetiva dos enfermeiros que fazem visita domiciliária e incluem: a falta de planeamento da visita, pois nem todos têm um protocolo para a realizar, a dificuldade no transporte ao domicílio, o método de registo utilizado na visita que não é adequado ao domicílio e a falta ou insuficiente formação contínua dos profissionais.



## 2. METODOLOGIA

A Ordem dos Enfermeiros (2006) emitiu uma tomada de posição face à investigação em Enfermagem, referindo-se à mesma como um processo científico, sistemático e rigoroso que ao ser produzido, se quer, como algo que produza conhecimento, levando-o a dar respostas a questões ou resolução de problemas em benefício de utentes, famílias e comunidades. Assim e segundo a mesma, o conhecimento obtido pela investigação é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. Investigar é conhecer, perceber, encontrar caminhos para que o saber e o fazer enriqueça a prática de enfermagem, conferindo-lhe um suporte científico.

Neste capítulo é abordado o tipo de estudo, a problemática do mesmo e os seus objetivos, a população e a amostra estudada, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos éticos e formais e o tratamento de dados

### 2.1. TIPO DE ESTUDO

No processo de investigação importa definir o tipo de estudo. Este está intimamente ligado com a preocupação do investigador, com os seus objetivos e com as suas questões de investigação. Neste estudo, optou-se por um estudo quantitativo, transversal e descritivo.

### 2.2. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO E OBJETIVOS

Definir o ponto de partida para problemática a investigar, parte da inquietação do investigador e exige a definição da pergunta de investigação. A formulação da questão de investigação tem que ser pensada, uma vez que deve abarcar todas as variáveis que se pretende investigar, devendo ser “um enunciado interrogativo e não equívoco que precisa os conceitos-chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2009, p. 51).

Assim e como ponto de partida desta investigação foi delineada a seguinte questão:

“Qual é a perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto?”

Partindo desta questão foram formulados cinco objetivos específicos:

- Conhecer a perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto;
- Avaliar a importância atribuída à família pelos enfermeiros de família que realizam a visita domiciliária à família no pós-parto;

- Identificar as medidas (intervenções) desenvolvidas pelos enfermeiros de família na visita domiciliária à família no pós-parto;
- Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de família na visita domiciliária;
- Identificar aspetos a melhorar pelos enfermeiros de família na visita domiciliária à família no pós-parto.

### 2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Fortin (2009) a população é definida como um grupo de elementos ou sujeitos que partilham características comuns conforme os critérios previamente definidos. A mesma autora refere que a amostra é constituída por uma fração da população que possui características definidas e conhecidas que estão presentes em todos os elementos da população.

Assim, para este estudo, a população alvo definida foram os enfermeiros que trabalham em Unidades de Saúde Familiar do ACES Pinhal Litoral, em que se realiza a visita domiciliária à puérpera e recém-nascido no contexto de cuidados de saúde primários. Tratou-se de uma amostragem não probabilística por conveniência que envolveu 28 enfermeiros que exerciam funções em Unidades de Saúde Familiar. A amostra foi constituída por 21 enfermeiros.

### 2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados deve ser adequado ao estudo que se pretende realizar e Vilelas (2017) refere que as técnicas utilizadas na colheita de dados devem possibilitar a desejada correspondência entre a realidade e a teoria.

Neste estudo optou-se pela elaboração de um questionário (apêndice I). Fortin (2009) refere que utilização de um questionário é um método que permite a colheita de dados através de respostas escritas por parte dos sujeitos e preenchido pelos mesmos, sendo um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo através de variáveis mensuráveis, ajudando assim a organizar, normalizar e controlar os dados para que as informações colhidas o sejam de forma rigorosa.

Assim, o questionário utilizado foi constituído por três partes: a primeira relativa à caracterização sociodemográfica e profissional, a segunda relacionada com a perceção dos enfermeiros sobre a visita domiciliária à família no pós-parto, e a terceira relacionada com as atitudes dos enfermeiros relativamente à importância das famílias nos cuidados de enfermagem.

A caracterização sociodemográfica e profissional, permitiu colher informação relativa ao contexto dos enfermeiros, nomeadamente, as variáveis sociodemográficas e profissionais como

o sexo, idade, grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional no serviço atual, formação em enfermagem de família, unidade de saúde onde trabalha, modelo de USF em que exerce funções e experiência anterior com familiares gravemente doentes.

As variáveis foram caracterizadas como qualitativas e como quantitativas. Como qualitativas foram definidos o sexo, idade, grau académico, título profissional, formação em enfermagem de família, serviço onde trabalha, modelo de USF onde exerce funções, experiência anterior com familiares gravemente doentes. Como variáveis quantitativas foram definidas a idade, o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício no serviço atual.

Para conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a visita domiciliária (VD) à família no pós-parto foram elaboradas questões com base na revisão da literatura. Do instrumento fazem parte dezassete questões relativas ao conhecimento das orientações da Ordem dos Enfermeiros no que respeita ao grupo específico puérpera e recém-nascido na comunidade, à contratualização da VD à família no pós-parto na carteira de serviços da USF em que exerce funções, à realização da VD à família no pós-parto por parte destes enfermeiros, como têm conhecimento do nascimento do recém-nascido para planear a VD à família no pós-parto, que objetivos pretendem atingir com a VD à família no pós-parto, durante a VD que medidas (intervenções) relativas à família realizam, durante a VD que medidas (intervenções) relativas ao recém-nascido realizam, durante a VD que medidas (intervenções) relativas à puérpera realizam, se durante a VD há algum aspeto que considerem importante avaliar e que não tenha sido mencionado anteriormente, se durante a VD abordam outros elementos da família, se existe na instituição um guião orientador da visita/protocolo para a realização da VD à família no pós-parto, se consideram importante a existência de um guião orientador da visita/protocolo para a realização da VD à família no pós-parto, se aplicam instrumentos para a avaliação da família, que suporte de registos de Enfermagem é usado na VD, se consideram o método de registo em utilização na instituição facilitador do planeamento da VD, se os enfermeiros consideram numa escala de 1 a 5, que a VD à família no pós-parto permite responder às necessidades da família, sendo que o 1 representa nada (não corresponde às necessidades da família) e o 5 representa totalmente (responde totalmente às necessidades da família) e dificuldades existentes para concretizar a VD no pós-parto.

Este instrumento é constituído por questões de resposta aberta e questões de resposta fechada. Segundo Hill e Hill (2016, p.85), questões de resposta aberta são úteis quando “(...) se pretende

obter informação qualitativa para complementar e contextualizar a informação quantitativa obtida pelas outras variáveis.” Segundo Hill e Hill (2016); Vilelas (2017) e Reis (2018), as questões de resposta fechada são pré-definidas e o inquirido só pode responder tendo como base um número de respostas possíveis, adequando-as à sua opinião, permitindo, conseqüentemente uma análise estatística dos dados recolhidos. Segundo Vilelas (2017) as questões fechadas podem ser estruturadas em dicotómicas ou múltiplas. Dicotómicas o sujeito pode apenas escolher uma de duas possíveis. Múltiplas em leque fechado na qual o inquirido pode escolher uma ou várias dentro das alternativas disponíveis, múltiplas em leque aberto ou perguntas semifechadas, sendo o inquirido levado a optar por uma ou mais alternativas de resposta, ou mesmo acrescentar outra.

Para avaliar as atitudes dos enfermeiros face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, foi utilizada a escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE) ou na sua designação original *Families Importance in Nursing Care- Nurses Attitudes (FINC-NA)* desenvolvida na Suécia, foi validada para a população Portuguesa por Oliveira et al. em 2009. A escala visa compreender a importância dada pelos enfermeiros ao princípio basilar de que é a família, como um recurso importante, quer para a pessoa doente, quer para o enfermeiro que presta cuidados (Oliveira et al. 2011). A escala utilizada foi revista por Saveman et al. (2011) e encontra-se em processo de revalidação pelos mesmos autores que a validaram para a população Portuguesa. Esta escala é constituída por vinte e seis questões que são avaliadas numa grelha de concordância de estrutura tipo likert. A grelha de concordância tipo likert utilizada divide-se em cinco pontos relativos ao grau de concordância: 1. discordo completamente; 2. discordo; 3. nem discordo/nem concordo; 4. concordo; 5. concordo completamente.

A escala avalia as seguintes dimensões: família como um recurso nos cuidados de enfermagem constituída por 10 itens que são respetivamente: 3, 4, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21, 22; a família como parceiro dialogante constituída por 8 itens que são respetivamente: 1, 6, 9, 12, 14, 15, 19, 24; família como fardo constituída por 4 itens que são respetivamente: 2, 8, 23, 26; família como próprio recurso constituída por 4 itens que são respetivamente: 16, 17, 18, 25. Dimensões do FINC-NA na versão revista por Saveman et al. (2011).

Tendo em conta que na versão atual da escala, os scores variam entre 26 e 130, sendo que quanto mais elevado o score, melhores são as atitudes face ao envolvimento da família nos cuidados, exceto na subescala fardo, em que quanto menor o score, melhores são as atitudes.

Oliveira et al. (2011, p. 1333) consideram que “(...) quanto maior o *score* obtido, mais as atitudes dos enfermeiros sobre a família são de suporte”.

## 2.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Segundo o dicionário da língua Portuguesa (2019, p.242), ética é “conjunto de normas e princípios morais que regem a conduta de uma pessoa, de um grupo ou de uma sociedade”. No seu sentido mais amplo, ética é a ciência da moral, a arte de dirigir a conduta (Fortin, 2009). É na ética que os indivíduos se inspiram para guiar a sua conduta. Surgido após a II Guerra Mundial o código de Nuremberga (1948) definiu regras essenciais a respeitar para a realização de experiências com seres humanos, respeitando a sua dignidade.

Nunes (2013) refere como princípios básicos a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação a relevância do estudo, validade científica, seleção da população do estudo, relação risco-benefício, revisão ética independente e o garantir do respeito dos direitos dos participantes. Assim, no presente estudo, foram tidos em conta os seguintes princípios fundamentais aplicáveis aos seres humanos pelos códigos de ética: direito a não receber dano (direito à proteção contra o desconforto/prejuízo); direito ao conhecimento pleno ou informação completa sobre o estudo (tratamento justo e leal); direito de autodeterminação (respeito pela pessoa, e pela sua livre participação na investigação); direito à intimidade (liberdade de decisão sobre a extensão de informação que partilha), direito ao anonimato e à confidencialidade (dados pessoais não podem ser dados/ partilhados sem autorização; informação não pode revelar identidade do participante), como recomenda Fortin (2009) e Nunes (2013).

Foram solicitadas autorizações (apêndice II) às autoras para a utilização da escala IFCE-AE, aos Coordenadores das USF(s) e à ARS Centro com submissão à sua Comissão Ética.

Ao serem entregues nas respetivas USF, os questionários foram individualizados e entregues em envelopes fechados aos enfermeiros coordenadores das respetivas USF(s), tendo lhes sido explicado os objetivos do estudo.

A colheita de dados decorreu de 28 de maio 2019 a 12 de julho de 2019.

## 2.6. TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento de dados foi feito recorrendo à utilização do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 25). Foram utilizadas medidas estatísticas descritivas como as frequências absolutas (Nº) e relativas (%), medidas de tendência central como a média (M) e

de dispersão, como o desvio padrão (DP) e valores mínimo (Xmin) e máximo (Xmax) (Pereira & Patrício, 2016).

### 3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados do estudo e feita a sua discussão à luz dos achados de evidencia científica.

#### 3.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Esta amostra é constituída por 21 enfermeiros, dos quais 95,2% (20) são do sexo feminino e 4,8% (1) do sexo masculino

A média (M) da idade da amostra é de 44,52 anos com um desvio padrão (DP) de 7,42. A idade mínima é 31 anos e a máxima é 59 anos.

Quanto ao grau académico dos 21 enfermeiros constituintes da amostra, 90,5% (19) possuem licenciatura e apenas 9,5% (2) possuem também mestrado.

Dos 21 enfermeiros que integram a amostra, 85,7% (18) possuem apenas o título de enfermeiro, enquanto 14,3% (3) possuem também o título de enfermeiro especialista.

O tempo de exercício profissional, foi em média (M) de 21,71 anos compreendidos entre um mínimo de 4 anos e um máximo de 36 anos, com um desvio padrão (DP) de 7,7.

O tempo de exercício no serviço onde atualmente exercem funções, tem uma média (M) de 10 anos compreendidos entre um mínimo de 4 anos e um máximo de 21 anos, com um desvio padrão (DP) de 4.

Dos 21 enfermeiros constituintes da amostra, 61,9% (13) referem ter formação específica em enfermagem de família, enquanto 38,1% (8) referem não ter qualquer formação nesta área. Esta formação foi feita maioritariamente em contexto académico 53,3% (8), formação contínua foi referida por 33,3% (5) enfermeiros, e 13,3% (2) enfermeiros referem ter feito autoformação. O número total de contextos formativos excede o total de enfermeiros com formação em Enfermagem de Família, o que parece indicar que alguns elementos fizeram formação na área em questão, mas em diferentes contextos. Dos 5 enfermeiros que referiram ter feito formação contínua, a totalidade afirma tê-lo feito na instituição onde exerce a atividade. A prestação de cuidados à família é já desde 2000 vista pela OMS como área cujos cuidados de enfermagem devem ser especializados. Fernandes (2014) considera importante que todos os enfermeiros devem possuir competências para avaliar e intervir na família, quando um dos constituintes necessita de cuidados. No contexto deste estudo, apenas 61,9% ou seja (13) dos enfermeiros

possuem formação específica na área, o que não está totalmente de acordo com autor supracitado.

