



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **A Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto: Perceção dos Enfermeiros de Família de uma Unidade Local de Saúde**

Andreia Filipa Correia Mendes

Viseu, março de 2025





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **A Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto: Perceção dos Enfermeiros de Família de uma Unidade Local de Saúde**

Andreia Filipa Correia Mendes

**Estágio com Relatório Final**

Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral

Viseu, março de 2025



“A vida recompensa sempre aqueles  
que continuam a lutar apesar do cansaço,  
que continuam a caminhar apesar das quedas  
e que continuam a acreditar apesar das decepções.”

*Raul Minh'alma*



## **Agradecimentos**

À **Professora Doutora Maria Odete Amaral**, pelo apoio, incentivo, confiança e por toda a disponibilidade demonstrada ao longo deste percurso.

À **Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária Rosa Chibante**, pela disponibilidade, pelo exemplo, pela partilha de conhecimentos e pelas aprendizagens proporcionadas, que tanto contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos **meus pais**, minha escora de sempre e para sempre, por todo o amor, carinho e dedicação, pelas palavras de encorajamento e incentivo, por tudo o que fizeram e fazem por mim e por terem sempre acreditado em mim.

Ao **Mário**, meu marido e companheiro de vida, pelo amor e apoio incondicional em todas as horas, pela paciência e pelo incentivo nesta caminhada e por todos os dias me relembrar que “a nossa família é a nossa casa e quem não a sabe valorizar é um eterno sem-abrigo”.

(Raul Minh'alma, in Foi sem querer que te quis, 2018, p.57)

À **minha família alargada e de coração**, por serem sempre abrigo, pelo colo e pelos momentos de ausência.

À **Rita**, amiga de coração que me incentivou a abraçar este desafio, que foi companheira de caminhada ao meu lado em cada passo, e com a qual esta jornada se tornou mais leve e enriquecedora.

A todos aqueles com quem me cruzei neste caminho, não foi um acaso.

Aos que sempre acreditaram.

A todos, a minha gratidão!



## Resumo

**Introdução:** O nascimento de um filho, caracteriza-se por sucessivas transformações a nível físico, psicológico, emocional e social, e impõe a necessidade de uma reorganização familiar e de adaptação a novas transições/papéis. Considerando as intervenções do enfermeiro de família enquanto profissional de proximidade no cuidar a família e o domicílio como local privilegiado para essa intervenção, reconhece-se a visita domiciliária no pós-parto fundamental para a promoção da saúde familiar e para um processo de transição saudável.

**Objetivos:** Avaliar as atitudes dos enfermeiros de família face ao envolvimento da família no processo de cuidados em enfermeiros de família de uma Unidade Local de Saúde; Conhecer a prática dos enfermeiros de família relativamente à visita domiciliária à família no pós-parto; Identificar fatores sociodemográficos e profissionais associados às atitudes e à prática dos enfermeiros de família; Analisar a relação entre as atitudes dos enfermeiros de família face ao envolvimento da família no processo de cuidados e a prática da visita domiciliária à família no pós-parto.

**Metodologia:** Realizado um estudo transversal analítico com uma amostra não probabilística por conveniência, composta por 64 enfermeiros de família de uma Unidade Local de Saúde, sendo a maioria do género feminino com uma média de idades de  $49,03 \pm 8,51$  anos. Aplicado um questionário online, após parecer positivo da Comissão de Ética, composto por questões de caracterização sociodemográfica e profissional, escala “*A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros*” e questões que visam avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a visita domiciliária à família no pós-parto.

**Resultados:** A maioria dos enfermeiros (60,9%) revelam uma atitude muito positiva face ao envolvimento da família, média de  $81 \pm 6,52$  pontos. Foram encontradas associações entre a dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de  *coping*” e as variáveis grau académico, idade e tempo de exercício em cuidados de saúde primários. A maioria dos enfermeiros (70,3%) admite não realizar a visita domiciliária à família no pós-parto, não foram encontradas associações com os fatores sociodemográficos e profissionais. Os enfermeiros com atitude muito positiva face à família apresentam maior desempenho na realização da visita domiciliária no pós-parto, sem diferenças estatísticas.

**Conclusão:** Os enfermeiros demonstram atitudes positivas face à família e reconhecem a prática da visita como importante embora não seja uma intervenção realizada. A disponibilidade de um guia orientador promotor da implementação da visita domiciliária pode ser um recurso facilitador, apoiando o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar numa intervenção preponderante no acompanhamento às famílias.

**Palavras-chave:** Visita domiciliária, Família, Pós-parto, Enfermagem de Saúde Familiar



## Abstract

**Introduction:** The birth of a child is characterized by successive physical, psychological, emotional and social transformations, requiring family reorganization and adaptation to new transitions and roles. Considering the role of the family nurse as a frontline professional in family-centered care and the home as a privileged setting for such intervention, postpartum home visit is recognized as essential for promoting family health and a healthy transition process.

**Objectives:** To assess family nurses' attitudes toward family involvement in the care process of family nurses from a Local Health Unit; To know family nurses' practices regarding postpartum home visit to the families; To identify sociodemographic and professional factors associated with family nurses' attitudes and practices; To analyze the relationship between family nurses' attitudes towards family involvement in the care process and practice of home visits to families in the postpartum period.

**Methodology:** A cross-sectional analytical study was conducted with a non-probabilistic convenience sample of 64 family nurses from a Local Health Unit, the majority being female, with an average age of  $49.03 \pm 8.51$  years. An online questionnaire was administered, following approval from the Ethics Committee. The questionnaire included sociodemographic and professional characterization questions, the "*Importance of Families in Nursing Care – Nurses' Attitudes*" scale, and questions assessing nurses' perceptions regarding postpartum home visits.

**Results:** Most nurses (60,9%) demonstrated a highly positive attitude toward family involvement, an average score of  $81 \pm 6,52$  points. Associations were found between the dimension "Family as a dialogue partner and coping resource" and variables such as academic degree, age, and years of experience in primary healthcare. Most nurses (70,3%) reported not performing postpartum home visits, with no associations found between this practice and sociodemographic or professional factors. Nurses with a very positive attitude toward family demonstrate higher performance in conducting postpartum home visits, with no statistically significant differences.

**Conclusion:** Nurses exhibit positive attitudes toward family involvement and acknowledge the importance of postpartum home visits, despite these visits not being routinely performed. The availability of a guiding protocol promoting the implementation of home visits can be a facilitating resource, supporting the Specialist Nurse in Family Health Nursing playing a key role in family care.

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



## Índice

	<b>Pág.</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>21</b>
<b>1. Reflexão das Competências Adquiridas e Atividades Realizadas .....</b>	<b>25</b>
1.1 Contextualização do Local de Estágio .....	25
1.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	34
1.3 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar .....	42
<b>2. Estudo de Investigação – A Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto: Percepção dos Enfermeiros de Família de uma Unidade Local de Saúde .....</b>	<b>49</b>
2.1 Enquadramento Teórico .....	49
2.2 Metodologia .....	69
2.2.1 Justificação do Estudo .....	70
2.2.2 Tipo de Estudo .....	71
2.2.3 Instrumento de Colheita de Dados .....	72
2.2.4 População e Amostra.....	76
2.2.5 Procedimentos Éticos e Formais .....	77
2.2.6 Análise Estatística .....	78
2.3 Resultados.....	78
2.4 Discussão dos Resultados.....	91
2.5 Conclusões do Estudo.....	100
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>103</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>107</b>

## Apêndices

<b>Apêndice I – Procedimento Operativo – Colheita de Espécimes para Análise</b>	123
<b>Apêndice II – Instrução de Trabalho – Especificidades das Colheitas</b>	129
<b>Apêndice III – Instrução de Trabalho – Identificação de Tubos de Colheita</b>	135
<b>Apêndice IV – Infografia – Identificação de Tubos de Colheita</b>	141

<b>Apêndice V</b> – Procedimento Operativo – Medicamentos de Alta Vigilância	143
<b>Apêndice VI</b> – Guia Orientador - Registos na UCSP de Gouveia	155
<b>Apêndice VII</b> – Guia Orientador de Boas Práticas: Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto	177
<b>Apêndice VIII</b> – Apresentação da Formação em Serviço: Procedimento Operativo – Colheita de Espécimes para Análise e Identificação dos Tubos de Colheita	189
<b>Apêndice IX</b> – Apresentação da Formação em Serviço: Procedimento Operativo – Medicamentos de Alta Vigilância	203
<b>Apêndice X</b> – Apresentação da Formação em Serviço: Guia Orientador – Registos na UCSP de Gouveia	213
<b>Apêndice XI</b> – Instrumento de Colheita de Dados	223

## **Anexos**

<b>Anexo I</b> – Exame global de saúde a uma criança de cinco anos	233
<b>Anexo II</b> – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde	235
<b>Anexo III</b> – Autorização dos autores da Escala “ <i>A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem–Atitudes dos Enfermeiros</i> ” (IFCE-AE)	237

## Lista de Tabelas

		<b>Pág.</b>
Tabela 1	Projetos dinamizados pela UCSP de Gouveia	29
Tabela 2	Indicadores da matriz de desempenho do plano de ação da Carta de Compromisso 2024	30
Tabela 3	Dimensões, itens e indicadores da escala IFCE – AE	74
Tabela 4	Caracterização profissional dos enfermeiros da amostra	79
Tabela 5	Distribuição da amostra pelo tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional em CSP	79
Tabela 6	Distribuição da amostra por dimensões e score total da escala <i>IFCE-AE</i>	81
Tabela 7	Fatores associados com a Escala <i>IFCE-AE</i>	82
Tabela 8	Distribuição da amostra de acordo com a existência de guia orientador da VD na unidade de saúde e a importância atribuída	83
Tabela 9	Variáveis associadas à realização da VD à família no pós-parto	85
Tabela 10	Associação entre a atitude dos enfermeiros face à família ( <i>IFCE-AE</i> ) e a realização da VD à família no pós-parto	85
Tabela 11	Associação entre a importância atribuída à VD à família no pós parto e a sua realização	86
Tabela 12	Opinião sobre o método de registo aquando do planeamento da VD	90



## Lista de Gráficos

		<b>Pág.</b>
Gráfico 1	Contexto da formação em enfermagem de saúde familiar	80
Gráfico 2	Distribuição da amostra por motivo de não realização da VD à família pós-parto	83
Gráfico 3	Distribuição da amostra sobre a importância atribuída à VD à família no pós-parto	84
Gráfico 4	Distribuição da amostra de acordo com o período em que realizam a VD à família no pós-parto	86
Gráfico 5	Distribuição da amostra por objetivos da VD à família no pós-parto	87
Gráfico 6	Intervenções realizadas à família na VD pós-parto	88
Gráfico 7	Intervenções realizadas ao recém-nascido na VD pós-parto	89
Gráfico 8	Intervenções realizadas à puérpera na VD pós-parto	89
Gráfico 9	Dificuldades sentidas na pelos enfermeiros na concretização da VD pós-parto	91



## **Lista de Figuras**

		<b>Pág.</b>
Figura 1	Freguesias do concelho de Gouveia	26
Figura 2	Pirâmide etária da distribuição dos utentes da UCSP	31
Figura 3	Pirâmide etária dos utentes inscritos no ficheiro da equipa de saúde de uma enfermeira	32
Figura 4	Esquema de investigação	72



## **Lista de abreviaturas e siglas**

<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde
<b>AMA</b>	Agência para a Modernização Administrativa
<b>APA</b>	American Psychological Association
<b>BI-CSP</b>	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
<b>CIPE</b>	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>CISE</b>	Centro de Interpretação da Serra da Estrela
<b>CPCJ</b>	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
<b>CRI</b>	Centro de Resposta Integrada
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>DGS</b>	Direção Geral da Saúde
<b>ECL</b>	Equipa Coordenadora Local
<b>EEESF</b>	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar
<b>ELI</b>	Equipa Local de Intervenção
<b>ERPI</b>	Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
<b>ESF</b>	Enfermagem de Saúde Familiar
<b>FINC-NA</b>	Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes
<b>IDE</b>	Índice de Desempenho da Equipa
<b>IDG</b>	Índice de Desempenho Global
<b>IDI</b>	Índice de Dependência de Idosos (IDI)
<b>IDJ</b>	Índice de Dependência de Jovens
<b>IDT</b>	Índice de Dependência Total
<b>IFCE-AE</b>	A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros
<b>MDAIF</b>	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
<b>MIM@UF</b>	Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
<b>MS</b>	Ministério da Saúde

<b>NACJR</b>	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>OM</b>	Ordenação Média
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OR</b>	Odds Ratio
<b>PNLSCC</b>	Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento
<b>PNSIJ</b>	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
<b>PSOF</b>	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes
<b>REPE</b>	Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros
<b>RNCCI</b>	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
<b>SAC</b>	Serviço de Atendimento Complementar
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>UCC</b>	Unidade de Cuidados na Comunidade
<b>UCSP</b>	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
<b>ULS</b>	Unidade Local de Saúde
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>USF</b>	Unidade de Saúde Familiar
<b>VD</b>	Visita Domiciliária
<b>X<sub>máx</sub></b>	Valor Máximo
<b>X<sub>mín</sub></b>	Valor Mínimo
<b><math>\alpha</math></b>	Alfa de <i>Cronbach</i>

## **Introdução**

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em Contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF) / Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) com Relatório, integrada no 1º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Familiar pela Escola Superior de Saúde de Viseu. O estágio da respetiva unidade curricular decorreu na UCSP de Gouveia, sob orientação da Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral e tutoria da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Rosa Chibante, no período compreendido entre 16 de setembro de 2024 e 31 de janeiro de 2025, com a duração de trezentas e sessenta horas de contacto, contando ainda com quarenta horas de orientação tutorial e vinte horas de seminário. Este relatório tem como objetivo geral descrever o desenvolvimento do percurso formativo e do processo de aquisição de competências durante o Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em Contexto de USF/UCSP com Relatório, de acordo com as recomendações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021).

A elaboração deste relatório contempla a identificação, descrição, análise e reflexão das experiências vivenciadas ao longo do percurso académico, que possibilitaram o aprofundamento de conhecimentos teóricos e a sua aplicação na prática clínica. Este processo visa a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, conforme definido no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Portugal, Regulamento n.º 140/2019), bem como o desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, estabelecidas no Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (Portugal, Regulamento n.º 428/2018).

O nascimento de um filho provoca alterações significativas na estrutura familiar, que podem ser geradoras de desequilíbrios e aumentar a vulnerabilidade da família (Martins, 2013). A parentalidade, frequentemente reconhecida como uma das transições mais significativas e transformadoras na vida dos indivíduos, envolve alterações marcantes para todos os elementos da família (Andrade, 2023), assinalando o início de uma nova fase do ciclo de vida familiar, caracterizada pela transição da função conjugal para a função parental (Relvas, 2004).

O período pós-parto caracteriza-se como uma fase de transição e elevada vulnerabilidade, marcada por um reajuste biofisiológico coincidente com uma readaptação psicológica, envolvendo a imagem corporal e os papéis relacionais no contexto familiar (Camarneiro, 2007). Simultaneamente, ocorrem mudanças associadas ao processo da parentalidade, que também exigem ajustamentos e reorganizações por parte das famílias, podendo refletir-se no seu processo de desenvolvimento (Soares, 2008). Essas transições impõem um conjunto de adaptações e requerem o desenvolvimento de competências, de forma a responder às exigências da nova dinâmica familiar. Esse processo, repleto de desafios, pode gerar implicações futuras para a mulher/casal, recém-nascido e família, caso não sejam mobilizadas estratégias adequadas de adaptação para lidar com essa nova fase da vida (Pereira, 2012).

A enfermagem, enquanto profissão com a finalidade de apoiar o indivíduo, a família e a comunidade no desenvolvimento das suas potencialidades, promovendo a satisfação das suas necessidades e a adaptação às mudanças que ocorrem ao longo da vida, torna-se um dos principais pilares de apoio às famílias durante as diversas transições do ciclo vital. O enfermeiro desempenha um papel essencial na avaliação dessas transições, no entendimento do seu impacto sobre o sistema familiar e na colaboração com as famílias no planeamento de intervenções que possam minorar o impacto dos fatores stressores resultantes das transições vivenciadas (Soares, 2008).

A realização da visita domiciliária (VD) às famílias pelos enfermeiros, apresenta-se como uma importante estratégia de promoção da saúde familiar ao facilitar a transição para a parentalidade. Este tipo de intervenção revela-se essencial, pois permite avaliar de forma prudente como o casal se encontra a vivenciar esta etapa, identificando necessidades emergentes. A intervenção no domicílio proporciona um espaço para o esclarecimento de dúvidas e permite identificar, precocemente, possíveis complicações relacionadas com o pós-parto, além de fornecer suporte e promover a capacitação das famílias na adaptação à nova fase do ciclo vital (Lowdermilk & Perry, 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) os cuidados pós-natais devem centrar-se nas famílias, tendo em consideração a sua individualidade e assumindo uma abordagem multidisciplinar, holística e culturalmente sensível. Considerando que o período pós-parto se revela particularmente complexo para a mulher/casal, recém-nascido e família, exigindo adaptações físicas e psicológicas, é essencial que os enfermeiros estejam dotados de competências específicas para atender a essas necessidades, intervindo o mais precocemente

possível, de forma a minimizar possíveis complicações. Considerando que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), estabelece um estreito contacto com os indivíduos e suas famílias, este profissional, integrado numa equipa multidisciplinar, deve ser o responsável pela realização das visitas domiciliárias à puérpera, ao recém-nascido e à família (Leal, 2019).

Os enfermeiros de saúde familiar desempenham um papel fundamental nesse contexto, atuando como facilitadores do ajustamento familiar e promotores de comportamentos saudáveis. A visita domiciliária, realizada no ambiente familiar, possibilita um acompanhamento próximo e personalizado, permitindo identificar necessidades, fortalecer vínculos (Leal, 2019) e promover a literacia em saúde (Tralhão et al., 2020). Além disso, esta prática contribui para a criação de uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e as famílias, o que pode ser determinante para o sucesso das intervenções realizadas (Borges, 2017).

Compreender a perceção dos enfermeiros de família sobre a visita domiciliária no pós-parto, revela-se assim, essencial para aprimorar as práticas e identificar desafios e oportunidades no cuidado. As visões e experiências desses profissionais oferecem insights valiosos sobre as dinâmicas familiares, as necessidades identificadas durante as visitas e as estratégias adotadas para promover o bem-estar da mãe, do recém-nascido e do núcleo familiar. Atendendo ao impacto positivo que a visita domiciliária pode ter no fortalecimento da dinâmica familiar e na promoção de comportamentos saudáveis, num contexto em que os sistemas de saúde enfrentam desafios crescentes, explorar e valorizar a perceção dos enfermeiros pode contribuir significativamente para a melhoria das suas práticas e para a criação de políticas que promovam cuidados de qualidade.

Posto isto, como parte integrante do presente relatório, foi desenvolvido um estudo de investigação com o tema “A Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto: Perceção dos Enfermeiros de Família de uma Unidade Local de Saúde”, não só pelo interesse pessoal relativamente à parentalidade, mas também atendendo ao facto de esta intervenção específica não ser, ainda, uma prática comum em todas as UCSP e USF. A conscientização sobre as lacunas existentes no apoio às famílias, especialmente no período pós-parto, motivou o desejo de desenvolver esta temática, indagando recursos que possam otimizar a intervenção do EEESF face à problemática estudada. Refletir sobre este assunto impulsiona a necessidade de repensar os cuidados, com o intuito de garantir uma transição para a parentalidade mais saudável, além de fomentar o desenvolvimento de competências especializadas que possibilitem o

desenvolvimento pessoal e profissional, fundamentado na enfermagem avançada, com melhor capacidade de lidar com as exigências associadas ao pós-parto, promovendo a saúde da família.

