

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE UCSP:

A Participação do Parceiro no Pré-Natal: Implicações na Enfermagem de Família

Helena Sofia Gaspar Rodrigues

Leiria, março de 2022



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE UCSP:

A Participação do Parceiro no Pré-Natal: Implicações na Enfermagem de Família

Helena Sofia Gaspar Rodrigues, nº 5190200

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, sob a orientação da Professora Doutora Célia Jordão Simões

Leiria, março de 2022

“Cada um que passa na nossa vida, passa sozinho, pois cada pessoa é única e nenhuma substitui outra. Cada um que passa na nossa vida, passa sozinho, mas não vai só nem nos deixa sós. Leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo. Há os que levam muito, mas há os que não levam nada. Essa é a maior responsabilidade da nossa vida, e a prova de que duas almas não se encontram ao acaso.”

(Antoine de Saint-Exupéry)

AGRADECIMENTOS

Neste espaço deixo o meu especial agradecimento às pessoas que contribuíram, contribuem e vão continuar a contribuir para o meu sucesso na minha vida pessoal, profissional e académica.

Porque apesar de ter chegado aqui com muita dedicação e empenho, nunca teria conseguido sem apoio de algumas pessoas significativas. Este é, por isso, o momento de, ao nível profundo da gratidão, no sentido em que o ensina São Tomás de Aquino no Tratado sobre a mesma (o nível do compromisso e do vínculo entre as pessoas), dizer: Obrigada!

Obrigada à minha Família, a minha fonte de inspiração...

Obrigada aos meus pais Maria José e Rui pelo amor, apoio e incentivo que serviram de alicerce para as minhas realizações. À minha mãe, por me incentivar a sonhar. Ao meu pai, por me manter os pés bem assentes na terra.

Obrigada à minha irmã Mariana pela amizade peculiar, ajuda e atenção dedicadas quando precisei.

Obrigada aos meus avós por serem os meus anjos da guarda.

Obrigada ao Diogo, o namorado, o companheiro, o ouvinte e o melhor amigo, pelo apoio e amor incondicional, pela compreensão e paciência demonstrada.

Obrigada à enfermeira orientadora e restante equipa de saúde pela partilha de conhecimento e experiências.

Obrigada à minha professora supervisora por todas as contribuições dadas durante todo o processo.

Obrigada aos/às professores/as que me incentivaram a fazer mais e melhor.

Obrigada a todos os meus colegas, mas também amigos do curso de mestrado que compartilharam os diversos desafios que enfrentámos, sempre com o espírito colaborativo.

Obrigada a todos os utentes e famílias que tive a oportunidade de cuidar, ao longo dos estágios, com os quais aprendi e desenvolvi competências, ensinando-me a melhorar as minhas práticas.

A todos, um grande bem-haja.

RESUMO

O presente Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) apresenta as atividades desenvolvidas nos estágios que decorreram entre setembro de 2020 e março de 2021, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Polo Monte Real/Carvide. Partindo do princípio que as Unidades de Saúde Familiar são o futuro das UCSP, procurei ter nestes estágios uma visão de evolução na prática de enfermagem à família.

O principal objetivo deste relatório é refletir sobre os cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar desenvolvidos em contexto clínico, tendo de base as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESF. Ao longo deste trabalho, abordo: o enquadramento do contexto prático; fundamentação teórica para a prática especializada em ESF; competências do Enfermeiro Especialista nesta área; e prática especializada baseada na evidência.

No último capítulo, realizei uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com o tema "A Participação do Parceiro no Pré-Natal: Implicações na Enfermagem de Família", baseando o mesmo na minha experiência neste contexto prático e com vista na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde familiar. Tem como objetivo geral fornecer uma visão geral da literatura existente sobre esta temática. O incentivo da participação do "futuro pai" nas consultas pré-natal não deve ser esquecido, sendo importante para a promoção da saúde familiar. Deste modo, surge a necessidade de direcionar, também, o foco de atenção para o cuidado à família como um todo e não apenas para a mulher grávida.

Após ter sido delineada a estratégia de investigação, procedeu-se à pesquisa através de algumas bases de dados (*B-On*; *LILACS*; *PubMed*®; e *RECAAP*), utilizando os descritores do *DeCS* e *MeSH* e o operador booleano "AND". Foram selecionados 13 estudos. As conclusões obtidas desta revisão são: existem benefícios claros da participação do parceiro no pré-natal, tanto para a mulher, para o bebé, para o parceiro, bem como para a família no seu todo. Apesar disto, podem haver barreiras na participação dos pais. A principal conclusão da RIL é que podemos considerar de grande relevância a promoção da participação do parceiro nas consultas de saúde materna, sendo que os estudos destacaram que a abordagem do profissional pode melhorar ou reduzir as experiências de inclusão no pré-natal.

Palavras-Chave: *participação, parceiro, pré-natal*

Descritores: *involvement, paternal*

ABSTRACT

This Internship Report for obtaining the Master's Degree in Community Health Nursing in the area of Family Health Nursing presents the activities carried out in the internships that took place between September 2020 and March 2021, at the Personalized Health Care Unit in Monte Real/Carvide. Assuming that Family Health Units are the future of Personalized Health Care Unit, I have tried to include in these stages a vision of evolution in family nursing practice.

The main objective of this report is to reflect on the specialized care of family health nursing developed in a clinical context, based on the Common and Specific Competencies of the Nurse Specialist in Community Nursing in the area of Family Health Nursing. Throughout this work, I have developed: the framing of the practical context; the theoretical foundation for the specialized practice in Family Health Nursing; competences of the Specialist Nurse in this area; and evidence-based expert practice.

In the last chapter, I have carried out an Integrative Literature Review with the theme "Partner Participation in Prenatal: Implications in Family Nursing", taking into account my experience in the practical context and with a view to improving the quality of family health care. The main objective is to provide an overview of the existing literature on this topic. Encouraging the participation of the "future father" in prenatal consultations should not be forgotten, as it is important for the promotion of family health. In this way, the need arises to also direct the focus of attention to care for the family as a whole and not just for the pregnant woman.

After the investigation strategy had been outlined, a search was carried out through some databases (*B-On*; *LILACS*; *PubMed*®; e *RECAAP*), using *DeCS* and *MeSH* descriptors and the Boolean operator "AND". 13 studies were selected. The conclusions drawn from this review are: there are clear benefits of partner participation in prenatal, both for the woman, the baby, the partner, as well as the family as a whole. Despite this, there may be barriers to parental participation. The main conclusion of the review is that we can consider the promotion of partner participation in maternal health consultations of great relevance, and studies have highlighted that the professional's approach can improve or reduce the experiences of inclusion in prenatal care.

Key words: *participation; partner; prenatal*

Descriptors: *involvement; paternal*

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

B-On – Biblioteca de Conhecimento Online

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DSPDPS – Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

E1 – Executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar

E2 – Utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência

E3 – Analisar a prática de cuidados em contexto prático, tendo por base os conhecimentos teóricos e a capacidade crítico-reflexiva

E4 – Refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e das competências desenvolvidas

E5 – Analisar o impacto da prática realizada em contexto de ensino clínico na aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermagem especializada e competências específicas de enfermagem saúde familiar

E6 – Redação de relatório de carácter crítico-reflexivo para os cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar desenvolvidos em contexto clínico, que evidencie os resultados obtidos e a eficácia das intervenções realizadas na obtenção de ganhos em saúde

E7 – Evidenciar o desenvolvimento de competências relacionadas com a apresentação e divulgação de resultados de evidência científica

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

G1 – Desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista

G2 – Desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em diferentes contextos

INE – Instituto Nacional de Estatística

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MCAIF – Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MeSH – Medical Subject Headings

PBE – Prática Baseada na Evidência

PF – Planeamento Familiar

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RECAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SIJ – Saúde Infantojuvenil

SM – Saúde da Mulher

SMS – Short Message Service

SNS – Serviço Nacional de Saúde

T1 – Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos

T2 – Desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos seus conhecimentos

TGS – Teoria Geral dos Sistemas

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD - Visitação Domiciliária

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	X
ÍNDICE DE TABELAS	X
INTRODUÇÃO	11
1 ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO PRÁTICO.....	14
1.1 CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	14
1.2 CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	16
1.2.1 <i>Espaço Físico</i>	17
1.2.2 <i>Equipamentos e Recursos Materiais</i>	17
1.2.3 <i>Recursos Humanos</i>	18
1.2.4 <i>Acessibilidade e Circuito de Utentes</i>	19
1.2.5 <i>Consulta de Enfermagem na Unidade e no Domicílio</i>	21
1.2.6 <i>Breve Caracterização dos Utentes da UCSP</i>	22
1.3 CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	23
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	27
3 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR.....	31
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS	31
3.1.1 <i>Responsabilidade Ética e Deontológica</i>	31
3.1.2 <i>Melhoria da Qualidade</i>	33
3.1.3 <i>Gestão de Cuidados</i>	34
3.1.4 <i>Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</i>	36
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS.....	38
3.2.1 <i>Cuida da Família como Unidade de Cuidados</i>	38
3.2.2 <i>Colabora nos Processos de Intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, prestando cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família e aos diferentes níveis de prevenção.....</i>	42
4 PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	46
4.1 INTRODUÇÃO	46
4.2 METODOLOGIA.....	51
4.3 RESULTADOS.....	54
4.4 DISCUSSÃO	59
4.5 IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA.....	62
4.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
CONCLUSÃO	67

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	73
ANEXO I INDICADORES UCSP NORTE.....	I
ANEXO II <i>CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES</i> DE JOANNA BRIGGS INSTITUTE	III
ANEXO III <i>PRINTSCREEN DA LISTA DE ARTIGOS ENCONTRADOS</i>	IV

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Pirâmide Etária e outros dados relativos aos Utentes Inscritos na UCSP Norte	23
Figura 2 Dados Sociodemográficos e Pirâmide Etária do Ficheiro do Médico/ Enfermeiro de Família	24
Figura 3 PRISMA <i>Diagram Flow</i>	53

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Palavras-chave, descritores, operadores booleanos e limitadores por bases de dados	52
Tabela 2 Grelha de Análise de Artigos Seleccionados	54

INTRODUÇÃO

Atualmente, desempenho funções como enfermeira em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) (incluindo serviço de apoio ao domicílio e centro de dia), com experiência profissional no cuidar a pessoa idosa, identifiquei que, no meu contexto profissional, a família acaba por ser parceira nos cuidados de enfermagem e o principal alvo dos mesmos. Desta forma, a área da saúde familiar acabou por despertar o meu interesse e procurei aprender mais sobre a mesma através deste Mestrado.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em Contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF)/ Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) com Relatório Final, este trabalho insere-se no Plano Curricular do terceiro Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária – Área de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

A elaboração deste relatório crítico-reflexivo tem como objetivo geral: refletir sobre os cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar desenvolvidos em contexto clínico, que evidencie os resultados obtidos e a eficácia das intervenções realizadas na obtenção de ganhos em saúde. Os objetivos específicos são: explicar em que medida os objetivos foram atingidos e de que forma contribuíram para o desenvolvimento das competências; e apresentar dificuldades que surgiram e estratégias utilizadas no processo de aprendizagem; desenvolver uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) sobre uma problemática do contexto prático, com vista na aquisição melhores práticas em enfermagem de saúde familiar (ESF).

Este estágio contempla a duração de 162 horas de trabalho, com dois dias por semana, no meu contexto clínico, na UCSP Norte (Arnaldo Sampaio) Polo Monte Real/Carvide, com um total de 486 horas, iniciando a 4 de janeiro e terminando a 12 de março de 2021. Apesar disso, considero importante referir que este relatório não reflete só as experiências deste estágio, dando continuidade ao trabalho iniciado nos estágios anteriores.

A elaboração deste relatório tem como finalidade fazer uma análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas ao longo dos estágios. Para desenvolver este trabalho, procurei direcionar as minhas aprendizagens através dos seguintes objetivos gerais deste estágio: desenvolver competências de enfermagem especializada nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista (G1); e desenvolver competências específicas de enfermagem especializada na área de saúde familiar em diferentes contextos (G2).

Relativamente aos objetivos específicos do estágio, são: executar processos de cuidados de enfermagem à família evidenciando um conhecimento avançado em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar (E1); utilizar em contextos práticos os conhecimentos científicos adquiridos ao longo da sua formação, desenvolvendo padrões de prática baseada na evidência (E2); analisar a prática de cuidados em contexto prático, tendo por base os conhecimentos teóricos e a capacidade crítico-reflexiva (E3); refletir acerca das práticas realizadas e resultados obtidos, evidenciando capacidade crítica acerca do seu desempenho e das competências desenvolvidas (E4); analisar o impacto da prática realizada em contexto de ensino clínico na aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermagem especializada e competências específicas de enfermagem saúde familiar (E5); redação do relatório de caráter crítico-reflexivo para os cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar desenvolvidos em contexto clínico, que evidencie os resultados obtidos e a eficácia das intervenções realizadas na obtenção de ganhos em saúde (E6); evidenciar o desenvolvimento de competências relacionadas com a apresentação e divulgação de resultados de evidência científica (E7). Quanto aos objetivos transversais, são: desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos (T1); desenvolver capacidade para refletir sobre a aplicação dos seus conhecimentos (T2).

Relativamente à metodologia utilizada para realizar este relatório, considerei dois aspetos. Comecei por, ao longo do EC, ir destacando situações de aprendizagem e refletindo sobre as mesmas. E, posteriormente, passei à pesquisa no sentido de encontrar resultados da evidência científica sobre as diversas situações que foram surgindo. Desta forma, procurei refletir sobre os objetivos e competências que foram sendo atingidos através das situações de aprendizagem. O capítulo referente à prática especializada baseada na evidência foi desenvolvido no decorrer do estágio, e após o seu término, tendo uma metodologia própria descrita no respetivo capítulo.

Quanto à estrutura do presente relatório, este encontra-se dividido em quatro capítulos principais. No primeiro capítulo, apresento o enquadramento do contexto prático. Num segundo capítulo, exponho a fundamentação teórica. De seguida, reflito sobre o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESF desenvolvidas no contexto de UCSP. No quarto capítulo, desenvolvo a prática especializada baseada na evidência, através de uma RIL.

Apesar deste relatório se encontrar dividido desta forma, procurei desenvolver o mesmo encadeando as ideias, partindo de um paradigma de transformação e evolução na minha aprendizagem e desenvolvimento de competências, não só ao longo deste último estágio, mas também dos anteriores, pois foi um processo contínuo.

Depois de apresentar todos os assuntos supra descritos, realizo uma conclusão do relatório. Junto ao relatório, encontrar-se-ão documentos em anexo, mencionados ao longo do trabalho.

1 ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO PRÁTICO

Neste primeiro capítulo, procurei abordar os diferentes contextos da prática clínica da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) e, posteriormente, caracterizo o local de estágio, nomeadamente: a UCSP Norte polo Monte Real/Carvide.

1.1 CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Neste subcapítulo, abordo os diferentes contextos da prática clínica da ESF, nomeadamente a UCSP e USF. Segundo o Ministério da Saúde (2010), a reforma dos cuidados saúde primários teve o seu arranque com a constituição de USF por iniciativa voluntária dos profissionais, incentivando-os e protegendo-os dos bloqueios e dos obstáculos da burocracia tradicional. As UCSP partilham com as USF a responsabilidade de prestação de cuidados de saúde pessoal e familiar aos utentes inscritos em cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) e que desejem receber cuidados com continuidade de um médico de família definido e de uma equipa de saúde familiar. De acordo com o espírito, valores e objetivos da reforma é desejável que as UCSP evoluam, se assim o desejarem, para USF. As UCSP, tal como as USF, são coordenadas por um médico de medicina geral e familiar e têm a mesma carteira básica de serviços a garantir.

No artigo 3º do Decreto-Lei 298/2007 do Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar alterado pelo Artigo 2.º do Decreto-lei n. 73/2017 de 21 de Junho de 2017, refere que as USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo, podendo ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. Quanto à equipa multiprofissional, esta deve potenciar as competências de cada grupo profissional e contribuir para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável. Para classificação das USF em três modelos de desenvolvimento, a lista de critérios e a metodologia são aprovadas por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, mediante prévia participação das organizações profissionais.

De acordo com o Anexo I à Portaria n.º 1368/2007, que aprovou a carteira básica de serviços, de 18 de Outubro de 2007, a vertente dos cuidados personalizados dos centros de saúde está reorganizada em pequenas unidades funcionais multiprofissionais, USF, com autonomia funcional e técnica, num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade. Configurando, assim, um

modelo organizacional mais leve e flexível que se contrapõe às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e de decisão vertical.

Assim, as diferenças entre os dois tipos de unidades destacadas pelo Ministério da Saúde (2010) são essencialmente organizacionais: pela constituição voluntária da equipa e escolha dos respetivos elementos, no caso das USF; pelo nível de desenvolvimento de equipa (que é mais do que um grupo de profissionais), designadamente pelos compromissos de cooperação interprofissional; pelos graus de autonomia e instrumentos de responsabilização associados a processos de contratualização distintos quanto aos níveis de exigência e respetivas consequências individuais e institucionais; pelos órgãos e processos formais de decisão e regulação internos – por exemplo, as USF têm um Conselho Geral e elegem o seu coordenador e o Conselho Técnico.

A unidade que irei caracterizar, posteriormente, é uma UCSP, sendo que segundo o artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, em Diário da República Série I de 22 de fevereiro de 2008, sobre o Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, as UCSP têm estrutura idêntica à prevista para as USF e prestam cuidados de saúde personalizados ao indivíduo ou familiares, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A equipa da UCSP é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF. Desenvolve a sua atividade com autonomia organizativa e técnica numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACeS.

Partindo do princípio que as USF são o futuro das UCSP, procurei ter nestes estágios uma visão de evolução na prática de enfermagem à família. Apesar de terem sido destacadas algumas diferenças entre os dois tipos de unidade, é importante destacar que ambas tendem para a evolução dos cuidados prestados à família.

Antes de finalizar este subcapítulo exponho a seguinte questão: será que a ESF existe noutros contextos além dos referidos a priori? A resposta a esta pergunta é um enorme sim, pois pode estar presente noutros contextos como os hospitais ou instituições sociais, como lares de idosos. Este último é o meu contexto profissional, sendo que foi aqui que a área da ESF despertou o meu interesse. Em pesquisas para desenvolvimento de trabalhos académicos, realço que, cada vez mais, a família tem tido especial relevo em estudos neste tipo de contextos.

Além disto, de acordo com a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), a família, sendo um sistema, é formada por diferentes subsistemas que se influenciam interna e externamente num sistema aberto onde as influências são recíprocas, sendo que nada acontece isoladamente e qualquer

alteração causa impacto sobre todos os outros membros do sistema (Alarcão, 2000). Como por exemplo, quando um dos membros é internado no hospital ou admitido numa instituição social, esta alteração afeta não só a pessoa, mas também os outros membros da família.

Dado que os indivíduos estão inseridos em famílias e tendo de base a Teoria de médio alcance das Transições de Meleis, existem alguns exemplos de transições onde o enfermeiro atua, nomeadamente: a transição saúde-doença em contexto hospitalar; transição desenvolvimental, por exemplo, a pessoa em situação de fim de vida em lar de idosos; bem como, uma transição situacional, por exemplo, um familiar que passa a ter um papel de cuidador, esta situação surge tanto em contexto hospitalar como em instituição social com serviço de apoio ao domicílio.

Assim, é importante ter em conta que a ESF não existe apenas em contexto de CSP, havendo uma enorme necessidade de mudança em busca da valorização e visibilidade da profissão nesta área.

1.2 CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A UCSP Norte (Arnaldo Sampaio) pertence à Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro e faz parte do ACeS Pinhal Litoral. Este está inserido no Distrito de Leiria e abrange a área geográfica dos concelhos da Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Porto de Mós (ACeS Pinhal Litoral, 2018). A UCSP Norte faz parte do Centro de Saúde Arnaldo Sampaio que, por sua vez, engloba, também, a Unidade de Saúde Familiar (USF) Santiago, USF Fonte do Rei, UCSP Arnaldo Sampaio e a UCC Arnaldo Sampaio (ACeS Pinhal Litoral, 2018).

Esta unidade é uma UCSP, sendo que segundo o artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, em Diário da República Série I de 22 de fevereiro de 2008, sobre o Regime da criação, estruturação e funcionamento dos ACeS do Serviço Nacional de Saúde, as UCSP têm estrutura idêntica à prevista para as USF e prestam cuidados de saúde personalizados ao indivíduo ou familiares, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A equipa da UCSP é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF.

A UCSP Norte apresenta como missão: assegurar os cuidados de saúde primários (CSP) com segurança, eficiência, humanização e qualidade à população da mesma. Relativamente à área de influência, a UCSP Norte abrange as seguintes freguesias: união de freguesias de Monte Redondo e Carreira; união de freguesias de Monte Real e Carvide; Bajouca; e

Coimbrão. Esta unidade tem sede em Monte Redondo e apresenta três polos localizados em Monte Real/Carvide, Bajouca e Coimbrão.

Após esta breve apresentação da UCSP Norte, neste tópico, irei caracterizar o polo de Monte Real/Carvide da UCSP Norte, onde decorreu o estágio II e onde desenvolvi as minhas competências. Este polo tem a morada Rua da Telheira, s/n, 2425-098 Monte Real, funciona das 8 às 13 horas e das 14 às 16 horas de segunda a quinta-feira. Às sextas-feiras o horário é das 8 às 12 horas.