Também relativamente à formação, Medeiros et al. (2016) referem que a maior parte dos enfermeiros entrevistados, afirmam, que na sua unidade de saúde, não acontece ou não existe educação continuada, ainda assim referem, que uma minoria dos entrevistados, procuram o aperfeiçoamento das suas práticas através de cursos externos.

A totalidade dos enfermeiros da amostra pertencem a quatro USF(s), sendo que 33% (7) pertencem à USF Condestável; 29% (6) à USF Santiago e os restantes 38% (8) distribuem-se igualmente pela USF D. Dinis e USF Cidade do Lis, tal como ilustrado no gráfico nº1.

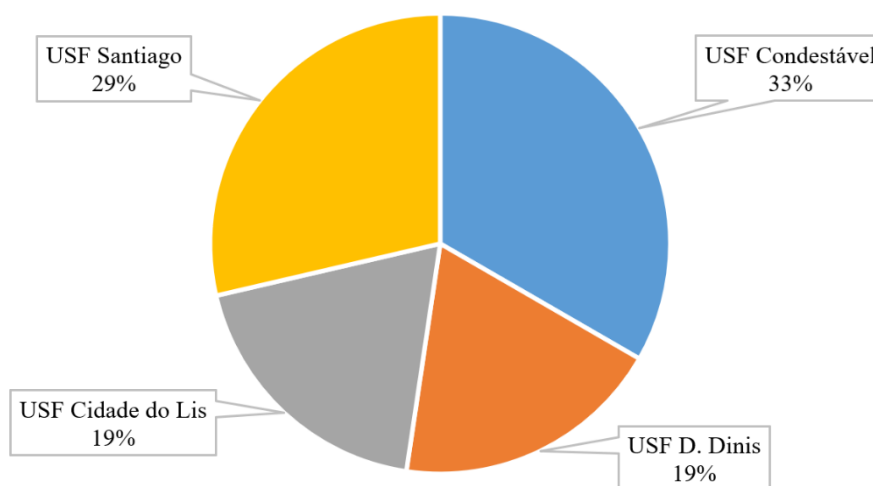


Gráfico 1 - Distribuição da amostra por USF

A totalidades dos enfermeiros da amostra exerce atividade em USF de modelo B.

Dos 21 enfermeiros da amostra, 52,4% (11) referem ter tido um familiar gravemente doente, sendo que 47,6% (10) nunca teve um familiar gravemente doente.

### 3.2. PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A VISITA DOMICILIÁRIA (VD) À FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

Para avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a visita domiciliária à família no pós-parto, foram colocadas 17 questões.

Dos 21 enfermeiros constituintes da amostra, gráfico nº2, 52,4% dos inquiridos (11) referem conhecer as orientações da Ordem dos Enfermeiros quanto à realização da VD ao grupo específico puérpera e recém-nascido na comunidade. Os restantes, 47,6% (10) enfermeiros referem não conhecer estas orientações. A Ordem dos Enfermeiros (2015) concebeu uma linha

orientadora para a abordagem na comunidade ao grupo específico puérpera e recém-nascido por parte dos enfermeiros, lançou diretrizes de forma a identificar pontos chave para essa abordagem a estes grupos específicos. Estas diretrizes devem ser do conhecimento de todos os enfermeiros que exercem funções em unidades de cuidados de saúde primários.

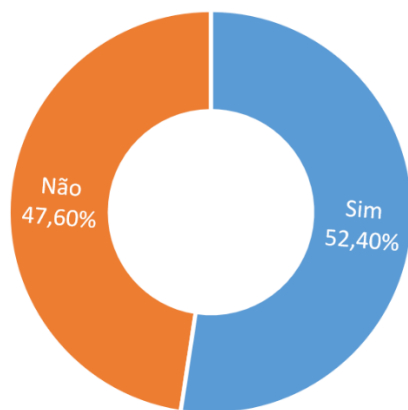


Gráfico 2 - Distribuição da amostra de acordo com o conhecimento das orientações da OE quanto ao grupo específico puérpera e RN na comunidade

No que se refere à contratualização da VD à família no pós-parto pela USF onde estes enfermeiros trabalham, gráfico nº3, 76,2% (16) referem que a sua USF tem esta contratualização. De salientar que 23,8% (5) enfermeiros refere que este serviço não faz parte da sua carteira de atividades contratualizadas.

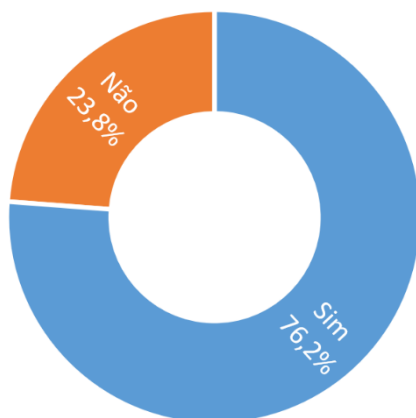


Gráfico 3 – Contratualização na carteira de serviços da USF em que exerce funções da VD, à família no pós-parto

Dos 21 enfermeiros constituintes da amostra a sua grande maioria 90,5% (19) realiza a VD à família no pós-parto, sendo que apenas 9,5% (2), refere não a realizar. De salientar que apesar da VD não fazer parte da carteira de contratualização para 5 enfermeiros, há 3 que a realizam.

Este achado está de acordo com as recomendações de Rice (2004) que refere que o nascimento envolve um período de recuperação, que deve ser monitorizado, pois a ele está associada uma crise de desenvolvimento que é expectável, e que a nova família deve resolver para se manter saudável. Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) através do Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil (2013) faz referência à importância de desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, sendo esta considerada como elemento fundamental na vigilância e promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade.

No que concerne aos aspetos relativos à VD à família no pós-parto, os resultados reportam-se aos 19 enfermeiros que referiram realizá-la.

Destes, 68,4% (13) realizam a VD pela primeira vez entre o 3º e 7º dia e 31,6% (6) realizam a pela primeira vez entre o 8º e o 14º dia, gráfico nº4. A UNICEF e OMS (2009) recomendam que todos os recém-nascidos devem receber atenção neonatal apropriada nas primeiras horas e semanas de vida. Referem também que ela deve ser iniciada logo que possível, caso o parto ocorra no domicílio ao terceiro dia se possível, ou até ao sétimo dia se ocorrer numa instituição de saúde. Os achados estão em consonância com estas recomendações, visto que em Portugal os partos se realizam na sua globalidade em contexto hospitalar.

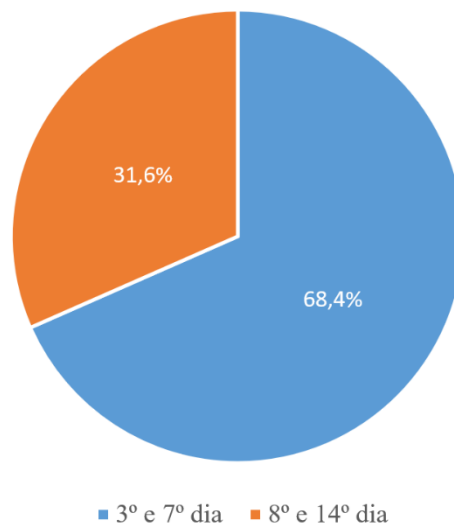


Gráfico 4 - Distribuição da amostra de acordo com o período em que realizam a 1ª VD no pós-parto

Ao serem questionados acerca das várias formas de ter conhecimento do nascimento, gráfico nº5, 100% a totalidade dos enfermeiros (19) tem conhecimento através dos pais. O programa “Nascer Cidadão” é aludido por 10,5% (2), a notícia de nascimento via “email” por 5,3% (1), 9,5% (2) por familiares e 19% (4) através de registo de saúde eletrónico.

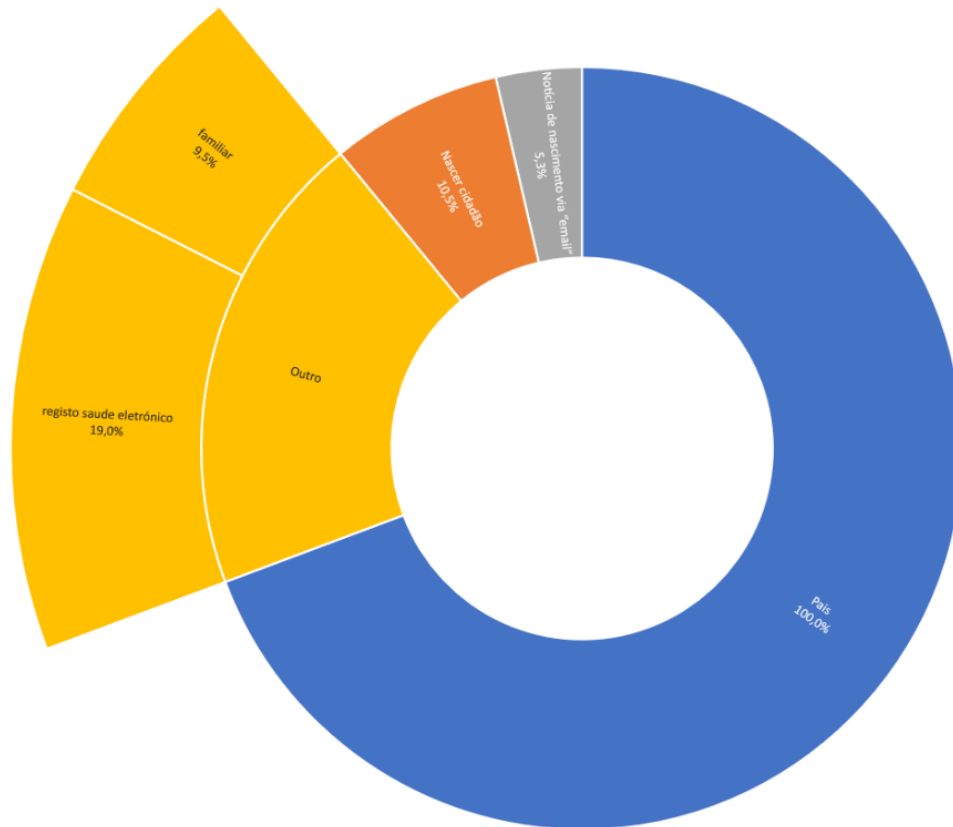


Gráfico n.º 5 - Distribuição da amostra em função da forma de conhecimento do nascimento do RN

Para perceber que objetivos os enfermeiros definem para a VD à família no pós-parto, foram colocadas de acordo com a literatura várias opções, gráfico n.º6.

No que respeita ao objetivo de orientar e apoiar a família para os cuidados básicos ao recém-nascido, quase a totalidade da amostra, 94,7% (18) o refere como objetivo da VD. Este é também preconizado por Rodrigues et al. (2010).

Quanto ao objetivo de avaliar a interação entre a mãe e o recém-nascido, 94,7% (18) enfermeiros referem que o fazem na sua prática, tal como é recomendado por Rodrigues et al. (2010).

Quanto ao objetivo de avaliar o estado de saúde da mulher, 89,5% (17) indica este objetivo como fazendo parte da sua prática. Rodrigues et al. (2010) referem que é um dos objetivos da visita domiciliária, avaliar o estado de saúde da mulher. A Ordem dos Enfermeiros (2015) nas orientações que emanou para a realização da VD na comunidade, refere o avaliar o estado de saúde da mulher e o processo de recuperação de parto, como cruciais.

O objetivo orientar e apoiar a família para a amamentação durante a realização da VD à família no pós-parto, foi mencionado por 89,5% (17) enfermeiros, como fazendo parte da sua prática, o que também está de acordo com Rodrigues et al. (2010) que referem um do objetivo da VD deve ser orientar e apoiar a família para amamentação.

Dos enfermeiros que realizam a VD à família, 84,2% (16), definem como objetivo da VD à família, realizar a avaliação do estado de saúde do recém-nascido. No entanto quer Rodrigues et al. (2010) quer a Ordem dos Enfermeiros (2015) referem como um dos objetivos da VD, avaliar o estado de saúde do recém-nascido.

Relativamente ao objetivo de identificar situações de risco ou possíveis intercorrências para a adoção de condutas adequadas, 84,2% (16) dos enfermeiros o indicam como objetivo a atingir. Rodrigues et al. (2010) apontam como um objetivo importante da VD identificar situações de riscos ou possíveis intercorrências para a adoção de condutas adequadas pelos diferentes intervenientes no projeto de saúde da família.

Dos enfermeiros que realizam a VD à família no pós-parto, 84,2% (16) refere como objetivo da VD à família o promover a resposta da família em situações de transição. Este resultado está de acordo com o indicado por Rice (2004) que já havia referido que apenas o enfermeiro que presta cuidados domiciliários tem uma perspetiva completa da família, e se apercebe da sua dinâmica, avaliando individualmente as necessidades de cada membro da família, o que facilita o processo de vencer etapas, permitindo a reintegração familiar. Pereira (2012) citando Carvalho e Tavares (2010) refere como de primordial importância a realização da VD nos primeiros dias após a alta hospitalar, pois a mesma serve para garantir uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio.

Quanto ao objetivo de colher dados para avaliar o estado de saúde da família, a maioria 78,9% (15) enfermeiros referem-no como fazendo parte da sua prática. Este resultado vai ao encontro do apontado por Rodrigues et al. (2010) que referem como objetivo da VD, avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido, assim como a interação entre eles.

Orientar o planeamento familiar, foi mencionado por 52,6% (10) enfermeiros como objetivo a alcançar durante a VD à família no pós-parto. Sobre este aspeto Rodrigues et al. (2010), referem que orientar o planeamento familiar, é um objetivo a alcançar com a VD, em concordância com a Ordem dos Enfermeiros (2015) que refere o aconselhamento contraceutivo e/ou o início da contraceção, devem ser aspetos a abordar nas intervenções a realizar na comunidade.