No que se refere à estrutura, este relatório está dividido em dois capítulos. Do primeiro capítulo consta a reflexão das competências adquiridas e atividades realizadas ao longo do referido estágio, no qual, além da descrição, análise e reflexão crítica do desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiros Especialista e de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, se apresenta a contextualização do local de estágio. O segundo capítulo diz respeito ao Estudo de Investigação – A Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto: Percepção dos Enfermeiros de Família de uma Unidade Local de Saúde. Este capítulo integra o enquadramento teórico no qual são apresentados os principais conceitos, bem como uma síntese da revisão da literatura, apresentando a evidência científica que fundamenta a temática em estudo, a metodologia, a apresentação e discussão dos resultados, bem como as principais conclusões. Por fim, são apresentadas as considerações finais que sintetizam as principais aprendizagens, as dificuldades identificadas e uma breve reflexão sobre as implicações do estágio para a prática profissional.

Este relatório encontra-se redigido de acordo com a norma de referência *American Psychological Association (2020) – APA, 7ª Edição*, seguindo as diretrizes do novo acordo ortográfico português, com exceção das citações de autores (prévias a este acordo), por forma a manter a fidelidade para com os documentos originais.

## **1. Reflexão das Competências Adquiridas e Atividades Realizadas**

As dezoito semanas de estágio, proporcionaram a oportunidade de aplicar a melhor evidência científica e prática adquirida durante o período de formação teórica, possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem à família enquanto unidade, bem como aos seus indivíduos de forma particular. Este revelou-se um contexto privilegiado para a aquisição e desenvolvimento, não só das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, mas também, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar em conformidade com o estabelecido pela OE.

Neste capítulo, além da caracterização da UCSP de Gouveia, será realizada uma reflexão e análise das competências adquiridas durante o estágio profissional e serão descritas as atividades realizadas para a aquisição das competências.

### **1.1 Contextualização do Local de Estágio**

A UCSP de Gouveia está sediada na cidade com o mesmo nome, localizada na sub-região das Beiras e Serra da Estrela. O município de Gouveia, com 301 km<sup>2</sup> de área (Gabinete de Estratégia e Estudos, 2022), situa-se na encosta ocidental da Serra da Estrela, a 700 metros de altitude (Centro de Interpretação da Serra da Estrela [CISE], s.d.) e está dividido em 16 freguesias (Figura 1): Arcozelo, Cativelos, Folgoso, Gouveia, Nespereira, Paços da Serra, Ribamondego, São Paio, União das Freguesias de Aldeias e Mangualde da Serra, União das Freguesias de Figueiró da Serra e Freixo da Serra, União das Freguesias de Melo e Nabais, União das Freguesias de Moimenta da Serra e Vinhó, União das Freguesias de Rio Torto e Lagarinhos, Vila Cortês da Serra, Vila Franca da Serra, Vila Nova de Tazem (Portugal, Agência para a Modernização Administrativa [AMA], 2022).



**Figura 1 – Freguesias do concelho de Gouveia**

Fonte: Geneall. (s.d.). Concelho de Gouveia.  
<https://geneall.net/pt/mapa/142/gouveia/>

Este município é limitado a norte por Fornos de Algodres, a nordeste pelo município de Celorico da Beira, a este pela Guarda, a sudeste por Manteigas, a sudoeste por Seia e a noroeste pelo município de Mangualde. Em 2023, o município de Gouveia contava com 12 169 habitantes, sendo 5 750 homens e 6 419 mulheres, apresentando uma densidade populacional de 40,5 habitantes/km<sup>2</sup> (Pordata, 2024). No ano 2023, o concelho de Gouveia apresentava uma taxa bruta de natalidade de 5,5 nascimentos por cada mil habitantes, correspondente a sessenta e sete nascimentos (Pordata, 2024). No mesmo ano o índice sintético de fecundidade foi de 1,41 crianças nascidas por mulher em idade fértil (Pordata, 2024). Também em 2023, a taxa bruta de mortalidade foi de 19,7 óbitos por cada mil habitantes, apresentando uma taxa de 0% no que diz respeito à mortalidade infantil (Pordata, 2024). Em 2022, as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de morte neste concelho, com 24,2%, seguidas dos tumores malignos com 15,6% e das doenças do aparelho respiratório com 11,7% (Pordata, 2024). Atendendo ao elevado índice de envelhecimento do ano 2023, (434,5%), é possível constatar que, neste município, estamos perante uma população envelhecida (Pordata, 2024). Das 5 222 famílias residentes no concelho de Gouveia no ano 2021, 1510 eram unipessoais, das quais 1015 eram constituídas por pessoas com mais de sessenta e cinco anos; 2074 eram compostas por dois elementos; 907 eram constituídas por três membros; 548 eram constituídas por quatro elementos; e 183 famílias eram compostas por cinco ou mais pessoas, sendo que em média, as famílias residentes no município em 2021 eram compostas por 2,2 indivíduos (Pordata, 2024).

A UCSP de Gouveia é uma Unidade Funcional da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda com início de atividade a 20/03/2007, que assume como missão “Prestar cuidados de saúde primários adequados à população inscrita, intervindo na comunidade atuando no âmbito da saúde individual e familiar” (Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Ministério da Saúde [SNS, MS], 2024) e desenvolve a sua intervenção assente em valores como a equidade, a acessibilidade, a centralidade, o espírito de equipa, a responsabilidade, a transparência, o conhecimento, a qualidade e a inovação (Portugal, SNS, MS, 2024). Situa-se no sede localizado na cidade de Gouveia e por sete polos localizados em: Vila Nova de Tazem, Arcozelo da Serra, Folgoso, Melo, Moimenta da Serra, Nespereira e Cativeiros, cuja frequência de assistência médica e de enfermagem varia atendendo à dimensão e necessidades da população. O edifício sede da UCSP de Gouveia é composto por dois pisos, com boas condições de acessibilidade através da existência de um elevador que faz a circulação entre ambos os pisos. O piso zero acolhe o Serviço de Atendimento Complementar (SAC) e dispõe de balcão de atendimento e sala de espera, e o primeiro piso que se divide em quatro blocos: azul, vermelho, amarelo e cinzento, cada um deles com a respetiva sala de espera e balcão de atendimento, à exceção do bloco cinzento. O bloco azul aloca as áreas afetas à coordenação da unidade como: o gabinete da enfermeira responsável, o gabinete da coordenadora da UCSP e a secretaria na vertente de recursos humanos e contabilidade. Neste bloco existem ainda espaços destinados à técnica de saúde ambiental, à delegada de saúde pública, à psicóloga, ao técnico superior de serviço social, ao gabinete do utente, à fisioterapeuta, uma sala de reuniões e formação e uma cafetaria. O bloco vermelho dispõe de uma sala de tratamentos, uma sala de vacinação, quatro gabinetes médicos, quatro gabinetes de enfermagem e um gabinete destinado especialmente às consultas de planeamento familiar e à realização do rastreio do cancro do colo do útero. No bloco amarelo é possível encontrar uma sala de tratamentos, uma sala de colheitas de espécimes para análise, uma sala de vacinação, dois gabinetes médicos, dois gabinetes de enfermagem, um gabinete destinado às consultas do pé diabético, um gabinete para as consultas de planeamento familiar e realização do rastreio do cancro do colo do útero, o gabinete da técnica de nutrição, o gabinete da higienista oral e o serviço de radiologia. O bloco cinzento comporta uma sala de fisioterapia, o gabinete médico da consulta de cessação tabágica, o gabinete médico da consulta de desabituação alcoólica/toxicod dependência e o gabinete de enfermagem. Este bloco possui ainda alguns espaços adstritos à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), à Equipa Coordenadora Local (ECL) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e ao Centro de Resposta Integrada (CRI) da Guarda.

O horário de funcionamento da UCSP é das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira, assegurando o SAC a assistência aos utentes nas restantes horas do dia. Estas informações, bem como outras relevantes para os utentes e profissionais sobre o funcionamento da UCSP, encontram-se disponíveis no Guia de Acolhimento da UCSP de Gouveia bem como no Manual de Acolhimento de Novos Colaboradores.

A unidade dispõe de seis viaturas, duas delas elétricas, destinadas à prestação de cuidados no domicílio bem como às deslocações para as extensões de saúde.

A equipa multidisciplinar da UCSP é constituída por dez médicos, doze enfermeiros, sete assistentes técnicos e dezasseis assistentes operacionais, existindo atualmente dez equipas de saúde familiar: médico-enfermeiro-assistente técnico (Portugal, SNS, MS, 2024). Esta unidade funcional é ainda integrada por alguns profissionais adstritos à Unidade de Saúde Pública da ULS da Guarda como a higienista oral e a técnica de saúde ambiental e por outros profissionais que fazem parte da equipa de recursos assistenciais partilhados, como: psicóloga, técnico superior de serviço social, fisioterapeuta, técnica de nutrição e dois técnicos de diagnóstico e terapêutica neste caso de radiologia.

No sentido de dar resposta à sua missão, e tendo implícita a qualidade organizativa e assistencial, a unidade providencia as consultas programadas, inseridas nos programas nacionais de saúde, orientadas para a promoção da saúde e prevenção da doença ao longo do ciclo vital: saúde infantil e juvenil, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso, acompanhamento e vigilância da doença (diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial), tratamentos a feridas, administração de medicação e vacinação. Dispõe ainda da consulta não programada que possibilita o atendimento de situações agudas pela equipa de saúde correspondente. Em última instância, providencia ainda a consulta aberta, que permite o atendimento de situações agudas por uma equipa que intervém em substituição do médico e enfermeiro de família, fora do horário habitual destes. A UCSP de Gouveia colabora ainda com alguns projetos e parcerias como a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR). Esta unidade funcional integra atualmente a Equipa Local de Intervenção (ELI) de Seia do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, assumindo um importante papel na organização de uma resposta adequada às necessidades de saúde da população. Para tal, além do cumprimento dos Programas Nacionais emanados pela Direção Geral da Saúde (DGS), a UCSP desenvolve alguns projetos de intervenção local, dinamizados pelos profissionais, tanto numa abordagem individual ou familiar, como numa perspetiva de saúde comunitária. Considerando os aspetos socioculturais,

as necessidades específicas e as particularidades dos utentes, a UCSP de Gouveia tem implementados os projetos apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1 – Projetos dinamizados pela UCSP de Gouveia**

<b>Projeto</b>	<b>Dinamizadores</b>
Cuida das tuas costas	Fisioterapeuta
Cessação Tabágica	Enfermeiro e Médica
Desabituação Alcoólica	Enfermeiro e Médica
Move@Work	Fisioterapeuta
Alimentação saudável: Os mais saudáveis	Nutricionista
Sopa.come	Técnica de Saúde Ambiental
Consulta de Toxicodpendência	Enfermeiro, médica e CRI da Guarda
Consulta de Pé Diabético	Enfermeira

No âmbito do compromisso com a excelência e de forma a garantir a melhoria contínua, assegurando os padrões de qualidade, a UCSP promove regularmente sessões de formação em serviço, proporcionando aos profissionais oportunidades de atualização e desenvolvimento de competências, de forma a garantir uma resposta eficaz e adaptada às necessidades da comunidade. Além disso, a formação em serviço fomenta a partilha de conhecimentos entre os profissionais, contribuindo para uma maior coesão da equipa e para a promoção de um ambiente de aprendizagem contínua.

No sentido de acompanhar e avaliar o desempenho dos profissionais com vista à promoção da melhoria contínua, manifesta-se a importância da monitorização do Índice de Desempenho Global (IDG) de cada unidade funcional (Portugal, MS, Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2023). De acordo com a plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP), em novembro de 2024, a UCSP de Gouveia apresentava um IDG de 53,90%, abaixo da mediana das UCSP da ULS da Guarda com 56,15% (Portugal, SNS, MS, 2024). No mesmo sentido pondera-se o Índice de Desempenho da Equipa (IDE), que à mesma data era de 50,20%, abaixo da mediana apresentada pelas UCSP da ULS da Guarda com 63,25% (Portugal, SNS, MS, 2024). Com o objetivo de promover a melhoria

contínua, a UCSP de Gouveia comprometeu-se a melhorar vários indicadores, alcançando as metas estabelecidas na matriz de desempenho no plano de ação constante na Carta de Compromisso de 2024, conforme Tabela 2 (Portugal, SNS, MS, 2024).

**Tabela 2 – Indicadores da matriz de desempenho do plano de ação da Carta de Compromisso 2024**

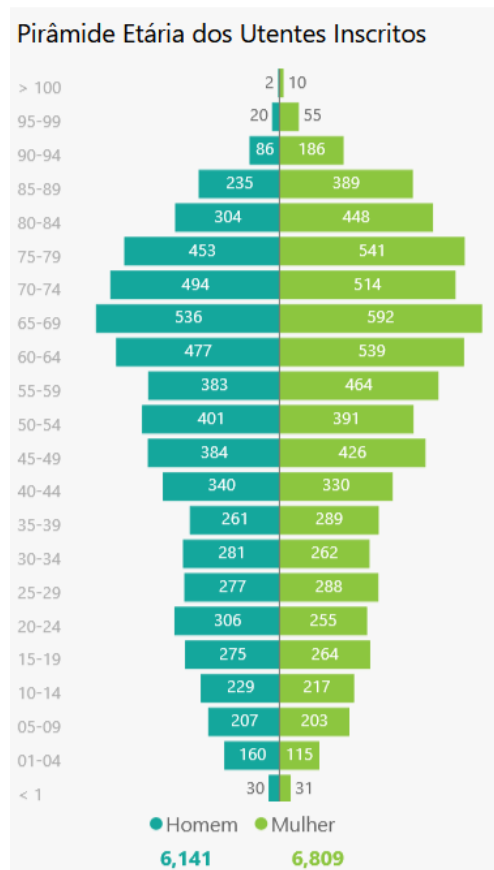
<b>Indicador</b>	<b>Descrição</b>	<b>Profissional responsável</b>
23	Proporção de utentes com hipertensão arterial (sem doença cardiovascular nem diabetes), com determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos	Médico
39	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HbA1c igual ou inferior a 8,0%	Médico e Enfermeiro
46	Proporção de utentes com idade entre [50; 75[anos, com rastreio de cancro do cólon e reto efetuado	Médico e Enfermeiro
49	Proporção de utentes com DPOC, com pelo menos um registo de avaliação de FeV1 nos últimos 3 anos	Médico
98	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada	Enfermeiro
308	Proporção de grávidas que realizaram, pelo menos um exame ecográfico durante o 2º trimestre de gravidez	Médico

**Fonte:** Portugal, SNS, MS. (2024). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP]. UCSP Gouveia. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/921/20024/2090600/Pages/default.aspx>

Além dos indicadores destacados na Carta de Compromisso de 2024, a UCSP de Gouveia tem a pretensão de prestar o melhor desempenho possível num vasto número de outros indicadores, como por exemplo: “Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida” e “Proporção de agregados familiares de puérperas ou recém-nascidos que receberam visita domiciliária de enfermagem” (Portugal, MS, ACSS, 2017), para os quais apresenta um IDE de 0%. Atendendo ao nulo valor de IDE apresentado para estes indicadores, e reconhecendo a importância da consulta de enfermagem realizada em contexto de visita domiciliária quer ao recém-nascido, quer à puérpera e restante família, revela-se totalmente pertinente o estudo desta temática, com o propósito de ser trabalhada em colaboração com os enfermeiros de cuidados de saúde primários, visando aprimorar o seu desempenho.

Em dezembro de 2024, a UCSP de Gouveia, contava com 12 950 utentes inscritos, dos quais 96,68%, correspondente a 12 520 utentes, têm médico de família e 428 utentes não têm equipa de saúde familiar atribuída, sendo que apenas 2 utentes se encontram nessa condição por opção (Portugal, SNS, MS, 2024). A Figura 2 representa a pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSP de Gouveia, por género. Analisando a pirâmide, é evidente o estreitamento da base, realçando o reduzido número de crianças e jovens, quando comparado com faixas etárias

superiores, verificando-se uma predominância nos utentes entre os 60 e os 79 anos. Apesar de se verificar um ligeiro predomínio do sexo feminino, não se destaca uma assimetria entre géneros (Portugal, SNS, MS, 2024).

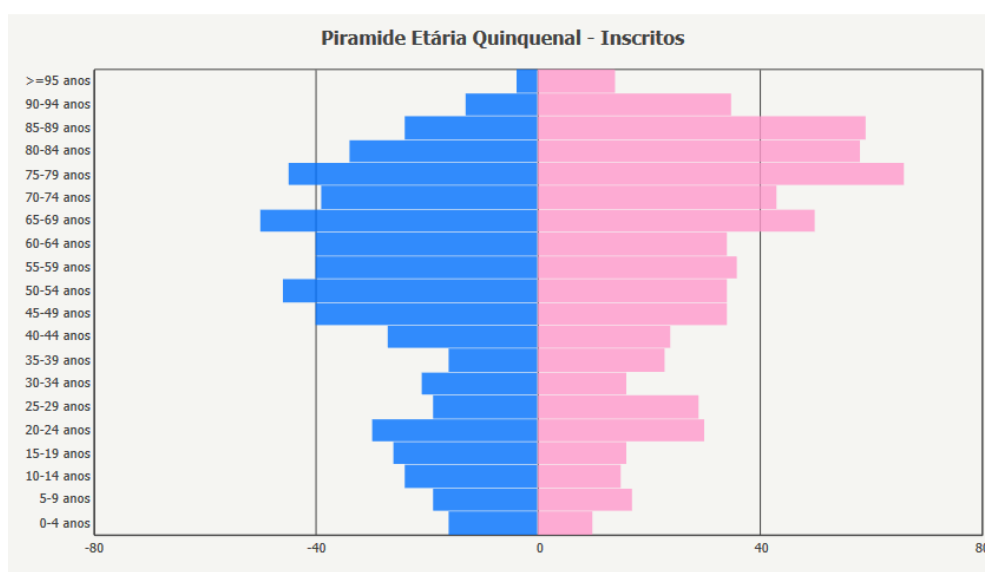


**Figura 2 – Pirâmide etária da distribuição dos utentes da UCSP**

**Fonte:** Portugal, SNS, MS. (2024). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP]. UCSP Gouveia. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/921/20024/2090600/Pages/default.aspx>

O Índice de Dependência Total (IDT) representa a relação entre a população dependente, isto é, população jovem (0-14 anos) e idosa, e a população em idade ativa, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Em dezembro de 2024, a UCSP de Gouveia apresentava uma população cujo IDT era 87,87% (Portugal, SNS, MS, 2024). O Índice de Dependência de Jovens (IDJ) que corresponde à relação entre a população jovem e a população em idade ativa em dezembro de 2024 situava-se nos 17,29% (Portugal, SNS, MS, 2024). Relativamente ao Índice de Dependência de Idosos (IDI) que diz respeito à relação entre a população idosa e a população ativa, foi obtido um valor de 70,58%, realçando a elevada dependência de uma população envelhecida, comparativamente à população jovem (Portugal, SNS, MS, 2024).