1.2.1 Espaço Físico

Relativamente ao espaço físico deste polo, apresenta instalações recentes, tendo início de atividade neste edifício no ano 2018. O edifício é composto apenas por rés do chão. À entrada, do lado direito, apresenta uma sala de espera para os utentes e a secretaria, do lado esquerdo estão duas casas de banho (feminina, masculina e ambas adaptadas para pessoa portadora de deficiência), sendo que a casa de banho feminina está neste momento a ser usada como sala de isolamento, como medida de prevenção e controlo da infeção pelo novo Coronavírus, prevista no plano de contingência.

Seguindo em frente na entrada, existe um corredor, onde ao longo do mesmo existem três gabinetes de enfermagem, uma sala de apoio à saúde infantojuvenil (SIJ) e, posteriormente, os três gabinetes médicos, bem como uma área de acesso restrito apenas para os profissionais da unidade (com acesso ao exterior). Esta área apresenta um vestiário para os profissionais, uma sala de arquivo, uma copa, duas casas de banho (masculino e feminino). Ainda nesta área, mais perto da entrada/ saída, existe também salas para arrumos e outra para resíduos. No corredor principal, existe também uma pequena sala, onde está armazenado o material de Equipamento de Proteção Individual (EPI). Inicialmente, esta sala servia de sala de observação e para nebulizações o que neste momento está interdito. Além disto, esta sala estaria também prevista para a realização da consulta de pé diabético, caso recebessem o equipamento necessário, nomeadamente micromotor. Este polo não tem sala de esterilização.

Este polo não apresenta uma sala de reuniões. No entanto, considero que seria uma mais valia, não só para momentos formativos para os profissionais, mas também para intervenções de educação para a saúde para pequenos grupos ou até mesmo para intervenções familiares.

1.2.2 Equipamentos e Recursos Materiais

Cada sala de enfermagem e gabinete médico estão equipados com secretária, cadeiras computador, impressora, telefone, material de escritório, marquesa, lavatório, armários e

material clínico de enfermagem e médico. Além destes, neste momento, existe também nas secretárias acrílicos para proteção dos profissionais.

Nos gabinetes, existe também equipamento adequado às consultas existentes, por exemplo: aparelho de avaliação de tensão arterial; balança pediátrica (sala de apoio à SIJ) e de adulto; craveira de criança e adulto; Kit de Material de Avaliação do Pé Diabético; fita métrica. Na sala de apoio à SIJ, encontra-se o frigorífico para acondicionamento das vacinas. O polo não apresenta gerador. Cada gabinete apresenta contentores para reciclagem e para resíduos do: grupo I e II (equiparados a urbanos); grupo III (contaminados); e grupo IV (contentor de cortoperfurantes que está apenas nas salas de enfermagem e SIJ).

Este polo tem carro de emergência/Suporte Imediato de Vida, no corredor, com o equipamento e medicamentos para tratamento da reação anafilática, por exemplo, consoante o Programa Nacional de Vacinação (PNV) 2020.

Relativamente aos sistemas de apoio à informação em enfermagem, são utilizados programas informáticos, tais como: o *SClínico*; *Gestcare*; *SiiMA Rastreios*. Além destes que já tinha contactado em contextos clínicos anteriores, pude conhecer uma nova ferramenta muito utilizada, neste momento de pandemia, nomeadamente a *Trace COVID-19*, uma ferramenta de acompanhamento da COVID-19, *contact tracing* dos doentes em vigilância e autocuidados.

1.2.3 Recursos Humanos

Relativamente aos recursos humanos, este polo apresenta três médicos, três enfermeiras, três assistentes técnicas e uma colaboradora de empresa de limpeza (com horário fora do funcionamento do polo), havendo, assim três ficheiros de utentes (dois de Carvide e um de Monte Real). O ficheiro clínico da enfermeira orientadora corresponde a Monte Real. Sempre que necessário é garantida a intersubstituição da prestação de cuidados na ausência de algum elemento.

Durante o meu estágio, o médico de família correspondente ao ficheiro da minha enfermeira orientadora esteve ausente por determinado tempo, o que diminuiu um pouco as oportunidades de aprendizagem relativamente à existência de consultas dos diferentes programas. No entanto, este obstáculo foi ultrapassado, através da minha participação nas consultas nos diferentes programas de saúde de outros ficheiros da unidade. Além disto, foi possível realizar consultas de enfermagem a utentes ao ficheiro correspondente, através do agendamento das mesmas, conciliando com a disponibilidade de outros médicos,

assegurando, assim, diversas consultas de saúde infantil, saúde materna (SM) e planeamento familiar (PF).

Em relação à prevenção e controlo de infeção, a enfermeira orientadora pertencia ao grupo de coordenação local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), responsável pela formação dos profissionais de saúde sobre a correta higienização das mãos, tornando-se ainda mais relevante neste contexto de pandemia.

1.2.4 Acessibilidade e Circuito de Utentes

A acessibilidade, refere-se às condições de alcance da população para utilização, com segurança e autonomia, este polo por ser um edifício de rés do chão é de fácil acesso a utentes com mobilidade reduzida. Por vezes, a população mais idosa recorre a um serviço de transporte de apoio por parte da junta de freguesia, bem como aos táxis para se deslocar.

O circuito do utente corresponde ao conjunto de procedimentos que este deve efetuar, de forma a ter acesso aos serviços de saúde. Neste polo, não estão afixados fluxogramas no que respeita a consultas médicas, consultas de enfermagem ou assistência técnica, estando apenas afixado os horários das consultas médicas.

O primeiro passo a realizar é o agendamento. Neste contexto de pandemia, é várias vezes reforçado que agendamento deverá ser feito, preferencialmente, por telefone, sendo o utente informado da data e hora do serviço solicitado, e garantindo a inexistência de sintomas. No dia do serviço solicitado, o utente deve chegar à hora marcada à unidade e junto do secretariado e confirmar a sua presença. À entrada, é feita a desinfeção das mãos e garantido o uso de máscara. De seguida, aguarda na sala de espera ou no exterior do edifício, consoante o número máximo de pessoas na sala de espera, que é de cinco pessoas, se for atingido, tendo prioridade quem tem agendamento. A chamada do utente para a consulta é efetuada através do anúncio do nome do mesmo através de altifalante, onde também é anunciado o gabinete em que irá decorrer a consulta. No final de cada consulta é realizada a desinfeção das superfícies.

Neste contexto de pandemia, destaco também a importância do circuito do utente no edifício seja num sentido único, desde a porta de entrada, passando pela secretaria, e posteriormente gabinete de enfermagem e gabinete médico, saindo pela porta de saída na retaguarda do

edifício (havendo indicações da mesma), excetuando-se casos de utentes com dificuldades na locomoção.

O secretariado decorre durante todo o horário de funcionamento do polo. O agendamento da consulta programada pode ser efetuado por iniciativa do utente ou por qualquer um dos profissionais da unidade. Este tipo de consulta é destinado à vigilância, promoção da saúde e prevenção de doença em diversas fases do ciclo vital (consultas de Hipertensão Arterial, Diabetes, PF, SM, SIJ). Em caso de necessidade de alteração da data de consulta programada por ausência do profissional, pode proceder-se ao reagendamento das mesmas, sendo da responsabilidade da assistente técnica o contato com o utente.

No caso de ausência de um dos elementos da equipa de família, a UCSP garante resposta através de um sistema de intersubstituição na sede em Monte Redondo. A consulta de intersubstituição é destinada a atender problemas agudos/doença súbita ou agravamento de doença crónica, sendo de marcação no próprio dia junto do secretariado clínico, havendo uma escala médica.

Nas situações clínicas urgentes e emergentes, o utente deve dirigir-se ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Leiria mas, no caso desta situação ocorrer presencialmente na unidade, os utentes são inscritos e observados pelos profissionais de saúde, que consoante a sua avaliação, dão a resposta mais adequada, encaminhando se necessário.

Relativamente ao atendimento e gestão de chamadas é assegurado pela assistente técnica O número de telefone geral deste polo é o 244612207 / 244612841, em alguns casos, consoante seja necessário, os profissionais fornecem o seu e-mail institucional para facilitar a comunicação, principalmente, neste contexto de pandemia.

Por um lado, o atendimento telefónico acontece sempre que seja necessário por parte de utentes. Por outro lado, devido ao contexto atual, pode evidenciar uma maior ocorrência de consultas não presenciais, nomeadamente por telefone, aos utentes em vigilância sobreativa pelo Enfermeiro de Família e Médico de Família na plataforma de *Trace COVID-19*. Assim, pode aprender que estas consultas podem ser realizadas em três tipos de situações diferentes: o utente apresenta sintomatologia compatível com COVID-19, e aguarda teste; utente apresenta teste positivo; utente que contactou com pessoa infetada e está em isolamento profilático. Nas diferentes situações, vão surgindo tarefas diariamente na plataforma e por via telefone a equipa de saúde monitoriza os sintomas que surjam, dando estratégias para os minorar, avalia o contexto da pessoa, habitacional, familiar e social, realizando educação para a saúde sobre cuidados importantes a ter durante o isolamento, fornece informação sobre redes de apoio na comunidade, e esclarece dúvidas existentes.

1.2.5 Consulta de Enfermagem na Unidade e no Domicílio

Segundo o parecer N.º 53/2021 da Ordem dos Enfermeiros (2021), o enfermeiro é responsável pela realização da consulta de enfermagem, recorrendo a metodologia científica, processo de enfermagem, do qual constam: a colheita de dados; a formulação de diagnóstico(s) de enfermagem; o planeamento; e a implementação de intervenções de enfermagem; a avaliação de resultados; e, conseqüente, reformulação do planeamento, sempre que se justifique.

Deste modo e de acordo com o mesmo parecer, a consulta de enfermagem tem por base a avaliação efetuada e o(s) diagnóstico(s) de enfermagem, que sustentam a elaboração e/ou atualização de um plano de intervenção de enfermagem. Além disto, esta visa a intervenção do enfermeiro no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, de complicações e/ou de incapacidades, facilitando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde da pessoa, a sua capacitação na gestão do processo de saúde, maximizando o seu bem-estar e autocuidado, de modo a provocar impacto positivo na sua qualidade de vida.

No contexto de pandemia que atravessamos, houve necessidade da consulta de enfermagem ser não presencial em determinados casos, ocorrendo sem a presença física do utente, sendo o contacto estabelecido através de outros meios, nomeadamente o telefone e o correio eletrónico, como já foi referido.

Quanto à metodologia de trabalho, em toda a unidade, funciona por enfermeiro de família, sendo que cada um presta cuidados de saúde globais maioritariamente aos utentes/famílias do seu ficheiro clínico, em todos processos de vida.

De acordo com o Anexo I à Portaria n.º 1368/2007, que aprovou a carteira básica de serviços de 18 de Outubro de 2007, é aplicável a todas as USF do Serviço Nacional de Saúde, independentemente do seu modelo e dos diversos enquadramentos jurídico institucionais possam ser atribuídos em cada USF. Desta forma, este polo tem como programas de saúde as consultas de vigilância, promoção de saúde e prevenção da doença no âmbito: do recém-nascido, criança e adolescente (SIJ); saúde de adultos; saúde da mulher (SM, PF, aconselhamento pré-concepcional e puerpério); vigilância de hipertensos, diabéticos; visita domiciliária (VD); atendimento em situações agudas; acompanhamento de doença crónica; tratamento de feridas; vacinação a crianças e adultos. A consulta de enfermagem tem duração de 15 minutos, na sua maioria, sendo ajustado o tempo consoante a avaliação do enfermeiro de família.

A consulta de enfermagem ao domicílio constitui uma forma de garantir uma melhor acessibilidade aos CSP. Lacerda (2010, citado por Filipe, 2011) refere que cuidar no domicílio é mais abrangente do que ver o indivíduo isoladamente, já permite a observação das relações sociais entre os membros da família.

Neste polo, as enfermeiras realizam consultas de enfermagem no domicílio (1h-1h30/dia, três vezes por semana), fazendo uma seleção conforme o tempo existente para a VD. O critério utilizado para a realização da mesma é ser acamado ou ter graves limitações, sendo na sua maioria para realização de tratamentos ou vacinação. Sempre que a equipa ache necessário, pode ser agendada VD de promoção de saúde. A consulta de enfermagem no domicílio tem duração de 30 minutos, no entanto, pode variar consoante a necessidade. No caso dos utentes acamados, é também assegurada a consulta médica e de enfermagem no domicílio, sempre que seja necessário. É de referir que são prestados cuidados no domicílio a utentes residentes na área de influência da unidade impossibilitados de se deslocar à mesma. Os utentes ou familiares/cuidadores deverão contactar telefonicamente o seu enfermeiro de família, sendo a decisão de realizar ou manter a VD da equipa de saúde.

No que concerne à duração das consultas, no parecer da Ordem dos Enfermeiros mencionado acima, citando o Regulamento n.º 743/2019 da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, no âmbito dos CSP, o tempo médio adequado para cuidados de enfermagem quer para a consulta de enfermagem quer para a consulta de enfermagem especializada é de 30 minutos. Quanto à consulta de enfermagem no domicílio, especializada ou não, é de 60 minutos, excluindo o tempo para deslocação. Assim, destaco que, apesar dos esforços dos profissionais, não é possível respeitar este “tempo médio adequado”, por exemplo, devido ao facto de haver um grande número de utentes por ficheiro.

1.2.6 Breve Caracterização dos Utentes da UCSP

Neste capítulo, apresento uma breve caracterização dos utentes da UCSP Norte, no geral.

Segundo dados colhidos na unidade, referentes a fevereiro de 2021, a UCSP Norte apresenta no total 13.812 utentes inscritos nos quatro polos, sendo que 13.592 dos utentes inscritos têm médico de família, que corresponde a uma percentagem de 98,41%. Na figura 1 é apresentada a pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSP Norte, sendo que é possível identificar que se trata de uma pirâmide idosa ou decrescente, tendo um predomínio de indivíduos no topo da pirâmide, o que revela uma população mais envelhecida, com pequena taxa de natalidade, pequena proporção de jovens e elevada esperança média de vida. A unidade apresenta uma percentagem de, aproximadamente, 26,2% de pessoas idosas, correspondente a 3620 utentes com idade superior ou igual a 65 anos. Para além destes

dados, foi possível ter conhecimento que o índice de dependência em idosos é de 41,61% (ligeiramente superior aos dados de março de 2020 que era de 39,92%), e de jovens é de 17,15%, totalizando uma percentagem de 58,76%.

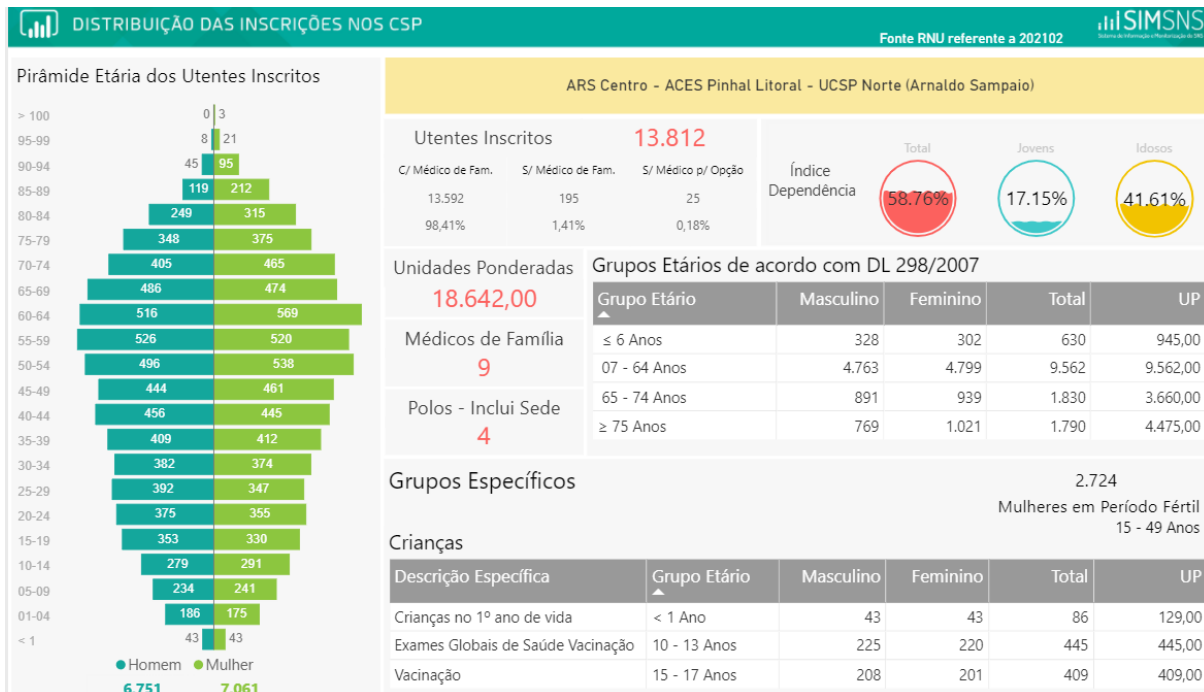


Figura 1 Pirâmide Etária e outros dados relativos aos Utentes Inscritos na UCSP Norte

Relativamente ao plano de ação da UCSP Norte, esta apresenta contratualizados 108 indicadores. Todavia, para o cálculo do Índice de Desempenho Global (IDG) são 71 indicadores, evidenciando-se um IDG de 49,0% (no Modelo A o IDG deverá encontrar-se < 50) em dezembro de 2020. No anexo I, estão representados os dados relativos aos indicadores. A UCSP Norte ainda não tem documentado o Plano de Ação, e não tem contratualizada carteira adicional de serviços.

1.3 CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES DO FICHEIRO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Particularizando para o ficheiro clínico da enfermeira orientadora e do respetivo médico de família, pude evidenciar que apresenta 1629 utentes inscritos e 708 famílias frequentadoras. Na figura 2, estão representados alguns dados sociodemográficos e pirâmide etária do ficheiro clínico. Os dados mencionados foram fornecidos através da fonte *MIM@UF*, sendo relativos a fevereiro de 2021.

Quanto ao sexo, é possível evidenciar que existe um número superior de Mulheres (869 utentes) em relação aos Homens (760 utentes). A população idosa (utentes com idade

superior a 65 anos) tem uma percentagem de 25,2% (410 utentes idosos), havendo, igualmente, um maior número de Mulheres, nestas faixas etárias, o que pode indicar que existe uma maior esperança média de vida no sexo feminino.

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2020), apresentam a esperança de vida aos 65 anos por sexo, em Portugal, sendo que esta atingiu, no triénio 2018-2020, 19,79 anos para ambos os sexos, na região Centro. Além disso, na mesma região, é expectável que os homens de 65 anos de idade poderão esperar viver em média mais 17,82 anos e as mulheres mais 21,37 anos, reconhecendo, assim, que as mulheres sobrevivem em maior número a idades mais elevadas comparativamente com os homens.

Na mesma figura, é possível identificar que se trata, também, de uma pirâmide idosa ou decrescente, estando em concordância com a população de toda UCSP Norte, pois apresenta um predomínio de indivíduos no topo da pirâmide, o que revela uma população mais envelhecida, indica aumento da esperança média de vida da população idosa, expressando a importância da melhoria nos cuidados de saúde. Neste ficheiro, apesar de considerar uma pirâmide etária envelhecida, posso destacar que existe uma percentagem favorável de crianças e jovens com idades dos 0 aos 19 anos de 18,4% (299 utentes).

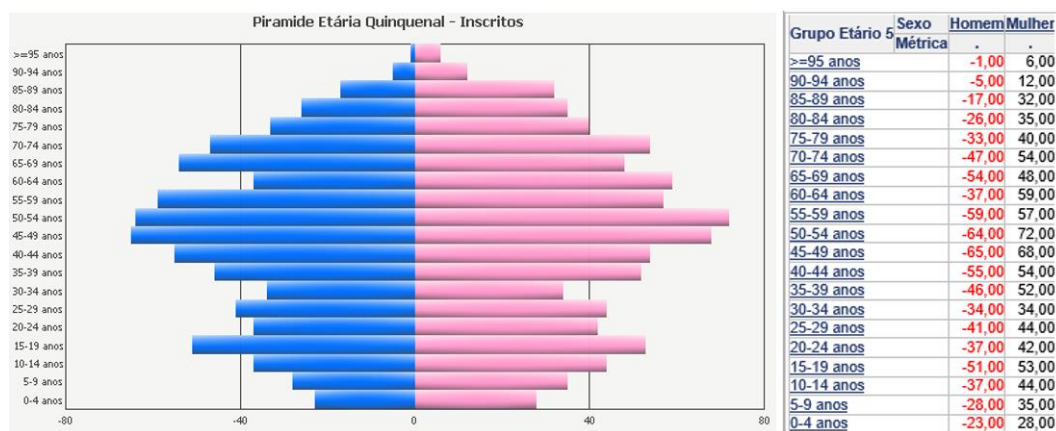


Figura 2 Dados Sociodemográficos e Pirâmide Etária do Ficheiro do Médico/ Enfermeiro de Família

Neste ficheiro, por programas de saúde, estão inscritos: 206 utentes em PF; 4 utentes em SM; 622 utentes em rastreios de cancro do colo do útero, bem como de colon e reto; 428 utentes em controlo de Hipertensão; 161 utentes em controlo de Diabetes; e 294 utentes em SIJ. Posso concluir que 26,3% dos utentes do ficheiro são hipertensos e 9,9% dos utentes são diabéticos.