Foram também apontados por 4 enfermeiros outros objetivos a atingir com a realização da VD à família, nomeadamente: avaliar a dinâmica familiar e condições de habitabilidade apontado por 5,3% (1); avaliar o comunicar referido também por 5,3% (1); avaliar a segurança do RN apontado por 5,3% (1) e realizar o diagnóstico precoce que foi referido por 10,5% (2) dos enfermeiros.

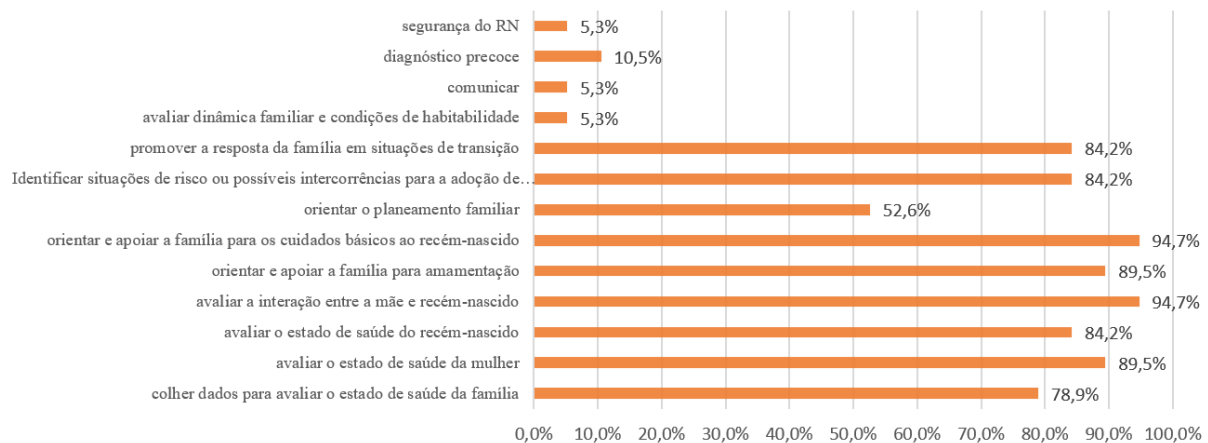


Gráfico n.º 6 - Distribuição de acordo com os objetivos que os enfermeiros definem para a VD à família no pós-parto

Para perceber que medidas (intervenção) relativas à família o enfermeiro realiza durante a VD no pós-parto, foram colocadas várias opções de resposta, gráfico n.º7.

A identificação de possíveis pontos fortes e fracos na resposta às transições de vida pelos enfermeiros que realizam a VD à família foi referido por 89,5% (17) enfermeiros. Este achado vai ao encontro do emanado pela OE (2018) que refere que o enfermeiro ESF deve ser capaz de identificar possíveis pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida.

No conjunto dos enfermeiros que realizam a VD à família, a identificação da dinâmica familiar e do que a suporta, foi apontada por 89,5% (17) como uma das intervenções realizada. A OE (2018), no que se refere a facilitar a resposta da família em situação de transição complexa, refere que o ESF deve ser capaz de identificar e analisar na dinâmica familiar o que a suporta, mantém ou cria dificuldades, promovendo as adequadas relações de apoio.

Dos enfermeiros que realizam a VD, 84,2% (16), referem integrar informação adicional, incluindo interações familiares observadas, tais como a comunicação verbal e não verbal. Nas competências definidas pela OE (2018) está previsto que o enfermeiro especialista em ESF deve integrar informação adicional de várias fontes, incluindo interações familiares observadas,

assim como a comunicação verbal e não verbal, como forma de colher dados pertinentes para o estado de saúde da família. Estes resultados denotam preocupação pela maioria desta amostra.

De entre os enfermeiros que realizam a VD à família, 68,4% (13) consideram dar feedback à família, centrando-se nos seus pontos fortes, considerando esta como uma intervenção a realizar junto à família. Facilitar a resposta da família em situação de transição complexa, é para a OE (2018) crucial, pelo que dar feedback à família, de forma sistemática, centrando-se nos seus pontos fortes, é uma das medidas a ter em consideração pelo ESF que faz VD durante a mesma.

Explorar estratégias para melhorar a dinâmica familiar, foi referida por 63,2% (12) dos enfermeiros, como uma medida (intervenção) que realizam junto das famílias. A OE (2018), no que se refere a facilitar a resposta da família em situação de transição complexa, prescreve que os enfermeiros que realizam a VD devem explorar estratégias para melhorar a dinâmica familiar e identificar com a família novas estratégias para alcançar os seus objetivos.

Avaliar a capacidade da família para se manter unida é apontada por 57,9% (11) enfermeiros como medida (intervenção) relativa à família. A OE (2018), refere como competência do ESF que este deve avaliar a capacidade da família para se manter unida, agilizar processos de mudança e apoiar todos os membros na sua interação com o meio ambiente.

Apenas 42,1% (8) referem identificar as crenças e cultura familiar e o seu impacto na saúde, como uma das medidas (intervensões) que realizam à família durante a VD. No entanto a OE (2018) refere a importância do ESF identificar as crenças e cultura familiar para compreender o seu impacto na saúde e em futuras situações/decisões.

No que concerne à solicitação do histórico familiar e hereditário, 10,5% (2) dos enfermeiros referem fazê-lo. Este achado denota falta de conhecimento por parte dos enfermeiros que realizam a VD, relativamente às competências definidas pela OE (2018), que para colher dados pertinentes para o estado de saúde da família deve ser solicitado o histórico familiar e hereditário.

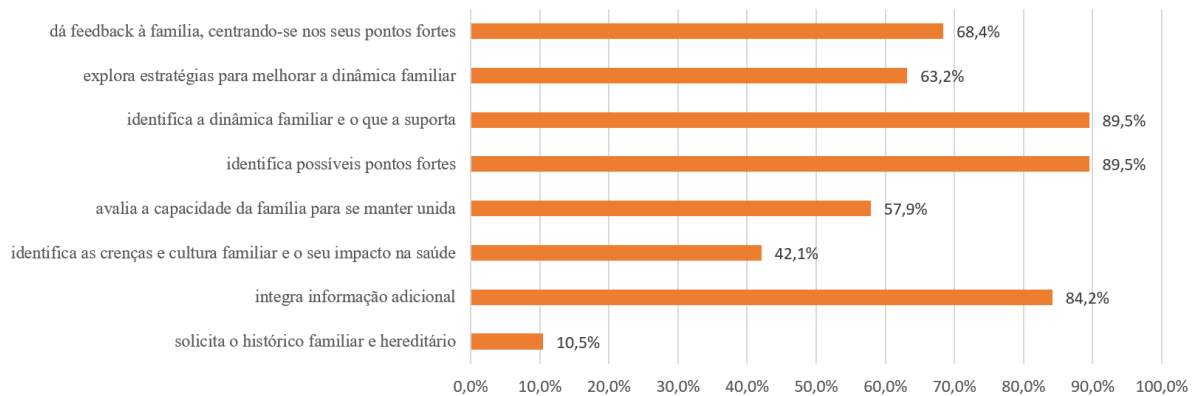


Gráfico n°7 - Distribuição da amostra em função das intervenções realizadas à família

Para identificar que medidas (intervenções) os enfermeiros realizam ao recém-nascido durante a VD à família no pós-parto, foram colocadas várias opções, gráfico n°8.

O despiste de problemas com a amamentação e/ou outras complicações foi referida pela totalidade 100% dos enfermeiros como uma das medidas (intervenções) realizadas durante a VD à família. Este achado está de acordo com o que é preconizado pela OE (2015) como medida (intervenção) o despiste de problemas com a amamentação e/ou outras complicações.

Dos enfermeiros que realizam a VD à família, 73,7% (14) referem como medida (intervenção) o encaminhamento para outro profissional, se necessário. Esta prática está em consonância com a OE (2015), que considera a importância de fazer encaminhamento para outro profissional como parte do trabalho em equipa para responder às necessidades da comunidade.

Constatou-se que 68,4% (13) dos enfermeiros referem que durante a VD fazem a avaliação e registo do peso e medições antropométricas (perímetro cefálico e comprimento). A OE (2015), ao lançar diretrizes para a abordagem na comunidade, refere que os enfermeiros que realizam a VD devem avaliar e registar o peso e medições antropométricas (perímetro cefálico e comprimento) do RN.

A realização do diagnóstico precoce de rastreio neonatal em contexto da VD, é feita por 57,9% (11) dos enfermeiros. Esta é também uma das diretrizes mencionadas pela OE (2015), no âmbito do teste diagnóstico de metabopatias do RN.

Dos enfermeiros que realizam a VD, 57,9% (11) referem que durante a mesma verificam o cumprimento do programa de vacinação. A OE (2015) refere que os enfermeiros que realizam a VD devem verificar e esclarecer a importância de cumprir o programa nacional de vacinação.

De entre os enfermeiros que realizam a VD, apenas 31,6% (6), referem que verificam e reforçam a importância do cumprimento da consulta de saúde infantil. A OE (2015), nas diretrizes para a abordagem na comunidade, refere a importância do cumprimento da consulta de saúde infantil.

Para identificar que outras medidas (intervenção), os enfermeiros realizam durante a VD ao recém-nascido, foi colocada uma pergunta aberta. Apenas dois enfermeiros referiram realizar outras medidas (intervenção), um referiu realizar ensinamentos e esclarecimento de dúvidas dos pais relativos ao recém-nascido e outro referiu realizar ensinamentos sobre medidas de segurança do recém-nascido (onde come e dorme).

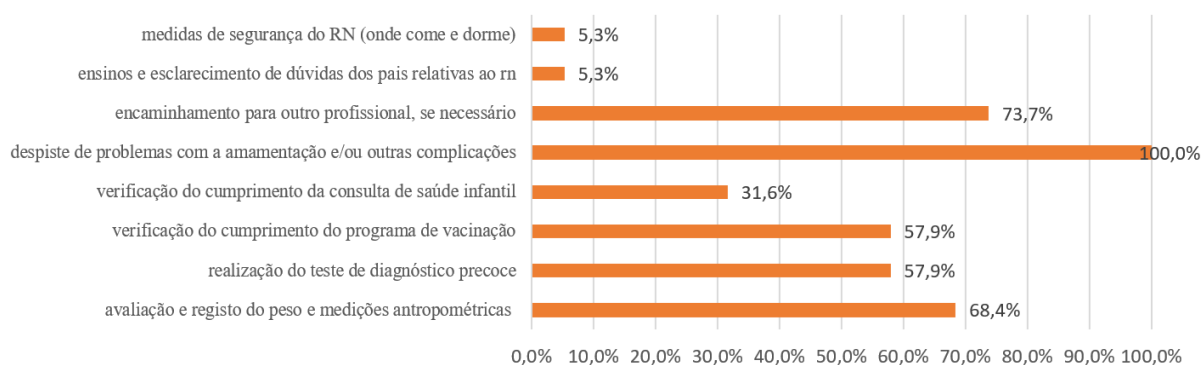


Gráfico n°8 - Distribuição da amostra em função das intervenções relativas ao RN

Neste estudo, procurou-se também identificar que medidas (intervenção) os enfermeiros realizam especificamente à puérpera, na VD à família no pós-parto, gráfico n°9.

A avaliação do estado psicológico da puérpera, é para 84,2% (16) enfermeiros, uma das medidas (intervenção) realizadas e para 78,9% (15) enfermeiros a avaliação do estado físico da mesma. De acordo com a OE (2015), na abordagem à puérpera na comunidade, é importante avaliar o estado de saúde da mulher.

Dos enfermeiros que realizam a VD à família, 94,7% (18), referem como medida (intervenção), remoção de material de sutura (caso exista), a avaliação dos processos de recuperação do parto incluindo exame mamário e perineal (se apropriado), é para 89,5% (17) enfermeiros uma das medidas intervenções que realizam e a avaliação da cicatrização do períneo ou abdómen, é para 78,9% (15) enfermeiros, uma das medidas (intervenção) que realizam. O que está de acordo com as orientações da OE (2015) para a abordagem à puérpera na comunidade.

Do total de enfermeiros que realizam a VD à família, apenas 73,7% (14) referem que durante a mesma realizam despiste de problemas físicos e/ou mentais. O que vai ao encontro das

recomendações da OE (2015), ao lançar diretrizes para a abordagem na comunidade à puérpera despiste de eventuais problemas físicos ou mentais.

Dos enfermeiros que realizam a VD à família, 57,9% (11) encaminham a puérpera para outros profissionais ou instituições de cuidados, caso verifiquem essa necessidade. A OE (2015), ao lançar diretrizes para a abordagem na comunidade à puérpera refere que os enfermeiros que realizam a VD devem na sua prática realizar encaminhamento para outros profissionais se necessário.

Dos enfermeiros que realizam a VD à família, 36,8% (7), referem que durante a VD fazem aconselhamento contraceutivo e/ou início da contraceção. A OE (2015), ao lançar diretrizes para a abordagem na comunidade à puérpera refere que os enfermeiros que realizam a VD devem na sua prática realizar aconselhamento contraceutivo e ou início da contraceção.

Apenas para 31,6% (6) enfermeiros que realizam a VD à família, referem que durante a mesma reforçam a necessidade de cumprimento da consulta de revisão do parto. De acordo com a OE (2015), também preconiza a importância de reforçar a necessidade de realizar a consulta de revisão do parto (com exame mamário, perineal e citologia).