Analisando concretamente o ficheiro correspondente à equipa de saúde familiar que a Senhora Enfermeira Tutora integra, de acordo com os dados do Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF), podemos perceber que o mesmo é composto por 1222 utentes, representando 9,43% do número total de inscritos na UCSP de Gouveia. Do número total de inscritos neste ficheiro, apenas 41 utentes (3,36%), são crianças até aos 7 anos, contrastando com os 535 utentes idosos (idade igual ou superior a 65 anos) que corresponde a 43,78% de pessoas inscritas neste ficheiro. Relativamente ao género, não se regista uma assimetria considerável, apresentando 47,22% de utentes do sexo masculino e 52,78% do sexo feminino (Portugal, MS, 2024). De acordo com o representado na Figura 3, à semelhança do que observamos na pirâmide etária dos doentes inscritos na UCSP de Gouveia, também particularmente este ficheiro apresenta a base mais estreita do que o seu topo, evidenciando o envelhecimento desta amostra. A maioria deste ficheiro situa-se entre os 65 e os 89 anos, existindo em todas estas classes etárias o predomínio do género feminino (Portugal, MS, 2024).



**Figura 3 – Pirâmide etária dos utentes inscritos no ficheiro da equipa de saúde de uma enfermeira**

**Fonte:** Portugal, Ministério da Saúde. (2024). Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais [MIM@UF]. <https://mimuf-centro.min-saude.pt/MicroStrategy/asp/Main.aspx>

A larga maioria dos utentes que integram este ficheiro são residentes das freguesias de Melo (311 utentes) e Folgosinho (256 utentes), pelo que é nestes polos da UCSP de Gouveia que são realizadas a generalidade das consultas. Ainda assim, estão inscritos neste ficheiro, utentes cujo local de residência se dispersa por 31 concelhos do país (Portugal, MS, 2024). O

polo de Melo encontra-se em funcionamento às segundas, terças e sextas-feiras no período da manhã, das 9h às 13h, e às quintas-feiras das 9h às 13h e das 14h às 17h. No polo de Folgoso, o horário de funcionamento é apenas às quartas-feiras das 9h às 13h e das 14h às 17h. No que diz respeito aos contextos de saúde deste ficheiro, 506 pessoas são cumpridoras do rastreio oncológico, rastreio cancro do colo do útero e/ou rastreio cancro do cólon e reto; 128 mulheres integram o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar; 131 crianças mantêm a sua vigilância de saúde através do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; e apenas 2 grávidas estão inseridas no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva Saúde Materna. Relativamente aos problemas de saúde, 369 utentes têm associado o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares Risco: Hipertensão Arterial; e 161 pessoas com Diabetes, mantêm a vigilância da sua doença através do Programa Nacional para a Diabetes (Portugal, MS, 2024).

Realizada a contextualização do local de estágio, foram definidos os seguintes objetivos, em conformidade com o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar e alinhados com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Portugal, Regulamento n.º 126/2011):

- Desenvolver competências de enfermagem especializada, nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas na área da saúde familiar;
- Executar processos de cuidados de enfermagem à família, sustentados em conhecimento avançado e em referenciais teóricos no âmbito da enfermagem de saúde familiar;
- Desenvolver competências de tomada de decisão e resolução de problemas complexos no âmbito do processo de cuidados de enfermagem à família, numa perspetiva crítico/reflexiva;
- Aplicar em contexto da prática clínica, conhecimentos científicos adquiridos ao longo do processo formativo, evidenciando a prática baseada na evidência (Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2024).

Como objetivo pessoal, pretendeu-se o desenvolvimento a nível profissional, como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Área da Enfermagem de Saúde Familiar, bem como o desenvolvimento a nível pessoal enquanto ser humano. Pretendeu-se ainda, consolidar e expandir conhecimentos no âmbito da Enfermagem de Família, de forma a sustentar a prestação de cuidados de enfermagem à família com base na melhor evidência

disponível. No sentido de atingir os objetivos anteriormente enumerados, o estágio profissional foi desenvolvido de acordo com as diretrizes emanadas pela OE (2021).

## 1.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Rebello (2005) define as competências em enfermagem como um conjunto de características individuais, incluindo as suas potencialidades, habilidades, aptidões, atitudes, personalidade, comportamentos estruturados e conhecimentos gerais e específicos. Por sua vez, Dias (2006) acrescenta que as dimensões das competências incluem saberes teóricos, habilidades técnicas e a dimensão comportamental (ou saber-ser), que envolve o desenvolvimento social, relacional, experiencial e conceptual. Essas competências são construídas com base nas representações, potencialidades, capacidades, recursos cognitivos, habilidades e talentos individuais.

De acordo com Benner (2001), o processo de aquisição de competências impõe uma reflexão sobre as aprendizagens proporcionadas pela prática (know-how), integrando os saberes da prática com a teoria (conhecimento cognitivo), sem descuidar a conduta ética. A mesma autora salienta que a experiência e o domínio das habilidades resultam na transformação das competências, o que, por sua vez, leva ao aperfeiçoamento da conduta profissional.

A atribuição do título de enfermeiro especialista exige não apenas a aquisição de competências específicas da respetiva especialidade em enfermagem, mas também o domínio de competências comuns aplicáveis a diversos contextos de cuidados de saúde (Portugal, Regulamento n.º 140/2019). As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista compreendem dimensões como a formação dos clientes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança e a responsabilização por disseminar e desenvolver investigações relevantes que contribuam para o avanço da profissão e para a melhoria contínua dos seus cuidados, garantindo a excelência e a inovação nos cuidados prestados.

O Regulamento n.º 140 de 6 de fevereiro de 2019 define competências comuns como “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” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). De acordo com o referido Regulamento, as competências que deverão ser

transversais a todos os enfermeiros, de qualquer especialidade, apresentam os seguintes domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Portugal, Regulamento n.º 140/2019).

### **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Artigo 8º, “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015).

Para o desenvolvimento da competência “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, foram concretizadas diversas atividades em colaboração com a enfermeira tutora, de modo a dar resposta às respetivas unidades de competência: “Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”; “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade”; “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4746). Entre as várias atividades realizadas, destacam-se as consultas de enfermagem, ao longo do ciclo vital das famílias, tanto ao indivíduo como à família, adotando sempre uma prática profissional e ética na prestação de cuidados. Durante a intervenção com as famílias, foram construídas estratégias de resolução de problemas em parceria com as mesmas, atendendo à sua individualidade e às suas potencialidades. Durante o estágio foram vários os momentos de discussão dos casos entre a equipa de saúde familiar, existindo um papel ativo na construção da tomada de decisão em equipa. Os processos de tomada de decisão, foram suportados na experiência e sobretudo na evidência científica disponível. Durante estes momentos de partilha entre a equipa era suscitada a reflexão sobre os processos de tomada de decisão, à luz da enfermagem de saúde familiar, e posteriormente avaliados e partilhados os resultados da decisão tomada anteriormente.

No que diz respeito à competência “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” e às suas unidades de competência: “Promove a proteção dos direitos humanos” e “Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente” (Portugal, Regulamento n.º

140/2019, p. 4746) foram desenvolvidas práticas no sentido de promover a proteção dos direitos humanos e a gestão da segurança, privacidade e dignidade dos utentes, que permitiram atingir esta competência.

O sigilo profissional é o dever que exige aos profissionais de saúde que respeitem e protejam a intimidade da vida privada e a confidencialidade das informações e dados pessoais. Respeitar este princípio é fundamental para garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde, criando o enfermeiro uma relação terapêutica embasada na confiança com as pessoas de quem cuida (Pereira et al., 2012). Em todos os processos de colheita e análise de dados sobre as famílias, quer no contexto de consulta ou visita domiciliária, foi assegurado o respeito à confidencialidade e ao sigilo profissional, inclusivamente durante os momentos de acompanhamento da enfermeira tutora enquanto elemento da ECL da RNCCI na análise dos processos de admissão à rede. Na prestação de cuidados, em qualquer contexto e com qualquer cliente (indivíduo ou família), foram sempre tidos em conta os princípios éticos universais, como a proteção dos direitos humanos, a confidencialidade, o respeito pela privacidade, pelos valores e crenças dos utentes. Especialmente na concretização das visitas domiciliárias, o respeito pela privacidade foi um fator de constante preocupação, tendo em conta que a equipa de saúde era o fator externo que se entrosava no ambiente familiar já estabelecido. A privacidade e a confidencialidade foram asseguradas ao longo de todo o processo das consultas de enfermagem, tanto no âmbito individual como familiar, o que proporciona ao indivíduo e sua família uma relação de confiança para com o enfermeiro e facilita a adesão às intervenções encontradas com o cliente. Durante o estágio, foi garantido o direito dos utentes ao acesso à informação, incluindo as soluções disponíveis, os recursos existentes e a forma de os obter, promovendo o direito do cliente fazer escolhas informadas sobre si e sobre a sua saúde. Sempre que necessário, os utentes foram encaminhados à médica da equipa de saúde familiar para obter informações específicas que se enquadravam no âmbito da sua competência.

### **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

Quanto à competência “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, e atendendo às suas unidades de competência “Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” e “Orienta projetos institucionais na área da qualidade” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4747), as mesmas foram atingidas como resultado de algumas atividades desenvolvidas durante o estágio. Foram consultados alguns documentos basilares

para conhecimento das principais informações, como o Plano de Ação e a Carta de Compromisso da UCSP de Gouveia, bem como analisadas as taxas dos indicadores de saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de saúde familiar de forma a haver uma contextualização com as práticas da UCSP e as suas pretensões, numa perspetiva de trabalhar em prol da melhoria contínua.

De acordo com o artigo 9º do REPE, os enfermeiros, no desempenho das suas funções contribuem em áreas como a gestão, a investigação, a docência, a formação e a assessoria, colaborando na evolução e melhoria dos cuidados de enfermagem, isto envolve nomeadamente, a proposta de protocolos e sistemas de informação que sejam apropriados e eficazes para a prestação de cuidados (OE, 2015). Tendo em conta a taxa nula para os indicadores referentes à visita domiciliária à família após o parto, foi desenvolvido um estudo de investigação que será apresentado no Capítulo 2 e que foi apresentado aos enfermeiros da UCSP de Gouveia, em janeiro de 2025, numa perspetiva de melhoria contínua para toda a equipa. Houve lugar, ainda, à participação em sessões de formação sobre indicadores de saúde familiar, bem como a diversas formações na UCSP no âmbito da melhoria contínua dos cuidados, como por exemplo sobre: Interpretação de informação obtida pelo Sistema de Informação e Exploração dos conteúdos internos do MIM@UF. Em colaboração com a enfermeira tutora, foi realizada a caracterização dos utentes que integram o ficheiro da sua equipa de saúde familiar, de forma a melhorar o planeamento e a adequar os cuidados à população-alvo. Foi realizada uma constante atualização dos processos das famílias com as quais se manteve contacto ao longo do estágio, assegurando cuidados de continuidade adequados à fase do ciclo vital da família. Esta caracterização periódica dos utentes que integram um ficheiro mostra-se bastante relevante, uma vez que só conhecendo a população alvo de intervenção se podem delinear estratégias eficazes de abordagem à mesma, permitindo a criação de novos programas adequados às suas características e eliminando outros que já não se revelem pertinentes. O facto de a enfermeira tutora integrar o Conselho Técnico da UCSP, permitiu colaborar na elaboração do plano de melhoria contínua para o ano 2025, bem como na contratualização de indicadores.

Para desenvolvimento da competência “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” foram realizadas algumas atividades que permitiram atingir as suas unidades de competência: “Avalia a qualidade das práticas clínicas”; “Planeia programas de melhoria contínua”; “Lidera programas de melhoria contínua” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4747).

O enfermeiro deve procurar a qualidade das suas práticas, reconhecendo a importância de desenvolver programas de melhoria contínua, que devem estar alinhados com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que são a base essencial para projetos de melhoria contínua da prestação de cuidados (Nascimento, 2014). Atendendo às oportunidades de melhoria identificadas na UCSP, foram desenvolvidos alguns documentos orientadores, nomeadamente:

- Procedimento Operativo de Colheita de Espécimes para Análise com os objetivos de uniformizar procedimentos de admissão do utente para colheita de espécimes para análise, de uniformizar procedimentos de colheita de espécimes para análise e de garantir a eficácia organizacional (Apêndice I);
- Instrução de Trabalho sobre as Especificidades das Colheitas, que tem o intuito de funcionar como guia de consulta rápido para procedimentos menos comuns, mais complexos ou que exigem maior atenção e cuidados (Apêndice II);
- Instrução de Trabalho sobre Identificação de Tubos de Colheita (Apêndice III), para consulta e esclarecimento em caso de dúvida relativamente ao tubo a utilizar para uma determinada colheita prescrita. Posteriormente foi ainda elaborada uma infografia, com a informação mais importante sintetizada, para afixar na sala de colheitas eliminando os vários lembretes aleatórios que se encontravam dispostos na sala (Apêndice IV);
- Procedimento Operativo sobre Medicamentos de Alta Vigilância, que teve como objetivo implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos de alta vigilância. Após a elaboração do documento, foram criadas novas etiquetas de identificação de medicamentos de acordo com as diretrizes normalizadas, e foram corretamente identificados todos os locais do circuito do medicamento (Apêndice V);
- Guia Orientador - Registos na UCSP de Gouveia, que teve como objetivo uniformizar os registos dos enfermeiros da unidade, direcionados às áreas de atenção prioritárias (Apêndice VI);
- Guia Orientador de Boas Práticas: Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto que foi criado a partir dos resultados obtidos no projeto de investigação desenvolvido (Apêndice VII).

Atualmente, os documentos elaborados, já foram homologados pelo Conselho de Administração e validados pela Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco da ULS da Guarda,

à exceção do Guia Orientador de Boas Práticas: Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto que ainda se encontra nesse processo. Após a elaboração dos documentos, foi ministrada formação em serviço aos enfermeiros da UCSP sobre as temáticas (Apêndice VIII, Apêndice IX, Apêndice X,) e dados a conhecer os novos documentos. Foi ainda apresentado o estudo de investigação realizado e solicitada colaboração no preenchimento dos questionários. Posteriormente foram divulgados os resultados do projeto de investigação que será apresentado no Capítulo 2, bem como o Guia Orientador de Boas Práticas: Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto. A formação em serviço é efetivamente um importante instrumento para a atualização científica e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental nesse processo, sendo responsável por planejar, coordenar e participar em programas que promovam a melhoria contínua. Além disso, a sua atuação na área da formação, além de incluir a mobilização de conhecimentos e a partilha de experiências, estimula a mudança, contribuindo para o desenvolvimento e fortalecimento da equipa.

A competência “Garante um ambiente terapêutico e seguro” e as suas unidades de competência: “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” e “Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, pp. 4747-4748), foram atingidas por meio do desenvolvimento de algumas intervenções durante o estágio, como o envolvimento das famílias para garantir a satisfação das necessidades culturais e espirituais. Esse envolvimento permite um maior entendimento e respeito pelos valores, costumes e práticas espirituais, promovendo um cuidado integral e personalizado que fortalece o vínculo e o bem-estar da família como um todo. Foram incrementadas as medidas de segurança dos dados obtidos e dos registos efetuados no programa SClínico<sup>®</sup>, mantendo sempre a segurança da informação dos utentes. Relativamente à gestão do risco, houve continuamente colaboração no circuito de materiais para a esterilização e organização na higienização das áreas de trabalho e equipamentos.

### **Competências do domínio da gestão de cuidados**

A competência “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e as suas unidades de competência: “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” e “Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4748), foram atingidas, através do desenvolvimento das atividades descritas de seguida. Desenvolveu-se a campanha

de vacinação da gripe e COVID-19, quer através da vacinação na unidade, como também na deslocação às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Houve a colaboração nas decisões da equipa, tanto na equipa de saúde familiar, como também na equipa de enfermagem, contribuindo para a tomada de decisão no processo de enfermagem, nos casos discutidos em equipa. A negociação com as famílias e com a enfermeira tutora, permitiu o encaminhamento de alguns casos para outros profissionais de saúde, nomeadamente a Médica de Medicina Geral e Familiar ou o Técnico de Serviço Social no caso de uma família com um elemento que pela deterioração cognitiva carecia de supervisão constante, e cuja esposa se encontrava numa situação de sobrecarga, sem poder trabalhar e portanto sem auferir rendimento. Em conferência familiar, foi acordado, que a opção que melhor satisfazia as necessidades da família seria a integração em centro de dia, tendo sido encaminhado para o Técnico de Serviço Social da UCSP. Todas as atividades representaram oportunidades de desenvolvimento e aquisição de novos conhecimentos, otimizando os recursos disponíveis. Enquanto enfermeiros especialistas, é fundamental o reconhecimento das responsabilidades adicionais que incluem a gestão de recursos materiais, instalações e equipamentos, cuidados e, igualmente importante, recursos humanos. Todas essas atividades devem estar orientadas para garantir a melhoria contínua e a segurança dos cuidados de saúde, promovendo práticas eficientes e centradas nas necessidades dos utentes e equipas.

Relativamente à competência “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”, bem como das suas unidades de competência: “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e “Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, pp. 4748-4749), contribuíram para o seu desenvolvimento as seguintes intervenções: facultar informação legislativa e política às famílias, nomeadamente sobre direitos na gravidez, ou sobre direitos na parentalidade a uma recém-mãe que tinha sido despedida durante a gravidez, sobre o estatuto do cuidador informal no caso de uma utente que assumira recentemente esse papel e não estava informada, mas também sobre o internamento em RNCCI, a um utente que vendo o seu familiar colocado numa unidade bastante distante da área de residência, não tinha conhecimento de que poderia pedir transferência para uma unidade mais próxima.

Atendendo às responsabilidades da enfermeira tutora de colaboração na gestão da unidade, foi possível participar no planeamento e elaboração de horários dos enfermeiros da

UCSP bem como na gestão de stock e material de consumo clínico e respetivo pedido na plataforma GHAF<sup>®</sup>.

### **Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

A competência “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e as suas unidades de competência: “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” e “Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4749), desenvolveram-se a partir da concretização e da reflexão sobre as atividades desenvolvidas. Ao longo do estágio foi demonstrada capacidade de autoconhecimento, reconhecendo a sua identidade como pessoa e como enfermeira, aspeto fundamental para a prática de enfermagem. Esse autoconhecimento foi uma ferramenta para promover a interação com a equipa multidisciplinar e com os utentes e famílias. Além disso, foram reconhecidos os próprios recursos, bem como as limitações pessoais e profissionais. Essas limitações evidenciaram-se na intervenção com famílias complexas, na qual houve sempre o apoio da enfermeira tutora na procura de rentabilizar os recursos disponíveis na UCSP e os mais adequados a cada situação. A partilha de experiências e preocupações com a colega de mestrado a realizar estágio no mesmo local, bem como com a enfermeira tutora e restante equipa multidisciplinar, foi um importante fator facilitador no reconhecimento não só das fragilidades existentes, mas também da melhor forma de as colmatar. Houve momentos em que foi possível antecipar situações potenciais de conflito, relacionadas com os horários de atendimento ou até mesmo uma situação em que era necessário o encaminhamento de uma idosa da extensão de saúde para o SAC, tendo o filho mostrado desagradado com essa necessidade de se deslocar à sede da UCSP, foi necessário explicar a situação clínica da utente, os riscos que corria, os recursos existentes num local e no outro, e dessa forma apaziguou-se um possível conflito. A identificação das suas próprias forças pelo enfermeiro é uma ferramenta crucial para o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade. Ter consciência de si, reconhecendo tanto as forças como os aspetos a melhorar, é fundamental para trabalhar com as famílias, uma vez que, para uma intervenção sistémica, o enfermeiro não se deve perceber como um elemento externo ao sistema familiar, mas como uma parte integrante da dinâmica que pretende compreender e influenciar positivamente com a sua intervenção.