Relativamente às comorbilidades, através da Classificação Internacional de CSP, neste ficheiro, estão identificadas as 10 patologias com maior ocorrência são: alterações do metabolismo dos lípidos (543 problemas); excesso de peso (396 problemas); hipertensão sem complicações (302 problemas); obesidade (281 problemas); síndrome vertebral com

irradiação de dores (280 problemas); abuso de tabaco (174 problemas); sinusite crónica/aguda (157 problemas); perturbações depressivas (155 problemas); diabetes não insulínica (148 problemas); veias varicosas da perna (144 problemas). Destaco, ainda, que logo a seguir no 11º lugar estão identificados 143 problemas de hipertensão com complicações.

Quanto aos dados sobre mortalidade, apenas encontrei dados relativos à região Centro, da qual faz parte este ficheiro desta UCSP. De acordo com o INE (2020), em 2020, registaram-se 123358 óbitos de residentes em Portugal, mais 11 565 (10,3%) do que em 2019. Da totalidade dos óbitos de residentes registados em 2020, a maior parte (71,9%) ocorreu em pessoas com idades iguais ou superiores a 75 anos. Entre dois de março, dia em que foram diagnosticados os primeiros casos com a doença COVID-19 em Portugal, e 31 de dezembro de 2020 registaram-se 101 604 óbitos em território nacional, sendo que 6 972 (6,9%) foram óbitos por COVID-19. Comparativamente com o ano de 2019, o número de óbitos aumentou 7,8% no Centro (INE, 2020).

Recuando para os dados sobre o número total de utentes inscritos (1629), as unidades ponderadas deste ficheiro correspondem a 2176,5, estando de acordo com o Artigo 9º, Capítulo II do Anexo do Decreto-lei n. 73/2017 de 21 de Junho em Diário da República, que refere que a lista de utentes inscritos por cada médico e enfermeiro de família tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas.

Quanto à localização do domicílio dos utentes do ficheiro, são maioritariamente de Monte Real e Carvide (1.451 utentes inscritos com uma percentagem de 89,1%). Ainda dentro da área de abrangência da UCSP Norte, existe uma percentagem de 1,35% dos utentes do ficheiro que habitam em Monte Redondo e Carreira (16), Bajouca (3) e Coimbra (3). A restante percentagem de utentes inscritos habita fora da área de abrangência (9,55%).

No que concerne aos indicadores de saúde familiar e analisando os dados relativos aos indicadores por enfermeiro de família deste ficheiro de dezembro de 2020, pude verificar que estes indicadores acabam por não refletir os cuidados à família como uma unidade de cuidados, nem os seus resultados mostram a qualidade dos cuidados de enfermagem, o que, por sua vez, contradiz os princípios da implementação das próprias USF, notando-se o foco no número de atos e na doença crónica. Por um lado, nestes indicadores, a saúde individual tem grande relevo, por outro lado, a saúde familiar acaba por estar ausente, sendo notável o esforço por parte da equipa, para que isso não se reflita nos cuidados aos utentes e família.

No entanto, destaco aqui alguns indicadores e respetivos resultados que podem dar, direta ou indiretamente, mais visibilidade à prática do Enfermeiro de Família relativos a este ficheiro,

nomeadamente: Taxa de domicílios de enfermagem por 1.000 inscritos (53,04%); Proporção de consultas realizadas pelo Enfermeiro de Família (84,76%); Taxa de utilização de consultas de PF (enfermagem) (13,01%); Proporção de idosos ou doença crónica, com vacina da gripe (57,39%); Proporção de Diabetes Melitus com exame aos pés no último ano (89,51%); Proporção de utentes com Diabetes Melitus com avaliação do risco de úlcera de pé (89,51%); Proporção de recém-nascidos com TSHPKU realizado até ao 6ºdia (100%); Proporção de crianças de 2 anos, com peso e altura no último ano (100%); Proporção de crianças de 2 anos, com acompanhamento adequado (66,67%); Proporção de crianças de 2 anos, com PNV cumprido ou em execução (100,00%); Proporção de crianças de 7 anos, com PNV cumprido ou em execução (100,00%); Proporção de jovens de 14 anos, com PNV cumprido ou em execução (95,24%); Proporção de utentes com idade igual ou superior a 25 anos com vacina do tétano (95,29%); Taxa de utilização das consultas de enfermagem nos últimos 3 anos (73,39%).

Realço que estes dados são referentes ao ano 2020, no qual teve de haver uma adaptação a condições atípicas relacionadas com a pandemia. Destaco ainda que os indicadores “Proporção de recém-nascidos com consulta de enfermagem no domicílio até ao 15ºdia de vida” e “Proporção de doentes hipocoagulados controlados na unidade” têm atribuição de valor 0, pois nesta unidade não são realizadas estas atividades.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para o desenvolvimento da prática de enfermagem, esta sustenta-se e requer a utilização de modelos que permitam a conceção dos cuidados de enfermagem, orientando o planeamento das intervenções. Assim, procurei refletir sobre as teorias e os modelos teóricos de enfermagem nos quais baseei os cuidados de ESF.

Segundo Hanson (2005), as teorias e os modelos de enfermagem evoluíram a partir de questões práticas e teorias emprestadas de outras disciplinas, bem como de uma análise das perspetivas filosóficas da enfermagem. Por sua vez, a enfermagem de família retira conhecimentos das teorias das ciências sociais da família, dos modelos conceptuais de terapia familiar, e das teorias e modelos de enfermagem. No princípio, os teóricos de enfermagem apenas olharam para os indivíduos, mas a noção de cliente foi alargada para incluir indivíduos, famílias e comunidades. A importância da família também foi realçada por Florence Nightingale, a primeira grande enfermeira teórica, vendo a família como algo potencialmente positivo e negativo (Hanson, 2005).

Hanson (2005) referencia algumas teorias ajustáveis à prática da enfermagem com famílias, nomeadamente: o modelo de adaptação de Roy (1976,1981), em que vê a família como o contexto para o desenvolvimento e adaptação individual; a teoria da consecução do objetivo de King (1981, 1987), partindo da teoria de sistemas e mais tarde centrou-se também na interação; o modelo de sistemas de Neuman (1982), em que define a família como um grupo de duas ou mais pessoas que criam e mantêm uma cultura comum, tendo como principal objetivo a continuidade; a teoria do défice autocuidado de Orem; a teoria dos seres humanos unitários de Rogers (1970, 1986,1990); a teoria da estrutura da organização sistémica de Friedmann (1995) e os níveis da prática em ESF de Friedmann (1998), sobre os quais procurei refletir no ponto 3.2.1.

A teoria de Rogers é uma teoria abstrata baseada na TGS e recorrendo a diversos campos de estudos. Esta autora abordou primeiramente o indivíduo, vendo o ser humano como um campo de energia multidimensional unitária, mas Fawcett (1981) alargou esta teoria ao explicar que a família é um campo de energia constante, de um sistema aberto, que está sempre a mudar nas suas interações com o ambiente (Hanson, 2005).

Destaco a teoria do deficit de autocuidado de Orem como ajustável à prática da enfermagem com famílias, na medida em que pode ser usada para promover a saúde das famílias, reconhecendo e avaliando áreas onde possa haver menos saúde (Gray, 1996, citado por Hanson, 2005).

Relativamente à Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem desenvolvida por Peplau, de acordo com Tomey e Alligood (2004), apesar de focar a área da enfermagem psiquiátrica, esta teoria aborda as relações entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados. Tendo de base esta teórica, na ESF, a família é o alvo de cuidados, revelando-se fundamental estabelecer uma relação terapêutica na prestação de cuidados à família. Assim, o enfermeiro de família é um elemento de confiança e recurso dos utentes e famílias, inicialmente, como um elemento estranho e, posteriormente, existe um papel evolutivo na relação terapêutica, passando pelos diferentes papéis: estranho; recurso; professor; líder; substituto; e conselheiro.

A teoria dos cuidados culturais de Leininger defende o uso da cultura para compreender os comportamentos, sendo que nenhuma cultura é igual e influencia todas as áreas da vida, vendo também cada pessoa como única com diferenças que devem ser respeitadas. Assim, a competência cultural revela-se importante para a enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Partindo do princípio que cada cultura tem remédios tradicionais, conhecimento profissional e práticas profissionais que variam, para Leininger, os cuidados de enfermagem baseados na cultura promovem o bem-estar das pessoas, beneficiando a saúde. Defendendo, ainda que, um enfermeiro culturalmente competente é aquele que sabe incorporar as crenças pessoais, sociais, ambientais e culturais da pessoa no plano de cuidados sempre que possível e respeita a diversidade cultural, procurando aumentar o seu conhecimento e sensibilidade cultural (Tomey & Alligood, 2004).

A Teoria de médio alcance das Transições de Meleis (1997, citada por Tomey & Alligood, 2004), em que o enfermeiro colabora com as famílias, de forma a proporcionar transições saudáveis, após período de mudança vivenciado, ajudando a prosseguir com novas competências e novas funções nesse processo.

O Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF) de Wright e Leahey (2009) tem como influências teóricas, as seguintes: pós-modernismo; a TGS; a cibernética; a teoria da comunicação humana; a teoria da mudança; e a biologia da cognição. Este permite trabalhar com as famílias, vendo-as como um sistema, identificando os problemas de saúde, os recursos e meios para os enfrentar e os apoios comunitários disponíveis, possibilitando assim uma orientação para intervir na família (Wright & Leahey, 2009).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2012), este modelo é importante para a prática de ESF na medida que estabelece uma matriz operativa dos cuidados a prestar à família. O MDAIF reconhece a complexidade do sistema familiar,

considerando como propriedades a globalidade, a equifinalidade e a auto-organização. Assim, este modelo confere ao sistema familiar uma organização específica, partilhando o princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, devem ser dirigidos por uma abordagem sistémica, com relevo no estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências (Figueiredo, 2012).

Ainda sobre o MDAIF (Figueiredo, 2012), este apresenta diversas dimensões e dentro destas existem as respetivas áreas de atenção familiares, nomeadamente: estrutural apresenta o rendimento familiar, edifício residencial, precauções de segurança, abastecimento de água, animal doméstico; desenvolvimento apresenta a satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental; e funcional, que apresenta o papel de prestador de cuidados e processo familiar.

Por último, mas não menos relevante, destaco o cuidado baseado nas Forças de Gottlieb (2016), que inclui diversas teorias. Esta autora revela que ter uma perspetiva teórica singular dá a uma profissão e aos seus membros uma identidade, fornecendo o enquadramento e a linguagem com a qual se comunica com os outros. A enfermagem vai mais além que a compaixão e ter uma atitude solidária, tratando-se de compreender a condição humana em toda a sua complexidade, ajudando as pessoas a lidar com os eventos da vida e as escolhas que afetam a sua saúde. Pois, a competência de enfermagem requer um conhecimento aprofundado, capacidade de raciocínio e juízo clínico, e uma vasta diversidade de competências técnicas e pensamento crítico que foram desenvolvidas ao longo dos anos de prática, que combinam igualmente a arte e a ciência do cuidado e da cura (Weinberg et al., 2006, citado por Gottlieb, 2016).

No cuidado baseado nas Forças de Gottlieb (2016), destaco a importância da parceria colaborativa. Este conceito é definido como uma relação diferente entre a pessoa e o enfermeiro e redefine os limites entre eles. Em vez de a pessoa ser o recetor passivo de cuidados, ela torna-se um parceiro no seu próprio cuidado, substituindo a tradicional relação hierárquica (paternalista), em que o prestador de cuidados de saúde é o perito que sabe o que é melhor para a pessoa, e espera que a pessoa cumpra o regime terapêutico. Pelo contrário, a abordagem da parceria colaborativa do cuidado requer, entre outras coisas, uma vontade por parte do enfermeiro de partilhar o poder com a pessoa e de trabalhar em conjunto nos objetivos mutuamente definidos (Gottlieb & Feeley, 2006, citados por Gottlieb 2016).

Segundo Gottlieb (2016), através deste tipo de relação, o enfermeiro ouve a pessoa, reconhecendo a experiência da mesma, e juntos elaboram um plano de cuidados que é feito

à medida dos objetivos, necessidades, preferências e estilo de vida, e as circunstâncias da pessoa e da família. Esta relação encoraja os indivíduos a envolverem-se mais e a assumirem mais responsabilidade pelos seus cuidados.

O cuidar baseado nas forças é uma abordagem do cuidar, em que o enfermeiro identifica, desenvolve as forças da pessoa e da família, numa parceria colaborativa, trabalhando as suas forças para os capacitar a lidar com os seus problemas, alcançarem os seus objetivos de saúde, de forma a descobrir um novo propósito e significado de vida. Esta abordagem tem sido utilizada na promoção de saúde, para melhorar o bem estar, sendo que as forças podem ser de natureza biológica, intra e interpessoais e sociais (Gottlieb 2016).

É importante referir ainda que esta abordagem não tem como objetivo ignorar ou negar os problemas, mas sim, debruçar-se sobre o uso das forças para contrabalançar, conter ou minimizar os pontos fracos, para permitir que o que está bem funcione eficazmente (Gottlieb, 2016).

Optei por citar cada uma destas teorias e modelos onde a ESF “foi beber”, pois não existe apenas uma teoria ou modelo na qual consiga basear a minha prática. No entanto, posso considerar determinada teoria/modelo mais relevante consoante as situações que surgem na minha prática.

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

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 em Diário da República de 6 de fevereiro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019), no Capítulo I, Secção II, artigo 3.º, dos Conceitos, para cada área de especialidade em enfermagem, entende-se por: competências comuns, as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria; competências específicas, as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Assim, este capítulo enquadra o desenvolvimento das competências comuns e específicas da ESF. Neste capítulo, procurei respeitar os objetivos específicos do estágio, não destacando apenas as práticas realizadas e competências atingidas, mas sim refletir e analisar as práticas dos cuidados.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS

No Regulamento n.º 140/2019, referido acima, no capítulo II das Competências, artigo 4.º, os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são os seguintes: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Neste subcapítulo, apresento uma reflexão sobre as competências comuns desenvolvidas no contexto prático, encontrando-se dividido pelos domínios mencionados.

3.1.1 Responsabilidade Ética e Deontológica

Dentro do domínio da responsabilidade ética e deontológica, procurei desenvolver uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção, por exemplo através da construção de estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa e família, sendo também muitas vezes com a equipa de enfermagem, bem como com a equipa multidisciplinar integrada no processo de cuidados. Procurei suportar a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência, principalmente, em situações complexas.

Além disso, procurei promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, desenvolvendo sempre a minha atividade de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e respeito pelos princípios éticos nos cuidados prestados, nomeadamente o respeito pela dignidade humana, a preservação da privacidade do indivíduo/família, a confidencialidade da informação, as preferências e a autonomia do indivíduo/família, o respeito pelas suas crenças e valores, bem como a responsabilidade dos meus atos, no sentido de estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e família.

Destaco que conhecer todo o contexto do local de estágio, desde a estrutura física e a dinâmica organizacional até à caracterização dos utentes do ficheiro clínico da enfermeira orientadora, permitiu-me realizar uma prática mais autónoma e responsável, com uma consciência crítica e tomada de decisões baseadas nos princípios, valores e normas deontológicas.

Neste domínio ético, destaco uma situação em particular da prática de cuidados que me fez refletir sobre os registos de enfermagem dos cuidados prestados à família, que acabou por ser uma preocupação e uma dificuldade, pois nem sempre foi possível realizar os registos da avaliação e intervenção à família, ficando apenas o registo no processo individual da pessoa alvo dos cuidados.

Segundo o CDE (Ordem dos Enfermeiros, 2015), alínea d) do Artigo 104.º, do direito ao cuidado, o enfermeiro, assume o dever de assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas.

No entanto, nesta unidade, identifiquei que o tempo que está definido para uma consulta de enfermagem (especificamente, de 15 minutos e, no domicílio, de 30 minutos), independentemente do programa de saúde, é efetivamente escasso para uma avaliação e intervenção do enfermeiro de família com princípio, meio e fim, nomeadamente em situações complexas e conseguir assegurar uma boa continuidade dos cuidados, que pode ser garantida através dos registos de enfermagem.

Apesar destes tempos predefinidos poderem variar consoante necessidade, é necessário ter em atenção que, normalmente, as consultas estão planeadas por programas de saúde, sendo que na sua maioria a pessoa/família é atendida primeiramente pelo enfermeiro e, posteriormente pelo médico, o que quer dizer se nos alongamos mais com determinada pessoa ou família irá interferir também com a prática do outro profissional de saúde, notando-se, assim, a importância do trabalho em equipa e respetiva intervenção em conjunto, o que acontecia diversas vezes.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019), no âmbito dos CSP, o tempo médio adequado para cuidados de enfermagem quer para a consulta de enfermagem quer para a consulta de enfermagem especializada é de 30 minutos. No que concerne à consulta de enfermagem no domicílio, especializada ou não, é de 60 minutos, excluindo o tempo para deslocação.

Além disto, notei que por vezes existe falta de conhecimento/formação por parte da equipa de enfermagem, nomeadamente sobre a realização de registos de enfermagem dos cuidados prestados à família como um todo, sendo algo possível no sistema informático utilizado neste serviço. Partindo do princípio que a realização destes registos é essencial, torna-se relevante formar os enfermeiros dos serviços para haver uma uniformização do conhecimento, permitindo haver melhores registos, melhor continuidade de cuidados e, por sua vez, dando mais visibilidade à prática de cuidados de enfermagem à família, que muitas vezes já é algo em que o enfermeiro avalia e intervém, mas não fica registado.

Assim, tendo de base o artigo 109.º CDE (Ordem dos Enfermeiros, 2015), alíneas a), b), c) e e), da excelência do exercício, procurei assumir o dever de: analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude, procurando adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; e manter a atualização contínua dos meus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos.

Ainda sobre os cuidados de enfermagem à família como um todo, destaco que foi muito interessante a partilha de conhecimento que tive entre mim e outros membros da equipa de enfermagem, nomeadamente sobre modelos de avaliação e intervenção familiar, bem como explicar como registar os cuidados prestados à família no *SClínico*®.

Assim, através de mais conhecimento sobre todas as funcionalidades do sistema de informação, neste caso, o *SClínico*®, será possível uma correta utilização do sistema de informação por parte de todos os profissionais, o que permitirá uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sendo este o próximo domínio a abordar, e com vista nos ganhos em saúde familiar.

3.1.2 Melhoria da Qualidade

No âmbito dos cuidados de saúde, a qualidade constitui uma exigência e uma prioridade nos cuidados prestados ao indivíduo e família, tendo sempre em vista os ganhos em saúde obtidos

através dos mesmos. Assim, procurei colaborar na melhoria contínua da qualidade, responsabilizando-me pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem de família, criando e mantendo um ambiente terapêutico e seguro.

Neste subcapítulo, em vez de focar aspetos mais técnicos em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem, optei por refletir sobre determinada situação que a melhoria dos cuidados de enfermagem à família fosse o foco.

Destaco uma situação em particular, na consulta de enfermagem de Saúde Materna, em que ao longo das diferentes consultas em diferentes idades gestacionais, constatei que todas as grávidas vinham à consulta sozinhas e não era abordado o envolvimento do companheiro da grávida (casal) nas consultas de SM. Considerei interessante a reflexão sobre este tema com a enfermeira orientadora, pois poderia haver alguma limitação, de forma a evitar um grande número de pessoas, devido ao contexto de pandemia. Contudo, o envolvimento de ambos os membros do casal, ou pessoa de referência da grávida, na consulta tem sido um aspeto que tem passado despercebido, não só em tempo de pandemia.

Foi um aspeto que ambas considerámos relevante para a melhoria da qualidade das práticas em cuidados de saúde familiar, pois, apesar do contexto de pandemia, o incentivo do envolvimento do “casal grávido” é importante para a promoção da saúde familiar, integrando o “futuro pai” nas consultas, promovendo uma transição desenvolvimental saudável na família, através dos cuidados antecipatórios e da educação para a saúde ao casal e não apenas à grávida.

Desde o estágio II (anterior a este), procurei definir uma temática/questão de investigação útil para o serviço, ou seja, um tema relacionado com a prática clínica e que traga ganhos à mesma. Ao refletir com a enfermeira orientadora sobre o assunto, referido à priori, considerámos que seria importante abordar um tema relacionado com o Papel do Enfermeiro em CSP na Adaptação à Gravidez, visando o envolvimento de ambos os membros do casal. Procurei saber mais sobre a literatura existente sobre a temática. O título foi sofrendo alterações, sendo que no quarto capítulo deste trabalho é desenvolvida a temática através de uma revisão integrativa da literatura.

3.1.3 Gestão de Cuidados

Relativamente ao domínio da gestão de cuidados, considero que comecei por desenvolver estas competências com a caracterização do contexto prático, no primeiro capítulo deste trabalho, colaborando na gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e articulando com equipa multiprofissional.

Partindo da componente teórica das aulas de gestão em enfermagem, foi possível compreender melhor os conteúdos no contexto prático, bem como melhorar a minha prática profissional, através dos seguintes conteúdos, por exemplo: gestão de tempo; conceitos de direito, nomeadamente à saúde; organização e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS); socialização organizacional no âmbito da Gestão dos Recursos humanos nas instituições de saúde; gestão da formação; gestão de recursos materiais; gestão de recursos humanos e avaliação de desempenho.

No ponto 3.1.1, destaco que senti que, por vezes, o tempo atribuído para a consulta de enfermagem é escasso, não só para mim, mas também para a restante equipa de enfermagem. A partir disto, concluo que uma correta gestão de tempo é essencial, através de um correto planeamento do tempo.