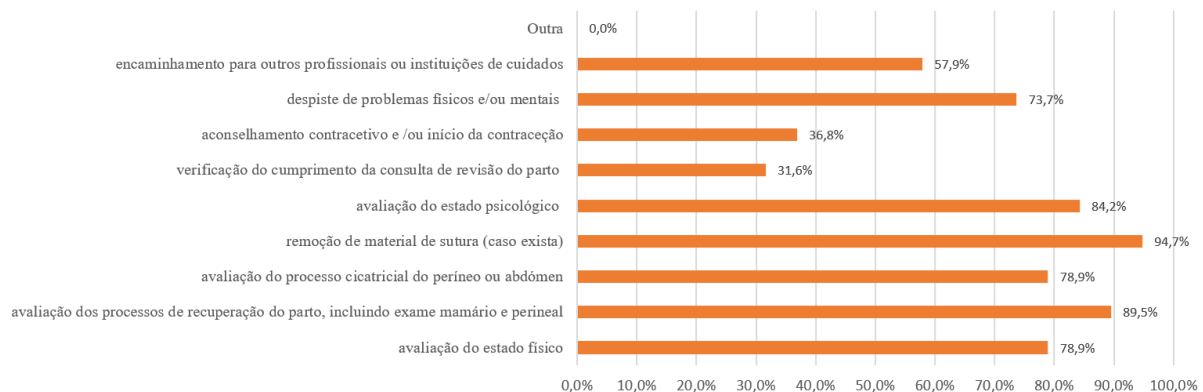


Gráfico nº9 - Distribuição da amostra em função das intervenções relativas à puérpera

Considerou-se ainda ser importante questionar os enfermeiros sobre outros aspetos fulcrais das medidas (intervenções) no âmbito da VD. Por 78,9% (15) enfermeiros foi referido não haver mais aspetos a mencionar, enquanto que 21,1% (4) referirem que haver. As “condições ambientais do domicílio” apontado por um, por outro “condições de habitação e segurança do meio que envolve o recém-nascido”, ainda outro “gerir ambiente físico e detetar fatores de risco como potenciais riscos para acidentes” e por fim “higiene e segurança do recém-nascido”.

Os enfermeiros também foram questionados se durante a VD à família, para além da mãe, que outros elementos da família abordam, gráfico nº10. Dos enfermeiros que realizam a VD à família, a totalidade 100% referiu também abordar outros elementos, nomeadamente: 94,7% (18) enfermeiros abordam também o pai; 73,7% (14) enfermeiros abordam também os irmãos; 47,4% (9) enfermeiros abordam também os avós; os tios é referido apenas por 5,3% (1) enfermeiro. Para além de abordar estes elementos, 26,3% (5) dos enfermeiros referem abordar também “todos os que residem com a puérpera e recém-nascido”, “os que necessários ou relevantes” e “quem estiver presente a quando da VD, 5,3%”.

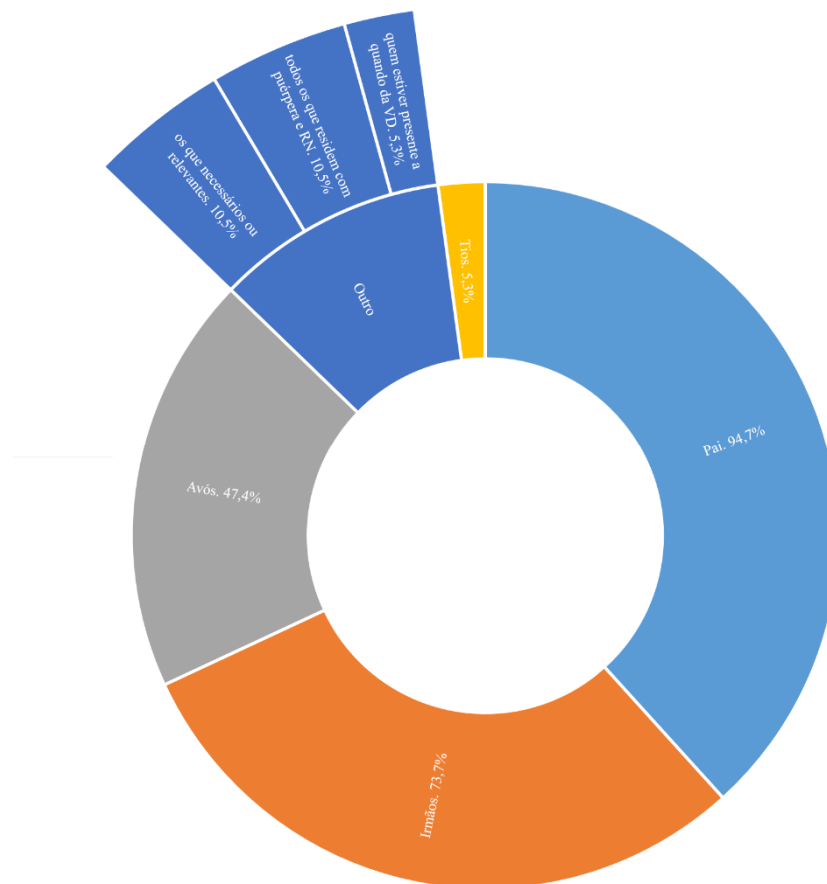


Gráfico nº10 - Distribuição da amostra em função dos outros elementos da família que abordam

Os aspetos que são abordados com os elementos da família abordados na VD, gráfico nº11, foram: “alterações e adaptação a nova fase do ciclo de vida”, “apoio emocional à mãe; apoio nos cuidados ao RN; apoio nos cuidados domésticos”, “apoio familiar nas tarefas domésticas à puérpera e recém-nascido”, “bem estar do RN, em especial no que respeita à prevenção de acidentes (irmãos)”, “coping familiar”, “dificuldades, expectativas, dúvidas, sentimentos face

ao novo elemento”, “envolvimento e dinâmica familiar após o nascimento de mais um elemento na família”, “relação, ajustamento novas adaptações, mudança” e “os necessários”.

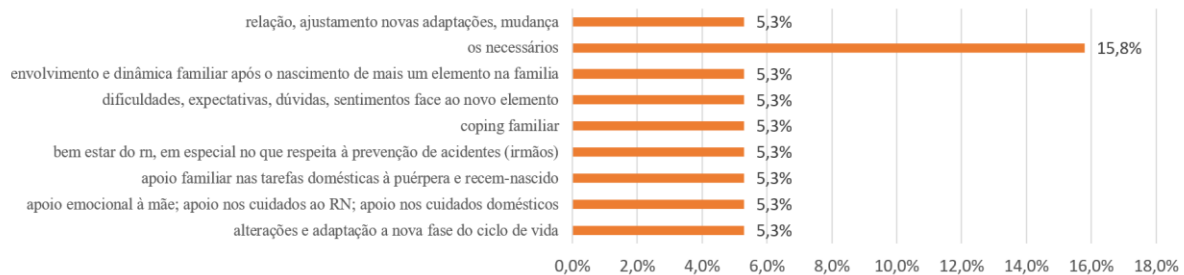


Gráfico n°11 - Distribuição da amostra em função dos aspetos abordados com os elementos da família

Os enfermeiros foram questionados sobre a existência de um guião orientador de visita/protocolo para a realização da VD à família no pós-parto, na instituição onde exercem funções, gráfico n°12. Dos enfermeiros que a realizam a VD, 31,6% (6) referem que na sua unidade de saúde existe guião orientador/protocolo, enquanto que 68,4% (13) enfermeiros referem não existir.

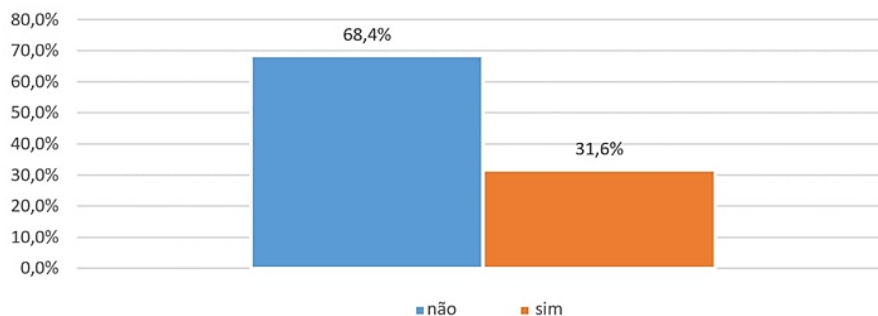


Gráfico n°12 - distribuição da amostra em função da importância da existência de um guião orientador da VD

Relativamente à importância que eles atribuem à existência de um guião orientado/protocolo para a realização da VD, 78,9% (15) dos enfermeiros considerou ser importante existir um guião orientado/protocolo para a realização da VD, enquanto que para os restantes 21,1% (4), essa não é uma necessidade. Para Sousa (2011), Rosso et al. (2014) e USF Serra da Lousã (2019), a utilização de um protocolo para a visita domiciliária, é importante.

Dos 15 enfermeiros que referiram ser importante a existência de guião orientado/protocolo, ao ser-lhes pedido que justificassem a importância que lhe atribuem, gráfico n°13, 11 enfermeiros responderam à questão, referindo: “facilitar, organiza o trabalho”, “importante na uniformização de procedimentos”, “normalização de cuidados”, “orientação” e “uniformização de procedimento”.

Estes achados estão de acordo com Rosso et al. (2014) que referem que a existência de um protocolo tem como objetivo contribuir de forma ética, crítica e responsável para a busca de boas práticas que contribuam para a ampliação da qualidade e autonomia da enfermagem.

Várias foram as investigações realizadas, na qual foi abordada esta temática. Rodrigues et al. (2010) referem que não é utilizado pelos enfermeiros um instrumento como rotineiro para sistematizar um cuidado de forma objetiva, atendendo às reais necessidades da puérpera, apesar de no que se refere ao recém-nascido, os enfermeiros utilizarem como instrumento de orientação da visita a ficha de visita domiciliar ao recém-nascido indicado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Também Demetrio e Couto (2015) referem que os enfermeiros do seu estudo realizam a VD, uns de forma ampliada e outros de forma restrita, mas não a planeiam. Medeiros et al. (2016) referem que a maioria dos enfermeiros apontam a necessidade de planeamento da visita, e as equipas devem ser capacitadas com uma preparação teórica, metodológica e técnica para um cuidar satisfatório.

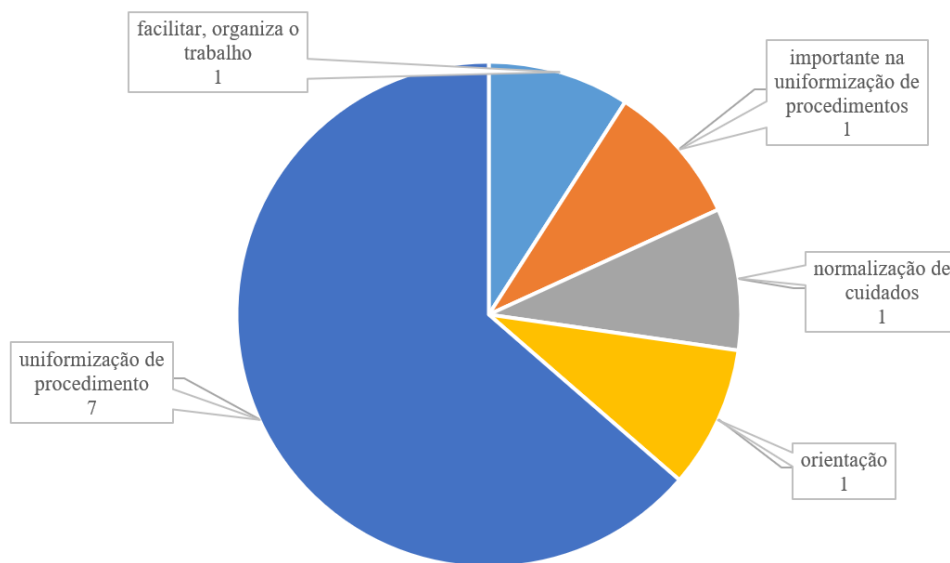


Gráfico nº 13 -Distribuição da amostra em função da utilidade de um guião orientador da VD

Questionados sobre se utilizam instrumentos de avaliação familiar na VD à família, gráfico nº14, constatou-se que só 36,8% (7) enfermeiros aplicam instrumentos de avaliação da família, sendo que pelo contrário, 63,2% (12) enfermeiros responderam não aplicar qualquer instrumento de avaliação da família.

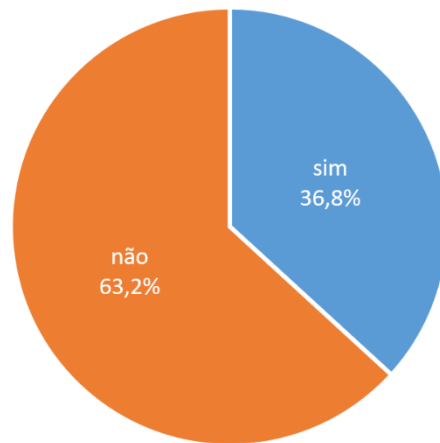


Gráfico n°14 - Distribuição da amostra em função da utilização de instrumentos para avaliação da família

Dos enfermeiros que fazem VD à família no pós-parto, gráfico n°15, apenas 15,8% (3) utilizam o ecomapa. Apenas 21,1% (4) enfermeiros utiliza como instrumento de avaliação da família o genograma. A avaliação familiar através dos instrumentos presentes no SClinico é utilizada por 36,8% (7) enfermeiros. Dentro da avaliação da família através do instrumento SClinico: 26,3% (5) enfermeiros utilizam o instrumento habitação, a escala de Grafar (notação social), o tipo de família (composição familiar), o risco familiar Garcia-Gonzalez, e ainda na mesma percentagem o instrumento do SClinico risco familiar de Segovia Dreyer; 31,6% (6) enfermeiros utilizam também o ciclo vital de Duvall. Este achado denota que a maioria dos enfermeiros entrevistados não tem conhecimento de modelos de intervenção e avaliação das famílias e pouco recorre aos existentes no SClinico. Pinto (2017) ao realizar investigação onde esta temática foi abordada, refere que os enfermeiros mencionaram a necessidade de um processo formativo, fundamentado numa metodologia participativa, que permitisse refletir em torno da ESF e da operacionalização dos modelos de avaliação e intervenção familiar.