Por fim, a competência “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” bem como as respetivas unidades de competência: “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”; “Suporta a prática clínica em evidência

científica”; “Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, pp. 4749-4750), foram atingidas por meio da concretização de algumas intervenções. De forma a suportar a prática clínica em evidência científica, foi aprofundado o conhecimento sobre os Programas Nacionais de Saúde em vigor na UCSP, alinhados ao Plano Nacional de Saúde; foi realizada pesquisa de artigos, teses e livros especializados em avaliação e intervenção familiar, além de consulta de legislação para uma maior sustentação da prática. Foi desenvolvido um estudo de investigação, interpretando, organizando e divulgando os resultados obtidos a partir da evidência, com o propósito de contribuir para o avanço do conhecimento e para a melhoria contínua da prática clínica especializada em enfermagem de saúde familiar. Para a concretização do estudo, bem como do guia orientador de boas práticas no âmbito da visita domiciliária à família no pós-parto, foi desenvolvida pesquisa bibliográfica e científica. Durante o estágio houve uma responsabilização no diagnóstico de necessidades formativas e da prestação de formação sobre as temáticas identificadas e anteriormente explicitadas.

### 1.3 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 da OE (Portugal, Regulamento n.º 428/2018), o EEESF possui competências avançadas que o habilitam a intervir em contextos familiares complexos ou de transição, atuando como elemento fundamental nos cuidados de saúde, ao nível da prevenção e promoção da saúde familiar. O desenvolvimento dessas competências é um processo contínuo, não se finalizando com a obtenção do título de enfermeiro especialista. Durante o estágio, o contacto constante com as famílias permitiu adquirir novos conhecimentos, habilidades e atitudes, consolidando e ampliando as competências almejadas no processo formativo. Ainda assim, está presente a convicção de que após o término do estágio e ao longo do percurso profissional, haverá inúmeras oportunidades de continuar a desenvolver as competências no âmbito da especialidade em enfermagem de saúde familiar.

O regulamento das competências específicas do EEESF tem o objetivo de estabelecer um enquadramento regulador para a certificação das competências daquele profissional e

informar os cidadãos sobre as expectativas em relação ao seu trabalho. Estas competências foram definidas no Regulamento n° 428/2018 (Portugal, Regulamento n° 428/2018) e estão organizadas em duas áreas principais, garantindo a regulação e qualidade do exercício profissional especializado: “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”; “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Portugal, Regulamento n° 428/2018, p.19355).

A competência “Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”, compreende diversas unidades de competência. No que diz respeito à unidade de competência “Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas” (Portugal, Regulamento n° 428/2018, p. 19357), e para alcançar a mesma, foram planeadas, implementadas e avaliadas algumas atividades. Realizaram-se diversas consultas de enfermagem ao longo do ciclo vital das famílias, integrando a família como uma unidade, no âmbito dos vários programas. As consultas de vigilância de hipertensão arterial e diabetes foram, sem dúvida as que tiveram maior representação, atendendo à caracterização do ficheiro alvo de intervenção. Foram realizadas consultas de saúde infantil e juvenil, nomeadamente o exame global de saúde a uma criança de cinco anos que permitiu avaliar a existência de competências para o início da aprendizagem (Anexo I). Houve a colaboração com a médica da equipa de saúde familiar na realização de oito citologias cervico-vaginais no âmbito do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero. Foram registados, entregues e rececionados cerca de 18 kits para Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) no âmbito do Programa de Rastreio do Cancro do Cólon e Reto. Foram realizadas quatro consultas de saúde materna no âmbito do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, nas quais além da avaliação dos parâmetros relacionadas com a grávida se abordou a importância do papel do pai nesta fase de importante transição, constatando-se que em nenhuma das consultas as grávidas foram acompanhadas pelos companheiros. De forma a intervir nesse sentido, foi agendada a consulta seguinte com especial atenção ao horário de trabalho do futuro pai para que este tivesse mais disponibilidade para estar presente. Numa das consultas com uma das grávidas, esta foi acompanhada pelo filho de seis anos, tendo constituído uma oportunidade privilegiada para explorar o papel do irmão mais velho com a criança, envolvendo-a no processo da gravidez e preparando-a para a chegada do novo membro da família. Foram concretizadas algumas visitas domiciliárias, sobretudo de caráter curativo e para avaliação de situações complexas, não tendo

sido possível a concretização de nenhuma visita domiciliária no âmbito da temática do estudo de investigação por não existir nenhuma família a passar pela fase do puerpério durante o período de estágio. Foi realizada ainda uma visita domiciliária a uma família com a qual foi desenvolvida uma avaliação e intervenção de acordo com o MDAIF, contudo esta não se enquadra na visita domiciliária à família pós-parto, tendo em conta que a criança já tinha dois meses de idade. Para a concretização desta intervenção foi demonstrada disponibilidade e possibilidade de ajuste aos horários da família e durante o acompanhamento, a mesma foi incentivada a reformular os seus objetivos, respeitando as suas perspetivas, nomeadamente no que diz respeito à saúde familiar. Em colaboração com a família, foram identificados e reforçados os seus pontos fortes, antes de se elaborar um plano de cuidados com o propósito de promover, manter e fortalecer a saúde familiar.

O desenvolvimento da unidade de competência "Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família" (Portugal, Regulamento nº 428/2018, p. 19357) é essencial para uma avaliação eficaz e a subsequente prestação de cuidados adequados. Durante o estágio, surgiram inúmeras oportunidades para o desenvolvimento desta competência, que possibilitaram a prática de recolha sistemática de informação, promovendo intervenções alinhadas com as necessidades e particularidades das famílias. Durante as consultas foi essencial o desenvolvimento da capacidade para a colheita de dados pertinentes, nomeadamente no âmbito da avaliação inicial das famílias, identificando as suas crenças e culturas familiares e o seu impacto na dinâmica da família. Principalmente com uma família, especificamente, foi possível identificar áreas de atenção comprometidas, tendo por base o MDAIF e a aplicação de um conjunto de instrumentos de avaliação familiar como: genograma, ecomapa, Escala de Graffar, Escala de Coesão e Adaptabilidade da Família (FACES II), Apgar Familiar de Smilkstein e Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe. É de relevante interesse, que este tipo de avaliação e intervenção familiar mais profunda e sistemática seja estendida a uma maior número de famílias, contudo isso não foi possível durante o estágio. Uma colheita de dados organizada e abrangente à família, permite ao enfermeiro, não só identificar o histórico familiar e hereditário da família, como também a sua estrutura familiar, as interações mantidas, os tipos de comunicação, as crenças e valores culturais, tendo facilmente à sua disposição estes e outros instrumentos de avaliação que lhe permitem ter um papel facilitador nas transições de cada família. Ainda que apenas uma família tenha sido alvo deste tipo de avaliação e intervenção sistemática, em todos os contextos de consulta foi essencial o desenvolvimento da colheita de dados e posterior registo no programa informático. Ao trabalhar com as famílias, foram

sinalizadas e identificadas as suas necessidades, bem como os seus pontos fortes e redes de apoio, promovendo a consciencialização dessas forças para o enfrentamento das situações. A colheita de dados detalhados permitiu compreender o contexto familiar e perceber a sua dinâmica, envolvendo os seus membros nos cuidados. Esse processo possibilitou a identificação de necessidades específicas e a formulação de alternativas de cuidado alinhadas às condições e particularidades de cada família.

A unidade de competência “Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas” (Portugal, Regulamento nº 428/2018, p. 19357), foi atingida pela concretização de um conjunto de atividades. Para alcançar essa competência, foram mobilizados conhecimentos de enfermagem e outras áreas científicas para uma tomada de decisão fundamentada. Dessa forma, analisou-se o histórico familiar, incluindo as relações, o estado de saúde, os padrões de resposta, as tarefas, os vínculos, as crenças, os sistemas mais amplos e os recursos disponíveis, recorrendo a instrumentos de avaliação como o genograma e o ecomapa. A transição para a parentalidade que a família, já referida anteriormente, se encontrava a vivenciar, não representava, por si só, uma situação complexa, tratando-se de uma transição normativa. Contudo, no momento do primeiro contacto com esta família, em consulta de vigilância de saúde infantil, um familiar muito próximo encontrava-se internado por agudização de uma doença respiratória crónica, representando uma situação complexa e imprevisível para a família que demonstrava preocupação. Durante a intervenção com a família, foi possível monitorizar as diferentes respostas e ponderar novos focos de atenção.

Relativamente à unidade de competência “Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica” (Portugal, Regulamento nº 428/2018, p. 19357), esta foi desenvolvida através de um conjunto de intervenções, como a criação de um ambiente seguro para discussão de temas difíceis durante a avaliação familiar, como por exemplo a satisfação conjugal ou a abordagem à sexualidade. O pensamento crítico e sistemático é essencial para compreender e abordar a dinâmica familiar de forma sistémica, bem como para analisar os dados com base nos focos específicos de intervenção em enfermagem familiar. Durante a intervenção com a família referida, foram aplicados diversos instrumentos validados para a avaliação familiar, tendo sido o plano de cuidados sempre construído em colaboração com a família, alinhando-se com os resultados que a mesma desejava alcançar.

Relativamente à unidade de competência “Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas” (Portugal, Regulamento, nº 428/2018, p. 19358), ao longo do estágio houve oportunidade de desenvolver algumas

atividades que contribuíram para o desenvolvimento desta competência. Verificou-se uma preocupação constante em promover o diálogo com os utentes e suas famílias a vivenciar situações complexas, facilitando a concretização das suas metas. Foram desenvolvidas e avaliadas intervenções, com base nas transições de cada família e considerando as suas respostas em diferentes domínios: comportamental, biopsicossocial, físico, afetivo, espiritual e cognitivo, recorrendo ao processo de enfermagem. Além disso, foi possível criar ambientes seguros e saudáveis para as famílias, assegurando a qualidade e a segurança nos cuidados de saúde prestados. Além da promoção do diálogo, verificou-se importante o incentivo ao envolvimento de todos os elementos da família, na procura de respostas em situações de transição complexa, bem como na análise de estratégias para gerir emoções e conflitos dentro do contexto familiar, reduzindo os efeitos negativos na saúde.

De forma a desenvolver a unidade de competência “Facilita a resposta da família em situação de transição complexa” (Portugal, Regulamento nº 428/2018, p. 19358), foram desenvolvidas atividades como: o reconhecimento e análise da dinâmica familiar e da influência que os fatores externos ao indivíduo têm no seu estado de saúde atual, quer seja a família quer seja a comunidade onde este se insere, através da realização do ecomapa; colaboração com a família em processo de transição complexa na identificação das suas forças e dos seus potenciais recursos; e o registo no sistema informático da reavaliação da situação familiar. As visitas domiciliárias revelaram-se uma estratégia de intervenção para a promoção da saúde que facilita o envolvimento das famílias, permitindo que se expressassem no seu ambiente natural. Durante as entrevistas, a família alvo de avaliação e intervenção familiar, foi incentivada a partilhar a sua história, identificando as suas forças e oportunidades de crescimento.

Para o desenvolvimento da unidade de competência “Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar” (Portugal, Regulamento nº 428/2018, p. 19358), foi essencial a reflexão com a enfermeira tutora, bem como com a colega de mestrado sobre as situações familiares, os resultados esperados e os resultados alcançados. Houve um contributo para o desenvolvimento de competências específicas em enfermagem de saúde familiar por parte dos enfermeiros da UCSP, através da formação ministrada sobre a visita domiciliária à família após o parto, bem como do fornecimento do guia orientador de boas práticas para realização da mesma. O processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências foi acompanhado por uma avaliação contínua da prática, focando-se no progresso familiar e nos resultados, com o objetivo de melhorar tanto o desenvolvimento profissional quanto o pessoal. A reflexão constante sobre a interação com a família e a colaboração com a

equipa na resolução de problemas de enfermagem de saúde familiar foram essenciais para o desenvolvimento das competências. Houve troca de opiniões e conhecimentos, especialmente com a enfermeira tutora e com a colega de mestrado. Procurou-se um envolvimento de toda a equipa de enfermagem, particularmente na implementação da visita domiciliária à família no pós-parto, fornecendo formação e orientações facilitadoras para a prática, como o respetivo guia orientador de boas práticas.

A unidade de competência “Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem” (Portugal, Regulamento nº 428/2018, p. 19358), foi atingida pelo desenvolvimento das seguintes atividades: reavaliação das intervenções realizadas com as famílias, com o objetivo de verificar os ganhos em saúde; operacionalização do MDAIF, com a família referida anteriormente, no processo de planeamento, execução e reavaliação dos cuidados de enfermagem de saúde familiar. Após a intervenção com esta família, a mesma mostrou-se satisfeita, disponível e interessada em receber mais cuidados semelhantes, destacando a relevância do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro de família. A eficácia dos cuidados foi avaliada através da reformulação dos diagnósticos de enfermagem, aplicando a evidência científica no planeamento dos cuidados de saúde familiar.

A competência “Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar”, compreende duas unidades de competência. No que diz respeito à unidade de competência “Articula com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família” (Portugal, Regulamento nº 428/2018, p. 19358), e para o seu desenvolvimento foi incentivada a colaboração interdisciplinar, através da referenciação das famílias para outros profissionais de saúde quando se revelou necessário. Durante o estágio, houve lugar ao encaminhamento de alguns casos para a Médica de Medicina Geral e Familiar, para a RNCCI, para o psicólogo e um caso específico para o Técnico de Serviço Social, como já foi mencionado anteriormente.

Por fim, para responder à unidade de competência “Gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção” (Portugal, Regulamento nº 428/2018, p. 19359), foi realizada a atualização da informação contida nos processos familiares e individuais no SClínico®. Os sistemas de informação e as tecnologias foram um meio para a otimização e demonstração dos ganhos obtidos em saúde familiar. A promoção e a valorização da enfermagem de saúde familiar são consequências naturais de uma prática de cuidados sistémica e co-desenvolvida com as famílias, e são as mesmas que, ao perceber os resultados da intervenção da enfermagem de saúde familiar reconhecem o valor desse profissional

especializado. O desenvolvimento do estudo de investigação, é sem dúvida, uma forma de promover e dar visibilidade ao conhecimento na área da enfermagem de saúde familiar, investigando e produzindo novos resultados pertinentes para uma prática baseada na evidência.

Numa reflexão final, o percurso de estágio evidenciou o desenvolvimento de competências específicas e comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, pautadas por rigor científico, técnico e humano. As atividades realizadas, centradas nas famílias e na dinâmica dos sistemas familiares, contribuíram para cuidados personalizados e eficazes. Este processo, enriquecido por reflexão crítica e superação de desafios, promoveu o crescimento pessoal e profissional, consolidando a transição de enfermeiro de cuidados gerais para especialista, com impacto positivo na promoção da saúde e no fortalecimento da prática de enfermagem familiar.

## **2. Estudo de Investigação – A Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto: Perceção dos Enfermeiros de Família de uma Unidade Local de Saúde**

### 2.1 Enquadramento Teórico

As transformações sociais das últimas décadas desencadearam adaptações impactantes nas famílias, que aliadas às alterações sociodemográficas, resultaram em novas necessidades de saúde. Enquanto unidade social de considerável relevância, a família tem sofrido mudanças significativas quanto ao seu desenvolvimento, afetando de igual modo a sua estrutura, bem como as suas funções e interações internas e com a comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011). Ainda que tenha sofrido diversas e sucessivas transformações ao longo do tempo, a família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, continua a ser o principal contexto de apoio à vida e à saúde dos seus membros. As relações familiares, que refletem a sua complexidade, envolvem sentimentos e comportamentos que não podem ser compreendidos e analisados com as ferramentas utilizadas para estudar indivíduos de forma isolada (Figueiredo, 2023).

Relvas (2004) reconhece a família como um conjunto de indivíduos que, de um modo sistemático e organizado, estabelecem interações próprias que lhe conferem autonomia e uma identidade grupal única. Atendendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a família é definida como “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (CIPE, 2011, p. 115). Compreender a complexidade das dimensões envolvidas no conceito de família, é essencial para uma atuação baseada na evidência (Leal, 2019).

Atendendo às necessidades de saúde de uma população em crescente mudança, a OMS (2000), reconheceu um novo enfermeiro especialista, o Enfermeiro de Saúde Familiar, considerando que este profissional deve localizar-se no centro do novo modelo de cuidados de saúde. Atualmente, os Cuidados de Saúde Primários (CSP), designadamente nas USF e UCSP,

desenvolvem um modelo de proximidade, no qual o foco dos cuidados é a família, originando uma estrutura fundamental do sistema de saúde, destacando a importância de intervenções em rede e de um modelo de cuidados que acompanham as transições da família ao longo do ciclo de vida (Portugal, Regulamento n.º 367/2015). O EEESF tem a competência de prestar cuidados às famílias, nas consultas, nos domicílios e na comunidade, de acordo com as necessidades de saúde identificadas ao longo de todo o ciclo vital, promovendo uma vida saudável e prevenindo complicações. Nesse contexto, a enfermagem de saúde familiar assume grande importância, pois a sua prestação de cuidados à família considera tanto o indivíduo como o grupo familiar na sua globalidade, atendendo à sua singularidade, à sua história, à sua cultura e à sua interação com o contexto familiar, promovendo ações que fortalecem essa unidade e permitem compreender as suas características e necessidades particulares (Figueiredo, 2023).

A OE define como competências específicas do EEESF as seguintes: “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção” e “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (Portugal, Regulamento n.º 428/2018, p. 19355). Assumindo uma abordagem à família enquanto unidade de cuidados, o enfermeiro concentra-se tanto na família na sua globalidade, como nos seus membros individualmente, intervindo na sua capacitação para lidar com as exigências e particularidades do seu desenvolvimento.

O ciclo vital de uma família corresponde a uma sequência previsível de transformações na organização familiar, considerando o cumprimento de tarefas bem definidas. As tarefas de desenvolvimento da família estão relacionadas com as características individuais dos seus membros, com a dinâmica interna da família, bem como com o grupo social em que esta se insere (Silva et al., 2023). De acordo com Relvas (2004), o ciclo vital da família é constituído por cinco etapas: formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos. Durante estas etapas existe um equilíbrio relativo coexistente com um consenso nas funções, nas regras e nas tarefas de cada elemento da família, que tem a constante necessidade de se readaptar para alcançar o ajuste dos seus papéis, atendendo às alterações que ocorrem com a mudança de etapa (Silva et al., 2023).

Embora as mudanças no contexto social influenciem profundamente a transformação das famílias, estas evoluem de acordo com as suas finalidades, que são constantemente modificadas atendendo às transições normativas e acidentais que vivenciam ao longo do ciclo de vida (Figueiredo, 2012).