Como sugestão ou resolução, seria proveitoso apostar na formação dos enfermeiros, na área de ESF, nomeadamente sobre os sistemas de informação utilizados, de forma a agilizar e melhorar os registos dos cuidados à família. E, além disto, consoante a situação, preparar a consulta antes da entrada da família nem que seja por dois minutos, realizar posteriormente a entrevista/avaliação, o plano de cuidados em conjunto com o utente e família e os registos no final, após a saída do utente.

Por exemplo, em determinadas situações, o facto de ter planeado a entrevista à família com base em algumas informações que a enfermeira orientadora me transmitiu anteriormente, permitiu-me dar uma boa continuidade aos cuidados, bem como, gerir melhor o tempo. Assim, apesar de não conseguir “esticar” o tempo, consegui fazer uma melhor utilização do mesmo, e, por sua vez, aprendendo a gerir o tempo.

Relativamente à gestão de recursos materiais, pude colaborar com a enfermeira orientadora, participando na gestão do material clínico, percebendo melhor como funciona o fornecimento, organização e armazenamento.

Uma situação interessante a destacar sobre a Gestão de Recursos Humanos e Avaliação de Desempenho, foi o facto de ter coincidido o meu estágio com o decorrer da avaliação de desempenho da enfermeira orientadora, sendo que através da partilha da enfermeira consegui perceber melhor o funcionamento deste processo.

Na Portaria n.º 242/2011 de 21 de Junho dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde (2011) em Diário da República, 1.ª série — N.º 118, sobre o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública (SIADAP), no artigo 2, parâmetros da avaliação, refere que a avaliação do desempenho dos enfermeiros

integra-se no ciclo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde e, tendo por referência padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem previamente definidos, efetua-se com base nos seguintes parâmetros: objetivos individuais, estabelecidos em articulação com os objetivos da respetiva unidade orgânica, avaliados com base em indicadores de medida previamente estabelecidos pelo conselho coordenador da avaliação; comportamentos profissionais, que visam avaliar capacidades técnicas e comportamentais adequadas ao exercício das funções do avaliado.

Destaco ainda que pude passar por todo o processo de socialização organizacional no âmbito da Gestão dos Recursos humanos nas instituições de saúde, permitindo-me participar como membro efetivo da unidade, através de um adequado processo de integração.

Por fim, considero que, neste estágio, não desenvolvi propriamente a liderança de equipas, tendo em conta que uma das competências deste domínio é adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. No entanto, considero que consegui fazer uma boa gestão das atividades a realizar com a enfermeira orientadora, consoante os objetivos que estabeleci previamente no projeto de aprendizagem, no estágio anterior. Além disto, através da colaboração com a enfermeira orientadora, pude ter uma visão ampla da organização e funcionamento dos diferentes aspetos inerentes à gestão de cuidados numa unidade funcional, neste caso, uma UCSP.

3.1.4 Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Neste capítulo, ao refletir sobre as competências desenvolvidas, organizei o meu pensamento e analisei criticamente a minha prática através do Ciclo de Gibbs (1988). Considero esta ferramenta importante não só numa fase inicial de aprendizagem, mas também ao longo da vida profissional, pois, o nosso conhecimento está em constante evolução, sendo que a reflexão deverá estar presente no nosso dia-a-dia. Este ciclo apresenta seis etapas (Wilding, 2008): descrição; pensamentos e sentimentos; avaliação; análise; conclusão; e planear a ação. Através desta ferramenta, que utilizo, por vezes quase inconscientemente, para diferentes situações da vida profissional, consegui desenvolver o autoconhecimento e a assertividade.

Fernandes e Vareta (2019) referem que existem vários entraves a uma prática de enfermagem que integre o pensamento reflexivo, especificamente, a limitação do tempo para realização de todas as intervenções do cuidar e a capacidade de cada um refletir sobre si e sobre a sua intervenção. Por outro lado, os ganhos que advém deste processo são essenciais para o desenvolvimento profissional, pois constituem um meio de transformação do indivíduo e do

contexto, através do seu potencial para ser um instrumento de capacitação e superação. A aprendizagem em contexto profissional é sustentada pelo questionar da prática. Este movimento permite desafiar as próprias fronteiras e aceitar a mudança, podendo transformar o indivíduo, a instituição e a profissão. Assim sendo, o pensamento reflexivo revela-se um instrumento de desenvolvimento pessoal e profissional, que pode levar à evolução da enfermagem e ao aperfeiçoamento da profissão.

Assim, considero muito importante a minha formação para o meu desenvolvimento, não só profissional, mas também pessoal.

De acordo com Amiguinho (1992), a formação alcança a solução para as problemáticas que surgem aos indivíduos e aos grupos sociais, no sentido de satisfazer dúvidas, anseios e questões de toda uma sociedade em constante mutabilidade. Além disto, a formação é um processo contínuo, sendo que não se esgota no tempo e se prolonga num trajeto e num projeto de vida. Esta corresponde às aspirações de uma maneira de ser, de agir e de sentir, um processo de transformação individual na tripla dimensão do saber, do saber fazer e do saber ser.

Neste estágio, existiram diversas situações de partilha de conhecimento entre a equipa de enfermagem através da divulgação da informação com interesse para o pessoal de enfermagem, nomeadamente, a partilha por parte de um membro da equipa de enfermagem um Manual de Apoio para as equipas de Saúde Familiar da ARS Norte. A partilha deste manual foi importante na medida em que me ajudou a ter uma visão ampla da formulação dos diagnósticos possíveis no *SCLínico®*, facilitando o planeamento dos cuidados de enfermagem e registo clínico nesta plataforma.

Apesar das, já mencionadas, situações de partilha de conhecimento entre a equipa de enfermagem que foram surgindo, continua a ser bastante importante apostar na formação contínua dos profissionais, com vista à melhoria de qualidade dos cuidados de ESF.

Assim, procurei participar em oportunidades formativas do serviço, tendo participado em atividades formativas com os temas “Amamentação” e “Alimentação e Crescimento/Desenvolvimento do Bebê”.

Neste estágio, pude estabelecer relações assertivas com a equipa de enfermagem, havendo um ambiente propício à aprendizagem, tanto para mim como para os restantes elementos de enfermagem, permitindo uma aprendizagem em grupo, que excedeu a individual.

Relativamente à segunda competência deste domínio, procurei sempre “basear a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, especialmente no desenvolvimento deste trabalho.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Para elaboração da reflexão sobre as competências específicas, este subcapítulo foi dividido com base no Anexo II do Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018 da OE das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (2018). Aqui, procurei refletir também sobre as práticas realizadas e resultados obtidos.

3.2.1 Cuida da Família como Unidade de Cuidados

Com base no regulamento mencionado acima, esta competência corresponde a cuidar a família, considerando-a como unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, promovendo a sua capacitação e focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.

Primeiramente, considerei como dificuldade o facto de não estar numa USF, sendo mais difícil a implementação dos cuidados de enfermagem à família numa UCSP. Com base nos níveis da prática em ESF de Friedemann (1998, citado por Hanson, 2005), posso destacar que na UCSP Norte, na maioria das vezes, se verifica os dois primeiros níveis: nível I, onde a abordagem aos cuidados de enfermagem de família concentra-se na avaliação e nos cuidados a um cliente individual na qual a família é o contexto para o indivíduo como um recurso ou um fator de stress para a sua saúde e doença; e o nível II que se centra na avaliação de todos os membros da família (alvo de cuidados) e onde o foco de atenção está em cada indivíduo. Por outras palavras, acabam por ser prestados cuidados tendo em conta as partes, vendo a família como um recurso e não como o todo, pois também existem limitações de tempo, e as plataformas informáticas apresentam poucos aspetos favorecedores da ESF, por serem pouco atualizados e escassos.

Contudo, pude verificar em situações mais complexas que também existe intervenção de enfermagem nos seguintes níveis de Friedemann (1998, citado por Hanson, 2005): nível III, aqui o foco são os subsistemas familiares, trabalhando com dois ou mais elementos para obter compreensão e apoios mútuos; e o nível IV, o alvo é a família como sistema interativo, sendo o foco as dinâmicas internas da família, as suas relações, a estrutura, funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente.

Uma situação que pude acompanhar era referente a um idoso com úlcera de perna, ao avaliar o Índice Pressão Tornozelo Braço (IPTB) pudemos garantir a segurança da aplicação da terapia compressiva. Esta ferida, apesar de ser relativa ao indivíduo, pode ser um fator de stress para o mesmo e respetiva família. Neste caso, foi importante a enfermagem de família, pois procurámos saber mais sobre a sua estrutura interna e externa, bem como seu contexto. Utilizando a situação exemplo sobre um senhor com úlcera de perna de origem venosa apresentava algumas crenças em relação ao uso “mezinhas”, nomeadamente o uso do limão para curar a ferida, sendo que, da maior parte das vezes, o senhor trazia os pensos desfeitos e com caroços de limão. Assim, foi importante avaliar o suporte familiar, neste caso os filhos eram imigrantes e, através da rede de apoio, designadamente a instituição que prestava serviço de apoio ao domicílio, foi possível obter um contacto (e-mail) de um dos filhos. Uma filha (enfermeira de profissão) quando veio a Portugal, acompanhou o utente às consultas e facilitou a comunicação com o utente, que também era difícil, devido à hipoacusia e também devido ao facto de ter sido imigrante e perceber melhor o francês. Desta forma, foi possível perceber as suas crenças, desconstruindo as mesmas e facilitar o processo de tratamento, aumentando a literacia em saúde do utente.

De acordo com Martinho e Gaspar (2012), além de viverem com a úlcera, os doentes vivem com as respetivas implicações bio-psico-sociais durante muito tempo, alguns durante muitos anos, sem nunca atingir a cicatrização, sendo que muitos recursos são consumidos e a qualidade de vida destes doentes também fica prejudicada.

Segundo a Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS) (2019, p.6), no plano de ação sobre Literacia em Saúde 2019-2021, refere que o conceito definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) “como o conjunto de «competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde»”. Ainda neste plano destacaram, também, que em Portugal cinco em cada dez pessoas da população portuguesa têm níveis reduzidos de Literacia em Saúde.

Outro exemplo em que pude destacar que existe um baixo nível de literacia em saúde, foi numa consulta de enfermagem no âmbito da diabetes a um utente com 74 anos, ao realizar a vigilância do pé diabético, detetei a existência de uma ferida na perna, que segundo o utente, teria sido de causa traumática há dois meses. E, em vez de, procurar os cuidados de enfermagem na sua unidade de saúde, o utente esteve a fazer tratamentos no domicílio, utilizando pomadas que adquiria na farmácia.

De acordo com um estudo realizado por Pedro, Amaral e Escoval (2016), em Portugal, 61% da população inquirida apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado e à medida que a idade aumenta o nível de literacia em saúde diminui. Para além de que níveis adequados de literacia em saúde parecem resultar em melhorias na condição de saúde das pessoas. Com base nos dados sociodemográficos da UCSP, é possível verificar que esta unidade abrange uma população mais idosa, havendo assim menores níveis de literacia.

Segundo DSPDPS (2019), as abordagens em Literacia devem contemplar as especificidades de cada estágio de desenvolvimento, desde a conceção ao envelhecimento, as relações com a família, os grupos de pares e a comunidade, têm um papel central neste processo de promoção da Literacia em Saúde, promovendo a saúde ao longo do ciclo de vida. Assim, através deste processo será possível a capacitação em saúde para a utilização adequada dos sistemas de saúde pelos cidadãos, sendo importante ao longo do ciclo vital, pois as crianças e os jovens de agora são os adultos do futuro e os adultos de agora são os idosos do futuro. Este é um tema recente, mas que se releva cada vez mais importante. Principalmente nesta altura que atravessamos, devido à pandemia causada pelo novo coronavírus existe uma enorme necessidade de acompanhar o conhecimento científico, permitindo que este chegue a todos da forma mais direta e efetiva, não deixando ninguém para trás (DSPDPS, 2020).

Outra dificuldade que destaquei foi o facto de ter dois dias de estágio por semana, por vezes dispersos, dificultou o acompanhamento da mesma família nas diferentes consultas de enfermagem, que por vezes não coincidia com a minha disponibilidade. No entanto, em conjunto com a enfermeira orientadora ajustei o horário das consultas e disponibilidade da família cuidada com os meus dias de estágio, sempre que fosse possível coincidir.

Durante estes estágios, pude destacar uma experiência com uma família à qual apliquei o processo de enfermagem segundo o MCAIF. Pude prestar cuidados antecipatórios, contribuindo para uma transição saudável. Por exemplo, para realizar o processo de enfermagem, pude ter de base a maioria dos modelos e teorias, que referi no capítulo 2 deste trabalho. Ao escolher a família, optei por uma família em que eu pudesse intervir em processos de transição no ciclo de vida, bem como, abrangesse as áreas da SM e Saúde Infantil e juvenil, nas quais tive menos oportunidades nestas áreas durante a minha vida profissional. Neste caso, foi uma transição entre os dois primeiros estágios de desenvolvimento de Duvall.

Tendo de base a teoria de Peplau e ao realizar o processo de enfermagem segundo o MCAIF, refleti sobre qual a melhor forma de organizar, abordar os diversos temas e preparar a primeira entrevista, neste caso, à grávida. Assim, em primeiro lugar, optei por delinear um guião de

entrevista, de forma a orientar a entrevista, procurando saber mais sobre a sua história familiar, focar os pontos essenciais a abordar nesta etapa do ciclo de vida da família em questão, e preparando a mesma para a transição. Além disto, procurei dar oportunidade à expressão de sentimentos. Pude concluir que foi uma mais valia optar por uma entrevista semiestruturada, em vez de estruturada, na medida em que esta tipologia me permitiu dar mais liberdade à entrevistada, permitindo que esta não fugisse muito ao tema, seguindo uma orientação preestabelecida (Sequeira, 2016).

Realizei também entrevistas estruturadas, onde incluía a história pessoal, familiar ou reprodutiva, por exemplo, na consulta de PF (no preenchimento da avaliação inicial no *SClínico®* e no *SiiMA Rastreios*) ou nas primeiras consultas de SM (ao preencher o boletim de saúde da grávida). Estas acabam por ser entrevistas clínicas centradas no entrevistador, focando a recolha de dados para determinada avaliação e/ou diagnóstico de enfermagem, apenas com o intuito de conhecer o seu estado de saúde (Sequeira, 2016).

Comparando estes dois tipos de entrevista que realizei, na situação da família sobre a qual fiz o trabalho segundo o MCAIF, considero que permitiu centrar na pessoa entrevistada, proporcionando um ambiente seguro e de confiança para a discussão de temas difíceis, ultrapassando mais facilmente o papel de estranho na relação terapêutica (definido na Teoria de Peplau). Assim, segundo Cardoso (2012), através da entrevista centrada no entrevistado foi possível explorar, começando com perguntas abertas, obtendo os seus pontos de vista, crenças, expectativas, saber quais as pessoas significativas e redes de suporte. Outras técnicas comunicacionais que utilizei foram: encorajamentos verbais e não verbais; seguimento de pistas verbais; paráfrases; resumos; linguagem positiva; e escuta ativa.

Até aqui, posso concluir que consegui cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação através dos cuidados antecipatórios, de forma a ultrapassar a situação de crise normativa, colaborando com a família numa transição do ciclo vital. A partir daqui, senti-me mais competente para intervir, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas e facilitar a resposta da família em situação de transição complexa.

Assim, pude colaborar com colegas na resolução de problemas mais complexos de ESF, nomeadamente uma família que pertencia ao ficheiro de outra colega, em que a enfermeira orientadora garantia a sua substituição. Esta família era constituída por um casal jovem de 22 anos, desempregados, principal fonte de sustento era o rendimento de inserção social, ambos fumadores, com uma filha de 12 meses. Pude acompanhar esta família numa consulta antes e outra após o nascimento do segundo filho do casal.

Realço que todo o contexto desta família era muito mais complexo. No entanto, queria focar mais uma situação sobre a qual refleti e desenvolvi a minha aprendizagem. Na primeira consulta do recém-nascido, a mãe encontrava-se muito nervosa, agitada e preocupada. Trazia uma carta do hospital com resultados laboratoriais positivos para canabinóides, estando a ser acompanhados pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. No hospital, a assistente social tinha dado indicação para irem viver com uns avós, de forma a terem mais vigilância. A utente referia que desde o nascimento do bebé tinha deixado de consumir e que pretendia continuar sem consumir, mas não estava a conseguir lidar com a situação, pois tinha receio que lhe tirassem os seus filhos.

Assim, procurei ter uma abordagem segundo o cuidar baseado nas forças, partindo de uma parceria colaborativa, especificamente através do processo espiral (Moudarres & Ezer, citadas por Gottlieb, 2016), integrado no cuidar baseado nas forças, utilizado para desocultar e descobrir forças que consiste em quatro fases, nomeadamente: explorar e ficar a conhecer; aproximação do alvo; pôr em prática; e rever. Na primeira fase, existem diversas abordagens, optei por explorar as preocupações, expectativas, acontecimentos passados, dificuldades, rede de apoio, bem como utilizando o genograma e ecomapa, e perceber como conseguiram ultrapassar dificuldades em acontecimentos anteriores. Assim, foi possível identificar alguns pontos fortes e fracos na família, reforçando os pontos fortes na resposta familiar às transições. Apesar de apresentar os diferentes passos do processo de espiral, é importante referir este não segue um padrão linear, avançando ou recuando, sempre que necessário.

3.2.2 Colabora nos Processos de Intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, prestando cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família e aos diferentes níveis de prevenção

Ao longo do meu estágio, procurei gerir o sistema de cuidados de saúde à família aos diferentes níveis de prevenção. Neste subtópico, optei por refletir sobre a minha atuação em cada nível de prevenção, nomeadamente primária, secundária e terciária, sendo que destaco a minha intervenção através de algumas situações que foram surgindo.

Começando pela prevenção primária, esta inclui o conjunto de atividades que visam evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou de uma população a um fator de risco ou causal antes que se desenvolva um mecanismo patológico (Jamouille, 2000; Jamouille et al., 2002, citados por Almeida, 2005). Este tipo de prevenção inclui a imunização (vacinação), que visa aumentar a resistência do hospedeiro a um determinado microrganismo. Desta forma, a finalidade deste nível de prevenção é reduzir a incidência da doença, através do controlo dos

factores de risco ou causais, ou ainda reduzir o risco médio na população (Alwan, 1997, citado por Almeida, 2005).

No Jornal Enfermeiro, artigo de Figueiredo (2021, p.12), a autora destaca o sucesso da vacinação e o enfermeiro de família, referindo que

“No contexto da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), a vacinação é uma atividade assistencial integrada nas diferentes consultas de enfermagem ao longo do ciclo de vida. Os enfermeiros especialistas diagnosticam em permanência o regime de imunização, avaliando os conhecimentos, as crenças e a adesão ao PNV; e de acordo com os seus diagnósticos, vão desenvolvendo intervenções, que podem ser do tipo informar e ensinar, otimizar crenças e promover a adesão. Cada pessoa é única e existem também, no contexto familiar, crenças em saúde que ora podem potenciar a adesão à vacinação (pelas experiências positivas que alicerçam a confiança no enfermeiro de família e no PNV), ora podem potenciar comportamentos de não adesão suscetíveis de permitir o desenvolvimento de fenómenos como a hesitação vacinal.”

Assim, transferindo agora para o contexto atual de pandemia, desde o aparecimento das primeiras vacinas contra a COVID-19, diversos indivíduos e famílias nas diferentes consultas de enfermagem me abordavam e questionavam sobre a mesma, pude intervir com os indivíduos e famílias, conhecendo os seus medos/receios, otimizar as suas crenças e promover a adesão à vacinação.

Apesar destas vacinas não serem administradas nestas unidades funcionais, os indivíduos e famílias veem o enfermeiro de família como uma referência, sendo importante realçar o papel do enfermeiro de família na desmistificação de medos relativos à vacinação contra a COVID-19 através da educação para a saúde.

Quanto à prevenção secundária, tem como finalidade a deteção de um problema de saúde num indivíduo ou numa população numa fase precoce, por forma a condicionar favoravelmente a sua evolução (Jamouille, 2000; Jamouille et al., 2002, citados por Almeida, 2005). É neste nível de prevenção que se enquadram os rastreios, nomeadamente do cancro do colo do útero, no qual tive maior intervenção, neste estágio, nas consultas de saúde da mulher. Além deste tipo de rastreio, posso destacar também o rastreio da fenilcetonúria no recém-nascido. Aqui é importante realçar novamente o papel do enfermeiro de família, através da educação para a saúde, capacitando os indivíduos e famílias para tomar decisões informadas sobre a sua saúde e prevenindo, por sua vez, a doença ou a sua evolução.

Relativamente à prevenção terciária, tem como objetivo reduzir os custos sociais e económicos dos estados de doença na população através da reabilitação e reintegração precoces e da potenciação da capacidade funcional remanescente dos indivíduos (Almeida, 2005). Este nível de prevenção implica o tratamento e controlo das doenças crónicas, por exemplo, através das consultas de vigilância de hipertensos, diabéticos, acompanhamento de doença crónica e tratamento de feridas.

No âmbito da prevenção terciária, destaco uma situação relativa a um utente com Diabetes Mellitus tipo 2 descompensada, o qual necessitava de iniciar insulino terapia. No entanto, o utente apresentava um défice cognitivo, em que a educação para a saúde ao utente não era suficiente. Assim, foi incluída no plano terapêutico a pessoa de referência que, por sua vez, era a cuidadora informal. Neste caso, era uma irmã, que vivia nas proximidades, dando assim o apoio necessário em algumas atividades de vida diárias e fazendo o acompanhamento do utente, nomeadamente às consultas na unidade. Durante esta consulta, esta irmã sentia-se preocupada com o facto de não ter total disponibilidade para respeitar o horário da administração da insulina, bem como, receosa em relação a conseguir realizar a técnica de administração de insulina corretamente. Estas emoções estavam a bloquear possíveis soluções para o problema.