Gráfico n.º15 - Distribuição da amostra em função dos instrumentos utilizados para avaliação da família

Foi pedido aos enfermeiros que realizam a VD para referir o método de suporte de registos de enfermagem utilizado na VD. Maioritariamente 84,2% (16) enfermeiros, utilizam o registo SClínico durante a VD, e 15,8% (3) enfermeiros referem utilizar tanto o papel como o SClínico. Considerou-se ainda importante questionar os enfermeiros que realizam a VD à família, se estes, consideram o método de registo em utilização na sua instituição facilitador do planeamento da VD, gráfico n.º 16. Para 42,1% (8) enfermeiros, este método de registo é facilitador, ao contrário de 57,9% (11) enfermeiros que referiram que não.

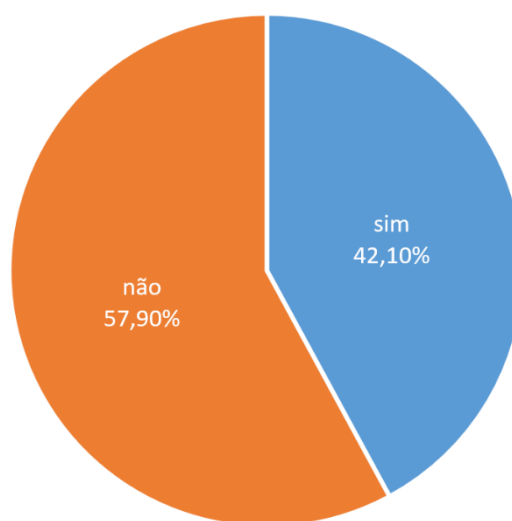


Gráfico n.º16 - Distribuição da amostra em função de considerar o método de registo facilitador do planeamento da VD

À questão, se consideram o método de registo em uso na sua instituição como facilitador do planeamento da VD, apenas 8 dos enfermeiros responderam. Seis consideram que este método não é facilitador, referindo como: “desadequado, disperso”, “é o que existe”, “informação dispersa e pouco prática”, “pouca informação”, “sem possibilidade de levar para o domicílio” e “sistema registo complicado, moroso e limitativo”. Dois dos enfermeiros consideram o sistema de registo existente na instituição como facilitador por este possibilitar: “no primeiro contacto, fica definido com a família no agendamento o momento da VD” e “pela possibilidade de agendamento de enfermagem”. Estes achados vão ao encontro do percecionado por Piteira (2016) ao referir, que os enfermeiros questionados no seu estudo consideraram que o método de registo informático no SClínico lhes permite dar continuidade à prestação de cuidados, no entanto, durante a visita domiciliar este suporte não se encontra disponível sendo necessário recorrer ao suporte papel. O investigador menciona que alguns dos entrevistados consideram que o registo em suporte papel não é suficiente por não existir qualquer tipo de documento de apoio à VD, sendo o registo em papel realizado aleatoriamente, dificultando a recolha de informação.

Neste estudo procurou-se também perceber, na perspetiva dos enfermeiros que integraram o mesmo, se a VD permite responder às necessidades da família numa escala de 1 a 5 (gráfico nº17). Podemos observar que 68,4% (13) enfermeiros localizaram o seu grau de concordância no nível 4; para 15,8% (3) enfermeiros no grau de concordância nível 3; para 10,5% (2) enfermeiros no grau de concordância nível 5 e por fim 5,3% (1) enfermeiro no grau de concordância 2.

Denota-se assim que na sua maioria os enfermeiros estão satisfeitos com a VD que realizam à família, considerando-a como útil para a mesma. Este achado vai ao encontro do referido por diversos autores. Teixeira et al. (2009) referem que a equipa de saúde considera a VD como importante por esta ser um momento rico, onde a equipa presta assistência à saúde, acompanha a família, fornece subsídios educativos para que os indivíduos, ou o grupo familiar e a comunidade tenham condições de se tornarem independentes. Piteira (2016) ao abordar a temática da importância que os enfermeiros dão à visita domiciliária, referem que a totalidade dos seus inquiridos, a consideram eficaz, uma vez que estas estratégias vão ao encontro das necessidades dos utentes, esclarecendo dúvidas e procurando dar resposta sempre que solicitados, refere ainda o mesmo autor que os enfermeiros que realizam a VD valorizam a satisfação dos utentes, o melhor conhecimento da família, possibilitando um tratamento

personalizado à mesma envolvendo-a nos cuidados. Medeiros et al. (2016) referem a VD como uma ferramenta que aproxima a unidade de saúde da realidade em que vive puérpera, recém-nascido e a família. Lucena et al. (2018) referem que a VD é uma estratégia forte por possibilitar uma compreensão abrangente do processo saúde-doença e que proporciona intervenções relacionadas com o cuidado e manutenção da saúde, tanto do indivíduo quanto da sua família.

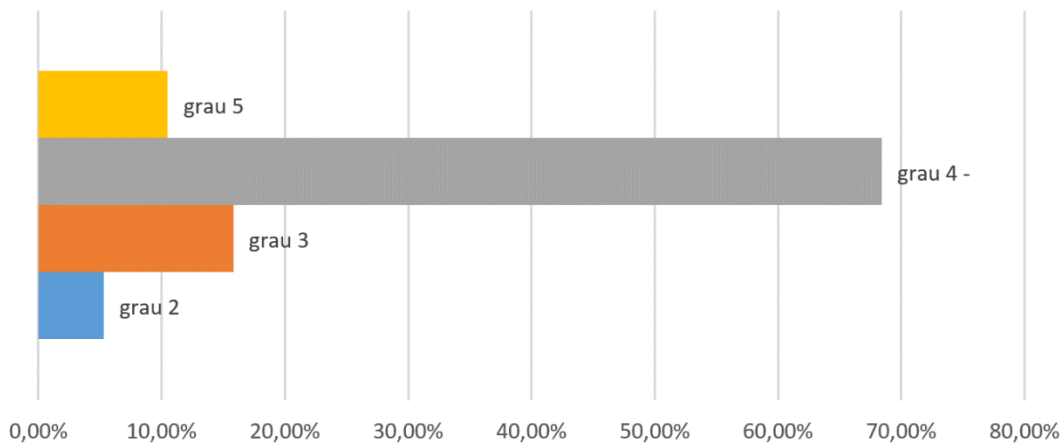


Gráfico n°17 - Distribuição da amostra em função da sua perceção de resposta da VD às necessidades da família no pós-parto.

Questionados sobre a existência de dificuldades para concretizar a VD à família (gráfico n°18), constatou-se que para 68,4% (13) enfermeiros há efetivamente dificuldades na concretização da VD. Para 31,6% (6) não existem dificuldades na realização da VD.

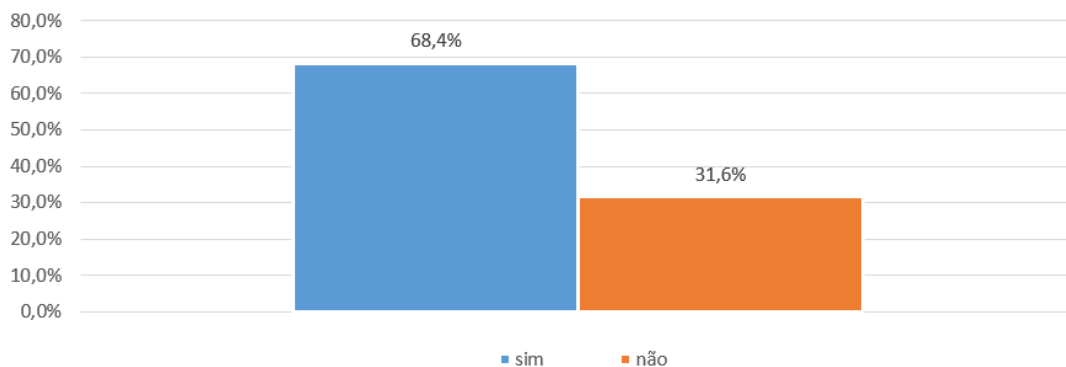


Gráfico n°18 - Distribuição da amostra em função da existência de dificuldades na concretização da VD

Relativamente às dificuldades sentidas durante a realização da VD (gráfico n° 19), foram mencionadas: a distância entre a USF e o domicílio da família foi apontada por 52,6% (10) enfermeiros, bem como dificuldade no acesso a transporte do serviço é referido por 15,8% (3) enfermeiros. A recusa/indisponibilidade da família foi apontada por 47,4% (9) enfermeiros e internamento da puérpera ou do recém-nascido apontado como dificuldade por 31,6% (6)

enfermeiros. A falta de recursos humanos e a falta de tempo do enfermeiro foram indicadas por 5,3% (1) enfermeiro, respetivamente. Estes achados vão ao encontro do encontrado na literatura. Algumas destas dificuldades foram referidas por Teixeira et al. (2009) que referem o horário de trabalho, afazeres domésticos, gasto de tempo em locomoção e na execução da visita, tanto quanto em pessoal podem impossibilitar ou dificultar a realização da VD. Também Rodrigues et al. (2010) referem como dificuldades para concretizar a VD o transporte em quantidade insuficiente e a saída da puérpera da maternidade para outro domicílio.

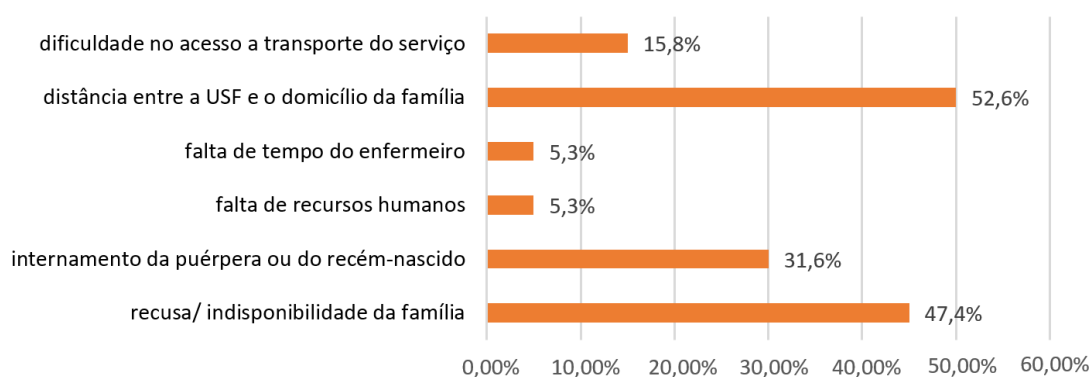


Gráfico nº19 - Distribuição da amostra em função das dificuldades enunciadas para a concretização da VD

### 3.3. ATITUDES DOS ENFERMEIROS FACE À IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Aos 21 enfermeiros inquiridos foi pedido que se manifestassem acerca da importância que atribuem às famílias como participantes nos cuidados de enfermagem, com o objetivo de aferir a sua atitude perante as mesmas, quadro 1.

No que concerne à dimensão “família como um recurso nos cuidados de enfermagem” verificou-se que os enfermeiros têm uma atitude positiva face à família, situando-se a mesma entre o mínimo de 26 e máximo de 47, sendo a média observada de 39,6 (DP=3,90), um valor superior à média esperada.

Para a dimensão, “família como parceiro dialogante”, os enfermeiros têm igualmente uma atitude positiva face à família, com valores compreendidos entre o mínimo de 23 e máximo de 38, sendo a média observada de 32,4 (DP=3,43), um valor superior à média esperada.

A dimensão, “família como fardo”, é avaliada como negativa, ou seja, a família não é vista como fardo, com um mínimo de 6 e máximo de 13 pontos, uma média constatada de 8,1 (DP=1,98), um valor inferior à média esperada.

A dimensão, “família como próprio recurso” é avaliada como positiva face à família, com os valores compreendidos entre o mínimo de 12 e máximo de 20, com uma média de 16,8 (DP=1,86), um valor superior à média esperada.

Na sua globalidade, os valores da escala podem variar num mínimo de 26 e máximo de 130 pontos. Os valores observados variam entre um score mínimo de 69, um máximo de 108, sendo a média de 97 (DP=8,4). Tendo em conta o valor da média e que quanto mais alto o score, melhor é a atitude, os enfermeiros que integram a amostra apresentam uma atitude positiva relativamente ao envolvimento das famílias nos cuidados, resultados que estão de acordo com Oliveira et al. (2011) que consideram quanto maior o *score* obtido, mais as atitudes dos enfermeiros sobre a família são de suporte.

Este estudo está de acordo com o encontrado na literatura. Oliveira et al. (2011) no estudo “Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala *Families Importance in Nursing Care- Nurses Attitudes*”, que refere, que a maior parte dos enfermeiros participantes no estudo têm atitudes de suporte face à família; daí que se espera que esta reciprocidade implique não só cuidados de enfermagem mais ajustados às necessidades da família como interações mais satisfatórias. Também Silva et al. (2013), no seu estudo, concluem que os enfermeiros participantes no estudo possuem atitudes de suporte face à importância da família nos cuidados, constituindo este um critério importante para a qualidade dos cuidados. Identicamente Pires (2016) no estudo que efetuou, refere que a sua investigação evidencia atitudes positivas relativamente à integração e cooperação da família na prestação de cuidados de enfermagem, sendo considerados como imprescindíveis os cuidados para colmatar as necessidades individuais de cada elemento da família, numa perspetiva de parceria no cuidar.