As transições que ocorrem ao longo do ciclo vital, são suportadas pela Teoria das Transições de Afaf Meleis, baseada no facto de, na sua conceção, a autora ter como um dos principais pressupostos a transição. Esta teoria explora os processos de transição que as famílias vivenciam ao longo do seu ciclo vital, considerando como essas mudanças afetam a sua saúde e a percepção de bem-estar dos indivíduos e das suas famílias (Meleis, 2010). A conceção de transições familiares é altamente relevante para a prática de enfermagem, por influenciar diretamente a saúde e o bem-estar dos indivíduos e das famílias. Essa abordagem permite intervenções mais eficazes e alinhadas às necessidades específicas em cada fase do ciclo de vida familiar. Seja qual for a natureza da transição, os eventos que a desencadeiam apontam para a necessidade de uma reorganização nos papéis e nas tarefas de cada membro, e da família na sua globalidade. Esses eventos devem alertar o enfermeiro para possíveis situações que possam comprometer o equilíbrio e o funcionamento da família, exigindo atenção de modo a prevenir ou minimizar impactos negativos. É por isso, essencial, que a família seja capacitada para utilizar estratégias ou recursos que lhe possibilitem a resolução dos desajustes, promovendo a sua adaptação a uma nova realidade (Augusto, 2023). Para Meleis (2010) as transições, que podem ser de diferentes tipos, resultam das constantes mudanças na vida, saúde, processos, relacionamentos e ambientes. As transições desenvolvimentais estão relacionadas com as mudanças esperadas ao longo do ciclo vital, onde se insere a parentalidade; as transições situacionais, são aquelas que são associadas a eventos que implicam a alteração de papéis como a mudança de emprego ou a perda de um membro da família; as transições de saúde-doença experienciam-se quando ocorre a alteração do estado de bem-estar/saúde para o estado de doença; e por último as transições organizacionais estão relacionadas com mudanças nos sistemas ou estruturas organizacionais, como alterações sociais, políticas ou económicas (Meleis, 2010).

A parentalidade, é considerada por alguns autores uma das transições que maior impacto gera no ciclo vital da família, devido às mudanças significativas na dinâmica familiar com o nascimento do primeiro filho, encetando a etapa da família com filhos pequenos. Essa transição implica mudanças desenvolvimentais de grande complexidade, criando novos papéis, subsistemas e graus de parentesco, além de redefinir os limites familiares (Andrade, 2023; Tralhão et al., 2020).

O nascimento de um filho é frequentemente visto como um momento marcado pela ambiguidade de sentimentos (Leal, 2019) que desencadeia um processo irreversível de transformação exigindo ajustes físicos, psicológicos, familiares e sociais (Lima & Araújo,

2021) e que transmite um estado de vulnerabilidade ao casal, agora mãe e pai de uma criança. A importante etapa de transição que é a parentalidade pode ser caracterizada por momentos de desordem e desequilíbrio, nesse contexto, é essencial que os profissionais de saúde ofereçam orientações claras, promovam um ambiente de diálogo aberto, estimulando a autoestima e a aprendizagem, de forma motivadora e construtiva, de modo a facilitar a adaptação e o fortalecimento das famílias (Fernandes, 2022). Desta forma, o período que sucede o parto revela-se um contexto privilegiado de intervenção para o enfermeiro, com o intuito de facilitar uma transição saudável à mãe, ao casal e se tornar um suporte nos cuidados ao recém-nascido (Fernandes, 2022).

O enfermeiro de família desempenha um papel essencial nesse processo, fortalecendo a família ao trabalhar questões centradas na conjugalidade, na parentalidade, nas relações com a família de origem e na adequação da vida social, envolvendo a família e os seus membros como um todo (Andrade, 2023; Tralhão et al., 2020). Enquanto primeiros cuidadores dos indivíduos e famílias a vivenciar um processo de transição, os enfermeiros devem estar atentos às mudanças e exigências que esse processo traz à vida familiar. É do domínio do enfermeiro preparar os indivíduos para esses eventos transicionais e colaborar no processo de desenvolvimento de novas competências necessárias para enfrentar as mudanças (Meleis et al., 2000) e cabe ao enfermeiro identificar em que fase do processo de transição o casal se encontra, garantindo que as intervenções e estratégias mais adequadas são aplicadas no momento certo, de forma a promover um suporte eficaz e atender às necessidades específicas nesse momento (Tralhão et al., 2020). Durante esta transição, é fundamental que a família esteja motivada, bem informada e capacitada, de forma a ser capaz de adaptar o seu ambiente às exigências da parentalidade (Andrade, 2023). Estabelecer uma parceria de cuidados entre a família e a equipa de saúde familiar é essencial para garantir a qualidade dos cuidados à mãe, ao pai e ao recém-nascido (Tralhão et al., 2020).

As distintas configurações que a família pode assumir na sociedade atual, juntamente com as grandes transformações nos papéis dos seus membros, trazem desafios no que diz respeito à assunção das responsabilidades de cuidar dos filhos e à forma como os cuidados lhe são prestados (Wright & Leahey, 2012). Neste contexto, a família que acolhe um novo membro, torna-se um foco de cuidados para o enfermeiro de saúde familiar, que tem a responsabilidade de a capacitar para o desempenho das tarefas necessárias ao autocuidado e bem-estar da criança e à satisfação das suas necessidades, enquanto promove a preservação da saúde da família como

um todo. Esta complexa transição exige um acompanhamento próximo, onde o enfermeiro de família assume um papel crucial no fortalecimento da estrutura familiar (Andrade, 2023).

O puerpério, que se inicia com o parto e se estende por seis semanas, revela-se uma fase desafiante, tanto para a puérpera como para o casal e família. Nesta fase, surgem frequentemente, dificuldades de origem biopsicossocial, como complicações com o aleitamento materno, depressão pós-parto, medo e insegurança familiar, existindo por isso a necessidade de orientação e apoio em diversos aspetos, como no esclarecimento de dúvidas, incentivo da amamentação e realização do exame físico à puérpera e recém-nascido. Tendo em conta as exigências que se impõe com a chegada de um recém-nascido e a adaptação a uma nova dinâmica, a mulher acaba por omitir ou não priorizar o seu autocuidado, cabendo ao enfermeiro de saúde familiar intervir a esse nível (Lima & Araújo, 2021). Aumentar o nível de literacia em saúde da mulher/casal quer para o cuidado ao filho quer para o cuidado a si mesmos será uma prioridade de forma a minimizar as consequências desta transição e a identificar recursos promotores de uma adaptação saudável (Pinto, 2017).

Ao longo dos anos, tem-se assistido ao desenvolvimento de estratégias na assistência em saúde com vista à preparação dos pais para essa transição, visando torná-la uma experiência saudável e satisfatória. As sessões de educação para a saúde e as estratégias utilizadas têm sofrido alterações, com o objetivo de permitir uma melhor preparação e capacitação do casal. Ainda assim, e apesar da frequência de programas/projetos de promoção da saúde durante a gravidez por parte da mulher/casal, estes mantêm a necessidade de integrar novos conhecimentos e competências, de forma a melhorarem a qualidade dos cuidados prestados à sua criança, o que se revela uma pertinente oportunidade de intervenção de enfermagem, nomeadamente com a visita domiciliária (Fernandes, 2022).

A visita domiciliária é caracterizada como um atendimento realizado na casa da mulher/casal/família, podendo envolver um ou mais profissionais da equipa de saúde. Consiste num conjunto de ações planeadas e contínuas, adaptadas às necessidades individuais e familiares. O seu principal objetivo é promover a saúde, prevenir complicações e realizar o diagnóstico precoce de condições que possam comprometer o bem-estar, priorizando cuidados antecipatórios e personalizados (Lima & Araújo, 2021). O domicílio destaca-se como o ambiente ideal para conhecer a família no seu contexto real, onde se incluem os aspetos habitacionais, relacionais, estruturais e de redes de apoio. Esse entendimento permite planear cuidados mais abrangentes e embasados em evidências científicas, produzindo ganhos em saúde para toda a família e contribuindo para o bem-estar e qualidade de vida da família na sua

globalidade (Leal, 2019). Transportar para o domicílio os cuidados promotores do desenvolvimento saudável das famílias e, conseqüentemente, dos indivíduos, revela-se uma vantagem significativa que o enfermeiro de família pode proporcionar. Desta forma, o contexto da visita domiciliária favorece o planejamento de cuidados mais abrangentes e baseados em evidências, gerando ganhos em saúde para todos os membros da família, desempenhando uma função tanto educativa como assistencial (Pádua et al. 2022).

Para Medeiros e Costa (2016), as visitas domiciliárias devem ser realizadas ao longo do ciclo de vida, especialmente durante os períodos de transição e adaptação a novos papéis familiares, com o objetivo de prover as famílias de ferramentas que as ajudem a enfrentar essas transições/crises de forma saudável. Nesta fase de transição que é o nascimento de um filho, além das vantagens já mencionadas quanto à realização da visita domiciliária, a OMS reconhece também a visita domiciliária à puérpera e ao recém-nascido como uma importante estratégia que visa contribuir para a saúde familiar (OMS, 2022), contribuindo para promover a adaptação ao papel parental, por se desenvolver dentro do ambiente familiar onde a comunicação está facilitada (Pádua et al., 2022; Necipoglu et al., 2021). Na mais recente orientação da OMS para os cuidados à mãe e ao recém-nascido, com vista a uma experiência pós-natal positiva, é recomendado que além dos cuidados imediatos após o nascimento, sejam realizadas visitas domiciliares sempre que possível. Essas visitas permitem que os profissionais de saúde apoiem a transição para os cuidados no domicílio (OMS, 2022), revelando-se uma excelente estratégia de articulação entre níveis de cuidados de saúde (Villas Boas et al., 2023). Essa abordagem constitui uma estratégia preventiva de intervenção precoce, promovendo um vínculo mais saudável entre os elementos da família (Leal, 2019). Sendo o domicílio parte integrante da esfera privada de cada família, este contexto propicia um ambiente privilegiado, de acesso restrito. É nesse espaço que a família se sente mais confortável, facilitando o estabelecimento de uma relação mais positiva entre o profissional de saúde e os seus membros (Borges, 2017).

A realização da visita domiciliária pode considerar-se relevante em diversos momentos e contextos, sendo a transição para a parentalidade uma oportunidade de excelência para essa intervenção. Essa fase acarreta mudanças profundas e permanentes, podendo ser vivenciada como uma crise de desenvolvimento que a família deverá resolver para se manter saudável. Deste modo, iniciar as visitas domiciliárias nos primeiros dias após a alta hospitalar contribui para o equilíbrio da dinâmica familiar e para o desenvolvimento saudável de todos os membros (Leal, 2019). A visita domiciliária no período pós-parto, possibilita não só avaliar a condição de saúde do recém-nascido, mas também avaliar o ambiente familiar, essencial para o

crescimento e desenvolvimento da criança (Tavares, 2023). Através desta intervenção, o enfermeiro especialista pode influenciar positivamente o desenvolvimento das relações familiares, prevenindo possíveis disfunções entre os membros da família. Essas visitas permitem uma identificação mais eficaz das necessidades, recursos e apoios de que a família dispõe para enfrentar esse momento de crise, promovendo a participação ativa de todos os intervenientes (Tralhão et al., 2020). O principal objetivo desse método de trabalho é oferecer ao indivíduo e à família, no seu domicílio, a assistência ou orientação de saúde necessária para atender às suas necessidades específicas (Leal, 2019).

A promoção do bem-estar nesta fase da vida de uma família, apresenta uma profunda relação com as vivências do casal, a forma como estão integrados no contexto social, as suas crenças e os seus valores. Dessa forma, a visita domiciliária à família revela-se uma estratégia importante para avaliar as interações do casal no seu ambiente natural, o que permite ao enfermeiro ajustar as suas intervenções às necessidades específicas da família, oferecendo apoio, orientação e tranquilidade. Além disso, facilita a deteção precoce de problemas, promove o equilíbrio familiar (Fernandes, 2022) e reduz sentimentos de solidão, desamparo e fadiga (Almeida et al., 2016) contribuindo para a saúde coletiva e gerando ganhos em saúde significativos para a sociedade (Fernandes, 2022).

As visitas domiciliárias oferecem uma oportunidade essencial para atender mulheres e famílias que estejam impossibilitadas de se deslocar aos serviços de saúde, ou que devido a complicações pós-parto, não conseguem aceder aos mesmos ou evitam procurá-los. Neste tipo de intervenção, assuntos como aleitamento materno, desenvolvimento infantil, planeamento familiar, saúde da mulher, orientações de hábitos saudáveis e cuidados com a saúde mental podem ser abordados de forma mais aprofundada, colmatando possíveis lacunas existentes ou reforçando os cuidados necessários para promover a saúde (Villas Boas et al., 2023). Lima e Araújo (2021) reconhecem a influencia da visita domiciliária no puerpério no aleitamento materno exclusivo até aos seis meses, acrescentando que crianças que não receberam esta intervenção apresentam taxas mais elevadas de desmame precoce, atendendo à falta de orientação/conhecimento das mães sobre esta temática. Fracolli et al. (2018) consideram importante, abordar ainda, temas como: a parentalidade, a família, o projeto de vida, a rede social e a saúde ambiental, com o intuito de empoderar as famílias, com melhorias nas respostas dadas às suas próprias necessidades.

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2009) recomendam atenção neonatal adequada para todos os recém-nascidos nas primeiras horas e semanas de vida,

cabendo a cada país analisar as suas normas, de modo a garantir a assistência adequada no período pós-natal, abrangendo partos no domicílio ou em instituições de saúde, e realizar o acompanhamento necessário, incluindo visitas domiciliárias. Estas devem encetar-se assim que possível, preferencialmente nas primeiras vinte e quatro horas após partos domiciliares ou até ao terceiro dia se possível, no caso dos partos ocorridos em instituições de saúde, é recomendada a realização da VD até ao sétimo dia. Os profissionais que acompanham as famílias, nomeadamente através das visitas domiciliárias, devem ser dotados de conhecimentos diferenciados e capacitados, uma vez que o seu objetivo é melhorar o nível de cuidados, identificando precocemente perigos eminentes ou possíveis complicações, bem como promover o nível de literacia em saúde (OMS & UNICEF, 2009).

Concretamente em Portugal, a Direção-Geral da Saúde também enfatiza a importância da visita domiciliária após o parto, como estratégia para atenuar as carências e assimetrias de distribuição de profissionais nos CSP. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) destaca que essas visitas são fundamentais na vigilância e promoção da saúde, especialmente nos dias seguintes à alta da maternidade, e que devem ser levadas a cabo por profissionais disponíveis, motivados e competentes (Portugal, MS, DGS, 2013). O Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento (PNLSCC) 2023-2030 (Portugal, MS, DGS, 2023) considera que

a promoção da saúde é uma responsabilidade transversal, as comunidades devem criar as condições para a promoção da Literacia em Saúde nos diferentes contextos e estádios do ciclo de vida, visando potenciar e fornecer novas oportunidades de ativação de comportamentos saudáveis (p. 20).

Posto isto, a visita domiciliária enquanto ecossistema promotor de saúde, promove a criação de um contexto no qual o enfermeiro, em interação com a família, atua como agente facilitador, fornecendo informações e estratégias que incentivam a comportamentos saudáveis, promovem a literacia em saúde e permitem à família desenvolver competências para gerir a sua saúde no ambiente familiar (Portugal, MS, DGS, 2023). Da mesma forma, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco reconhece que a visita domiciliária no puerpério (até ao 42º dia) se revela uma ferramenta de trabalho essencial, especialmente relevante para famílias ou situações identificadas como de maior vulnerabilidade ou risco (Portugal, MS, DGS, 2015).

A reformulação dos Cuidados de Saúde Primários resultou na criação de equipas dedicadas à intervenção nas famílias ao longo do seu ciclo vital, as USF e as UCSP. Estas

unidades funcionais, regulamentadas pela Portaria nº411-A/2023, estabelecem indicadores para avaliar os ganhos em saúde (Portugal, Portaria nº411-A/2023), nomeadamente a “Proporção de agregados familiares de puérperas ou recém-nascidos que receberam visita domiciliária de enfermagem” cujo numerador é definido como “Contagem de agregados familiares com puérperas ou recém-nascidos e pelo menos uma visita domiciliária de enfermagem até ao 28º dia”, destacando a importância da realização precoce da visita domiciliária como um critério de qualidade (Portugal, MS, ACSS, 2017, p. 468).

Segundo o Parecer nº 12/2011 emitido pela Ordem dos Enfermeiros, o acompanhamento da puérpera e do recém-nascido deve ser adaptado às necessidades específicas de cada situação. Ainda que possa parecer previsível que o acompanhamento durante o puerpério seja da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, a OE reconhece que é legítima a necessidade de intervenção por parte de outras especialidades como a Enfermagem de Saúde Familiar, assumindo a visita domiciliária como uma forma de tornar os cuidados acessíveis e próximos da puérpera e recém-nascido (OE, 2011). De modo a fornecer uma linha orientadora para a intervenção na comunidade à puérpera e recém-nascido, a Ordem dos Enfermeiros (2015) estabeleceu diretrizes por forma a identificar aspetos fundamentais a ter em conta na prestação de cuidados a estes grupos específicos. No que diz respeito à prestação de cuidados à puérpera na comunidade, considera-se essencial adotar algumas medidas, como:

Avaliação com a puérpera do seu estado físico e psicológico e processo de recuperação de parto, incluindo exame mamário e perineal (se apropriado); Avaliação do processo cicatricial do períneo ou abdómen e remoção de material de sutura (caso exista); Consulta de revisão do parto (com exame mamário, perineal e citologia); Aconselhamento contraceutivo e ou início de contraceção; Despiste de problemas físicos e/ou mentais e fazer o seu encaminhamento para outros profissionais ou instituições de cuidados (OE, 2015, p. 51).

Relativamente ao recém-nascido, devem ser implementados os seguintes cuidados no contexto comunitário:

Avaliação e registo do peso e medições antropométricas (perímetro cefálico e comprimento); Realização do teste de diagnóstico precoce; Cumprimento do programa de vacinação; Consulta de saúde infantil; Despiste de problemas com a amamentação e/ou outras complicações (ex: icterícia, infeção do coto umbilical) e fazer o devido encaminhamento (OE, 2015, p. 51).

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco estabelece um guia da consulta do puerpério, que deve ser realizada entre a quarta e a sexta semana após o parto. De acordo com este guia, na consulta de puerpério deve ser determinada a **história clínica**, nomeadamente possíveis intercorrências durante a gravidez, dados do parto e eventuais complicações. Deve ser realizado o **exame físico e do estado geral da mulher**, através da observação da pele e mucosas, edemas, sutura/cicatriz, (episiotomia, laceração ou ferida cirúrgica da cesariana) e altura do fundo uterino, avaliada a tensão arterial, temperatura e peso; **observação das mamas** e validação do aleitamento materno ou supressão láctea. No caso do **aleitamento materno** deve ser avaliada a frequência das mamadas (diurna e noturna), os sinais de boa pega e de satisfação do recém-nascido, as condições das mamas e a extração e conservação do leite materno. Se estiver instituído o **aleitamento artificial**, ou houver essa pretensão, deve informa-se sobre higienização e esterilização de biberons e tetinas e preparação de fórmula para lactente, devendo ser assegurado o apoio específico na supressão láctea. Devem ser identificados precocemente **sinais e sintomas das patologias mais frequentes** como anemia, cefaleias, sinais de bloqueio dos ductos, ingurgitamento mamário ou lesões dos mamilos, má involução uterina e/ou hemorragia vaginal, incontinência urinária/fecal, infeções urinárias, ginecológicas e/ou da sutura e hemorroidas. Deve ser realizada uma **avaliação do histórico vacinal** com eventual administração de vacinas contra o sarampo, papeira e rubéola e contra o tétano e difteria se puérpera não vacinada ou com esquema em atraso. Deve ser realizado o **exame ginecológico** com a realização de citologia cervico-vaginal se aplicável, bem como a **avaliação do pavimento pélvico**, investigando a existência de queixas urinárias, sexuais e/ou pélvicas e instruindo sobre exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Nesta consulta é importante ser feita uma **avaliação dos conhecimentos sobre o retorno à fertilidade no pós-parto**, abordando nomeadamente o reinício da atividade sexual e fornecendo o método contraceptivo escolhido e mais adequado, se aplicável. É de igual importância a **avaliação do suporte social / fatores de risco familiares**, identificando as pessoas e/ou instituições de apoio e resposta às necessidades básicas da tríade mãe/bebé/pai e avaliando os fatores de risco social, tais como pobreza, migração, desemprego, situação de refugiados, condições habitacionais precárias, ou os contextos de vida, como situações de luto ou nascimento de um recém-nascido com malformações. A **avaliação do estado emocional da puérpera** deve ser realizada através da avaliação clínica, questionando: “Durante o último mês, sentiu-se muitas vezes incomodada por estar “em baixo”, deprimida ou desanimada?”; “Durante o último mês, sentiu-se muitas vezes incomodada por ter pouco interesse ou prazer em fazer algo?”; e através da aplicação da Escala de Edimburgo para a depressão pós-parto,

caso sinais de blues pós-parto persistam ao fim de dez a catorze dias. Importa igualmente a **avaliação da dinâmica familiar**, dedicando especial atenção à relação emocional mãe/pai/bebé, à qualidade da vinculação, à deteção de sinais e sintomas de maus-tratos, de negligência, de violência doméstica, ou dos relacionados com o risco de mutilação genital nas crianças do sexo feminino. Nesta consulta devem ser promovidos **estilos de vida saudáveis**, nomeadamente alimentação, atividade física, sono e repouso, higiene (cuidados na zona perineal), segurança rodoviária, consumo de tabaco ou álcool. Por fim, é igualmente importante a prestação de **apoio ao pai** na adaptação ao seu novo papel e responsabilidades dentro da unidade familiar (Portugal, MS, DGS, 2015).