Num estudo sobre a tensão do papel de cuidador, todos os familiares em situação de acompanhamento de doentes em tratamento hospitalar para doenças crónicas vivenciaram a tensão do papel de cuidador. A falta de tempo para atender às necessidades e interesses pessoais e dedicar-se ao bem-estar do outro compromete e ameaça o bem-estar do cuidador. Priorizar o cuidar do outro em detrimento de cuidar de si próprio, é algo que pode ser sustentado durante certo período, mas quando ultrapassa o limite, gera a frustração pela falta de tempo para atender às necessidades e interesses pessoais. O papel do enfermeiro consiste em propor estratégias para resolução das dificuldades enfrentadas por esta família, especificamente, do cuidador responsável, além de detetar precocemente evidências deste diagnóstico e amenizar os fatores de risco a que estes cuidadores estão expostos (Montefusco, Bachion, Vera, Caixeta, & Munari, 2011).

Para esta situação-exemplo, foi importante ter de base o modelo dinâmico de Figueiredo (2009), tendo avaliado estrutural e funcionalmente a família, focando a dimensão funcional e por sua vez a área de atenção familiar o papel do prestador de cuidados. Considero que foi importante ter conhecimentos sobre a matriz operativa do MDAIF, pois facilita a realização do processo de enfermagem, nomeadamente em relação ao registo do plano dos cuidados no *SClínico®*.

Além deste modelo, foi também importante ter de base as intervenções definidas no MCAIF. Em relação à funcionalidade da família, posso destacar algumas intervenções utilizadas, nesta situação. As intervenções utilizadas foram: elogiar as forças da família e dos indivíduos; oferecer informações e opiniões; validar e normalizar as respostas emocionais; bem como, estimular o apoio familiar. Desta forma, foi possível alargar horizontes, oferecendo novas ideias e educar o utente e a família sobre o regime terapêutico, conseguindo encontrar novas soluções para os problemas e preocupações identificados pela família, nomeadamente procurando outros recursos de apoio não só na família alargada, incentivando os restantes membros a serem cuidadores, neste caso os restantes irmãos, bem como procurando o apoio de instituições sociais, para evitar a sobrecarga da cuidadora, pois tinha também o seu trabalho e família nuclear (marido e filhos).

Deste modo, foi possível capacitar a família na resolução dos problemas, ajudando a lidar com desafios difíceis (neste caso, o agravamento da doença e respetivo tratamento) e garantir ganhos na saúde individual de ambos os membros, bem como na saúde familiar.

Como última reflexão, questionei-me: o enfermeiro de família deve realizar os registos em ambos os processos, no processo individual e no processo da família, no programa *SClínico*? E, em que situações? Com base nas reflexões e situações-exemplo apresentadas à priori, considero que consoante a avaliação das necessidades pelo enfermeiro de família, este profissional, sempre que possível, deveria realizar os registos em ambos os processos no *SClínico* a famílias em condições de maior complexidade. Pois, na prática, o tempo é uma limitação no quotidiano do enfermeiro de família.

Por fim, concluo que consegui criar e sustentar uma visão partilhada da ESF, aos diversos níveis de prevenção.

4 PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Na componente de investigação deste relatório, optei por realizar uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), sendo esta um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada na Evidência (PBE) que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Este método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Desde 1980 a revisão integrativa é relatada na literatura como método de pesquisa (Roman & Friedlander, 1998, citados por Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Assim, a temática escolhida para esta RIL foi: “A Participação do Parceiro no Pré-Natal: Implicações na Enfermagem de Família”. De seguida, apresento a introdução da RIL que fundamenta o tema escolhido. Em primeiro lugar, procurei conhecimento teórico na bibliografia, bem como através da busca de literatura existente no Google Académico para fundamentar a problemática que surgiu do contexto prático e construir a temática.

4.1 INTRODUÇÃO

Historicamente, tanto o planeamento reprodutivo quanto as ações em saúde voltadas ao momento da gestação, parto e puerpério foram pensadas e direcionadas às mulheres e às gestantes. No entanto, no Brasil, e também em vários outros países do mundo, tem-se observado um movimento crescente que defende que os homens podem e devem ser envolvidos integralmente em toda a tomada de decisão reprodutiva. Pois, estimular a participação do pai/parceiro em todo o processo durante a gravidez pode ser fundamental para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebé e dele próprio, sendo o pré-natal o momento oportuno e propício para isso (Coordenação Nacional de Saúde do Homem, 2016).

A Coordenação Nacional de Saúde do Homem (2016) do Ministério da Saúde do Brasil, formulou um Guia Pré-Natal para o Parceiro, uma ferramenta inovadora que busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens adolescentes, jovens adultos e idosos em todas as ações voltadas ao planeamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde, focando na Atenção Básica, correspondente aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.

Segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família, a autora portuguesa Henriqueta Figueiredo (2012)

definiu diferentes áreas de atenção familiares na prática dos cuidados de enfermagem, constituindo-se como categorias avaliativas das dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional. Focando agora a dimensão desenvolvimental, esta possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual, implicando o reconhecimento do ciclo vital como um percurso conjeturável para todas as famílias e simultaneamente a identificação dos seus processos de evolução transacional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família. Assim, a compreensão desta trajetória possibilita a concretização de cuidados antecipatórios, com finalidade de promover a capacitação da família através do desenvolvimento das tarefas essenciais para cada etapa e prepará-la para futuras transições, tornando-se a abordagem do ciclo vital fundamental no contexto dos cuidados de enfermagem centrados na família (Figueiredo, 2012).

Segundo a Teoria de Médio Alcance de Meleis (Tomey & Alligood, 2004), existem vários tipos de transições, nos quais podem haver intervenção de enfermagem, nomeadamente a transição de desenvolvimento, que representa a passagem pelos vários estádios do ciclo de vida, onde se inclui a parentalidade.

Segundo Relvas (1996), umas das definições do ciclo vital da família é que o percurso da mesma vai desde que nasce até que morre, sendo composto por cinco fases: a formação do casal; a família com filhos pequenos; a família com filhos na escola; a família com filhos adolescentes e família com filhos adultos. Existem outras classificações, sendo que a primeira foi apresentada pelo sociólogo Duvall, citado por Relvas (1996), nos anos 50, onde focou tarefas de desenvolvimento familiar, considerando a presença de crianças, a idade e evolução do filho mais velho como critério adequado para a sua delimitação, identificando oito estádios, desde a fase dos casais sem filhos, passando pelas fases onde são contempladas as diferentes idades dos filhos até ao envelhecimento (Relvas, 1996).

Assim, no modelo dinâmico, uma das áreas de atenção que a dimensão desenvolvimental engloba é a adaptação à gravidez, sendo que esta começou por ser o foco da temática deste trabalho. O nascimento do primeiro filho implica no casal que a função conjugal se mova para a função parental (Figueiredo, 2012). O conhecimento prévio sobre o processo de transição associado à gravidez, e a comunicação positiva do casal são fatores promotores da aquisição da identidade parental ajustada, assim como da conjugalidade satisfatória (Figueiredo, 2012). A gravidez é uma fase de mudança, tanto para cada um dos membros do casal, como para o sistema familiar e extrafamiliar onde se vai integrar a criança.

Relativamente a comportamentos de adesão, a autora refere que estes surgem associados a ações que promovam o bem-estar, a recuperação ou a reabilitação, como os comportamentos desenvolvidos pelo casal, evidenciando o processo de adaptação à gravidez e a interiorização dos novos papéis, no âmbito da parentalidade. Incide, essencialmente, na adesão às consultas de saúde materna, no curso de preparação para o parto e na preparação do enxoval, por considerarem estes indicadores importantes na promoção da adaptação à gravidez (Figueiredo, 2012).

Segundo o International Council of Nurses (2019, s.p.), o termo Parentalidade, no browser CIPE, consiste em

“Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/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.”

No browser CIPE, o termo adaptação à parentalidade é definido como: “Comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados.” (International Council of Nurses, 2019, s.p.).

Ramona Mercer desenvolveu a Teoria do Papel de Consecução Maternal. Esta teoria é importante, porque fornece a estrutura para o vínculo mãe-bebê que afeta a saúde e o desenvolvimento dos indivíduos e famílias ao longo da vida, promovendo competência, confiança e alegria no papel da maternidade (Tomey & Alligood, 2004). A teoria de Mercer segue um processo que tem quatro fases. Focando as duas primeiras: a fase antecipativa, começa na gravidez e inclui os ajustamentos sociais e psicológicos iniciais à gravidez, em que a mãe aprende as expectativas do papel, refere-se ao feto no útero e começa a desempenhar o seu papel materno; e a segunda fase, formal, começa com o nascimento do bebê incluindo a aprendizagem e o desempenho do papel de mãe, sendo estes comportamentos orientados pelas expectativas formais, consensuais dos outros no sistema social da mãe. Nesta teoria, não é tão focado o papel do parceiro, mas também permite estudar e prever a ligação paternal, o que possibilita o estudo com todos os elementos da família (Tomey & Alligood, 2004).

Quando a família é formada apenas pelo casal, o parceiro normalmente é a única ou principal referência emocional e social da gestante, sendo a primeira, uma importante função. O

parceiro preocupado com o estado emocional da sua parceira, se bem preparado, poderá mantê-la calma e tranquila, trazendo benefícios à sua saúde e à do bebé, indicando o comprometimento com os cuidados à família (Cardoso, Da Silva Junior, Bonatti, Soares dos Santos, & Ribeiro, 2018).

Ainda em Portugal, no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo (Direção-Geral da Saúde, 2015, p.13), é abordado o “Pai como interveniente e parceiro” e “As novas famílias”, cada vez mais se reconhece que, sempre que possível, deve ser promovida a participação do pai, devendo ser salvaguardada e respeitada a decisão da grávida. Este programa destaca ainda que as mulheres e seus companheiros e/ou família devem ser considerados parceiros nas decisões e intervenções que sejam necessárias para a vigilância da gravidez, sendo importante escutar e respeitar as opiniões, crenças, ambientes culturais e valores da grávida/ companheiro e família no que se relaciona com a prestação de cuidados à grávida e ao bebé. Ainda no mesmo programa, é reforçado o reconhecimento da importância do papel ativo do pai, bem como o reconhecimento de que a atualidade tem trazido novas formas de organização em família, ou pela existência de diferentes circunstâncias de vida (separação, novas uniões, morte) que criam formas de estar diferentes. Assim, o processo de vivência de uma gravidez é único e individualizado, prevalecendo a importância e o reconhecimento da qualidade parental, materna e paterna (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Também em Portugal, num manual de orientação para profissionais de saúde sobre Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (Direção-Geral da Saúde, 2005), é referido que a evidência mostra que a promoção da saúde mental é efetiva no período da gravidez e nos primeiros tempos de vida da criança, pois a gravidez é um dos acontecimentos mais sensíveis e vulneráveis na vida da mulher e do homem, que gera profundas transformações emocionais, relacionais, sociais e económicas no pai, no casal parental e na família mais alargada, afetando a saúde mental da mãe e do bebé, marcando todo o desenvolvimento futuro e preparando-os para a parentalidade. Esta nova identidade exige o desempenho de novas funções e o assumir de novas responsabilidades, desencadeando muitas vezes receios, inseguranças e inquietações.

Desta forma, é importante o apoio emocional do pai à sua companheira na gravidez e pós-parto, sendo reconhecidos benefícios deste suporte afetivo para a mãe e para o bebé, como: o aumento da aceitação da gravidez e do bebé; vivências mais positivas do parto; e maior disponibilidade para o aleitamento materno. Reconhecido também que o pai deve estar presente nas consultas pré e pós-natais (Direção-Geral da Saúde, 2005).

Assim, procurei saber que benefícios ou direitos o parceiro da grávida pode usufruir durante o período pré-natal, em vigor em Portugal. Segundo a Lei n.º 7/2009 do Código do Trabalho (2009) em Diário da República, de 12 de fevereiro de 2009, no artigo 46.º, sobre a dispensa para consulta pré-natal, a trabalhadora grávida tem direito a dispensa do trabalho para consultas pré-natais, pelo tempo e número de vezes necessários, no caso do pai, este tem direito a três dispensas do trabalho para acompanhar a trabalhadora às consultas pré-natais, incluindo aulas de preparação para o parto, constituindo uma contraordenação grave a violação do disposto neste artigo.

Segundo Holanda et al. (2018), revela-se importante o companheiro da parturiente no momento do parto, como a importância da sua presença e capacitação no pré-natal. Portanto, é fundamental a produção de evidências científicas que deem suporte e encorajem a prática de atenção ao trabalho de parto e parto centrado no empoderamento familiar e na satisfação com o parto, de forma a proporcionar experiências positivas e contribuir para a estruturação de uma família saudável e equilibrada. Ressaltando-se a importância de estimular a participação do parceiro desde o pré-natal, visto que essas consultas são destinadas, além da avaliação do bem-estar materno e fetal, às orientações acerca do ciclo gravídico-puerperal, dos cuidados com o bebé e da amamentação. É nesse momento que futuras mães e pais podem ser capacitados e orientados quanto à vivência do parto e à permissão da presença de um acompanhante.

As consultas de pré-natal podem representar espaços estratégicos para a sensibilização da importância do pai nesse momento, uma vez que estudos apontam para a presença do homem durante o trabalho de parto como uma tecnologia não invasiva para alívio da dor, uma vez que pode proporcionar apoio, diminuir a ansiedade e reduzir o tempo do trabalho de parto (Caldeira et al., 2017, citado por Vasconcelos, 2019). No estudo de Vasconcelos (2019), a autora analisou a participação dos parceiros no pré-natal na Atenção Primária à Saúde no município de Quixeré, interior do Estado do Ceará, no Brasil, tendo concluído que a orientação dos profissionais de saúde exerceu influência positiva e quanto mais as gestantes foram estimuladas, mais convidaram os parceiros e, conseqüentemente, os mesmos participaram mais.

Deste modo, surge a necessidade de direcionar, também, o foco de atenção para o cuidado à família como um todo e não apenas para a mulher grávida.

4.2 METODOLOGIA

Apesar desta revisão não se tratar de uma revisão sistemática, dado que pretendia incluir diferentes tipos de trabalhos/estudos de evidência científica, para realizar esta RIL, tive em consideração a *checklist for systematic reviews and research syntheses* de Joanna Briggs Institute (JBI) (Anexo II) e procurei seguir as seguintes etapas definidas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação dos resultados; (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Assim, poderia enquadrar esta revisão na tipologia das Revisões *scoping* (*scoping reviews*). De acordo com Apóstolo (2017), este tipo de revisão consiste em mapear uma determinada área do conhecimento. Tanto o título como a questão de revisão sistemática de *scoping*, segue uma mnemónica **PCC**, traduzindo a **P**opulação, o **C**onceito e o **C**ontexto.

A temática selecionada, como referida anteriormente, é “A Participação do Parceiro no Pré-Natal: Implicações na Enfermagem de Família”.

Relativamente à questão de investigação, é: quais são os efeitos da participação do parceiro no pré-natal e que implicações pode haver para a enfermagem de família? Deste modo, a presente RIL tem como objetivo geral: fornecer uma visão geral da literatura existente sobre a participação do parceiro no pré-natal e implicações na enfermagem de família.

Quanto aos objetivos específicos, foram definidos os seguintes: identificar os efeitos da participação do parceiro no pré-natal; explorar os fatores que influenciam a participação do parceiro no pré-natal; refletir sobre possíveis implicações na Enfermagem de Saúde Familiar, com vista a adquirir melhores práticas.

A pesquisa dos artigos decorreu entre fevereiro e março de 2021., nas seguintes bases de dados: Biblioteca de Conhecimento Online (B-On); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *PubMed*®; e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RECAAP). No que concerne aos termos de pesquisa utilizados, na tabela 1, são apresentadas as palavras-chave, os descritores segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), motor booleano e os limitadores/critérios de inclusão utilizados em cada base de dados. As palavras-chave usadas foram: *participation*; *partner*; *prenatal*. Quanto aos descritores, foram: *involvement*; *paternal*.

Tabela 1 Palavras-chave, descritores, operadores booleanos e limitadores por bases de dados

Base de Dados	Palavras –chave	Descritores DeCS/MeSH	Operadores booleanos	Limitadores
B-On	Participação Parceiro Pré-natal	Partner Participation prenatal (MeSH)	AND	De janeiro de 2015 a fevereiro de 2021 Palavras chave/descritores em Título
LILACS	Participação Parceiro Pré-natal	Paternal Participation prenatal (MeSH)	AND	De janeiro de 2015 a fevereiro de 2021 Palavras chave/descritores em Título ou Resumo
PubMed®	Participação Parceiro Pré-natal	Paternal involvement prenatal (MeSH)	AND	De janeiro de 2015 a fevereiro de 2021 Palavras chave/descritores em Título ou Resumo Exclusão de revisões
RECAAP	Participação Parceiro Pré-natal	Participação Parceiro Pré-natal (DeCS)	AND	De janeiro de 2015 a fevereiro de 2021 Palavras chave/descritores em Título

Os critérios de inclusão utilizados são: estudos centralizados na temática; em que a amostra em estudo fosse referente a casais, grávidas, respetivos parceiros e pais que passaram pelo período pré-natal e fase de transição; estudos publicados entre janeiro de 2015 a fevereiro de 2021; palavras-chave/descritores em Título/ Resumo; acesso livre ao texto completo; e estudos internacionais. Os fatores que influenciam o envolvimento dos pais também foram explorados. Os estudos quantitativos e qualitativos foram incluídos para fornecer evidências abrangentes sobre o fenómeno de interesse.

Relativamente aos critérios de exclusão, defini os seguintes: artigos sem acesso livre ao texto completo; artigos sem relação com a área em estudo; artigos repetidos; artigos anteriores a 2015; e exclusão de revisões.

O processo de colheita de dados e análise dos estudos identificados nas bases de dados eletrónicas foi garantida por 1 investigador e 1 revisor, cumprindo-se as fases de análise identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos. E, seguindo os seguintes passos: leitura do título; leitura do resumo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão; leitura integral dos artigos. Na figura 3, está a representação do esquema PRISMA Diagram flow. No anexo III, é apresentado os resultados da pesquisa através do *printscreens* da lista de artigos.

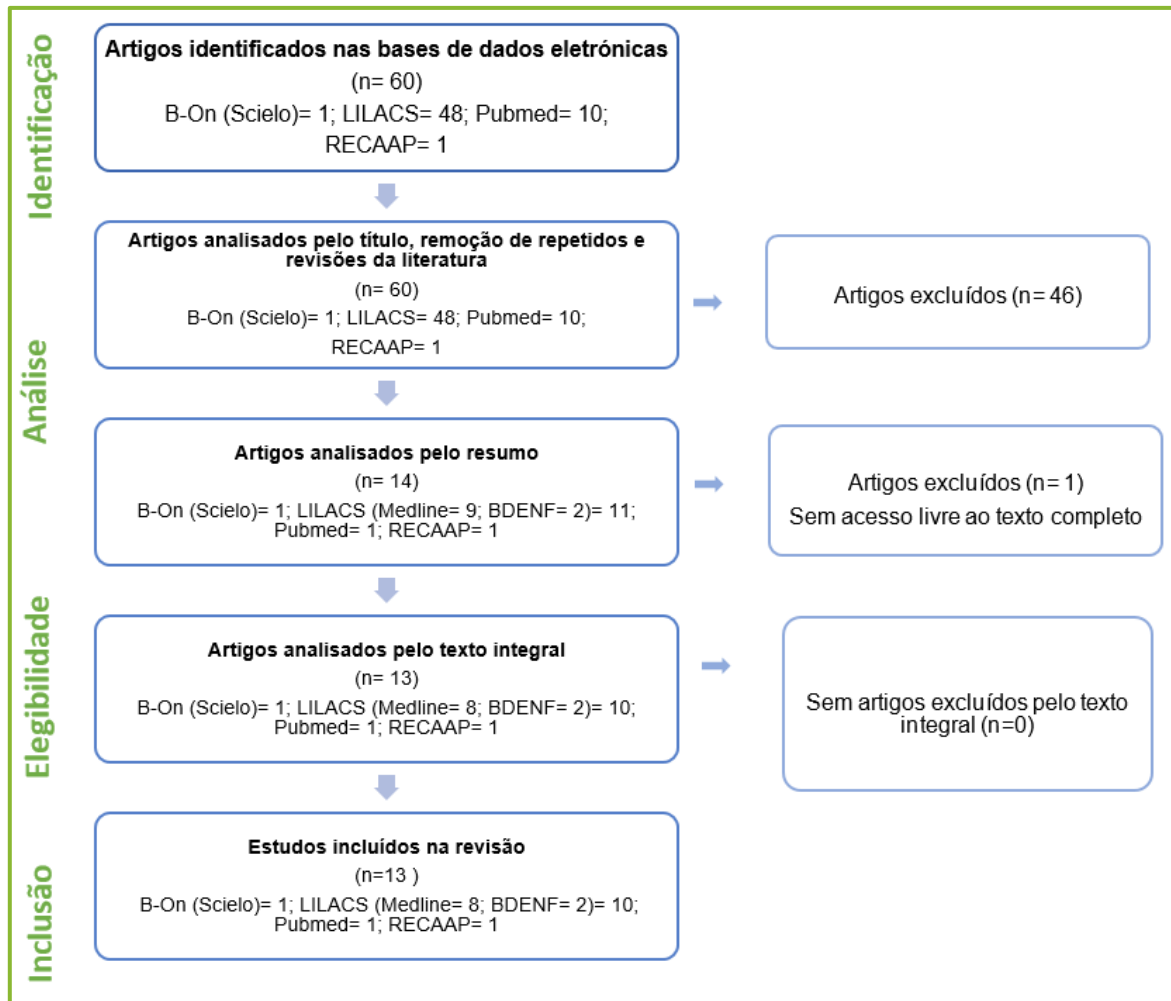


Figura 3 PRISMA *Diagram Flow*

4.3 RESULTADOS

De seguida, apresento a análise dos artigos incluídos na revisão, através de uma Grelha de Análise de Artigos Seleccionados, representada na tabela 2. Nesta tabela, para cada artigo, são apresentados os seguintes elementos: autor; título; objetivos; tipo de estudo; população; instrumentos; e resultados.