Quadro 1. – Caracterização da amostra quanto às atitudes dos enfermeiros face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem

<b>atitudes</b>	<b>N</b>	<b>Xmin</b>	<b>Xmax</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<i>Família como um recurso nos cuidados de enfermagem</i>	21	26	47	39,6	3,90
<i>Família como parceiro dialogante</i>	21	23	38	32,4	3,43
<i>Família como um fardo</i>	21	6	13	8,1	1,98
<i>Família como próprio recurso</i>	21	12	20	16,8	1,86
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>69</b>	<b>108</b>	<b>97</b>	<b>8,42</b>

## 4. PROPOSTA DE GUIÃO ORIENTADOR DA VISITA DOMICILIÁRIA À FAMÍLIA NO PÓS- PARTO

Com base nos achados do presente estudo, foi elaborado o documento que constitui este capítulo e que é uma proposta para guião orientador da visita domiciliária à família no pós-parto.

<b>Identificação da mãe</b>	
Nome:	DN / / Idade
Telefone:	Email:
Estado civil:	Profissão:
Antecedentes de saúde: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Qual/ quais? _____	

<b>Identificação do pai</b>	
Nome:	DN / / Idade
Telefone:	Email:
Estado civil:	Profissão:
Antecedentes de saúde: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Qual/ quais? _____	

<b>Identificação do recém-nascido</b>	
Nome:	DN / / Idade

<b>Agregado familiar</b>	
Nº de elementos	
Composição: <input type="checkbox"/> pai mãe <input type="checkbox"/> irmão(s) <input type="checkbox"/> idade(s) <input type="checkbox"/> avós <input type="checkbox"/> qual/quais?	
Outros <input type="checkbox"/> qual?	

<b>Família</b>	
<input type="checkbox"/> Ecomapa	<input type="checkbox"/> Genograma

<b>Condições da habitação</b>	
Tipo de locação: <input type="checkbox"/> própria <input type="checkbox"/> arrendada <input type="checkbox"/> cedida <input type="checkbox"/> desconhecida/outra _____	
Habitação: <input type="checkbox"/> andar <input type="checkbox"/> moradia <input type="checkbox"/> outra	
<input type="checkbox"/> Nº de divisões <input type="checkbox"/> Nº de quartos <input type="checkbox"/> Nº de pessoas/quarto	
Barreiras arquitetónicas: <input type="checkbox"/> interior <input type="checkbox"/> exterior	
Estado de conservação _____ Conforto _____	
Higiene da habitação: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> não adequada <input type="checkbox"/> Outro _____	
Condições gerais salubridade: <input type="checkbox"/> zona urbana salubre <input type="checkbox"/> barraca <input type="checkbox"/> zona urbana insalubre	

Eletricidade: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Aquecimento: <input type="checkbox"/> central <input type="checkbox"/> local <input type="checkbox"/> nenhum
Água- origem: <input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> semipúblico <input type="checkbox"/> particular <input type="checkbox"/> sem acesso	
Distribuição - água: <input type="checkbox"/> domiciliária <input type="checkbox"/> torneira no quintal <input type="checkbox"/> fontenário a menos de 100m de casa <input type="checkbox"/> fontenário a mais de 100m de casa	
Saneamento básico: <input type="checkbox"/> rede pública <input type="checkbox"/> fossa séptica <input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> outro sistema _____	
Existência de WC: <input type="checkbox"/> na habitação <input type="checkbox"/> fora da habitação <input type="checkbox"/> inexistente	

<b>Condições socioeconómicas</b>
Rendimento: <input type="checkbox"/> salário <input type="checkbox"/> pensão <input type="checkbox"/> rendimento mínimo <input type="checkbox"/> outro/qual _____

<b>Apoio familiar:</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Marido/companheiro: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> ausente
Apoio nas tarefas domésticas: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Quem _____
Existência de outros filhos, apoio no cuidado aos mesmos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Quem

<b>Ciclo vital de Duvall:</b>
<input type="checkbox"/> Casal sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho);
<input type="checkbox"/> Família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até a idade pré-escolar, 3 anos);
<input type="checkbox"/> Família com filhos em idade pré-escolar (da idade pré-escolar até a entrada na escola, 6 anos);
<input type="checkbox"/> Família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até a adolescência, 13 anos);
<input type="checkbox"/> Família com filhos adolescentes (da saída da escola até ao início de estudos superiores);
<input type="checkbox"/> Família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa- “launching family”);
<input type="checkbox"/> Família de meia idade (entre a saída do último filho e a reforma - “empty nest”);
<input type="checkbox"/> Família idosa (da reforma a viuvez).

<b>Tipo de Família</b> (composição familiar):
<input type="checkbox"/> Unitária- só um elemento
<input type="checkbox"/> Monoparental- só pai ou mãe e filhos
<input type="checkbox"/> Alargada- avós, pais e filhos
<input type="checkbox"/> Reconstituída- nova união após reformulação
<input type="checkbox"/> Nuclear- casal com ou sem filhos
<input type="checkbox"/> Outras- ex: homossexual, Avó + neto; tia+ sobrinha; primos; família adotiva...

<b>Risco Familiar de Garcia-Gonzalez:</b> (Alto risco $\geq 4$ itens presentes; Médio risco $\geq 2$ itens presentes; Baixo risco $\leq$ item presente)
<input type="checkbox"/> Famílias compostas por pais jovens e por filhos pequenos que moram todos num quarto alugado
<input type="checkbox"/> Famílias cuja dinâmica de relações esteja alterada e em que pelo menos metade dos filhos estejam sujeitos a insucesso escolar
<input type="checkbox"/> Famílias que solicitam em excesso os cuidados do centro de saúde
<input type="checkbox"/> Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um fator de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).
<input type="checkbox"/> Famílias nas quais um membro seja centro da atenção dos outros e que por isso altere as relações intrafamiliares (deficiente mental ou físico que não é aceite, pai alcoólico, etc.)
<input type="checkbox"/> Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças, embora essas doenças não estejam presentes na atualidade

<b>Risco Familiar de Segovia Dreye:</b> (Alto risco $\geq 6$ pontos; Médio risco $\geq 3$ pontos; Baixo risco $\leq 3$ pontos)
Fatores de risco (1 ponto):
<input type="checkbox"/> Morbilidade crónica <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Hospitalizações frequentes <input type="checkbox"/> Mãe analfabeta <input type="checkbox"/> Mãe solteira <input type="checkbox"/> Chefe de família desempregado <input type="checkbox"/> Ausência temporária de um dos pais <input type="checkbox"/> Chefe de família com emprego temporário <input type="checkbox"/> Morte de pai ou de mãe

Fatores de risco (2pontos):

Alcoolismo Droga Desnutrição Ausência de um dos pais Pais analfabetos

Apgar familiar < 4 Filho grande deficiente Chefe de família preso Filho com carências afetivas graves

<b>Puérpera:</b>
<p>Avaliação do estado físico</p> <p>pele e mucosas: <input type="checkbox"/>corada <input type="checkbox"/>descorada <input type="checkbox"/>hidratada <input type="checkbox"/>desidratada <input type="checkbox"/>ictérica</p> <p>estado nutricional: <input type="checkbox"/>adequado <input type="checkbox"/>desadequado</p>
<p>Avaliação dos processos de recuperação do parto, incluindo exame mamário e perineal (se apropriado):</p> <p>Mamas: Aspeto <input type="checkbox"/>flácidas <input type="checkbox"/>cheias <input type="checkbox"/>ingurgitadas <input type="checkbox"/>edemaciadas <input type="checkbox"/>mastite</p> <p>Mamilos: <input type="checkbox"/>íntegros <input type="checkbox"/>fissurados <input type="checkbox"/>proeminentes <input type="checkbox"/>rasos <input type="checkbox"/>invertidos</p>
<p>Amamentação: <input type="checkbox"/>leite materno exclusivo <input type="checkbox"/>misto <input type="checkbox"/>leite adaptado exclusivo</p>
<p>Existência de lóquios: características <input type="checkbox"/>hemáticos <input type="checkbox"/>sero hemáticos <input type="checkbox"/>serosos</p> <p>Quantidade <input type="checkbox"/>grande <input type="checkbox"/>moderado <input type="checkbox"/>escassos</p>
<p>Avaliação do processo cicatricial do períneo ou abdómen: <input type="checkbox"/>episiotomia <input type="checkbox"/>ferida cirúrgica aspeto: _____</p>
<p><input type="checkbox"/>Remoção de material de sutura (caso exista)</p>
<p>Avaliação do estado psicológico: <input type="checkbox"/>tranquila <input type="checkbox"/>ansiosa <input type="checkbox"/>labilidade emocional <input type="checkbox"/>deprimida <input type="checkbox"/>cansada</p>
<p><input type="checkbox"/>Verificação do cumprimento da consulta de revisão do parto</p>
<p><input type="checkbox"/>Aconselhamento contraceptivo e /ou início da contraceção</p>
<p><input type="checkbox"/>Despiste de problemas físicos e/ou mentais</p>
<p><input type="checkbox"/>Encaminhamento para outros profissionais ou instituições de cuidados</p>

<b>Recém-nascido:</b>
Avaliação e registo do peso. Peso: _____
<input type="checkbox"/> Realização do teste de diagnóstico precoce
<input type="checkbox"/> Verificação do cumprimento do programa de vacinação
<input type="checkbox"/> Verificação do cumprimento da consulta de saúde infantil
<input type="checkbox"/> Despiste de problemas com a amamentação e/ou outras complicações (Ex: icterícia, infeção do coto umbilical):
pele e mucosas: <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> pálida <input type="checkbox"/> hidratada <input type="checkbox"/> desidratada <input type="checkbox"/> ictérica <input type="checkbox"/> cianosada <input type="checkbox"/> marmoreada <input type="checkbox"/> integra
tónus: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hipotónico <input type="checkbox"/> hipertónico
choro: <input type="checkbox"/> vigoroso <input type="checkbox"/> irritado <input type="checkbox"/> débil
fontanelas: <input type="checkbox"/> normotensa <input type="checkbox"/> deprimida <input type="checkbox"/> hipertensa
<u>coto umbilical</u> : <input type="checkbox"/> sem sinais inflamatórios <input type="checkbox"/> com sinais inflamatórios
Avaliação de condições de segurança do recém-nascido
Quarto do recém-nascido: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> outro/qual _____
<input type="checkbox"/> Berço/cama de grades <input type="checkbox"/> alcofa <input type="checkbox"/> outro/qual _____
Dorme acompanhado (com quem, onde) _____
Brinquedos adequados à idade: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> Esclarecimento de dúvidas dos pais
<input type="checkbox"/> Encaminhamento para outro profissional, se necessário



## CONCLUSÃO

Partindo da questão de investigação **qual a percepção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto?** Foi criada a possibilidade de conhecer a realidade com a qual se deparam os enfermeiros de família que participaram neste estudo. Assim e respondendo aos objetivos formulados foram retiradas as seguintes conclusões:

No que respeita à percepção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto, verificou-se que a maioria 90,5% dos enfermeiros realizam a VD à família no pós-parto, 52,5% dos inquiridos refere conhecer as orientações da OE para o grupo específico puérpera e recém-nascido e 68,4% realizam a visita entre o 3º e 7º dias. Como objetivos a atingir com a VD foram apontados como mais importantes: avaliar a interação entre a mãe e ao RN e o apoio e orientação à família nos cuidados básicos ao RN com 94,7%, avaliar o estado de saúde da mulher e apoiar a família para a amamentação com 89,5%, avaliar o estado de saúde do RN, identificação de riscos ou possíveis intercorrências para a adoção de condutas adequadas e promover a resposta da família em situações de transição com 84,2%, colher dados para avaliar o estado de saúde da família é apontado por 78,9% dos enfermeiros. Foi também referido como pertinente avaliar as dinâmicas familiares e o comunicar.

Na visita domiciliária à família no pós-parto, para além da mãe o enfermeiro de família aborda na sua maioria também o pai 94,7%, os irmãos são abordados por 73,7% e os avós por 47,4%. Os enfermeiros abordam com estes elementos da família a adaptação ao ciclo vital da família e o coping familiar, apoio emocional à mãe, apoio nas tarefas domésticas e cuidados ao RN, prevenção de acidentes. Os enfermeiros que integraram a amostra demonstram uma atitude positiva relativamente ao envolvimento das famílias nos cuidados com uma média de 97 (DP=8,4). Consideram que esta permite responder às necessidades da família, tendo 68,4% atribuído o seu grau de importância ao nível quatro numa grelha de um a cinco valores.

Relativamente às medidas (intervenções) desenvolvidas na VD, a maioria dos enfermeiros refere identificar possíveis pontos fortes e fracos na resposta às transições de vida, identificar na família a dinâmica familiar e o que a suporta 89,5%, integrar informação adicional foi referido por 84,2% dos enfermeiros, dar feedback à família é referido por 68,4%, explorar estratégias para melhorar a dinâmica familiar foi referido por 63,2% dos enfermeiros, o avaliar a capacidade para a família se manter unida foi apontado apenas por 57,9%. Relativamente ao recém-nascido as medidas (intervenções) indicadas pelos enfermeiros que realizam a VD como mais pertinentes são o despiste de problemas com a amamentação e outras complicações (ex:

icterícia, infeção do coto umbilical, referido por 100% dos enfermeiros; o encaminhamento para outro profissional se necessário apontado por 73,7%; o registo do peso e medições antropométricas apontado por 68,4%; o teste de diagnóstico precoce apontado por 57,9%. As medidas (intervenções) relativas à puérpera desenvolvidas na VD mais referidas foram a remoção de material de sutura mencionado por 94,7%; avaliar os processos de recuperação do parto (incluindo exame mamário e perineal) referido por 89,5% dos enfermeiros, avaliar o estado físico da puérpera e a cicatrização do períneo ou abdómen referido por 78,9% dos enfermeiros; o despiste de problemas físicos e/ou mentais é referido por 73,7% dos enfermeiros.