O PNSIJ também estabelece diretrizes para a realização da primeira consulta ao recém-nascido, que deverá realizar-se nos dias seguintes à alta da maternidade. Para avaliação da **visão**, o programa recomenda a realização do exame objetivo às pálpebras, exame ocular externo e observação do reflexo do fundo ocular; relativamente à **audição** deve ser verificada a realização do rastreio auditivo neonatal e avaliado se o recém-nascido se assusta com sons fortes. No que diz respeito ao **desenvolvimento**, deve ser avaliada a presença de reflexos primitivos, de acordo com a Escala de rastreio de Mary Sheridan modificada. Relativamente à **vacinação**, importa verificar a realização da vacina contra a hepatite B e BCG na maternidade, bem como realizar o rastreio de doenças metabólicas ou verificar a sua realização na maternidade. Revela-se importante realizar a avaliação da **relação emocional/comportamento**, nomeadamente sobre a satisfação do principal cuidador com o seu bebé, sobre a adaptação da família às novas rotinas e sobre as reações dos irmãos se existirem, constituindo um sinal de alerta se se verificar a falta de interesse no bebé, sentimentos de desespero ou ideação suicida. No que diz respeito à **segurança do ambiente** deve avaliar-se a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel, o risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer e a exposição a problemas associados ao consumo de álcool ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente. No que diz respeito aos cuidados antecipatórios a adotar na primeira consulta do recém-nascido, relativamente à **alimentação**, deve ser promovida a manutenção do aleitamento materno, em exclusivo, até aos seis meses. No que diz respeito à **posição de deitar**, deve instrui-se a família a deitar o bebé em decúbito dorsal, tendo em conta a prevenção da síndrome da morte súbita do lactente; e para prevenção de **acidentes e segurança** é importante ler com os pais as informações constantes no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e incentivá-los a consultarem-nas periodicamente. Relativamente aos **sinais e sintomas de alerta** os pais devem ser instruídos quanto aos sinais ou sintomas que devem

motivar a procura dos serviços de saúde (recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cor “acinzentada”, entre outros) (Portugal, MS, DGS, 2013).

Num estudo desenvolvido por Pinto (2017), os enfermeiros refletem a preocupação em envolver a família nos cuidados, contudo, não se identificam intervenções que tenham a família como alvo de cuidados. A prática dos enfermeiros foca-se predominantemente na família como contexto, direcionando os cuidados para o recém-nascido e a puérpera. A família é percebida, sobretudo, como um recurso facilitador ou como um fator gerador de stress na adaptação à parentalidade, sem uma abordagem integrada que contemple a unidade familiar. Ainda assim, num estudo realizado por Leal (2019, pp. 49-50), os enfermeiros enumeram algumas intervenções realizadas na visita domiciliária centradas na família, tais como: Identificar “possíveis pontos fortes e fracos na resposta às transições de vida”; identificar a dinâmica familiar e o que a suporta; “integrar informação adicional, incluindo interações familiares observadas, tais como a comunicação verbal e não verbal”; “dar feedback à família, centrando-se nos seus pontos fortes”; “explorar estratégias para melhorar a dinâmica familiar” identificando com a família novas estratégias para alcançar os seus objetivos; “avaliar a capacidade da família para se manter unida”; “identificar as crenças e cultura familiar e o seu impacto na saúde”; solicitar o “histórico familiar e hereditário” de modo a colher dados pertinentes para o estado de saúde da família. Ainda que cada família vivencie uma experiência única, a transição para a parentalidade acarreta alguns aspetos transversais à maioria das famílias, o que, atendendo à singularidade de cada núcleo familiar, permite ao enfermeiro proporcionar cuidados antecipatórios de vigilância. Assim, os enfermeiros, enquanto agentes promotores da saúde familiar, devem avaliar e promover a dinâmica familiar, percebendo como as relações familiares se estruturam durante o processo de transição para a parentalidade e favorecendo o desenvolvimento saudável da família. Focar a intervenção de enfermagem no fortalecimento da família implica priorizar ações que promovam a conjugalidade, a parentalidade, as relações entre irmãos, os vínculos com a família de origem e a integração na vida social de forma equilibrada e funcional. Esta intervenção deve focar-se nos processos de comunicação e ser direcionada para uma colaboração ativa entre o enfermeiro e a família, permitindo a identificação conjunta das necessidades, desafios e recursos disponíveis, promovendo uma abordagem personalizada e eficaz (Andrade, 2023).

Para Figueiredo (2023), o facto de ao longo dos anos, as famílias se terem tornado sistemas sociais cada vez mais complexos, carece de que os enfermeiros estejam dotados de competências que lhes permitam interagir de vários modos e em múltiplos contextos. De forma

a dar resposta a esta complexidade e unicidade da família, revela-se fundamental a adoção de uma abordagem sistémica para a avaliação e intervenção familiar, surgindo assim modelos capazes de orientar a avaliação da família. Um dos modelos existentes e mais adotados é o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e surge da necessidade dos enfermeiros, no contexto dos cuidados às famílias, disporem de um modelo de avaliação e intervenção, tendo a família como unidade de cuidados. Este modelo categoriza a sua operacionalização em três dimensões: estrutural, desenvolvimento e funcional, que orientam para a formulação de diagnósticos tendo em consideração uma perspetiva colaborativa. Posteriormente, o modelo apresenta “propostas de intervenção que permitirão ao enfermeiro, conjuntamente com a família, tomar a decisão sobre quais as intervenções mais ajustadas, face à diversidade e à unicidade da família” (Figueiredo, 2023, p. 386). A dimensão estrutural concentra-se na análise da sua estrutura familiar, identificando a composição da mesma e as interações com outros subsistemas, incluindo a família extensa e outros sistemas sociais amplos. Através desta análise, também é possível identificar potenciais riscos de saúde relacionados ao contexto ambiental da família. A avaliação da dimensão de desenvolvimento permite conhecer os fenómenos relacionados com o crescimento da família, considerando tanto o processo, como o contexto em que está inserida, e abrange as seguintes definições: satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental. Atendendo à fase cuja intervenção se desenvolve (puerpério) não fará sentido avaliar a adaptação à gravidez. A avaliação funcional da família “alude primordialmente aos padrões de interação familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema” (Figueiredo, 2012, p.91) bem como dos valores que permitem atingir os seus propósitos. Esta avaliação é integrada pelo papel de prestador de cuidados e pelo processo familiar que realça a dimensão expressiva evidenciada pelas convivências entre os elementos da família e que se expande em cinco vertentes: comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares (Figueiredo, 2012).

A visita domiciliária revela-se uma ferramenta de intervenção essencial na promoção da saúde familiar e na continuidade dos cuidados em ambiente de domicílio, sendo necessariamente planeada com o objetivo de estruturar ações e intervenções de forma metódica (Tavares, 2023). O planeamento da visita domiciliária revela-se essencial de forma a assegurar que os objetivos desejados são alcançados, tanto por quem realiza a visita como por quem a recebe. Esta visita não deve ser considerada uma simples visita social, devendo ser orientada

por metas que promovam ganhos em saúde. A programação das visitas deve considerar as necessidades específicas das famílias, bem como a sua capacidade de responder de forma positiva às intervenções propostas, garantindo uma abordagem direcionada e eficiente. Planejar uma visita domiciliária envolve várias etapas, sendo a primeira etapa, avaliar solicitações ou possíveis necessidades, conduzindo uma anamnese detalhada de forma a averiguar se o problema ou necessidade pode ser resolvido no domicílio. Caso a visita seja considerada pertinente, deve-se realizar uma colheita de dados no processo clínico dos indivíduos/família, determinar o grau de prioridade e a frequência das visitas, além de identificar os profissionais a intervir naquele momento. Finalmente, é realizada a preparação do material necessário e agendados os horários de acordo com a disponibilidade da família. O início da visita domiciliária, deve ser pautado pela apresentação do profissional, caso não seja conhecido pela família, devendo indicar os objetivos da visita e atender de forma prioritária as necessidades sentidas pelo indivíduo ou família. Depois de identificados os problemas ou necessidades mais eminentes para a família, são definidas prioridades, estratégias e atividades. No término da visita, solicita-se que a família resuma o que foi transmitido e o que foi aprendido, esclarecendo sempre dúvidas caso existam. A intervenção só estará concluída após o registo detalhado das informações recolhidas, devendo haver espaço para uma discussão do caso em equipa, se for considerada necessária (Leal, 2019).

De modo a permitir a uniformização e padronização entre os profissionais na concretização da visita domiciliária, revela-se totalmente pertinente a existência de um protocolo ou guia de orientação. Este documento permite uma maior monitorização dos cuidados prestados, garantindo consistência nas práticas adotadas. Além disso, promove um registo uniforme do trabalho desenvolvido, facilitando a avaliação e a continuidade de cuidados (Leal, 2019). Piteira (2016) no seu estudo identifica que a ausência de protocolo ou guia orientador, foi uma das dificuldades mais apontadas pelos enfermeiros para a concretização da visita domiciliária no período pós-parto. Também na investigação realizada por Leal (2019), 78,9% dos enfermeiros inquiridos considera ser importante a existência de um guia orientador/protocolo para a realização da visita domiciliária, por facilitar a organização do trabalho planeado, sendo uma ferramenta na uniformização de procedimentos. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2007), os guias orientadores de boas práticas de cuidados de enfermagem fornecem um importante contributo para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, uma vez que as boas práticas derivam da aplicação de diretrizes baseadas em evidência científica. Deste modo, com a criação de guias de orientação,

pretende-se otimizar a resposta na resolução de problemas de saúde específicos, com base num compromisso de excelência.

A qualidade e a excelência nos cuidados dependem diretamente do envolvimento ativo da comunidade e especialmente da família. A realização da visita domiciliária no pós-parto pelo enfermeiro pode efetivamente gerar ganhos em saúde e melhorar indicadores de qualidade de vida, intervindo em colaboração com outros profissionais sempre que necessário (Tavares, 2023). Prestar cuidados à pessoa e à sua família é uma das atividades centrais dos cuidados de enfermagem, tendo os enfermeiros um compromisso ético e moral de envolver as famílias nos seus cuidados de saúde (Wright e Leahey, 2012). Atendendo à relação existente entre os elementos de uma família que se influenciam mutuamente e evoluem por meio de uma interação recíproca e cumulativa, torna-se evidente o potencial do sistema familiar para a promoção da saúde dos seus subsistemas e naturalmente da saúde global (Figueiredo, 2012). Importa assim que os enfermeiros privilegiem o foco nas forças, potencialidades e recursos da família e da comunidade em detrimento dos seus défices, problemas e fragilidades (Kraus & Silva, 2023). Wright e Leahey (2012) sugerem que, na intervenção com as famílias, sejam identificadas as suas forças, listando-as lado a lado com os problemas, possibilitando uma perspetiva equilibrada e evitando o foco nos problemas, percebendo que cada família possui as suas forças, mesmo em situações de maior dificuldade. De acordo com a abordagem do Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças, a mobilização, capitalização e desenvolvimento das forças são estratégias importantes para a promoção da saúde e existem algumas técnicas específicas para trabalhar as forças da família, nomeadamente: **inventariar as forças já existentes**, na qual o enfermeiro em conjunto com a família pode desenvolver uma lista das forças e recursos da mesma, atualizando-a sempre que necessário; **questionar a pessoa/família acerca das suas forças e recursos**, o ato de transmitir em palavras o que considera serem as suas forças, ajuda a elevar uma ideia vaga a um nível de consciência superior; **partilhar as observações das forças com a pessoa/família**, apontando os contributos dessas forças para a promoção da saúde e bem-estar; **ensinar a pessoa/família a descobrir as suas próprias forças**, atendendo a que as forças podem ser aprendidas e são definidas pelo contexto e circunstância; **evitar rótulos de diagnóstico para descrever a pessoa e família**, evitando que assumam os seus diagnóstico e que a sua capacidade fique limitada e moldada pelo mesmo; **elogiar** de forma autêntica e oportuna a pessoa e família pelo que estão a fazer bem, ajuda a equilibrar os sentimentos de desespero, impotência, fracasso ou culpa, promovendo a autoconfiança; **focar-se nas soluções em vez dos problemas**, definindo caminhos e expectativas realistas; **encontrar oportunidades**

**para transmitir esperança**, que potencia o recurso a outras forças internas como a coragem, a perseverança e o humor (Gottlieb, 2016).

Existe ainda um conjunto de estratégias que os enfermeiros podem desenvolver nas visitas domiciliárias de forma a promover o envolvimento, a motivação, a empatia e a confiança da família, potenciando a comunicação e o aumento da literacia em saúde. A comunicação em saúde enfrenta o desafio de ajustar a complexidade das informações ao nível de literacia em saúde da população, pelo que, de forma a assegurar a eficácia da comunicação, é fundamental reconhecer os diferentes graus de literacia dos destinatários e implementar estratégias adequadas. Nesse contexto, os enfermeiros devem utilizar estratégias de comunicação adaptadas às necessidades individuais das pessoas e famílias. Estratégias como a **escuta ativa**, a utilização de **linguagem clara** e o uso do método **“teach-back”** revelam-se essenciais para garantir a compreensão e a assimilação da informação transmitida (Silva, 2024). A escuta ativa e empática consiste em ouvir atentamente, demonstrando compreensão relativamente às preocupações e dúvidas apresentadas pela pessoa. O método **“teach-back”** (ou ensinar de volta) é particularmente eficaz para clarificar informação e consolidar o conhecimento, consiste em transmitir uma informação e, em seguida, solicitar à pessoa que a repita utilizando as suas próprias palavras (Rodrigues, 2021). O uso de linguagem clara revela-se uma técnica essencial e valiosa. Essa abordagem permite a simplificação de conteúdos complexos, transformando-os em informações mais acessíveis e úteis, especialmente para indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde (Silva, 2024). Além das estratégias já referidas, Rodrigues (2021) sugere outras que os profissionais de saúde devem adotar de forma a melhorar a comunicação com as pessoas e famílias, como: **Criar um ambiente seguro**, incentivando a partilha de dúvidas, medos e expectativas num ambiente de confiança; **Identificar conhecimento prévio**, avaliando o que a pessoa já sabe sobre o tema e as suas perceções atuais; **Focar nas necessidades da pessoa/família**, transmitindo informações específicas e relevantes para uma tomada de decisão informada sobre a sua saúde; **Repetir informações essenciais**, reforçando de forma clara as informações mais importantes; **Comunicar de forma clara e acessível**, evitando termos técnicos que possam dificultar o entendimento; **Reforçar a informação oral com materiais de apoio**, fornecendo folhetos ou outros recursos escritos para reforçar as informações transmitidas verbalmente; **Disponibilizar fontes de informação confiáveis**, fornecendo fontes de informação simples e seguras para que possam consultar no caso de surgirem dúvidas; **Encorajar perguntas**, incentivando a pessoa a colocar questões de forma a esclarecer dúvidas e a garantir uma maior compreensão; **Considerar diferenças culturais e linguísticas**,

adaptando a comunicação de acordo com as necessidades, particularmente em populações migrantes.

A inclusão da família nos cuidados, contribui para a otimização dos recursos disponíveis e muitas vezes limitados, ampliando o foco de atenção além do indivíduo. Avaliar e intervir na família, envolvendo-a nos cuidados em todos os contextos da prática, deve ser uma competência desenvolvida por todos os enfermeiros, assumindo esta abordagem maior relevância no que se refere aos enfermeiros de saúde familiar (Leal, 2019). O nível de prestação de cuidados de enfermagem com as famílias pode variar, dependendo do valor atribuído ao conceito, família como contexto ou família como cliente. A formação dos enfermeiros desempenha um papel crucial nessa percepção, enquanto os enfermeiros generalistas tendem a entender a família como contexto que envolve o indivíduo, por outro lado, os enfermeiros especialistas em saúde familiar abordam a família como cliente, isto é, entendem a família como unidade de cuidados (Wright & Leahey, 2012).

De forma a assegurar uma recuperação e readaptação seguras no período pós-parto e a garantir o melhor acompanhamento das necessidades da família no seu domicílio, é essencial a formação de enfermeiros qualificados e especializados na área da saúde familiar. À formação inicial, que possibilita ao enfermeiro obter as qualificações necessárias para o exercício profissional, segue-se a necessidade de aprimorar competências, atualizar conhecimentos e acompanhar as evoluções tecnológicas e científicas, essenciais para garantir uma prática de excelência. Dessa forma, a formação contínua torna-se um elemento crucial para o desenvolvimento pessoal e profissional. Nesse contexto, só num processo de formação contínua, o enfermeiro de saúde familiar será capaz de desempenhar um papel central nos cuidados domiciliários, especialmente no acompanhamento ao recém-nascido, à puérpera e à família (Leal, 2019).

Tendo em conta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, este profissional desenvolve um contacto muito próximo com os indivíduos e famílias, desempenhando muitas vezes o papel de elo de ligação com os restantes elementos da equipa. Assim, o enfermeiro de saúde familiar que, integrado numa equipa multidisciplinar presta cuidados globais a um conjunto de famílias ao longo do seu ciclo vital, deve ser o profissional responsável pela realização da visita domiciliária à puérpera, recém-nascido e família (Leal, 2019). No sentido em que, durante a visita domiciliária o enfermeiro vivencia com a família as suas experiências, esta intervenção permite-lhe o desenvolvimento de competências como a criatividade, a polivalência e a flexibilidade,

promovendo o cuidado de forma holística. É notório que a visita domiciliária traz inúmeras vantagens a quem dela usufrui, contudo, também ao enfermeiro que a realiza é capaz de despoletar benefícios como o desenvolvimento da autoestima, de esperança e de bem-estar (Leal, 2019).