Tabela 2 Grelha de Análise de Artigos Seleccionados

Artigo	Título Autor/Ano	Objetivos	Tipo de estudo	População	Instrumentos	Resultados
1	A Inclusão Paterna Durante o Pré-Natal (Henz, Medeiros, & Salvadori, 2017)	Investigar a participação paterna durante o pré-natal em um Centro de Atenção à Saúde da Mulher.	Qualitativo (descritivo exploratório)	Duas enfermeiras (Centro de Atenção à Saúde da Mulher, no Brasil) e cinco homens cujas companheiras durante o pré-natal	Entrevista semiestruturada	A limitação da oferta de horários de atendimento, que coincidem com os horários de trabalho dos homens dificulta a participação paterna. Destacou-se a importância de as gestantes encorajarem o seu parceiro a participar nas atividades no pré-natal. A participação paterna no período de pré-natal é complexa e possui inúmeras variáveis, pois mesmo sendo estimulada pelos profissionais da saúde depende também das questões económicas, culturais e familiares nas quais os homens estão inseridos.
2	O comportamento paterno na consulta pré-natal (Cavalcant & Tsunehiro, 2018)	Conhecer a experiência do homem como acompanhante na consulta de pré-natal.	Qualitativo	Participaram 15 homens acompanhantes em um serviço de pré-natal da cidade de São Paulo, Brasil	Entrevistas semiestruturadas. Os dados foram colhidos pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo e analisados sob a ótica da Teoria das Representações Sociais.	Foram identificados cinco temas: os motivos para acompanhar a mulher; o homem no contexto ambulatorio; o homem acompanhante no contexto familiar; as dificuldades em acompanhar as consultas pré-natais; a experiência da participação. Ainda que o atendimento no pré-natal seja destinado aos cuidados com a mulher grávida, a experiência do homem na atenção pré-natal – o objeto social - é uma inserção masculina no universo feminino. Esta experiência pode beneficiar a ambos na vivência do período gestacional.
3	Influência da Participação do Companheiro no Pré-Natal: Satisfação de Primíparas quanto ao Apoio no Parto (Holanda et al., 2018)	Correlacionar a satisfação de primíparas quanto ao apoio e à utilidade do companheiro durante o processo de parto com a sua presença e capacitação no pré-natal.	Correlacional	155 primíparas no alojamento conjunto de uma maternidade terciária, no Brasil	Subescala 6, referente ao apoio do companheiro, do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto	A variável presença do companheiro no pré-natal esteve estatisticamente associada à satisfação da puérpera com o apoio ($p=0,0004$) e com a utilidade do apoio ($p=0,007$) durante o trabalho de parto. A variável capacitação do companheiro no pré-natal esteve estatisticamente associada à satisfação com o apoio ($p<0,00001$) e à utilidade do apoio ($p<0,001$; $p<0,00001$ e $p=0,006$) prestado pelo companheiro durante todas as fases avaliadas (trabalho de parto, parto e pós-parto imediato). As associações significativas encontradas demonstram a importância de estimular a participação do parceiro durante o parto e a sua capacitação.

Artigo	Título Autor/Ano	Objetivos	Tipo de estudo	População	Instrumentos	Resultados
4	E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens (Moreira, Gomes, & Ribeiro, 2016)	Analisar, com base em uma pesquisa qualitativa sob a perspectiva hermenêutica-dialética, as estratégias de atenção à saúde dos homens segundo a ótica de profissionais de saúde.	Qualitativa	18 profissionais de saúde, na sua maioria mulheres, que atuavam na atenção básica à saúde e pertenciam a três regiões brasileiras.	Entrevista semiestruturada sobre sexualidade masculina, cuidados de saúde masculinos, pré-natal e paternidade	A partir da compreensão do conjunto dos depoimentos, foram identificados três eixos, independentemente da temática abordada (sexualidade masculina, envolvimento de homens no pré-natal e paternidade) e da região. Os eixos são estruturantes e estruturados por ideias que permeiam os diferentes depoimentos. Os temas sexualidade masculina em associação com paternidade e cuidado à saúde ainda evocam a dimensão privada, referida aos limites da geografia da casa. Culturalmente, estas ideias têm influência sobre o homem. A novidade está em desvincular sexualidade de relações sexuais, assim como saúde sexual de transmissão e contágio.
5	Envolvimento paterno durante o parto dependendo da forma de preparação (Sioma-markowska, Poręba, Machura, & Skrzypulec-plinta, 2016)	Determinar uma categoria de ação e detetar uma relação e correlação entre a forma de atividade paterna durante o trabalho de parto assistido pela família e a forma de sua preparação, incluindo as etapas de trabalho.	Estudo quantitativo prospetivo, na Polónia	250 pais casados que participaram no nascimento do filho (parto normal). Os pais incluídos no estudo estiveram presentes durante todas as etapas do parto natural assistido pela família.	Entrevista estruturada	Metade dos pais incluídos no estudo (52,4%) participou no parto sem preparação prévia. A forma dominante de preparação envolveu a autoeducação a partir de livros, revistas e Internet. 23,6% dos pais participaram nas aulas pré-natal. O estudo demonstrou que os pais preparados para o parto nas aulas pré-natal desempenhavam mais frequentemente a função de apoio, prestavam cuidados e realizavam acompanhamento instrumental em cada etapa do parto. Os pais preparados para o parto nas aulas pré-natal assumem com maior frequência o papel de apoio, prestam cuidados de enfermagem e realizam o controle instrumental durante cada etapa do parto. As aulas pré-natais devem ser promovidas como uma forma ideal de preparação para a participação ativa no parto. Além disso, outras formas de educação pré-natal paterna, bem como a educação continuada em sala de parto, devem ser desenvolvidas.
6	Saúde materna: um estudo qualitativo de parceiros masculinos Participação em Lagos, Nigéria (Adejoh, Olorunlana, & Olaosebikan, 2018)	Investigar a escolha da instalação para ser usado durante a gravidez e fatores examinados que influenciam participação masculina nas questões de saúde materna de seus cônjuges, pois esses fatores às vezes podem influenciar a escolha de serviços de saúde para mulheres grávidas.	Transversal	30 homens casados com pelo menos a experiência do nascimento do filho	Entrevista	Os resultados mostram que os cuidados de saúde ortodoxos, a Assistência tradicional ao parto e cura pela fé foram utilizadas pelos entrevistados. Havendo uma participação não ativa no acompanhamento dos cônjuges para uma visita à clínica pré-natal, as razões identificadas pela maioria dos participantes foram: o custo de serviços de saúde; recessão económica; e sua demanda de empregos como as razões para a sua participação não ativa no acompanhamento seus cônjuges para uma visita à clínica pré-natal. No entanto, para aumentar o nível de participação dos homens na saúde materna, especialmente visitando a clínica pré-natal com os cônjuges, os serviços pré-natais devem ser isentos de qualquer valor monetário de modo a encorajar os homens a se envolverem e não procure desculpas de necessidades financeiras.

Artigo	Título Autor/Ano	Objetivos	Tipo de estudo	População	Instrumentos	Resultados
7	Barreiras à participação masculina no período perinatal cuidado: um estudo qualitativo no Irão (Firouzan, Noroozi, Farajzadegan, & Mirghafourvand, 2019)	Determinar as barreiras para a participação dos homens nos cuidados perinatais.	Qualitativo	45 participantes	Entrevista semiestruturada	Os autores extraíram quatro categorias principais nomeadamente: “barreiras culturais”, “pessoais e interpessoais barreiras”, “barreiras relacionadas ao sistema de saúde” e “barreiras socioeconómicas”. Os resultados deste estudo, apresentando as barreiras e os desafios para a participação dos homens nos cuidados perinatais, podem ser úteis na conceção de estratégias baseadas na cultura para superar essas barreiras e melhorar a participação.
8	Suami SIAGA: envolvimento masculino na Saúde materna na Indonésia (Kurniati, Chen, Efendi, Ku, & Berliana, 2017)	Identificar a proporção de homens que participaram no Suami SIAGA e os fatores associados às suas participações; Examinar a relação entre Suami SIAGA e os seguintes resultados relacionados à campanha nacional: a presença dos maridos nas unidades de pré-natal e o local de parto nas unidades de saúde.	Quantitativo	1.256 indivíduos do sexo masculino elegíveis	Participação através da Indonésia Demographic and Health Survey 2012 (IDHS).	Este estudo fornece evidências sobre o benefício do envolvimento do marido na saúde materna, especialmente para melhorar o atendimento nas unidades de atenção pré-natal. A participação dos parceiros é crucial para melhorar a utilização dos serviços de saúde materna. O programa Suami SIAGA, como parte do Movimento Amiga da Mãe, deve, portanto, continuar a ser promovido para motivar os maridos a tornarem-se mais solidários durante gravidez, parto e período pós-parto de suas esposas. A campanha de Suami SIAGA poderia ser amplamente divulgada através de vários <i>media</i> , profissionais de saúde, especialmente parteiras, que trabalham de perto com a comunidade que também deve promover ativamente a mensagem da campanha. O empoderamento das próprias mulheres também deve ser abordado para promover o impacto do Suami SIAGA.
9	A vontade dos pais nórdicos de participar durante Gravidez (Johnsen, Stenback, Halldén, Crang, & Persson, 2017)	Iluminar os pais pela primeira vez nas suas experiências de participação durante a gravidez em três países nórdicos.	Qualitativo	31 pais de primeira viagem da Dinamarca, Finlândia e Suécia. As entrevistas foram realizadas a parceiros de grávidas de 30 semanas ou mais.	entrevistas semiestruturadas	Os pais queriam participar e ser responsáveis desde o início da gravidez. A participação do pai na gravidez envolve uma ampla gama de atividades e estratégias, tanto dentro da esfera doméstica como profissional do cuidado. Assistência médica abordagens do profissional para o futuro pai podem melhorar ou reduzir experiências de inclusão no pré-natal.

Artigo	Título Autor/Ano	Objetivos	Tipo de estudo	População	Instrumentos	Resultados
10	Oportunidades para abordar a saúde masculina durante o período perinatal - Porto Rico, 2017 (Essen et al., 2021)	Avaliar os comportamentos relacionados à saúde dos homens e a participação em atividades relacionadas à paternidade e à gravidez	Quantitativo	Entre os 1.535 homens elegíveis, apenas 1.178 (76,7%) optaram por participar.	Sistema de Monitoramento de Avaliação de Risco de Gravidez - Resposta de Emergência Pós-parto ao Zika (PRAMS-ZPER)	Menos de metade (48,3%) dos homens compareceu a uma consulta de saúde para si próprios nos 12 meses anteriores ao nascimento do recém-nascido. No entanto, a maioria dos pais compareceu a uma ou mais consultas de pré-natal (87,2%), esteve presente no parto (83,1%) e ajudou a se preparar para a chegada do recém-nascido (por exemplo, preparando a casa [92,4%] ou comprando provisões [93,9%]). Essas descobertas sugerem que há oportunidades para mensagens de saúde pública direcionadas aos pais durante o período perinatal para aumentar a atenção à sua própria saúde e comportamentos de saúde, e para enfatizar o papel que podem desempenhar no apoio à saúde geral e bem-estar de suas famílias.
11	Parceiro PRENACEL - uso de Short Message Service (SMS) para incentivar o sexo masculino no envolvimento no cuidado pré-natal: um cluster teste randomizado (Bonifácio et al., 2020)	Avaliar se a implementação da tecnologia SMS através do programa PRENACEL para o parceiro como um programa de educação em saúde é um suplemento útil ao acompanhamento pré-natal padrão.	Ensaio aleatório controlado por grupo conglomerada dos representados por unidades de saúde de atenção primária, no Brasil.	186 parceiros foram entrevistados, 62 do grupo PRENACEL, 73 do grupo intervenção, mas que não optaram pelo PRENACEL e 51 do grupo controle	Os parceiros das gestantes que iniciaram o pré-natal antes da 20ª semana de gestação foram a população do grupo intervenção. Os parceiros inscritos no PRENACEL receberam periodicamente mensagens curtas de texto via celular com informações sobre gestação e parto. Nas unidades do grupo controle os parceiros receberam, junto com suas companheiras, o pré-natal padrão.	Em relação aos resultados individuais, houve uma maior participação dos parceiros do grupo PRENACEL nas consultas de pré-natal, assim como foi observada uma maior presença destes no momento do parto como acompanhante quando comparado aos demais grupos. Os autores do estudo concluíram que uma estratégia de educação em saúde utilizando as tecnologias de comunicação parece ser um suplemento útil para o cuidado pré-natal, teve uma boa aceitabilidade e um papel promissor no envolvimento dos homens nos cuidados pré-natal, parto e pós-parto de suas companheiras.
12	Pais em perspectiva: Adaptação Psicossocial e Envolvimento no Último Trimestre de Gravidez (Kuljanić, Dorčić, Bistrovic, & Brnčić-Fischer, 2016)	Testar diferenças no envolvimento paterno em gravidez, percepção de stress e qualidade do relacionamento em relação a complicações na gravidez e duração da gravidez (semanas de gestação) no último trimestre da gravidez.	Quantitativo	143 casais primíparos no último trimestre de gravidez. O estudo foi realizado durante cinco meses entre 2012 e 2013 no Hospital Universitário Centro de Rijeka, Croácia, durante a espera pelo atendimento do check-up regular no último trimestre da gravidez.	Questionário de Informação Geral; Qualidade de Índice de casamento (QMI); Escala de stress percebido (PSS); Questionário de Personalidade Eysenck (EPQ); e o envolvimento do parceiro na escala de gravidez (PIPS). Grávida mulheres preencheram o questionário de personalidade Eysenck (EPQ) e o Questionário de Informações Gerais.	Os futuros pais mostraram alto envolvimento na gravidez das suas parceiras, níveis elevados de stress percebido e alta qualidade de relacionamento. Não foram encontradas diferenças nas variáveis em relação a complicações na gravidez e duração da gravidez. O maior envolvimento dos futuros pais foi relacionado com a idade avançada, menor neuroticismo masculino e maior extroversão feminina, melhor qualidade de relacionamento e menor stress percebido. Os resultados do estudo demonstraram que o envolvimento do futuro pai na gravidez é apoiado por diversos fatores, nomeadamente traços de personalidade, qualidade de relacionamento e stress percebido. Esses resultados devem levar a intervenções direcionadas que pode modificar e melhorar a perspectiva de envolvimento dos pais e promover a saúde mental do casal durante a gravidez: portanto, clinicamente importante

						para a promoção de um comportamento pré-natal saudável e diminuição do stress emocional das mães.
--	--	--	--	--	--	---

Artigo	Título Autor/Ano	Objetivos	Tipo de estudo	População	Instrumentos	Resultados
13	A Participação do Parceiro na Rotina Pré-Natal Sob a Perspetiva da Mulher Gestante (Erika, Silva, José, & Bonatti, 2018)	Analisar como a gestante percebe a participação do parceiro na rotina pré-natal.	Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, realizado no Brasil.	11 gestantes, a partir da 28ª semana de gestação	Coleta de dados entre março e junho de 2016, por meio de entrevista semiestruturada.	Das participantes do estudo, apenas uma teve acompanhamento integral do parceiro, outras cinco relataram a presença apenas na realização da ultrassonografia obstétrica. Das que relataram ausência, o trabalho foi apontado como principal fator, também se observou que questões de gênero influenciam nesta ausência, pois a gestação é vista como momento exclusivo da mulher. Este estudo concluiu que é imprescindível que os serviços de saúde estejam sensíveis à inserção do parceiro nesta rotina, e que hajam parcerias intersectoriais entre a saúde, o setor jurídico e a educação que possam estimular esta mudança.

4.4 DISCUSSÃO

Neste capítulo, irei proceder à discussão dos principais resultados da RIL, principalmente, os que mais diretamente se relacionam com a problemática da investigação e os objetivos. Este estudo revisou a literatura existente sobre a participação dos parceiros durante o período pré-natal, começando por identificar os efeitos provocados por este fenómeno, bem como, os fatores que influenciam a participação.

Dos estudos que exploraram os efeitos da participação dos parceiros durante o período pré-natal e perinatal, há um consenso geral relativamente à existência de benefícios significativos da participação paterna durante a gravidez e o parto, e fornecem evidência de que os futuros pais desejam participar, se estes forem incluídos no processo.

Agrupando as informações encontradas nos diversos estudos, os efeitos da participação do parceiro no período pré-natal são: benefícios para o casal na vivência do período gestacional (Cavalcant & Tsunehiro, 2018); presença do companheiro no pré-natal está associada à satisfação da puérpera com o apoio e com a utilidade do apoio durante o trabalho de parto, bem como, a capacitação do companheiro no pré-natal está associada à satisfação com o apoio e à utilidade do apoio prestado pelo companheiro durante todas as fases avaliadas (trabalho de parto, parto e pós-parto imediato) (Holanda et al., 2018); os pais preparados para o parto nas aulas de pré-natal desempenhavam mais frequentemente a função de apoio, prestavam cuidados e realizavam acompanhamento instrumental em cada etapa do parto (Sioma-markowska et al. 2016); melhoria do atendimento nas unidades de atenção pré-natal e utilização dos serviços de saúde materna (Kurniati et al., 2017); por fim, o aumento da atenção à sua própria saúde e comportamentos de saúde e ênfase do papel a desempenhar no apoio à saúde geral e bem-estar de suas famílias (Essen et al., 2021).

Os fatores que influenciam a participação do parceiro no pré-natal são: o trabalho e a limitação da oferta de horários de atendimento, que coincidem com os de trabalho dos homens dificulta a participação paterna (Erika et al., 2018; Henz et al., 2017); abordagem do profissional e encorajamento da grávida para a participação do parceiro (Bonifácio et al., 2020; Henz et al., 2017; Johnsen et al., 2017); promoção de aulas de preparação para o parto (Sioma-markowska et al., 2016); as oportunidades para mensagens de saúde pública direcionadas aos pais durante o período perinatal (Essen et al., 2021); questões/barreiras socioeconómicas, culturais e familiares onde os homens estão inseridos e barreiras em relação aos sistemas de saúde (Adejoh et al., 2018; Firouzan et al., 2019; Henz et al., 2017; Moreira et al., 2016); questões de gênero (Erika et al., 2018); traços de personalidade, qualidade de relacionamento e stress percebido (Kuljanić et al., 2016).

O fator mais convergente, discutido entre os diferentes autores/estudos, é a abordagem do profissional, pois pode melhorar ou reduzir as experiências de inclusão no pré-natal. E, além disto, o encorajamento da grávida para envolver o parceiro no pré-natal aumenta a participação do mesmo. No entanto, Henz et al. (2017) destaca que a participação paterna no período pré-natal é complexa, pois depende de diversas variantes, mesmo sendo estimulada pelos profissionais de saúde.

Em relação à autoria dos estudos, existem mais publicações brasileiras, nomeadamente, seis estudos encontrados, não tendo sido encontrados estudos realizados em Portugal. Além destes, foram encontradas outras publicações estrangeiras, designadamente dos países: Polónia; Croácia; Irão; Indonésia, Nigéria; e Porto Rico.

Nos estudos selecionados para esta revisão, a abordagem quantitativa está em maior número, especificamente sete artigos. No entanto, não existiu uma grande diferença do número de artigos selecionados com abordagem qualitativa (seis artigos). Como era de esperar, as características das amostras de cada estudo acabam por ser muito díspares em relação ao número de participantes, alguns artigos incluíram profissionais de saúde e outros incluíram os parceiros ou as grávidas, variando também o tempo de gestação ou a etapa em que foram aplicados os questionários.

Dado que alguns estudos focaram também o período perinatal, o parto e pós-parto, no entanto, foi importante incluí-los também. Pois, existe uma relação causa-efeito dos cuidados no pré-natal para as etapas seguintes.

Em relação aos instrumentos, foram maioritariamente utilizadas as entrevistas semiestruturadas e estruturadas, sendo também possível identificar alguns instrumentos que podem ser úteis para futuras pesquisas, tais como: The Quality of Marriage Index (QMI); Escala de stress percebido (PSS); Eysenck Personality Questionnaire (EPQ).

Nos estudos encontrados, considero como carências ou limitações os seguintes aspetos: os instrumentos utilizados nos estudos eram pouco abrangentes; escassez de estudos sobre esta temática realizados em Portugal; inexistência de estudos focados na área da enfermagem, e especificamente na ESF. Outra limitação a destacar é o facto de ainda não se abordar muito “as novas famílias”, por exemplo as famílias com um casal homossexual, em que neste caso não seria o parceiro, deixando assim a questão se a pessoa significativa para a grávida no pré-natal tem também os mesmos direitos que o parceiro nas situações mais comuns.