As dificuldades sentidas pelos enfermeiros de família na visita domiciliária à família no pós-parto, relacionam-se com a inexistência de um guião orientador para 78,9%, pois estes enfermeiros consideram ser importante a existência do mesmo, ele é considerado importante para a uniformização de procedimentos, facilitador e contribui para a organização do trabalho. Relativamente à aplicação de instrumentos de avaliação da família, apenas 36,8% o fazem, utilizam o ciclo vital de Duvall 31,6%, utilizam o instrumento habitação a escala de Grafar a avaliação de risco familiar Garcia-Gonzales e o risco familiar Segovia-Dreyer 26,3%, todos estes instrumentos estão presentes no sistema informático do SCLinico. Ecomapa e genograma são aplicados apenas por 15,8% e 21,1% dos enfermeiros, respetivamente. O suporte de registos mais utilizado na VD, é o informático, sendo referido por 84,2% dos enfermeiros, no entanto é considerado este como pouco facilitador por 57,9%. O sistema de registo é apontado como desadequado, disperso, pouco prático e sem possibilidade de levar para o domicílio.

Foram identificados aspetos a melhorar pelos enfermeiros de família na visita domiciliária à família no pós-parto. Os enfermeiros consideraram como necessidade de melhoria, a existência de um guião orientador, tendo esta sido apontada por 78,9% enfermeiros, que permita tal como estes referem sistematizar e padronizar os cuidados prestados na VD. O suporte de registo utilizado pelos enfermeiros na realização da VD (maioritariamente informático), é pouco facilitador, difícil de levar ao domicílio, devendo ser adequado às necessidades que a atualidade exige, devendo estes enfermeiros ser munidos de hardware adequado a estas circunstâncias. A formação na área da saúde familiar é ainda uma lacuna, apenas 61,9% dos enfermeiros da amostra tem formação específica em enfermagem de família, a formação existente é feita no contexto académico ou em formação contínua.

É necessário evidenciar os aspetos menos positivos deste trabalho, dos quais se destaca o tamanho da amostra.

Seria importante um estudo mais abrangente que permitisse estudar a problemática com recurso à amostragem probabilística e implementação do guião que faz parte integrante deste trabalho em conjunto com os enfermeiros que realizam a VD à família, com consequente avaliação dos ganhos para a saúde da família.



## BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M (2000). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Borges, C. F. N. (2017). *Intervenção Precoce no Domicílio: Perspetivas de Profissionais das Equipas de Intervenção Precoce na Infância, da Zona Norte de Portugal*. Braga: Universidade do Minho Instituto de Educação.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2011). *CIPE versão 2*. Santa Maria da Feira: Lusodidacta.
- Demetrio, C.S., Couto, R.S. (2015). *Primeira visita domiciliar à puérpera e recém-nascido: percepção do enfermeiro da estratégia saúde familiar*. Universidade do Vale do Itajaí- Univali: Centro de ciências da Saúde
- Dicionário Básico da Língua Portuguesa (2015). Maia: Porto Editora
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Versão Resumo*. Ministério da Saúde
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Ministério da Saúde
- Fernandes, C.S.N.N. (2014). *A família como foco dos cuidados de enfermagem- Aprendendo com o family nursing game*. Porto: Instituto de ciências Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Figueiredo, M.H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência
- Figueiredo, M.H.J.S., Martins, M.M.F.P. S., Silva, L.W., Oliveira, P. C.M. (2011). *Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios*. Revista Temática Kairós Gerontologia, 14(3), 11-22.
- Filipe, M.S.S (2011). *Visita domiciliária. Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação (1ª edição)*. Loures: Lusociência
- Fortin, M.F. (2009). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Guimarães, M.S.F., Silva, L.R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e a sua aplicabilidade para a enfermagem*. Rio de Janeiro: Retrieved November 28, 2018, from <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Hill, M. & Hill, A. (2016). *Investigação por questionário 2ª edição*. Lisboa: Edições Sílabo
- Lacerda, M.R. (2010). *Cuidado domiciliário: em busca da autonomia do individuo e da família-na perspectiva da área pública*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 15(5), 2621-2626.
- Lucena, D.B.A., Guedes, A.T.A., Cruz, T.M.A.V., Santos, N.C.C.B., Collet, N., Reichert, A. P. S. (2018). *Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 39, 1-8.
- Mandú, N.T., Gaíva, A.M., Silva, M.A., Silva, A.M.N. (2008). *Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde e família*. Revista Texto Contexto Enferm, 17(1), 131-140.

Martin, P., Duffy, T., Banks, P., Harkees-Murphy, E., Brien, J., Atkinson, J., Martin, C. R. (2012). *Family Health Nursing in European Communities (FamNrsE): Phase 2*. Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família, (19-26). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Medeiros, L.S., Costa, A.C.M. (2016). *Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde*. Revista Rene, 17(1), 112-119.

Meireles, N., Pereira, A., Ferreira, A., Ferreira, S., Vieira, E. (2012). *O papel parental e a Claudicação Familiar: qual a importância do enfermeiro de família*. Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família, (246-251). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories*. Retrieved November 28, 2018, from [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)

Mesquita, M. (2013). *Parentalidade: contributo para uma definição do conceito*. Porto: Instituto de Sociologia da Universidade do Porto. Plataforma Barómetro Social. Retrieved December 12, 2018, from <http://www.barometro.com.pt/2013/02/14/parentalidade-contributo-para-uma-definicao-do-conceito/>

Neto, F.R.G.X., Chaves, M.E., Ponte, M.A.C., Chagas, M.I.O. (2010). *Facilidades y dificultades encontradas por los enfermeiros durante la visita a domicilio a la puérpera y al recién nacido*. Revista Àgora d'Infermeria, 53.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde.

Oliveira, P.C. M., Fernandes, H. I.V., Vilar, A.I.S.P., Figueiredo, M.H.J.S., Ferreira, M.M.S.R.S., Marinho, M.J.C.M., Figueiredo, M.C.A.B., Andrade, L.M.C., Carvalho, J.C.M., Martins, M.M.F.P.S. (2011). *Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Retrieved March 26, 2019, from <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a08.pdf>

OMS & UNICEF (2009). *Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia*. Ginebra. Retrieved December 11, 2018, from [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70057/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.02\\_spa.pdf;jsessionid=DC8B1D2E96099EA58848B241C64C7EF9?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70057/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf;jsessionid=DC8B1D2E96099EA58848B241C64C7EF9?sequence=1)

OMS (2000). *The Family Health Nurse Context, Conceptual Framework and Curriculum*. Retrieved November 24, 2018, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107930/E92341.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de posição*. Retrieved February 20, 2019, from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

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

- Ordem dos Enfermeiros Parecer n.º 12/2011 (2011). *Competências Dos Enfermeiros Especialistas Em Saúde Familiar, Saúde Infantil E Pediátrica E Saúde Materna E Obstétrica Para O Exercício Da Visitação Domiciliária À Puérpera E Ao Recém-Nascido*. Retrieved February 20, 2019, from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/norte/Documents/Parecer.pdf>
- Pereira, A., Patrício, T. (2016). *Guia Prático de Utilização do SPSS- Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. (8ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, M.I.F.L. (2012). *A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Pinto, B.C.R. (2017). *Os cuidados de enfermagem na visita domiciliária no pós-parto: na perspetiva do casal e do enfermeiro de família*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pires, E. I. F. (2013). *A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem: A Visão do Enfermeiro de Família*. Bragança: Escola Superior de Saúde de Bragança.
- Piteira, A.F.P. (2016). *A Enfermagem comunitária na transição para a parentalidade - visita domiciliária de enfermagem no puerpério*. Évora: Universidade de Évora Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus.
- Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Diário da República 2ª série. N.º135 (18-07-16), 19354-19359.
- Reis, F. L. (2018). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos- Guia prático*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, S. (2012). *Gestão de cuidados de enfermagem: a implementação da formação em serviço na unidade de saúde familiar Quinta da Prata*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem Nos Cuidados Domiciliários*. Loures: Lusociência
- Rodrigues, L. M. O. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Rodrigues, T.M.M., Vale, L.M.O., Leitão, R.A.R., Silva, R.M.O., Rocha, S.S., Pedrosa, J.I.S. (2010). *A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido*. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, V4n2, 21-26.
- Rosso, C.F.W., Cruvinel, K. P.S., Silva, M.A.S., Almeida, N. A. M., Pereira, V.M., Pinheiro, D.C.S. (2014). *Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás*. Goiás: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás.
- Saveman, B., Benzein, E., Engström, A.H., Arestedt, K. (2011). *Refinement and Psychometric Reevaluation of the Instrument: Families`Importance in Nursing Care- Nurses` Attitudes*. Journal of Family Nursing, 17(3), 312-329.
- Silva, M. A. N. C. G. M. M., Costa, M. A. S. M. C., Silva, M. M. F. P. (2013). *A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros*. Revista de Enfermagem Referência. Retrieved March 26, 2019, from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn11/serIIIIn11a03.pdf>

Souza, J. L. S. (2011). “*Visita domiciliar Assessoria Técnica/ DAS 2010*”. Retrieved January 19, 2019 from <https://pt.slideshare.net/jotaluiz/visita-domiciliar-8209529>

Teixeira, J.C., Soares, L.S., França, L.F., Santos, M.L., Brito, M.A., Rocha, S.S. (2009). *Visita domiciliar puerperal*. *Saúde Coletiva*, 28, 47-53. Retrieved December 11, 2018, from <https://www.redalyc.org/html/842/84202804/>

USF Serra da Lousã (2019). *Manual de visitação domiciliária*. Retrieved January 19, 2019, from <http://www.newsite.usf-serradalousa.com/wp/wp-content/uploads/2016/11/Visita%C3%A7%C3%A3o-Domicili%C3%A1ria-Revis%C3%A3o-Jul16-Dez19.pdf>

Vilelas, J. (2017). *Investigação: o processo de construção do conhecimento* 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.

Wright, L.M., Leahey, M. (2018). *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.

## APÊNDICES



## APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



## **“Perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto”**

O meu nome é Célia Leal e estou a fazer um estudo sobre a perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto. Neste momento encontro-me na fase de recolha de dados para prosseguir com o estudo que me proponho realizar.

Este estudo funda-se na visita domiciliar no pós-parto realizado pelos enfermeiros e surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar no Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde, sob a orientação do Professora Doutora Helena Catarino.

Os objetivos do estudo são:

- Conhecer a perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto;
- Conhecer a importância atribuída à família pelos enfermeiros de família que realizam a visita na visita domiciliária à família no pós-parto;
- Identificar as medidas (intervenções) desenvolvidas pelos enfermeiros de família na visita domiciliária à família no pós-parto;
- Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de família na visita domiciliária;
- Identificar aspetos a melhorar enfermeiros de família na visita domiciliária à família no pós-parto.

A sua colaboração consiste no preenchimento de um questionário e de uma escala cujo tempo despendido está estimado em cerca de 20 minutos. Para o seu preenchimento deve basear-se na sua experiência de visita domiciliar à família no pós-parto e na importância que dá às famílias nos cuidados de enfermagem. Os dados obtidos relativos ao questionário serão utilizados estritamente no âmbito desta investigação e durante a sua divulgação, os dados obtidos no preenchimento da escala IFCE-AE para além de serem utilizados no âmbito desta investigação também irão integrar um estudo comparativo a nível Europeu. O anonimato e a confidencialidade dos dados serão sempre mantidos. Os dados recolhidos serão guardados na casa da autora durante 5 anos após a sua recolha.

É de livre vontade abandonar a sua participação no estudo, em qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo para si. Para eventuais dúvidas ou esclarecimentos contacte-me por correio eletrónico: [clemencio@sapo.pt](mailto:clemencio@sapo.pt) ou através de telemóvel: 963724182.

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

Eu abaixo-assinado, declaro ter lido e compreendido as informações que me foram fornecidas pela investigadora que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar ou não recusar em participar no estudo sobre o “PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA SOBRE A VISITA DOMICILIÁRIA À FAMÍLIA NO PÓS-PARTO” sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. -----

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QUESTIONÁRIO

**Parte I – Caracterização sociodemográfica e profissional**

As perguntas seguintes destinam-se a caracterizar sócio demograficamente a amostra, solicitando-se que responda preenchendo uma cruz (X) correspondente à sua opção e com resposta numérica quando tal for solicitado.

**1. Sexo:**

- a. Masculino
- b. Feminino

**2. Idade:** \_\_\_\_\_ (em anos)

**3. Grau académico:**

- a. Bacharelato
- b. Licenciatura
- c. Mestrado
- d. Doutoramento

**4. Título profissional:**

- a. Enfermeiro
- b. Enfermeiro especialista

**5. Tempo de exercício profissional:** \_\_\_\_\_ (em anos)

No serviço atual: \_\_\_\_\_ (em anos)

**6. Formação em Enfermagem de Família:** Sim  Não

(assinale todas as que se apliquem):

- a. Contexto académico
- b. Formação contínua 
  - b.1 – Na instituição \_\_\_\_\_
  - b.2 – Outros contextos: Especifique \_\_\_\_\_
- c. Autoformação

**7. Serviço onde trabalha:**

\_\_\_\_\_

**8. Modelo de USF em que exerce funções:** A  B  C

**9. Já teve algum familiar gravemente doente?** Sim  Não

**Parte II– Percepção dos enfermeiros sobre a visita domiciliária (VD) à família no pós-parto**

**10.** Conhece as orientações da Ordem dos Enfermeiros no que respeita ao grupo específico puérpera e recém-nascido na comunidade?