Além das vantagens que são unanimemente identificadas face à realização da visita domiciliária pós-parto, são também apontados alguns aspetos como desvantagens. Para Mandú et al. (2008) existe a possibilidade de que a visita domiciliária contribua para a acomodação, gerando dependência e desmotivando as famílias a envolverem-se de forma mais ativa na superação das dificuldades enfrentadas. Também Teixeira et al. (2009) consideram que fatores como os horários de trabalho e tarefas domésticas podem dificultar ou inviabilizar a realização de visitas domiciliárias, além do tempo que é necessário para a deslocação e execução. É referido ainda o risco de a família interpretar a presença do profissional como uma transferência de responsabilidade nos cuidados, além de poder interferir nas rotinas familiares. Este é considerado um método dispendioso atendendo aos custos financeiros e humanos envolvidos na deslocação dos enfermeiros. Segundo Leal (2019, p. 60), “a distância entre a USF e o domicílio da família”, “dificuldade no acesso a transporte do serviço”, “a recusa/indisponibilidade da família”, “internamento da puérpera ou do recém-nascido”, “a falta de recursos humanos e a falta de tempo do enfermeiro” constituem as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros na realização das visitas domiciliárias. Além das barreiras já identificadas são referidas ainda: o número insuficiente de profissionais, a ausência de veículos do serviço para deslocação ao domicílio da família (Villas Boas et al., 2023) e a pouca valorização do cuidado pós-natal pela equipa de saúde (Soares et al., 2020). Num estudo realizado por Pinto (2017), os enfermeiros referem como uma das maiores dificuldades a gestão do tempo durante a visita, sendo que geralmente o tempo disponível para a intervenção é redutor para garantir uma abordagem integral da família. A autora aponta ainda, a dificuldade de articulação com os cuidados de saúde hospitalares, como um entrave à realização da visita domiciliária, uma vez que não sendo comunicado atempadamente o nascimento e a alta, pode inviabilizar o agendamento da visita domiciliária dentro do período recomendado, inclusivamente para a realização do teste de diagnóstico precoce. Alguns enfermeiros referem ainda a resistência à aceitação da visita domiciliária em famílias de maior vulnerabilidade social. Tendo em conta que a visita domiciliária se revela uma estratégia primordial na resposta às necessidades das famílias, conhecer as dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante essas visitas, bem como os aspetos que podem ser aprimorados, constitui um potencial momento de

crescimento e uma oportunidade para promover mudanças positivas no processo de cuidados (Leal, 2019). Segundo Teixeira et al. (2009), de forma a minimizar o efeito das possíveis barreiras à realização da visita domiciliária, é necessária a disponibilização de mais tempo, o planeamento da visita e o agendamento da mesma em concordância com a data do parto, o mais precocemente possível. Para Leal (2019), de forma a minimizar os aspetos dificultadores, as visitas devem ser organizadas de forma a dar resposta às necessidades de cada família, considerando os recursos disponíveis. Numa investigação realizada por Piteira (2016), os enfermeiros revelam ainda como dificuldade a ausência de protocolo/guia orientador para a visita domiciliária no pós-parto, assim como consideram que o método de registo informático, SClínico<sup>®</sup>, não permite assegurar a continuidade de cuidados, por não haver a possibilidade de aceder a partir do domicílio, sendo necessário registar os dados em suporte papel. No entanto, o registo em papel é considerado insuficiente por alguns profissionais, devido à falta de um documento padronizado para orientar e registar as visitas domiciliárias, resultando em registos realizados de forma aleatória, comprometendo o sucesso da intervenção. Outro estudo demonstrou que 57,9% dos enfermeiros inquiridos reconhece que o método de registo informático não é facilitador do planeamento da visita domiciliária, descrevendo-o como sendo um sistema de registo “complicado, moroso e limitativo”, “desadequado, disperso”, que contém “pouca informação” e “informação dispersa e pouco prática”, “sem possibilidade de levar para o domicílio” (Leal, 2019, p. 59). Na investigação de Pinto (2017), os enfermeiros apontam ainda a falta de formação específica e de atividades diagnósticas ajustadas às necessidades das famílias, bem como a inadequação do sistema informático, como barreiras a uma abordagem sistémica. Os profissionais demonstraram insatisfação com as limitações do SClínico<sup>®</sup>, que está mais centrado no indivíduo como foco dos cuidados, dificultando o registo de dados sobre a família, levando à perda de informação relevante para um acompanhamento completo e eficaz. Estes profissionais destacam a necessidade de se desenvolver um processo de formação contínua fundamentado numa metodologia participativa que possibilite a discussão e reflexão em prol da enfermagem de saúde familiar, incidindo na operacionalização dos modelos de avaliação e intervenção familiar. Também Villas Boas et al. (2023) reconhecem a fraca ou inexistente formação dos profissionais para a execução da visita domiciliária e sublinha a importância desta estratégia ser alvo de maior relevo, quer por parte dos enfermeiros de família, quer por parte dos organismos de gestão. A falta de formação em enfermagem de saúde familiar promovida pelas unidades, faz com que alguns profissionais tenham de procurar o aperfeiçoamento do seu exercício através de cursos externos, por reconhecerem que é essencial

o planeamento da visita domiciliária e que para tal é necessário capacitar as equipas com preparação científica, metodológica e técnica (Medeiros & Costa, 2016).

Com os avanços tecnológicos, muitos cuidados de saúde foram centralizados em ambientes hospitalares, afastando eventos significativos como o nascimento e a morte do espaço domiciliar, resultando na exclusão das famílias de momentos importantes no seu ciclo vital. No entanto, apesar das alterações sociais e da evolução científica e tecnológica, a família continua a ser reconhecida como o ambiente natural para o desenvolvimento, a socialização e a promoção da autonomia dos seus membros, preservando a sua singularidade e capacidade de organização nos processos de transição ao longo do seu ciclo vital. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, assume-se assim como o “profissional de referência, responsável pelo acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital” (Figueiredo et al., 2023, p. 59). Assim, a prática de cuidados centrados na família deve ser reconsiderada, de forma a transcender a redutora visão individual dos seus membros. A intervenção com as famílias precisa de contemplar, não apenas a doença ou os projetos individuais de saúde, mas uma abordagem global, de cuidados centrados na família, baseada em princípios ecossistémicos, que entendam a família na sua globalidade e auto-organização. Nesse sentido, é essencial que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários detenham um profundo conhecimento relativamente à prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida da família, reconhecendo a unidade familiar como alvo dos seus cuidados (Figueiredo, 2012).

Entender a importância que os enfermeiros de família atribuem à família durante a visita domiciliária no pós-parto é essencial, uma vez que a interação estabelecida entre o enfermeiro e a família está relacionada com a eficácia dos cuidados prestados. Oliveira et al. (2011) destacam que as atitudes dos enfermeiros em relação à família influenciam diretamente a qualidade dos seus cuidados. À medida que a profissão de enfermagem evolui, cresce o reconhecimento da família enquanto objeto e alvo dos cuidados, reforçando a importância no processo terapêutico e na eficácia das intervenções. As atitudes dos enfermeiros durante a interação terapêutica com as famílias, refletem a importância de as envolver no processo de cuidados, promovendo práticas que podem fortalecer e capacitar as famílias, tornando-as mais ativas e participativas na gestão da saúde.

Conhecer de que forma os enfermeiros integram a família como parceira no processo de cuidar tem sido alvo de investigação tanto em Portugal como internacionalmente. No estudo de Oliveira et al. (2011), que validou a escala "*Families' Importance in Nursing Care – Nurses*

*Attitudes*" concluiu-se que a maioria dos enfermeiros adota atitudes de suporte face à família. Essa abordagem favorece não apenas cuidados de enfermagem mais adequados às necessidades familiares, mas também promove interações mais positivas e satisfatórias entre os profissionais e a família. Um estudo realizado com uma amostra de 21 enfermeiros dos CSP, mostrou que os enfermeiros apresentam uma atitude positiva relativamente ao envolvimento das famílias nos cuidados (Leal, 2019). Também nos estudos realizados por Lobo (2023) e Carvalho (2023), a totalidade dos enfermeiros inquiridos, revelaram apresentar atitudes de suporte face à família, reconhecendo a importância da mesma como parte integrante do processo de cuidados. De um modo geral, nos vários estudos apresentados, os enfermeiros assumem atitudes positivas face à integração e cooperação da família na prestação de cuidados, reconhecendo esses cuidados como indispensáveis numa perspetiva de colaboração, interajuda e parceria de cuidados com os elementos da família (Leal, 2019).

A visita domiciliária no período pós-parto emerge como uma prática essencial para os cuidados de enfermagem centrados na família, promovendo a adaptação da puérpera, do recém-nascido e de todo o núcleo familiar a esta fase de transição. Integrar a família como parceira nos cuidados fortalece a relação terapêutica e possibilita intervenções mais eficazes e individualizadas. Assim, compreender a perceção dos enfermeiros de família sobre esta prática é fundamental para otimizar estratégias de suporte, garantindo ganhos em saúde e promovendo indicadores de qualidade de vida e bem-estar familiar.

## 2.2 Metodologia

A metodologia é definida como o caminho do pensamento e a prática na abordagem da realidade, ocupando um papel central no desenvolvimento das teorias. Trata-se de avaliar e equacionar os diferentes caminhos disponíveis e as suas aplicações, representando um conjunto de procedimentos que cooperam na aquisição do conhecimento. Sendo a investigação uma atividade essencial da ciência na busca pelo questionamento e análise da realidade, o método engloba o estudo dos meios utilizados para compreender fenómenos e organizar conhecimentos (Vilelas, 2022).

De modo a promover a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, foi criado o projeto “A Família na Lupa dos Cuidados de Saúde Primários” que tem como objetivo geral

avaliar as atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família no processo de cuidados. Trata-se de um projeto global com duas áreas de interesse distintas: a prática clínica dos enfermeiros de família sobre a avaliação familiar e respetivos registos que deu origem a um estudo intitulado “Da Avaliação Familiar aos Registos de Enfermagem: A realidade de uma Unidade Local de Saúde” e a perceção dos enfermeiros de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto que deu origem ao presente estudo intitulado “A Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto: Perceção dos Enfermeiros de Família de uma Unidade Local de Saúde”.

Neste capítulo, será apresentada a contextualização e o tipo de estudo, as variáveis, a população e a amostra estudada, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos éticos e formais, bem como os procedimentos estatísticos.

### **2.2.1 Justificação do Estudo**

Apesar de serem inúmeros os autores que reconhecem a importância da visita domiciliária à família pós-parto, esta intervenção ainda não é uma prática assumida por todos os enfermeiros nem instituída em todas as USF e UCSP. Considerando os índices de desempenho nulos para os indicadores referentes à visita domiciliária à família no pós-parto, “Proporção de recém-nascidos com consulta domiciliária de enfermagem realizada até ao 15º dia de vida” e “Proporção de agregados familiares de puérperas ou recém-nascidos que receberam visita domiciliária de enfermagem” na UCSP onde foi realizado o estágio, torna-se assim relevante compreender como os próprios enfermeiros de família percebem a importância da realização desta prática. Desta forma, revela-se fundamental estudar a perceção dos enfermeiros de forma a identificar, não só os objetivos que estes pretendem atingir com a realização da visita domiciliária pós-parto, mas também as suas limitações/desafios na realização desta intervenção, ou ainda os motivos para a não realização da mesma, quando for o caso.

No sentido de desenvolver as competências definidas para o EEESF, com o intuito de dar resposta à inquietação sobre a necessidade de garantir cuidados de qualidade à família que vivencia a experiência da parentalidade enquanto unidade e sistema em transformação e atendendo à necessidade expressa da referida UCSP, realizou-se um estudo de investigação intitulado “A Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto: Perceção dos Enfermeiros de Família de uma Unidade Local de Saúde”.

Assente nestes pressupostos formulamos as seguintes questões de investigação:

1. Quais as atitudes dos enfermeiros de família de uma ULS face ao envolvimento da família no processo de cuidados?
2. Qual a prática dos enfermeiros de família relativamente à visita domiciliária à família no pós-parto?
3. Quais os fatores sociodemográficos e profissionais associados às atitudes e à prática dos enfermeiros de família?
4. Qual a relação entre as atitudes dos enfermeiros de família face ao envolvimento da família no processo de cuidados e a prática da visita domiciliária à família no pós-parto?

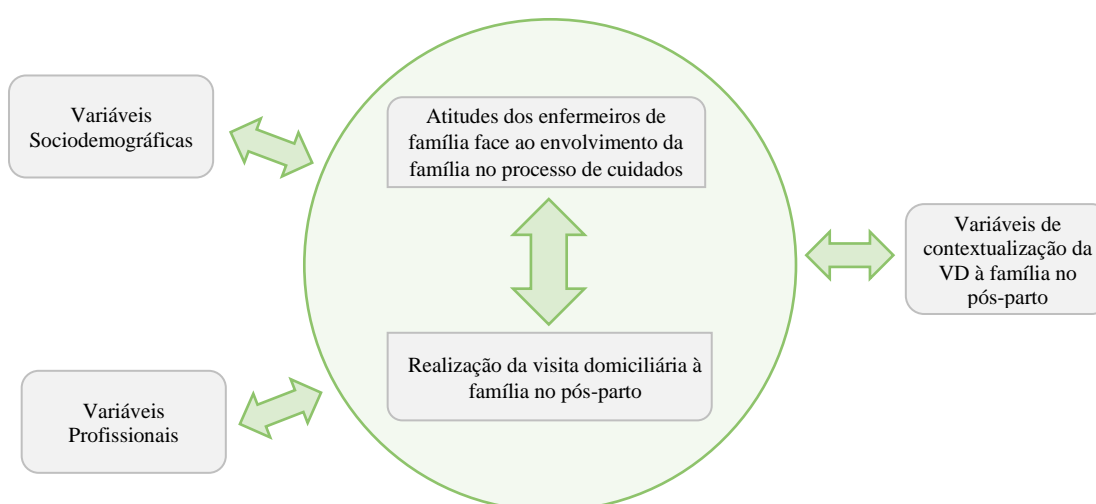
De forma a dar resposta às questões de investigação delineámos os seguintes objetivos:

1. Avaliar as atitudes dos enfermeiros de família face ao envolvimento da família no processo de cuidados em enfermeiros de família de uma ULS;
2. Conhecer a prática dos enfermeiros de família relativamente à visita domiciliária à família no pós-parto;
3. Identificar fatores sociodemográficos e profissionais associados às atitudes e à prática dos enfermeiros de família;
4. Analisar a relação entre as atitudes dos enfermeiros de família face ao envolvimento da família no processo de cuidados e a prática da visita domiciliária à família no pós-parto.

### **2.2.2 Tipo de Estudo**

A escolha do tipo de estudo ocorre na formulação do problema, quando a questão de investigação está bem delineada (Coutinho, 2014). Neste caso, foi aplicado um método de investigação quantitativo, sendo realizado um estudo transversal analítico, onde os dados foram colhidos num momento único, a uma amostra representativa da população, os enfermeiros de família, que se pretende estudar analisando as relações possíveis entre as variáveis.

Nesta perspectiva e tendo em conta as considerações metodológicas adotadas para este estudo, foi elaborada uma representação esquemática que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis. Como variáveis independentes foram consideradas as variáveis sociodemográficas, as variáveis profissionais e algumas questões referentes à contextualização da VD à família no pós-parto. Como variáveis dependentes foram consideradas as atitudes dos enfermeiros de família face ao envolvimento da família no processo de cuidados e, também, a realização da visita domiciliária à família no pós-parto. A relação entre as variáveis encontra-se expressa no esquema seguinte (Figura 4).



**Figura 4 – Esquema de Investigação**

### 2.2.3 Instrumento de Colheita de Dados

Para colheita de dados foi aplicado um questionário (Apêndice XI). O questionário é constituído por três partes: a primeira parte referente à caracterização sociodemográfica e profissional, a segunda parte que integra a Escala “*A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros*” (IFCE-AE) (Oliveira et al., 2011) e a terceira parte constituída por um conjunto de questões que visam avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a visita domiciliária à família no pós-parto.

Na Parte I apresentam-se as variáveis independentes de caracterização sociodemográfica e profissional como o género, a idade, o grau académico, o título profissional, o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional nos CSP, o contexto do exercício profissional, se desempenha funções de enfermeiro de família e se possui formação em enfermagem de saúde familiar. Estas variáveis foram classificadas em qualitativas e

quantitativas. Entre as qualitativas incluem-se: género, grau académico, título profissional, serviço onde desempenha funções, desempenho de funções enquanto enfermeiro de família e formação em enfermagem de saúde familiar. Como variáveis quantitativas identificou-se a idade, o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício profissional em cuidados de saúde primários.

Na Parte II do questionário é solicitado o preenchimento da Escala *IFCE-AE*, validada para a população portuguesa por Oliveira et al. em 2011, adaptada da Escala “*Families’ Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)*”. Este instrumento original foi desenvolvido na Suécia, tendo como ponto de partida uma revisão da literatura iniciada em 2003, conduzida por um grupo de enfermeiros que a testaram para a realidade desse país. Assume como princípio fundamental a família como um recurso essencial tanto para o indivíduo como para o enfermeiro que presta cuidados, avaliando quatro dimensões específicas das atitudes dos enfermeiros em relação à importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a família como recurso nos cuidados de enfermagem, a família como parceira no diálogo, a família como fardo e a família como próprio recurso (Benzei et al., 2008a). A mesma escala foi traduzida, validada e adaptada à população portuguesa por Oliveira et al. (2011), passando a designar-se “*A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros*”. Durante este processo, as dimensões que na escala original eram quatro, foram ajustadas, passando a existir apenas três dimensões: família como parceiro dialogante e recurso de  *coping* com doze itens (4, 6, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24 e 25), família como recurso nos cuidados de enfermagem com dez itens (1, 3, 5, 7, 10, 11, 13, 20, 21 e 22) e família como fardo com quatro itens (2, 8, 23 e 26). As dimensões e os respetivos itens podem ser consultadas na Tabela 3, assim como os indicadores de avaliação (Oliveira et al., 2011). A escala tem como propósito avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação à importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem, abrangendo os diferentes contextos da prática clínica. O conceito de família utilizado na escala é amplo, incluindo não apenas os membros diretos, mas também amigos, vizinhos ou outras pessoas significativas. Este enfoque multidimensional reflete as diferentes formas de perceção e interação com a família como parte integrante do cuidado (Oliveira et al., 2011). A escala é de autopreenchimento e constituída por 26 afirmações relacionadas com as atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem que se agrupam em três dimensões principais: cognitiva, afetiva e comportamental. As afirmações, semelhantes entre si, não seguem uma ordem específica. Cada item é avaliado através de uma escala de concordância, do tipo Likert com quatro opções:

discordo completamente (1 ponto), discordo (2 pontos), concordo (3 pontos), concordo completamente (4 pontos).