Em relação à inexistência de estudos focados na área de ESF, é importante realçar que a ESF é uma área relativamente recente. De forma a dar resposta ao último objetivo deste trabalho, especificamente, refletir sobre possíveis implicações na Enfermagem de Saúde Familiar, com vista a adquirir melhores práticas, procurei destacar aspetos nos estudos encontrados que trouxessem contributos importantes esta reflexão.

Assim, destaco os seguintes aspetos nas publicações encontradas: existe uma maior participação do parceiro no pré-natal se esta for estimulada (Henz et al., 2017), sendo, consequentemente, importante para o processo de parto e sua capacitação (Bonifácio et al., 2020; Holanda et al., 2018); a novidade está em desvincular a sexualidade de relações sexuais, assim como saúde sexual de transmissão e contágio, aumentando a atenção do homem à sua própria saúde e comportamentos de saúde, desempenhando um papel no apoio à saúde geral e bem-estar familiar (Essen et al., 2021; Moreira et al., 2016); promover as aulas de preparação para o parto e parentalidade aumenta a participação ativa no parto e etapas seguintes (Sioma-markowska et al., 2016); importância e utilidade de estratégias de educação para a saúde através de tecnologias de informação no pré-natal (Bonifácio et al., 2020); intervenções direcionadas que podem modificar e melhorar a perspetiva de envolvimento dos pais e promover a saúde mental do casal durante a gravidez (Kuljanić et al., 2016); importância dos serviços de saúde estarem sensíveis à inserção do parceiro nesta rotina, e que hajam parcerias intersectoriais entre a saúde, o setor jurídico e a educação que possam estimular esta mudança (Erika et al., 2018).

Na Indonésia, de acordo com autores Kurniati et al. (2017), o Programa Suami SIAGA, que se traduz como "marido alerta", é uma campanha nacional que foi criada no início de 2000 para promover a participação masculina no programa de saúde materno-infantil. Os autores referem que este programa parte do Movimento Amiga da Mãe, destacando que deve continuar a ser promovido para motivar os maridos a se tornarem mais solidários durante gravidez, parto e período pós-parto das suas esposas.

Já no Brasil, no artigo de Bonifácio et al.(2020), é destacada a implementação da tecnologia SMS através do programa PRENACEL para o parceiro, utilizando-o como um programa de educação em saúde, sendo um útil suplemento ao acompanhamento pré-natal padrão. Pois, os autores concluíram que houve uma maior participação dos parceiros do grupo PRENACEL nas consultas de pré-natal, bem como uma maior presença destes no momento do parto como acompanhante quando comparado aos demais grupos.

Também no Brasil, tal como foi referido na introdução desta revisão, já existe um Guia Pré-Natal para o Parceiro formulado pela Coordenação Nacional de Saúde do Homem (2016) do Ministério da Saúde do Brasil.

Em relação a Portugal, no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo, já é abordado o Pai como parceiro, reconhecendo-se cada vez mais que, sempre que possível, deve ser promovida a participação do pai, devendo ser salvaguardada e respeitada a decisão da grávida (Direção-Geral da Saúde, 2015).

No entanto, destaco também um documento anterior a este da Direção-Geral da Saúde, do ano 2005, que consiste num manual de orientação para profissionais de saúde sobre Promoção de Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. Aqui é dado destaque ao apoio emocional do pai à sua companheira desde a gravidez ao pós-parto, sendo reconhecidos benefícios deste suporte afetivo para a mãe e para o bebé. Reconhecendo também que o pai deve estar presente nas consultas pré e pós-natal. Contudo, por um lado, é de realçar que, segundo o artigo 46.º da Lei n.º 7/2009 do Código do Trabalho, sobre a dispensa para consulta pré-natal, no caso do pai, este tem direito a apenas três dispensas do trabalho para acompanhar a grávida às consultas pré-natais. Por outro lado, podemos ver como vantagem o facto de já existirem algumas unidades funcionais com horário de funcionamento até às 20 horas, aumentando, assim, a acessibilidade dos serviços.

Deste modo, podemos considerar que, em Portugal, existem os recursos teóricos necessários para melhorar o desenvolvimento da ESF. Além disto, no nosso país, existem melhores condições socioeconómicas e melhor sistema de saúde em comparação com alguns dos países dos estudos encontrados. No entanto, ainda existe um longo caminho a percorrer na enfermagem de família, sendo que o futuro das UCSP são as USF.

4.5 IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

Tal como foram mencionados, já existem alguns documentos da Direção-Geral da Saúde que promovem a participação do parceiro no pré-natal, mas é necessário trazer a teoria para a prática, sendo este o meu principal intuito na escolha deste tema que, por sua vez, teve início na prática. Assim, neste subcapítulo, procuro promover a reflexão sobre o tema e fornecer sugestões de estratégias a colocar em prática ou de orientação, através da literatura encontrada.

Com as informações extraídas desta revisão, podemos concluir que a participação do parceiro no pré-natal traz diferentes benefícios, sendo que o enfermeiro de família poderá avaliar e identificar os fatores que melhoram a participação e o envolvimento dos parceiros, atitudes

dos mesmos em relação ao envolvimento, relações conjugais, bem como nos diferentes subsistemas familiares. Assim, ao promover a participação do parceiro, o enfermeiro de família poderá ter uma intervenção no todo e não só nas partes. Com base nos fatores que influenciam o envolvimento dos pais, as futuras intervenções devem ser planeadas para aumentar o envolvimento dos pais, com vista a obter melhores resultados de saúde para as novas mães e filhos, bem como para a saúde familiar. Conhecendo e avaliando a família como um todo, identificando as principais necessidades e formulando um plano de intervenção em conjunto com a família.

Partindo da observação que agora falta colocar em prática a teoria, Henriqueta Figueiredo garante uma matriz operativa para isso acontecer, através do Modelo Dinâmico. Além deste modelo, podemos utilizar também o MCAIF.

Esta revisão permitiu ter uma visão ampla dos diferentes fatores, sendo de destacar a importância dos fatores socioeconómicos. Principalmente em situações complexas, através da enfermagem de família, é possível avaliar o contexto familiar, com o intuito de obter, posteriormente, um melhor planeamento, intervenção e resultado.

Sendo possível, desta forma, contribuir para intervenções direcionadas que podem modificar e melhorar a perspectiva de envolvimento dos pais e promover a saúde mental do casal durante a gravidez, tal como é referido pelos autores Kuljanić et al. (2016).

Em relação ao facto de existir uma maior participação do parceiro no pré-natal se esta for estimulada (Henz et al., 2017), como sugestão, será importante utilizar a promoção da literacia em saúde como estratégia a colocar em prática.

Segundo o Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde da Direção-Geral da Saúde (Almeida et al., 2019), o aumento da Literacia em Saúde deve estabelecer-se como um desafio e uma prioridade na sociedade atual, sendo necessária uma abordagem integrada, envolvendo vários atores. Estes autores são: os decisores políticos, os profissionais de saúde e a população. Em geral e podendo aplicar especificamente na área de saúde familiar, a promoção de literacia em saúde permite: solucionar problemas de saúde; promover estilos de vida saudável; prevenir a doença e promover a saúde. Além disso, este manual destaca também os fatores determinantes da literacia em saúde, tais como: características da pessoa (idade, sexo, problemas de saúde, competências emocionais e cognitivas, literacia numérica); influência do sistema de cuidados de saúde (qualidade da informação, estratégias de difusão da mesma, competências de comunicação dos profissionais); fatores sociais e culturais (objetivos educativos do sistema

escolar; concepções e crenças acerca da saúde de determinadas sensibilidades culturais, avanço da ciência e a importância das novas tecnologias da informação).

Também através da literacia em saúde, será possível dar resposta aos fenómenos destacados pelos autores Essen et al. (2021) e Moreira et al. (2016), realçando a importância de desvincular a sexualidade de relações sexuais, assim como saúde sexual de transmissão e contágio, aumentando a atenção do homem à sua própria saúde e comportamentos de saúde, desempenhando um papel no apoio à saúde geral e bem-estar familiar.

Em relação à atenção do homem à sua própria saúde e comportamentos de saúde, sem querer fazer uma ilação excessiva, mas com o intuito de refletir sobre este aspeto, com base nos dados do INE (2020), reconhecendo, que as mulheres sobrevivem em maior número a idades mais elevadas comparativamente com os homens, questiona-se: em Portugal, será que a esperança de vida aos 65 anos nos homens é menor por darem pouca ou menos atenção à sua saúde?

De forma a solucionar o fenómeno destacado por Essen et al. (2021) e Moreira et al. (2016), seria relevante criar campanhas que não foquem apenas a saúde materna, mas evidenciem também a saúde familiar, bem como a saúde do homem, com intuito de o enfermeiro de família promover a participação do parceiro no pré-natal, permitindo uma maior capacitação na transição no processo de transição da adaptação à gravidez para o papel parental.

Sendo importante os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros de família, começarem por criar ambientes promotores de saúde e optar por estratégias de difusão da informação que promovam e facilitem o acesso do parceiro, por exemplo, através da inclusão do parceiro nas consultas. Outra sugestão é tirar o maior proveito das novas tecnologias de informação ao dispor como estratégias de educação para a saúde, através da utilização de diferentes meios de comunicação como a internet/redes sociais e pósteres ou cartazes nos centros de saúde que recorram a imagens ou fotografias em que incluam o parceiro a além da grávida.

Outro aspeto encontrado neste estudo foi que promover as aulas de preparação para o parto e parentalidade aumenta a participação ativa no parto e etapas seguintes (Sioma-markowska et al., 2016). Assim, torna-se também relevante que o enfermeiro de família encaminhe o casal para estes recursos, devendo também ter algum conhecimento de instrumentos informativos sobre a legislação de apoio à parentalidade, de forma a orientar as famílias nas suas tomadas de decisão.

Tal como é referido pelas conclusões dos autores Erika et al. (2018), é importante os serviços de saúde estarem sensíveis à inserção do parceiro nesta rotina, e que hajam parcerias intersectoriais entre a saúde, o setor jurídico e a educação que possam estimular esta mudança.

Como sugestão, com vista na evolução, seria interessante criar indicadores de saúde familiar, por exemplo, em relação a esta temática, que avaliem a proporção de grávidas com presença do parceiro na consulta de enfermagem ou a taxa de utilização de consultas de enfermagem pré-natal na qual foi incluído o parceiro/pessoa de referência da grávida, tal como existem indicadores que contabilizam a “Taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar” ou a “Proporção de recém-nascidos com TSHPKU (ou teste de Guthrie) realizado até ao 6º dia”.

Segundo Holanda et al. (2018), consideraram presente no pré-natal o companheiro que participou em pelo menos duas consultas e para efeitos de capacitação, consideraram a presença do companheiro em pelo menos uma atividade de preparação para acompanhar o parto fora da consulta, mas durante o período de acompanhamento pré-natal.

Em Portugal, refletindo sobre os direitos do parceiro da grávida, em vigor, e como combate a essa limitação de horas dispensadas ao homem no pré-natal, revela-se importante estimular a grávida no decorrer das várias consultas do primeiro e segundo trimestres, negociando com a grávida e respeitando as suas preferências seria importante promover a participação do parceiro pelo menos numa consulta no segundo trimestre ou, até mesmo, no último.

Em estudos futuros, deverá considerar-se o desenvolvimento e validação do uso de uma ferramenta mais abrangente que possa avaliar o envolvimento dos pais durante a gravidez e o parto, especificamente, no nosso país, Portugal, em que existe carência de estudos, sendo igualmente relevante focar na ESF, que é uma área recente.

É importante a abordagem do enfermeiro de família, pois poderá iniciar a prestação de cuidados numa “nova família” nas primeiras etapas do ciclo vital e acompanhar a mesma ao longo das suas transições, poderá garantir um melhor conhecimento sobre a família, consequentemente, um melhor seguimento e, por sua vez, melhoria da qualidade dos cuidados. Além disto, permitirá um melhor garante de confiança por parte de determinada família no seu enfermeiro de família.

4.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem benefícios claros da participação do parceiro no pré-natal, tanto para a mulher, para o bebé, para o parceiro, bem como para a família no seu todo. Apesar disto, podem haver barreiras na participação dos pais, tendo sido encontrados diferentes fatores.

A principal conclusão desta revisão é que podemos considerar de grande relevância a promoção da participação do parceiro nas consultas de saúde materna, sendo que os estudos destacaram que a abordagem do profissional pode melhorar ou reduzir as experiências de inclusão no pré-natal e, além disto, o encorajamento da grávida para envolver o parceiro no pré-natal aumenta a participação do mesmo.

Assim, podemos concluir que o enfermeiro de família tem um importante papel ao promover uma abertura para a participação do parceiro, o que permitirá, conseqüentemente, uma maior participação e capacitação para colaborar, integrando nos cuidados todos os membros da família e contribuindo para a funcionalidade da família.

Esta revisão da literatura incluiu estudos quantitativos e qualitativos, num total de 13 artigos. No entanto, a revisão fornece evidências abrangentes sobre o envolvimento dos pais durante o período pré-natal e seguintes fases, bem como os fatores que influenciam a participação dos pais.

Na discussão, procurei abordar também outro tipo de documentos que considerei relevante integrar para reflexão sobre a temática.

Embora alguns estudos tenham tentado avaliar a participação dos pais, os instrumentos usados podem não ter fornecido uma avaliação abrangente do fenómeno. Seria benéfico para estudos futuros desenvolver e validar o uso de uma ferramenta mais abrangente que possa avaliar a participação do parceiro no pré-natal. Os estudos futuros podem concentrar-se no desenvolvimento de uma maior compreensão das implicações desta temática na enfermagem de família, bem como, dos fatores que influenciam a participação dos parceiros no pré-natal, nomeadamente em Portugal, em que não foram encontrados estudos recentes sobre a temática. Uma visão mais aprofundada desses fatores permitirá melhorar as intervenções futuras, com o intuito de obter maiores ganhos em saúde familiar.

CONCLUSÃO

No final da elaboração deste trabalho, é o momento de elencar diversas conclusões. Em primeiro lugar, apesar de existirem dois principais contextos de ESF (USF e UCSP), o conhecimento nesta área pode ser útil noutros contextos da prática de enfermagem, tais como, hospitais ou instituições sociais. Em relação aos cuidados prestados numa USF ou numa UCSP, apesar de terem sido destacados alguns aspetos entre os dois tipos de unidade, é importante destacar que ambas tendem para a evolução dos cuidados prestados à família. Ou seja, deverá haver uma evolução organizacional. Além disto, ao vermos os indicadores de saúde, concluímos que estes mostram pouco a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Com base nos dados colhidos sobre os problemas de saúde identificados no ficheiro, concluo que ainda há muito a fazer, bem como a evoluir nos cuidados de saúde, em especial na ESF, pois podem existir algumas falhas na nossa prática. E, se mudarmos de paradigma, poderemos ter mais ganhos em saúde, visto que a mudança acaba por partir do utente/família. Assim, considero que se adotarmos um estilo/parceria colaborativo/a, através deste tipo de relação, o enfermeiro escuta ativamente a pessoa, reconhecendo a experiência da mesma, e juntos elaboram um plano de cuidados que é feito à medida da pessoa ou família, encorajando os indivíduos a envolverem-se mais e a assumirem mais responsabilidade pelos seus cuidados. Esta abordagem tem sido utilizada na promoção de saúde, para melhorar o bem-estar.

Posso ainda concluir que a reflexão esteve sempre presente ao longo deste relatório sempre com vista na minha evolução e melhoria de prestação de cuidados de enfermagem, bem como num paradigma de transformação.

Tendo por base as competências do enfermeiro especialista nesta área, considero que consegui atingir os objetivos de estágio, nomeadamente: G1; G2; E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; T1; e T2. Relativamente ao objetivo geral deste trabalho, considero que consegui alcançar o mesmo, desde o início ao fim do relatório que procurando sempre refletir sobre os cuidados especializados de enfermagem de saúde familiar desenvolvidos em contexto clínico, com vista nos resultados obtidos e na eficácia das intervenções realizadas para obtenção de ganhos em saúde. Para conseguir atingir este principal objetivo, foi fundamental dar resposta aos objetivos específicos.

Quanto aos objetivos específicos, procurei explicar em que medida os mesmos foram atingidos e de que forma contribuíram para o desenvolvimento das competências, apresentei dificuldades que surgiram e estratégias utilizadas no processo de aprendizagem, e por fim,

desenvolvi a RIL sobre uma problemática do contexto prático, com vista a obter melhores práticas em ESF.

A maior dificuldade sentida ao longo da elaboração deste trabalho foi na realização da RIL, nomeadamente na redação da discussão, pois trata-se de um tipo de trabalho que ainda não tinha realizado na íntegra, tendo suscitado algumas dúvidas. No entanto, este e outro tipo de revisões podem ser importantes ferramentas que contribuem para melhorar a nossa prática diária, fundamentando e dando resposta a questões que vão surgindo no contexto prático.

Através do tema escolhido para a RIL e dos resultados obtidos, posso concluir, com vista na evolução dos cuidados, que podemos conseguir “subir” no nível da prática de ESF de Friedmann, do nível I para o nível III ou até mesmo o IV, sendo que o fator mais convergente, discutido entre os diferentes autores/estudos encontrados, é a abordagem do profissional, pois pode melhorar ou reduzir as experiências de inclusão no pré-natal.

Finalmente, como sugestão, sugiro que existissem um maior número de horas atribuídas para reuniões com o professor para abordar e discutir melhor ao longo do desenvolvimento do trabalho sobre a prática especializada baseada na evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Pinhal Litoral. (2018). *Plano Local de Saúde do ACES Pinhal Litoral 2018-2020*.
- Adejoh, S. O., Olorunlana, A., & Olaosebikan, O. (2018). *Maternal Health : a Qualitative Study of Male Partners ' Participation in Lagos , Nigeria*. 112–122. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9659-y>
- Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios Familiares* (1ª Edição). Quarteto.
- Almeida, C., Silva, C., Rosado, D., Miranda, D., Mata, F., Oliveira, D., ... Luis, H. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Almeida, L. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Prevenção Em Saúde*, 23, 91–96.
- Amiguiño, A. (1992). *Viver a formação, construir a mudança : estudo de caso baseado numa experiência de inovação-formação*.
- Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bonifácio, L. P., Carolina, A., Franzon, A., Zaratini, F. S., Vicentine, F. B., Barbosa-júnior, F., ... Vieira, E. M. (2020). *PRENACEL partner - use of short message service (SMS) to encourage male involvement in prenatal care : a cluster randomized trial*. 1–12.
- Cardoso, R. M. (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Faculdade de Medicina Da Universidade Do Porto.
- Cardoso, V., Da Silva Junior, A. J., Bonatti, A. F., Soares dos Santos, G. W., & Ribeiro, T. A. N. (2018). The Partner's Involvement in the Prenatal Routine Through the Pregnant Women Perspective / A Participação do Parceiro na Rotina Pré-Natal Sob a Perspectiva da Mulher Gestante. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 10(3), 856. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.856-862>
- Cavalcant, M. A. de A., & Tsunechiro, M. A. (2018). O comportamento paterno na consulta pré-natal. *Rev. Paul. Enferm. (Online)*, 29, 39–46.
- Coordenação Nacional de Saúde do Homem. (2016). *Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Ministério Da Saúde*, 123.
- Decreto-Lei 298/2007 de agosto de 2007 do Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) Decreto-Lei.* , Pub. L. No. Diário da República, Série I, N.º 161, 5587 (2007). Acedido em março de 2021. Disponível em www.dre.pt
- Decreto-lei n. 73/2017 de 21 de Junho do Ministério da Saúde.* , Pub. L. No. Diário da República, I série, N.º118, 3128 (2017). Acedido em março de 2021. Disponível em www.dre.pt
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde.* , Pub. L. No. Diário da República, I Série, N.º38 (2008). Acedido em março de 2021. Disponível em www.dre.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de Orientação para Profissionais de Saúde* (Vol. 148). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa.

- Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS). (2019). Plano de ação para a literacia em saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 6. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-de-educacao-para-a-saude-literacia-e-autocuidados.aspx>
- Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS). Literacia em Saúde e a Covid-19: Plano, Prática e Desafios. , *Direção Geral da Saúde* § (2020).
- Erika, V., Silva, P., José, A., & Bonatti, A. F. (2018). *A Participação do Parceiro na Rotina Pré-Natal Sob a Perspectiva da Mulher Gestante The Partner ' s Involvement in the Prenatal Routine Through the Pregnant Women Perspective La Participación del Socio en La Atención Prenatal Desde La Perspectiva de La.* 10(3), 856–862. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.856-862>
- Essen, B. S. Von, Kortsmid, K., Angelo, D. V. D., Warner, L., Smith, R. A., Simon, C., ... Bernal, M. I. V. (2021). *Opportunities to Address Men ' s Health During the Perinatal Period — Puerto Rico , 2017.* 69(51), 1638–1641.
- Fernandes, J. B., & Vareta, D. A. (2019). *Enfermagem Avançada* (1ª Edição). Lisboa: Papa-Letras.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família.* Loures: Lusociência.
- Figueiredo, M. H. (2021). O sucesso da vacinação e o enfermeiro de família. *Jornal Enfermeiro*, p. 12. Retrieved from https://www.jornalenfermeiro.pt/ebooks/anuario2021/page_12.html
- Filipe, M. F. S. S. (2011). Visita domiciliária. Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação. *Dissertação Para Obtenção de Curso de Mestrado Em Saúde Pública*, 136.
- Firouzan, V., Noroozi, M., Farajzadegan, Z., & Mirghafourvand, M. (2019). Barriers to men's participation in perinatal care: A qualitative study in Iran. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2201-2>
- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças: Saúde e Cura para a Pessoa e Família* (1ª Edição). Loures: Lusodidacta.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª Edição). Lusociência.
- Henz, G. S., Medeiros, C. R. G., & Salvadori, M. (2017). a Inclusão Paterna Durante O Pré-Natal. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 6(1), 52–66. <https://doi.org/10.18554/reas.v6i1.2053>
- Holanda, S. M., Castro, R. C. M. B., Aquin, P. de S., Pinheiro, A. K. B., Lopes, L. G., & Martins, E. S. (2018). Influência Da Participação Do Companheiro No Pré-Natal: Satisfação De Primíparas Quanto Ao Apoio No Parto. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003800016>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Estatísticas Demográficas 2020.* Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=442993507&PUBLICACOESmodo=2
- International Council of Nurses. (2019). Browser CIPE. Retrieved from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Johnsen, H., Stenback, P., Halldén, B., Crang, E., & Persson, E. K. (2017). Nordic fathers ' willingness to participate during pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6838, 1–13.