Sim  Não

**11.** Na carteira de serviços da USF em que exerce funções está contratualizada a VD à família no pós-parto?

Sim  Não

**12.** Realiza a VD à família no pós-parto?

Sim  Não

a. Se não realiza a VD à família no pós-parto, passe para a parte III do instrumento.

b. Se realiza VD à família no pós-parto, quantos dias após o parto a realiza?

do 3º ao 7º dia

do 8º ao 14º dia

do 15º ao 21º dia

do 22º ao 28º dia

**13.** Como tem conhecimento do nascimento do recém-nascido para planear a VD à família no pós-parto?

Pais

Nascer cidadão

Notícia de nascimento por carta

Notícia de nascimento via “email”

Outro, qual? \_\_\_\_\_

**14.** Que objetivos pretende atingir com a VD à família no pós-parto (Assinale com X)

Colher dados para avaliar o estado de saúde da família

Avaliar o estado de saúde da mulher

- Avaliar o estado de saúde do recém-nascido
- Avaliar a interação entre a mãe e recém-nascido
- Orientar e apoiar a família para amamentação
- Orientar e apoiar a família para os cuidados básicos ao recém-nascido
- Orientar o planeamento familiar
- Identificar situações de risco ou possíveis intercorrências para a adoção de condutas adequadas
- Promover a resposta da família em situações de transição
- Outro, qual? \_\_\_\_\_

**15. Durante a VD que medidas (intervenções) relativas à família realiza (Assinale com X)**

- Solicita o histórico familiar e hereditário
- Integra informação adicional, incluindo interações familiares observadas tais como comunicação verbal e não-verbal
- Identifica as crenças e cultura familiar e o seu impacto na saúde
- Avalia a capacidade da família para se manter unida
- Identifica possíveis pontos fortes e fracos na resposta da família às transições de vida
- Identifica a dinâmica familiar e o que a suporta
- Explora estratégias para melhorar a dinâmica familiar
- Dá feedback à família, centrando-se nos seus pontos fortes

**16. Durante a VD que medidas (intervenções) relativas ao recém-nascido realiza (Assinale com X)**

- Avaliação e registo do peso e medições antropométricas (perímetro cefálico e comprimento)
- Realização do teste de diagnóstico precoce
- Verificação do cumprimento do programa de vacinação
- Verificação do cumprimento da consulta de saúde infantil

- Despiste de problemas com a amamentação e/ou outras complicações (Ex: icterícia, infecção do coto umbilical)
- Encaminhamento para outro profissional, se necessário
- Outra, qual? \_\_\_\_\_

**17.** Durante a VD que medidas (intervenções) relativas à puérpera realiza (Assinale com X)

- Avaliação do estado físico
- Avaliação dos processos de recuperação do parto, incluindo exame mamário e perineal (se apropriado)
- Avaliação do processo cicatricial do períneo ou abdómen
- Remoção de material de sutura (caso exista)
- Avaliação do estado psicológico
- Verificação do cumprimento da consulta de revisão do parto
- Aconselhamento contraceptivo e /ou início da contraceção
- Despiste de problemas físicos e/ou mentais
- Encaminhamento para outros profissionais ou instituições de cuidados
- Outra, qual? \_\_\_\_\_

**18.** Durante a VD há algum aspeto que considere importante avaliar e que não tenha sido mencionado anteriormente?

Sim  Não

- a. Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior, refira qual/quais? \_\_\_\_\_

**19.** Durante a VD aborda outros elementos da família?

Sim  Não

- a. Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior, diga quem envolve?

Pai

- Irmãos
- Avós
- Tios
- Outro, qual? \_\_\_\_\_

b. E se sim, que aspetos aborda com os elementos indicados anteriormente?

---

---

**20.** Existe na sua instituição um guião orientador da visita/protocolo para a realização da VD à família no pós-parto?

Sim  Não

**21.** Considera importante a existência de um guião orientador da visita/protocolo para a realização da VD à família no pós-parto?

Sim  Não

a. Se considera importante diga porquê?

---

---

**22.** Aplica instrumentos para a avaliação da família?

Sim  Não

a. Se respondeu afirmativamente que instrumento de enfermagem utiliza para a avaliação familiar?

- Ecomapa
- Genograma
- Avaliação familiar através dos instrumentos presentes no SClínico:
  - Habitação;
  - Escala de Grafar (notação social);
  - Ciclo vital de Duvall;
  - Tipo de Família (composição familiar);
  - Risco Familiar de Garcia-Gonzalez;
  - Risco Familiar de Segovia Dreye;
- Outro, qual? \_\_\_\_\_

**23.** Qual o suporte de registos de Enfermagem usado na VD?

- Sistema Informático (SClinico)
- Papel
- Ambos

**24.** Considera o método de registo em utilização na sua instituição facilitador do planeamento da VD?

Sim  Não

Justifique: \_\_\_\_\_

**25.** Numa escala de 1 a 5, a VD à família no pós-parto permite responder às necessidades da família (coloque um círculo à volta do algarismo).

1 (nada)	2	3	4	5 (totalmente)
----------	---	---	---	----------------

**26.** Considera que existem dificuldades para concretizar a VD no pós-parto.

Sim  Não

a. Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior, assinale com X as opções adequadas.

- Recusa/ indisponibilidade da família
- Internamento da puérpera ou do recém-nascido
- Falta de recursos humanos
- Falta de tempo do enfermeiro
- Distância entre a USF e o domicílio da família
- Dificuldade no acesso a transporte do serviço
- Outro, qual? \_\_\_\_\_

**Parte III - A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem –Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)\***

*Families' Importance in Nursing Care – Nurces Attitudes (FINC-NA)\*\**

Responda às seguintes questões, preenchendo com uma cruz (x) o quadrado correspondente, tendo em conta o seu grau de concordância, em que: 1. Discordo completamente; 2. Discordo; 3. Nem Discordo/Nem Concordo; 4. Concordo; 5. Concordo completamente

		1	2	3	4	5
1	É importante saber quem são os membros da família do utente.					
2	A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.					
3	Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.					
4	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.					
5	A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).					
6	No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.					
7	A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.					
8	Não tenho tempo para cuidar das famílias.					
9	Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.					
10	A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.					
11	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.					
12	Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente					
13	A presença de membros da família é importante para os mesmos.					
14	Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.					

15	Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.					
16	Pergunto às famílias como as posso apoiar.					
17	Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.					
18	Considero os membros da família como parceiros					
19	Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.					
20	O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.					
21	Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.					
22	É importante dedicar tempo às famílias.					
23	A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.					
24	Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.					
25	Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.					
26	A presença de membros da família deixa-me em stresse.					

Comentários:

---



---



---



---

Terminou o preenchimento deste questionário. Obrigado pela colaboração.

\* Versão traduzida, adaptada e validada para Portugal por: Oliveira, M. et al. Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. Rev Esc Enferm USP, 2011, 45(6), pp 1331-7.

\*\* Versão original revista por: Saveman, B. et al. Refinement and Psychometric Reevaluation of the Instrument: Families' Importance in Nursing Care–Nurses' Attitudes. Journal of Family Nursing, 2011, 17(3), pp. 312–329.

APÊNDICE II – AUTORIZAÇÕES DAS INSTITUIÇÕES EM QUE SE REALIZOU O  
TRABALHO E AUTORIZAÇÃO AUTORA DA ESCALA IFCE-AE



**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL**  
Para estudo ou projeto de investigação

**Título do estudo ou projeto de investigação:** Perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto

**Nome do proponente:** Célia Jorge da Silva Leal – Mestranda do Curso de Enfermagem de Saúde Familiar  
**N.ºaluno:** 5170003

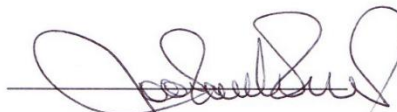
**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL**

Na qualidade de **Coordenador (a) da USF**, declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

USF: Condestável

Data: 21 / 3 / 2019

Assinatura

  
(nome do(a) Coordenador (a) da USF)

  
**CONDESTÁVEL**  
Instituto de Saúde Familiar  
**João Paulo Simões**  
Coordenador da USF Condestável

Comentários:



**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL**  
Para estudo ou projeto de investigação

**Título do estudo ou projeto de investigação:** Perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto

**Nome do proponente:** Célia Jorge da Silva Leal – Mestranda do Curso de Enfermagem de Saúde Familiar  
**N.ºaluno:** 5170003

**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL**


Na qualidade de **Coordenador (a) da USF**, declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

USF: Cidade do Lis

Data: 15/3/2019

Coordenadora  
USF Cidade do Lis  
Dr.ª Ana Barros

Assinatura



(nome do(a) Coordenador (a) da USF)

Comentários:



**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL**  
Para estudo ou projeto de investigação

**Título do estudo ou projeto de investigação:** Perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto

**Nome do proponente:** Célia Jorge da Silva Leal – Mestranda do Curso de Enfermagem de Saúde Familiar  
**N.ºaluno:** 5170003

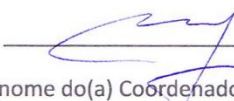
**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL**

Na qualidade de **Coordenador (a) da USF**, declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

USF: SANTIAGO

Data: 2014 31 74

Assinatura

  
(nome do(a) Coordenador (a) da USF)

 **SANTIAGO**  
**MARRAZES**  
Dr. Manuel José Carvalho  
coordenador

Comentários:



**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL**  
Para estudo ou projeto de investigação

**Título do estudo ou projeto de investigação:** Perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto

**Nome do proponente:** Célia Jorge da Silva Leal – Mestranda do Curso de Enfermagem de Saúde Familiar  
**N.ºaluno:** 5170003

**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO LOCAL**

Na qualidade de **Coordenador (a) da USF**, declaro que autorizo a execução do estudo mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com a descrição de trabalho apresentada.

USF: D. Diniz

Data: 11 / 03 / 2019

Assinatura



(nome do(a) Coordenador (a) da USF)

Unidade de   
SAÚDE FAMILIAR D. DINIZ  
Lurdes Rocha  
Assistente Graduada Clínica-geral

Comentários:

Empty box for comments.



## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b> Favorável	<b>DESPACHO:</b> <i>foi aprovado segundo parecer. 23.07.19</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>ASSUNTO:</b>	Título: "Perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto" Processo nº 53/2019 Autores: Célia Jorge da Silva Leal - aluna do curso de Mestrado Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde de Leiria; Helena da Conceição Borges Pereira Catarino- Professora Coordenadora da escola Superior de saúde do instituto Politécnico de Leiria Dr.ª Rosa Reis Marques - Presidente Dr. João Rodrigues - Vice-Presidente
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

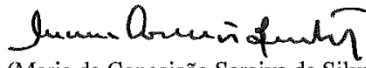
Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, descritivo com aplicação de um questionário constituído por três partes: questões relativas à caracterização sociodemográfica e profissional; questões relativas à perceção dos enfermeiros sobre a visita domiciliária à família no pós-parto; a escala das atitudes dos enfermeiros face à família (IFCE-AE) validada para a população Portuguesa por Oliveira et al (2011), que visa conhecer: a perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto; a importância atribuída à família pelos enfermeiros de família que realizam a visita na visita domiciliária à família no pós-parto; identificar as medidas (intervencções) desenvolvidas pelos enfermeiros de família na visita domiciliária à família no pós-parto; identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de família na visita domiciliária; identificar aspetos a melhorar enfermeiros de família na visita domiciliária à família no pós-parto. O questionário consta do pedido.

A amostra será constituída pelos enfermeiros das USF's do ACES Pinhal Litoral, sendo uma amostragem não probabilística por conveniência. Existe autorização da coordenadora da USF para a realização do estudo.

O pedido de consentimento informado, inclui identificação do investigador, identificação do estudo, objetivos do estudo, caracter voluntário da participação, garantia de confidencialidade e anonimato, identificação contacto para esclarecimentos adicionais, local para assinatura de quem presta o consentimento.

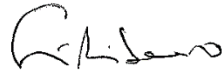
## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

A análise dos documentos permite verificar que é garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes; os dados são anonimizados, é garantida a confidencialidade dos mesmos, não se identificam danos prováveis ou custos para os participantes. Assim, Estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável.

Relator:   
(Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento)

Presidente da CES-ARSC

( Professor Doutor Carlos Fontes Ribeiro)





Maria do Céu Barbieri <ceu@esenf.pt>

RE: Pedido de autorização para a utilização da escala (IFCE-AE)



Bom dia Célia

Agradeço o seu contacto e tenho muito prazer em que esteja interessada em utilizar a IFCE-AE. Aproveito para informar que neste momento estamos a realizar um estudo comparativo, a nível Europeu, com recurso à versão modificada deste instrumento. Trata-se da mesma escala, mas com 5 opções de resposta.

Se estiver interessada em integrar este estudo, terá que utilizar esta versão atualizada que anexo, e enviar-me a base de dados quando concluir a recolha para que tratemos os dados de Portugal como um todo.

Envio também o artigo em que as autoras apresentam a versão atualizada do Instrumento e aguardo a sua decisão.

Agradeço que me informe se pretende utilizar a versão anterior ou esta, atualizada, e se podemos integrar os seus resultados neste estudo internacional.

Com os melhores cumprimentos, extensivos à sua orientadora,  
Maria do Céu Barbieri

Com os melhores cumprimentos,  
Maria do Céu Barbieri

Maria do Céu Barbieri Figueiredo, RN, PhD  
Professora Coordenadora

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida  
4200-072 Porto

e-mail: [ceubarbieri@esenf.pt](mailto:ceubarbieri@esenf.pt)  
tel. +351 225 073 500 - Ext. 183