<https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1297890>

- Kuljanić, K., Dorčić, T. M., Bistrotić, I. L., & Brnčić-Fischer, A. (2016). *Prospective Fathers: Psychosocial Adaptation and Involvement in the Last Trimester of Pregnancy*. 28(4), 386–394.
- Kurniati, A., Chen, C., Efendi, F., Ku, L. E., & Berliana, S. M. (2017). *Suami SIAGA : male engagement in maternal health in Indonesia*. (June), 1203–1211. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx073>
- Lei n.º 7/2009 do Código do Trabalho. , Pub. L. No. Diário da República: I Série, n.º 30 de 2009-02-12 (2009). Acedido em setembro de 2021. Disponível em www.dre.pt
- Martinho, P. J. J.; Gaspar, P. J. S. (2012). Conhecimentos e práticas de Terapia Compressiva de enfermeiros de cuidados de saúde primários TT - Conocimientos y prácticas de Terapia Compresiva de enfermeros en atención primaria de salud TT - Community health care service nurses' knowledge and pract. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(6), 69–79. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000100007&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vseriini6/serIIIIn6a07.pdf
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>
- Ministério da Saúde. (2011). Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Trabalhos em curso e documentos elaborados. *Coordenação Estratégica*, pp. 1–21.
- Montefusco, S. R. A., Bachion, M. M., Vera, I., Caixeta, C., & Munari, D. B. (2011). Tensão do papel de cuidador: ocorrência em familiares de pessoas com doenças crônicas hospitalizadas. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(4), 828–835. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i4.18329>
- Moreira, M. C. N., Gomes, R., & Ribeiro, C. R. (2016). “Are men coming to the clinic now?!” Healthcare strategies for men. *Cadernos de Saude Publica*, 32(4), e00060015. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00060015>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. *Parecer N.º 53/2021 Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem*. , Pub. L. No. Parecer Do Conselho De Enfermagem N.º 53/2021, 1 (2021).
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Portaria n.º 1368/2007 de 18 de Outubro do Ministério da Saúde. , Pub. L. No. Diário da República, I Série, N.º201 (2007). Acedido em março de 2021. Disponível em www.dre.pt
- Portaria n.º 242/2011 de 21 de Junho dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. , Pub. L. No. Diário da República, I série, N.º 131, 2902 (2011).
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. , Pub. L. No. Diário da República, II série, N.º 26 (2019).
- Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho de 2018 da Ordem dos Enfermeiros - Competências específicas do

- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária Na área de Enfermagem de Saúde Familiar.* , Pub. L. No. Diário da República, II série — N.º 135 (2018).
- Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.* , Pub. L. No. Diário da República, II Série, Nº 184, 128 (2019).
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família, Perspetiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Sioma-markowska, U., Poręba, R., Machura, M., & Skrzypulec-plinta, V. (2016). *Paternal engagement during childbirth depending on the manner of their preparation.* 87(9), 639–643. <https://doi.org/10.5603/GP.2016.0059>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª). Loures: Lusociência.
- Vasconcelos, A. R. A. (2019). *O Homem também engravida? Participação do Parceiro no Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde*. Universidade Federal do Ceará Faculdade de Medicina.
- Wilding, P. M. (2008). Reflective practice: a learning tool for student nurses. *British Journal of Nursing*, 17.
- Wright, Lorraine M.; Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (4ª Edição). ROCA.

ANEXOS

ANEXO I INDICADORES UCSP NORTE

Indicadores UCSP Norte

Dados de dezembro de 2020

Fonte: *Print screen* em <https://bicsp.min-saude.pt>

Nome Unidade	Ajuda Excluído Indicadores	Cálculo IDG Unidade ?	Nº Indicadores	Nº Dimensões	Valor IDG
UCSP Norte (Arnaldo Sampaio)	<input type="checkbox"/>	N S	71	15	49,00

Área	Valor IDS	Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
Desempenho Assistencial	45,00	2013.001.01 FL	1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	FL		S	202012	75,00	78,00	90,00	92,00	86,194	2,00
Acesso	79,10	2013.003.01 FL	3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	FL		S	202012	12,00	18,00	35,00	40,00	2,232	0,00
Cobertura ou Utilização	20,00	2013.005.01 FL	5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	FL		S	202012	65,00	70,00	88,00	92,00	79,378	2,00
Consulta no Próprio Dia	75,00	2013.006.01 FL	6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	FL		S	202012	80,00	85,00	100,00	100,00	80,809	1,00
Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	37,50	2013.008.01 FL	8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	FL		S	202012	45,00	60,00	100,00	100,00	17,576	0,00
Personalização	100,00	2013.011.01 FL	11 - Proporção grav. c/ consulta méd. vigil. 1º trim.	FL		S	202012	70,00	75,00	100,00	100,00	92,682	2,00
Tempos Máximos de Resposta Garantidos	100,00	2013.018.01 FL	18 - Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	FL		S	202012	70,00	80,00	100,00	100,00	57,171	0,00
Gestão da Doença	23,20	2013.020.01 FL	20 - Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	FL		S	202012	50,00	67,00	100,00	100,00	25,859	0,00
Diabetes Mellitus	36,40	2013.023.01 FL	23 - Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	FL		S	202012	70,00	80,00	100,00	100,00	59,090	0,00
Doenças Aparelho Respiratório	25,00	2013.030.01 FL	30 - Proporção idosos ou doença crónica, c/ vac. gripe	FL		S	202012	40,00	50,00	100,00	100,00	53,614	2,00
Hipertensão Arterial	8,30	2013.034.01 FL	34 - Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	FL		S	202012	45,00	55,00	100,00	100,00	66,213	2,00
Gestão da Saúde	52,00	2013.036.01 FL	36 - Proporção utentes DM com registo de GRT	FL		S	202012	75,00	85,00	100,00	100,00	62,095	0,00
Saúde da Mulher	38,90	2013.037.01 FL	37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	FL		S	202012	75,00	85,00	100,00	100,00	80,238	1,00
Saúde do Adulto	40,00	2013.039.01 FL	39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	FL		S	202012	50,00	60,00	100,00	100,00	56,899	1,00

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.039.01 FL	39 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	FL		S	202012	50,00	60,00	100,00	100,00	56,899	1,00
2013.045.01 FL	45 - Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastr. C. Colo út.	FL		S	202012	47,00	52,00	100,00	100,00	25,849	0,00
2013.046.01 FL	46 - Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	FL		S	202012	47,00	52,00	100,00	100,00	40,938	0,00
2013.049.01 FL	49 - Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	FL		S	202012	40,00	60,00	100,00	100,00	37,438	0,00
2013.053.01 FL	53 - Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool	FL		S	202012	60,00	66,00	100,00	100,00	41,511	0,00
2013.054.01 FL	54 - Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A	FL		S	202012	55,00	70,00	100,00	100,00	70,666	2,00
2013.063.01 FL	63 - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV	FL		S	202012	70,00	80,00	100,00	100,00	71,875	1,00
2013.095.01 FL	95 - Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou execução	FL		S	202012	95,00	95,00	100,00	100,00	96,850	2,00
2013.098.01 FL	98 - Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	FL		S	202012	85,00	92,00	100,00	100,00	94,411	2,00
2013.099.01 FL	99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	FL		S	202012	70,00	75,00	100,00	100,00	70,611	1,00
2013.261.01 FL	261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	FL		S	202012	75,00	85,00	100,00	100,00	77,172	1,00
2013.262.01 FL	262 - Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	FL		S	202012	35,00	45,00	100,00	100,00	37,244	1,00
2013.269.01 FL	269 - Índice de acompanh. adequado s. infantil 2º ano	FL		S	202012	0,80	0,85	100,00	100,00	0,749	0,00
2013.274.01 FL	274 - Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	FL		S	202012	75,00	85,00	100,00	100,00	80,769	1,00
2013.275.01 FL	275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot.	FL		S	202012	60,00	70,00	100,00	100,00	58,333	0,00

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2013.276.01 FL	276 - Rácio DDD prescrita DPP-4 e antiadiabét. orais	FL		S	202012	0,00	0,00	28,00	33,00	35,150	0,00
2013.294.01 FL	294 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	FL		S	202012	350,00	475,00	1500,00	1500,00	254,727	0,00
2013.295.01 FL	295 - Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ RP	FL		S	202012	70,00	75,00	100,00	100,00	51,351	0,00
2013.297.01 FL	297 - Prop. idosos s/ presc. prol. ansiol/sedat/hipnót	FL		S	202012	77,00	80,00	100,00	100,00	81,664	2,00
2013.300.01 FL	300 - Nº médio presc. consulta fisioterapia, p/ utiliz.	FL		S	202012	0,00	0,00	0,10	0,13	0,116	1,00
2013.302.01 FL	302 - Índice de acompanhamento, adequado s. infantil 1º ano	FL		S	202012	0,80	0,85	1,00	1,00	0,900	2,00
2015.306.01 FL	306 - Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram	FL		S	202012	9,00	12,00	100,00	100,00	1,961	0,00
2015.308.01 FL	308 - Proporção grávidas com ecografia 2º trimestre	FL		S	202012	72,00	80,00	100,00	100,00	44,736	0,00
2015.310.01 FL	310 - Índice realização exames laborat. 1º trim. grav.	FL		S	202012	0,65	0,72	1,00	1,00	0,767	2,00
2015.311.01 FL	311 - Índice realização exames laborat. 2º trim. grav.	FL		S	202012	0,45	0,55	1,00	1,00	0,444	0,00
2015.312.01 FL	312 - Índice realização exames laborat. 3º trim. grav.	FL		S	202012	0,33	0,40	1,00	1,00	0,381	1,00
2015.314.01 FL	314 - Proporção DM com PA >= 140/90 mmHg	FL		S	202012	0,00	0,00	15,00	20,00	46,763	0,00
2015.315.01 FL	315 - Proporção DM com C-LDL < 100 mg/dl	FL		S	202012	35,00	45,00	100,00	100,00	42,759	1,00
2017.255.01 FL	255 - Propor. quinolonas entre antib. fatur. (embal.)	FL		S	202012	0,00	0,00	8,00	10,00	11,338	0,00
2017.257.01 FL	257 - Propor. cefalosp. entre antib. fatur. (embal.)	FL		S	202012	0,00	0,00	5,00	6,00	9,370	0,00

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2017.259.01 FL	259 - Proporção coxibes entre AINES faturados (DDD)	FL		S	202012	0,00	0,00	4,50	6,00	19,139	0,00
2017.330.01 FL	330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	FL		S	202012	0,80	0,85	2,00	2,00	0,645	0,00
2017.331.01 FL	331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	FL		S	202012	0,70	0,75	2,00	2,00	0,659	0,00
2017.335.01 FL	335 - Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	FL		S	202012	80,00	85,00	100,00	100,00	87,857	2,00
2017.341.01 FL	341 - Despesa PVP medic. pres. compart. p/ insc. padrão	FL		S	202012	70,00	70,00	130,00	135,00	178,519	0,00
2017.342.01 FL	342 - Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	FL		S	202012	60,00	65,00	100,00	100,00	91,714	2,00
2017.344.01 FL	344 - Propor. consultas médicas realiz. no dia agendam.	FL		S	202012	15,00	20,00	35,00	45,00	50,981	0,00
2017.345.01 FL	345 - Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendam.	FL		S	202012	15,00	20,00	50,00	60,00	21,929	2,00
2017.346.01 FL	346 - Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11]h (Q1)	FL		S	202012	15,00	20,00	35,00	37,50	41,166	0,00
2017.347.01 FL	347 - Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14]h (Q2)	FL		S	202012	20,00	22,50	32,50	35,00	28,494	2,00
2017.348.01 FL	348 - Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17]h (Q3)	FL		S	202012	20,00	22,50	32,50	35,00	22,095	1,00
2017.349.01 FL	349 - Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	FL		S	202012	10,00	15,00	25,00	35,00	8,244	0,00
2017.350.01 FL	350 - Custo c/ terapêut. do doente c/ Diabetes Mellitus	FL		S	202012	120,00	120,00	350,00	570,00	473,085	1,00
2017.351.01 FL	351 - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	FL		S	202012	120,00	120,00	350,00	350,00	500,796	0,00
2017.352.01 FL	352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	FL		S	202012	50,00	50,00	85,00	90,00	111,604	0,00

Cód. Indicador	Designação Indicador (+ID)	Tipo	Exclusão	IDG	Mês Ind	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	Resultado	Score
2017.351.01 FL	351 - Custo c/ terap. doente c/ Diab. Mell. controlado	FL		S	202012	120,00	120,00	350,00	350,00	500,796	0,00
2017.352.01 FL	352 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	FL		S	202012	50,00	50,00	85,00	90,00	111,604	0,00
2017.353.01 FL	353 - Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	FL		S	202012	50,00	50,00	95,00	100,00	138,146	0,00
2017.354.01 FL	354 - Despesa MCDT presc. p/ insc. padrão (p. conv.)	FL		S	202012	25,00	25,00	42,50	47,50	39,007	2,00
2017.378.01 FL	378 - Propor. PVP medicam. presc. MF contexto privado	FL	13	S	202012	0,00	0,00	0,60	1,00	0,846	1,00
2017.380.01 FL	380 - Prop. adultos c/ asma/DPOC/bronq. cr., com diagn.	FL		S	202012	70,00	80,00	100,00	100,00	70,857	1,00
2017.381.01 FL	381 - Prop. adultos c/ depressão/ansiedade, com diagn.	FL		S	202012	70,00	80,00	100,00	100,00	72,265	1,00
2017.382.01 FL	382 - Prop. adultos com DM, com diagn.	FL		S	202012	95,00	97,00	100,00	100,00	97,483	2,00
2017.383.01 FL	383 - Prop. adultos com HTA, com diagnóstico	FL		S	202012	85,00	90,00	100,00	100,00	89,456	1,00
2017.384.01 FL	384 - Propor. RN cuja mãe tem registo de gravidez	FL		S	202012	85,00	90,00	100,00	100,00	97,297	2,00
2018.339.01 FL	339 - Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	FL		S	202012	0,00	0,00	50,00	70,00	33,589	2,00
2018.395.01 FL	395 - Prop. uten. >= 15 anos, c/ reg. hábit. tabág. 3A	FL		S	202012	60,00	70,00	100,00	100,00	42,972	0,00
2018.404.01 FL	404 - Incidência anual de pessoas em abstin. tabág. 12M	FL		S	202012	40,00	60,00	10000,00	10000,00	37,963	0,00
2018.409.01 FL	409 - Prop ute s/ presc prolo ansio/seda/hipn (ajust)	FL		S	202012	90,00	91,50	100,00	100,00	92,799	2,00
2018.410.01 FL	410 - Taxa anual ajustada utiliz. freq. urgência hospít.	FL		S	202012	0,00	0,00	3,30	3,60	1,359	2,00

ANEXO II CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES DE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

ANEXO III PRINTSCREEN DA LISTA DE ARTIGOS ENCONTRADOS

Conteúdo principal 1 Busca 2 Rodapé 3 +A | A | -A | Alto contraste

bvs
biblioteca virtual em saúde

Portal Regional da BVS
Informação e Conhecimento para a Saúde

português | espanhol | english | français

Localizar descritor de assunto | Busca Avançada | EVID@Easy

Título, resumo, assunto | (prenatal) AND (paternal) AND (participation)

Home / Pesquisa / (prenatal) AND (paternal) AND (participation) (48)

Ordenar por | Mostrar: 20 | 50 | 100 | Resultados 1 - 20 de 48

Mais filtros | Filtrar

Filtros aplicados

Limpar todos

- Texto completo
 - Disponível (remover)

Texto completo (48)

Base de dados

1. **Opportunities to Address Men's Health During the Perinatal Period - Puerto Rico, 2017.**
 Salvesen von Essen, Beatriz; Kortsmi, Katherine; D'Angelo, Denise V; Warner, Lee; Smith, Ruben A; Simon, Clarissa; Garfield, Craig E; Virella, Wanda Hernández; Vargas Bernal, Manuel I.
MMWR Morb Mortal Wkly Rep; 69(5152): 1638-1641, 2021 Jan 01.
 Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-33382678

2. **PRENACEL partner - use of short message service (SMS) to encourage male involvement in prenatal care: a cluster**

Ver mais detalhes

ENVIAR RESULTADO:

Email

Exportar

Imprimir

RSS

XML

NIH National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

Log in

PubMed.gov

(prenatal[Title/Abstract]) AND (paternal[Title/Abstract]) AND (involvement[Ti) X Search

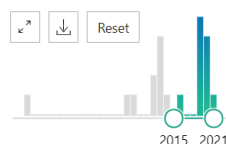
Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to Sorted by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS

10 results

RESULTS BY YEAR



TEXT AVAILABILITY

- Abstract
- Free full text
- Full text

ARTICLE ATTRIBUTE

- Associated data

Filters applied: Free full text. Clear all

- 1 **Paternal Involvement and Adverse Birth Outcomes in South Gujarat, India.**
 Godbole NB, Moberg MS, Patel P, Kosambiya J, Salihi HM, Campos EA, Menezes L, Verma R, Wilson R.
Int J MCH AIDS. 2020;9(1):161-166. doi: 10.21106/ijma.348. Epub 2020 Feb 14.
 PMID: 32123641 [Free PMC article](#).
- Share The purpose of this study was to assess the relationship between **paternal involvement** and adverse birth outcomes in South Gujarat, India. ...It is important to consider varying socio-cultural family dynamics in different populations and how they may influence **pat...**
- 2 **Paternal Involvement and Maternal Perinatal Behaviors: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2012-2015.**
 Kortsmi K, Garfield C, Smith RA, Boulet S, Simon C, Pazol K, Kapaya M, Harrison L, Barfield W, Warner L.
Public Health Rep. 2020 Mar/Apr;135(2):253-261. doi: 10.1177/0033354920904066. Epub 2020 Feb 4.
 PMID: 32017658 [Free PMC article](#).
- OBJECTIVES: **Paternal involvement** is associated with improved infant and maternal outcomes. We compared maternal behaviors associated with infant morbidity and mortality among married women

partner TI Título ▾
AND ▾ participation TI Título ▾
AND ▾ prenatal

[Pesquisa Básica](#) [Pesquisa Avançada](#) [Histórico de Pesquisas](#)

Refinar Resultados

Pesquisa Atual

Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei:

TI partner AND TI participation AND TI prenatal

Expansores

Pesquisar também no texto integral dos

Resultados da Pesquisa 1 - 1 de 1

Relevância ▾ Opções de Página ▾

1. INFLUÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO COMPANHEIRO NO PRÉ-NATAL: SATISFAÇÃO DE PRIMÍPARAS QUANTO AO APOIO NO PARTO / INFLUENCIA DE LA PARTICIPACION DEL COMPAÑERO EN EL PRENATAL: SATISFACCION DE PRIMIPARAS SOBRE EL APOYO EN EL PARTO / INFLUENCE OF THE PARTNER'S PARTICIPATION IN THE PRENATAL CARE: SATISFACTION OF PRIMIPAROUS WOMEN REGARDING THE SUPPORT IN LABOR



By: Holanda, Sãmia Monteiro; Castro, Régia Christina Moura Barbosa; Aquin, Priscila de Souza; Pinheiro, Ana Karina Bezerra; Lopes, Lia Gomes; Martins, Evelyní Silva. In: *Texto & Contexto - Enfermagem*. January 2018 27(2). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2018. Language: Portuguese, Base de dados: SciELO

Revista



Encontrado 1 documento, a visualizar página 1 de 1

Ordenado por Relevância

Ordenado por: Relevância

Ordem: Descendente

[rss.feed.resultados.pesquisa](#)

[The Partner's Involvement in the Prenatal Routine Through the Pregnant Women Pe...](#)

— Pereira Silva Cardoso, Vanessa Erika; da Silva Junior, Aristides José; Bonatti, Angélica Fátima; Soares dos Santos, Gefferson Wandelles

Objetivo: Analisar como a gestante percebe a participação do parceiro na rotina pré-natal. Método: Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. Coleta de dados entre março e junho de 2016, por meio de entrevista semiestruturada, com 11 gestantes, a partir da 28ª semana de gestação, sendo estes submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática. Resultados: Das participantes do estudo, apenas um...

Data: 2018 | Origem: [Oasisbr](#)

[Mais info.](#)

[rss.feed.resultados.pesquisa](#)

1 Resultados

Texto Pesquisado

Refinar resultados

Autor

- Soares dos Santos, Gefferso... (1)
- Nascimento Ribeiro, Thomaz ... (1)
- Pereira Silva Cardoso, Vane... (1)
- Bonatti, Angélica Fátima (1)
- lta Silva Junior, Aristides... (1)