**Tabela 3 – Dimensões, itens e indicadores da escala IFCE-AE**

<b>Dimensões</b>	<b>Itens da Escala</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Família como parceiro dialogante e recurso de coping</b>	<p>4 – Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.</p> <p>6 – No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.</p> <p>9 – Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.</p> <p>12 – Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>14 – Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.</p> <p>15 – Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.</p> <p>16 – Pergunto às famílias como as posso apoiar.</p> <p>17 – Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que, dessa forma, possam lidar melhor com as situações.</p> <p>18 – Considero os membros da família como parceiros.</p> <p>19 – Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.</p> <p>24 – Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.</p> <p>25 – Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a situação.</p>	<p><b>Discordo completamente (1)</b></p> <p><b>Discordo (2)</b></p> <p><b>Concordo (3)</b></p> <p><b>Concordo completamente (4)</b></p>
<b>Família como recurso nos cuidados de enfermagem</b>	<p>1 – É importante saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>3 – Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.</p> <p>5 – A presença dos membros da família é importante para mim como enfermeira(o).</p> <p>7 – A presença dos membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p>10 – A presença dos membros da família alivia a minha carga de trabalho.</p> <p>11 – Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.</p> <p>13 – A presença de membros da família é importante para os mesmos.</p> <p>20 – O meu envolvimento com as famílias faz sentir-me útil.</p> <p>21 – Com as famílias, ganho muitos conhecimentos valiosos que posso utilizar no meu trabalho.</p> <p>22 – É importante dedicar tempo às famílias.</p>	<p><b>Discordo completamente (1)</b></p> <p><b>Discordo (2)</b></p> <p><b>Concordo (3)</b></p> <p><b>Concordo completamente (4)</b></p>
<b>Família como fardo</b>	<p>2 – A presença dos membros da família dificulta o meu trabalho.</p> <p>8 – Não tenho tempo para cuidar das famílias.</p> <p>23 – A presença dos membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.</p> <p>26 – A presença dos membros da família deixa-me em stress.</p>	<p><b>Discordo completamente (1)</b></p> <p><b>Discordo (2)</b></p> <p><b>Concordo (3)</b></p> <p><b>Concordo completamente (4)</b></p>

Também na versão adaptada da escala, cada item tem pontuação que varia de 1 a 4, com um total mínimo de 26 e um máximo de 104 pontos para o instrumento completo. Com base no valor do score obtido, são definidas três categorias para classificar as atitudes dos enfermeiros: de 26 a 52 pontos não dão importância à família – atitude negativa; de 52 a 78 pontos dão importância à família – atitude positiva; de 78 a 104 dão muita importância à família – atitude muito positiva. Pontuações mais altas nas dimensões "família como parceiro dialogante e recurso de *coping*" e "família como recurso nos cuidados de enfermagem", e pontuações mais baixas na dimensão "família como um fardo", indicam maior importância atribuída pelos enfermeiros à família nos cuidados, isto é, indicam que as atitudes dos enfermeiros são de suporte perante a família (Oliveira et al., 2011). A atitude do enfermeiro em relação à família, em cada dimensão da escala, reflete a percepção deste sobre a importância de envolver a família nos cuidados e indicia o seu comportamento. Na dimensão "família como um parceiro dialogante e recurso de *coping*" é refletida a atitude de importância da identificação da família do utente, no estabelecimento de diálogo com esta e no reconhecimento das suas competências para superar a situação. Relativamente à dimensão "família como recurso nos cuidados de enfermagem", esta é reveladora de uma atitude positiva face à família, reconhecendo o valor da sua presença nos cuidados de enfermagem. Quanto à dimensão "família como um fardo" esta denuncia uma atitude negativa perante a família, considerando a sua participação como um obstáculo à prestação dos cuidados de enfermagem (Benzein et al., 2008a; Oliveira et al., 2011).

Para validação da escala *IFCE-AE*, a consistência interna foi analisada através do cálculo do coeficiente  $\alpha$  de *Cronbach* para cada dimensão bem como para a escala total. Os resultados foram: família como parceiro dialogante e recurso de *coping*,  $\alpha = 0,90$ , família como recurso nos cuidados de enfermagem,  $\alpha = 0,84$  e família como fardo,  $\alpha = 0,49$ . Relativamente à consistência interna da escala total obteve-se  $\alpha = 0,87$ , um valor muito semelhante ao da versão original da escala ( $\alpha = 0,88$ ), demonstrando uma boa consistência interna e elevada precisão na versão adaptada à população portuguesa (Oliveira et al., 2011).

A Parte III do questionário é constituída por dezanove questões que visam primeiramente avaliar se os enfermeiros da ULS realizam ou não a VD à família no pós-parto (uma variável dependente deste estudo) e conhecer a percepção dos mesmos sobre essa estratégia de intervenção. Estas questões pretendem averiguar sobre: o conhecimento das orientações da OE no que respeita ao grupo específico puérpera e recém-nascido na comunidade, a contratualização da VD à família no pós-parto na unidade em que exerce funções, a importância que atribui à VD no pós-parto, a realização da VD à família no pós-parto por parte dos

enfermeiros e os motivos caso não a realizem, se existe na instituição um guia orientador ou protocolo para a realização da VD à família no pós parto e se considera importante a sua existência, o intervalo após o parto no qual costuma realizar a VD, que objetivos pretende atingir com a VD à família no pós-parto, durante a VD que intervenções relativas à família realiza, durante a VD que intervenções relativas ao recém nascido realiza, durante a VD que intervenções relativas à puérpera realiza, se durante a VD há algum aspeto que considera importante avaliar e que não tenha sido mencionado anteriormente, se durante a VD tem em consideração o papel do pai ou dos irmãos (quando aplicável), se considera o método de registo em utilização na sua unidade facilitador do planeamento da VD e quais os motivos caso não considere, se considera existirem dificuldades para a concretização da VD pós-parto e quais são caso responda afirmativamente. Esta parte do instrumento é constituída essencialmente por questões de resposta fechada, sendo as mesmas dicotómicas ou múltiplas. Nas dicotómicas o participante pode escolher apenas uma opção de duas possíveis e nas múltiplas o inquirido pode escolher uma ou várias alternativas dentro das disponíveis, podendo optar ainda por acrescentar outra. Uma das questões é apresentada sob a forma de uma escala tipo Likert com cinco opções de resposta, do nada importante (1) ao extremamente importante (5).

#### **2.2.4 População e Amostra**

A população refere-se a um conjunto de elementos ou indivíduos que partilham características comuns, definidas por critérios previamente estabelecidos. Por sua vez, a amostra é uma parte dessa população, composta por indivíduos que possuem as mesmas características definidas para a população, permitindo que os resultados obtidos na amostra sejam generalizáveis ao grupo populacional (Fortin, 2009).

Neste estudo, a população é composta por todos os enfermeiros que exercem funções enquanto enfermeiro de família na ULS, ou seja, nas três USF e nas doze UCSP da ULS da Guarda. Foi utilizada uma amostragem não probabilística por conveniência, abrangendo 96 enfermeiros das seguintes unidades: UCSP de Almeida, UCSP de Celorico da Beira, UCSP de Figueira de Castelo Rodrigo, UCSP de Fornos de Algodres, UCSP de Gouveia, UCSP da Guarda, UCSP de Manteigas, UCSP de Pinhel, UCSP de Sabugal, UCSP de Seia, UCSP de Trancoso, UCSP de Vila Nova de Foz Côa, USF Carolina Beatriz Ângelo, USF A Ribeirinha e USF Mimar Mêda. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: todos os enfermeiros a exercer funções nos CSP da ULS da Guarda, enquanto enfermeiro de família. Sendo os critérios de exclusão: enfermeiros que não exercem funções na ULS da Guarda; enfermeiros que não

exercem funções nos CSP; enfermeiros que não exercem funções enquanto enfermeiros de família.

A população é constituída por 96 enfermeiros a exercer funções nos cuidados de saúde primários, como enfermeiros de família, aos quais enviamos o questionário. No final recebemos 64 questionários (taxa de resposta 66,67%). A amostra final ficou constituída por 64 enfermeiros, sendo 62 do género feminino (96,9%) e apenas 2 do género masculino (3,1%), com idades compreendidas entre os 30 e os 63 anos com média de idades de  $49,03 \pm 8,51$  anos.

### **2.2.5 Procedimentos Éticos e Formais**

Depois de elaborado o instrumento de colheita de dados, foi solicitado a cinco enfermeiros que realizassem uma análise crítica do mesmo e, atendendo às suas sugestões, foram efetuadas alterações de domínio linguístico. Concluído esse processo, o projeto global “A Família na Lupa dos Cuidados de Saúde Primários” com o respetivo questionário foi submetido ao parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULS da Guarda. Para esse processo foi solicitada autorização à Coordenadora dos Cuidados de Saúde Primários da ULS da Guarda para aplicação do questionário nas USF e UCSP. Após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde, a 13/12/2024, conforme Anexo II, foram contactados os enfermeiros responsáveis das quinze unidades funcionais (UCSP e USF) da ULS da Guarda para apresentação do estudo de investigação. O questionário online e respetivo consentimento informado, criados na plataforma EUSurvey<sup>®</sup>, foram enviados através de um link, para o email institucional dos enfermeiros responsáveis das unidades, a quem foi solicitada colaboração para a disseminação do instrumento de colheita de dados pelos respetivos enfermeiros de família de cada unidade. O link enviado permitiu aceder ao questionário de autopreenchimento, e antes de responder, os participantes tiveram acesso a um texto introdutório com a justificação e objetivos do estudo, seguido do consentimento informado e de uma questão de aceitação para atestar o carácter voluntário da sua participação. Os questionários foram enviados aos enfermeiros participantes do estudo a 19 de dezembro de 2024, sendo a data-limite para o seu preenchimento 10 de janeiro de 2025.

Foi solicitada autorização aos autores da Escala “*A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros*”, que foi concedida para fins de utilização na presente investigação, conforme Anexo III.

Para a realização deste estudo foram tidos em consideração princípios éticos, respeitando e garantindo os direitos daqueles que participaram voluntariamente nesta investigação. No tratamento dos dados, foi tido em conta o artigo 31º da Lei nº 58/2019, que assegura que para fins de investigação científica, histórica ou estatística deve seguir-se o princípio da minimização de dados, garantindo que apenas o essencial é utilizado, sendo imprescindível assegurar a anonimização dos dados, protegendo a identidade dos participantes e respeitando os seus direitos (Portugal, Lei nº58/2019, 2019).

### **2.2.6 Análise Estatística**

Finalizada a colheita de dados, estes foram inseridos numa base de dados do programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 28. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva e inferencial. A estatística descritiva permitiu determinar frequências absolutas e relativas, a média aritmética, enquanto medida de tendência central, e algumas medidas de dispersão como desvio padrão, valor mínimo e valor máximo. Quanto análise inferencial foram utilizados o alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ ), a correlação de Spearman, e os testes Mann-Whitney e Qui-quadrado. Decisão após ter sido testada a normalidade da amostra através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Atendendo à ausência de critérios de normalidade e homogeneidade e à dimensão da amostra, de forma a aumentar a robustez dos resultados obtidos recorreu-se aos testes não paramétricos para avaliar a relação entre variáveis, com um nível de significância de  $p < 0,05$ .

De forma a facilitar a análise dos resultados obtidos, tornando-a mais clara, objetiva e fácil de interpretar, os dados foram organizados em tabelas e gráficos.

## **2.3 Resultados**

### **Caracterização profissional**

A maioria da amostra possui o grau académico de licenciado ( $n=49$ , 76,6%), existindo 15 enfermeiros com o grau de mestre (23,4%). A área de mestrado com maior percentagem foi a área de Enfermagem Comunitária ( $n=9$ , 60,0%), 13,3% detinham o mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e em igual percentagem o mestrado em Enfermagem de Reabilitação, um enfermeiro (6,7%) o mestrado em Cuidados Continuados e outro o mestrado

em Educação para a Saúde (6,7%). No que se refere ao título profissional, 68,7% (n=44) possuem o título de enfermeiro e 31,3% (n=20) de enfermeiro especialista, sendo as áreas de especialização em Enfermagem Comunitária (55,0%), em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (20,0%), em Enfermagem de Reabilitação (15,0%), em Enfermagem Médico-Cirúrgica (5,0%) e em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (5,0%). Relativamente ao contexto do exercício profissional, a maioria dos enfermeiros (n=54, 84,4%) trabalha em contexto de UCSP e 10 enfermeiros (15,6%) trabalham em USF Modelo B (Tabela 4).

**Tabela 4 – Caracterização profissional dos enfermeiros da amostra**

<b>Variáveis profissionais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Grau Académico</b>		
Licenciatura	49	76,6
Mestrado	15	23,4
<b>Área de Mestrado</b>		
Enfermagem Comunitária	9	60,0
Enf. Saúde Infantil e Pediátrica	2	13,3
Enfermagem Reabilitação	2	13,3
Cuidados Continuados	1	6,7
Educação para a Saúde	1	6,7
<b>Título Profissional</b>		
Enfermeiro	44	68,7
Enfermeiro especialista	20	31,3
<b>Área de especialização em Enfermagem</b>		
Enfermagem Comunitária	11	55,0
Enf. Saúde Infantil e Pediátrica	4	20,0
Enfermagem Reabilitação	3	15
Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	5
Enf. S. Mental e Psiquiátrica	1	5
<b>Contexto do exercício profissional</b>		
USF-B	10	15,6
UCSP	54	84,4

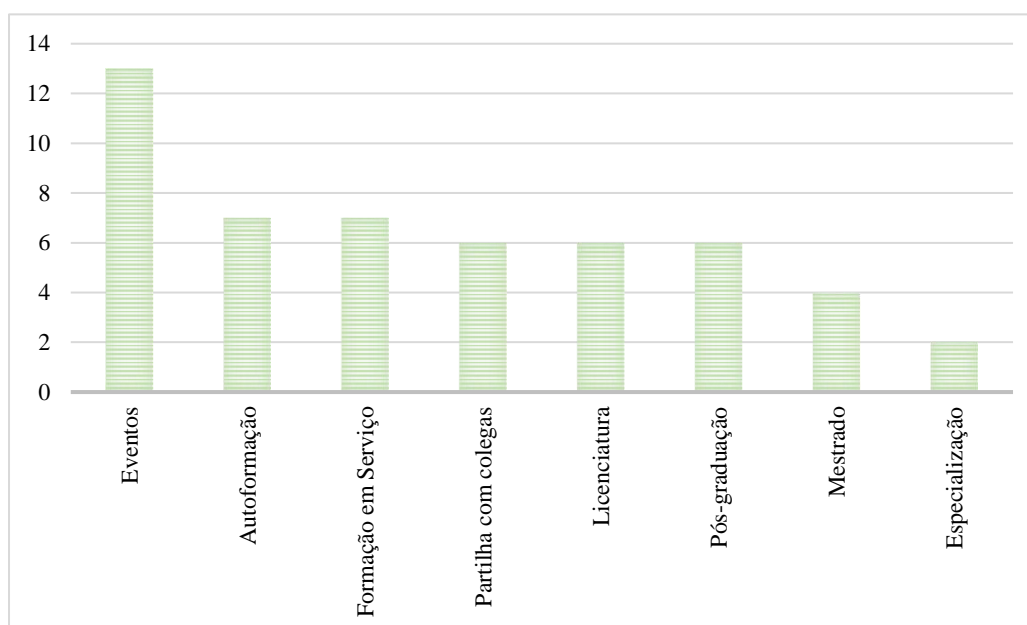
No que concerne ao tempo de exercício profissional dos enfermeiros, a média é  $25,03 \pm 8,55$  anos, com valor mínimo de 6 anos e um máximo de 40 anos. Quando se aborda o contexto específico dos CSP, a média de tempo de exercício é  $20,83 \pm 10,32$  anos, com valor mínimo de 1 ano e um máximo de 39 anos (Tabela 5).

**Tabela 5 – Distribuição da amostra pelo tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional em CSP**

	<b>n</b>	<b>Valor Mínimo (X<sub>mín</sub>)</b>	<b>Valor Máximo (X<sub>máx</sub>)</b>	<b>Média (<math>\bar{x}</math>)</b>	<b>Desvio Padrão (<math>\sigma</math>)</b>
Tempo de Exercício Profissional	64	6	40	25,03	8,55
Tempo de Exercício Profissional em CSP	64	1	39	20,83	10,32

A maioria dos enfermeiros (n=43, 67,2%) revelam não possuir formação em Enfermagem de Saúde Familiar. Dos 21 enfermeiros (32,8%) que referem ter recebido algum tipo de formação, 13 (61,9%) mencionam tê-la recebido através da participação em eventos como congressos, jornadas, workshops ou cursos, 7 (33,3%) através de autoformação e em igual percentagem em formação em serviço, 6 (28,6%) através da partilha com colegas mais experientes e no mesmo número no curso de licenciatura ou pós-graduação, 19% através do mestrado e 9,5% no contexto do curso de especialização, como se pode observar no Gráfico 1.

**Gráfico 1 – Contexto da formação em enfermagem de saúde familiar**



### **A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitude dos Enfermeiros**

De forma a analisar a consistência interna da escala *IFCE – AE* no presente estudo, foi calculado o  $\alpha$  de *Cronbach* para cada dimensão bem como para a escala total. Os resultados obtidos foram: família como parceiro dialogante e recurso de  *coping*,  $\alpha = 0,84$ , família como recurso nos cuidados de enfermagem,  $\alpha = 0,76$  e família como fardo,  $\alpha = 0,62$ . Relativamente à consistência interna da escala total obteve-se  $\alpha = 0,82$ , demonstrando uma boa consistência interna.

Atendendo à análise da Tabela 6, na dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de  *coping*” obteve-se uma média de  $39,73 \pm 3,74$  pontos, com score mínimo de 32 pontos e um score máximo de 48 pontos. No que diz respeito à dimensão “Família como recurso nos

cuidados de enfermagem” as respostas dos participantes variaram entre 26 e 40 pontos, apresentando uma média de  $33,95 \pm 3,18$  pontos. Relativamente à última dimensão “Família como um fardo” foi obtida uma média de  $7,31 \pm 2,15$  pontos nas respostas, com valor mínimo de 4 pontos e máximo de 12 pontos. Na avaliação das atitudes dos enfermeiros face à família, atendendo ao score total das três dimensões, apresentaram valor mínimo de 68 pontos, valor máximo de 95 pontos e uma média de  $81 \pm 6,52$  pontos, revelando que os enfermeiros dão muita importância à família pelo que têm uma atitude muito positiva face à mesma.

**Tabela 6 – Distribuição da amostra por dimensões e score total da escala IFCE-AE**

<b>Escala IFCE–AE</b>	<b>n</b>	<b>X<sub>mín</sub></b>	<b>X<sub>máx</sub></b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b><math>\sigma</math></b>
Família como parceiro dialogante e recurso de <i>coping</i> (12 a 48 pontos)	64	32	48	39,73	3,74
Família como recurso nos cuidados de enfermagem (10 a 40 pontos)	64	26	40	33,95	3,18
Família como fardo (4 a 16 pontos)	64	4	12	7,31	2,15
<b>Score total</b>	64	68	95	81	6,52

Ao analisarmos a escala de acordo com os pontos de corte, 39,1% dos enfermeiros (n=25) têm uma atitude positiva face à família (atribuem importância à família na prestação de cuidados) e 60,9% (n=39) dos enfermeiros têm uma atitude muito positiva em relação à família, ou seja, atribuem muita importância à família.

Pela análise da Tabela 7, verificamos que apenas a variável sociodemográfica idade se associa com as atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família, designadamente na dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” (rô de Spearman = -0,252;  $p=0,045$ ) com uma correlação negativa, ou seja, com o aumento da idade observa-se uma diminuição da importância que atribuem à família nos cuidados de enfermagem. Quanto às variáveis profissionais, os enfermeiros com o grau académico de mestre apresentam pontuações mais elevadas na mesma dimensão da escala (OM=41,27) comparativamente com os enfermeiros que têm apenas licenciatura (OM=29,82), evidenciando atitudes mais positivas face ao envolvimento das famílias nos cuidados ( $p=0,036$ ). O tempo de exercício profissional em CSP apresenta uma associação negativa com a dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” (rô de Spearman=-0,254;  $p=0,043$ ), os profissionais com mais tempo de exercício profissional tendem a não promover o diálogo com a família e não valorizar as suas capacidades para enfrentar as situações adversas.

Tabela 7 – Fatores associados com a Escala *IFCE-AE*

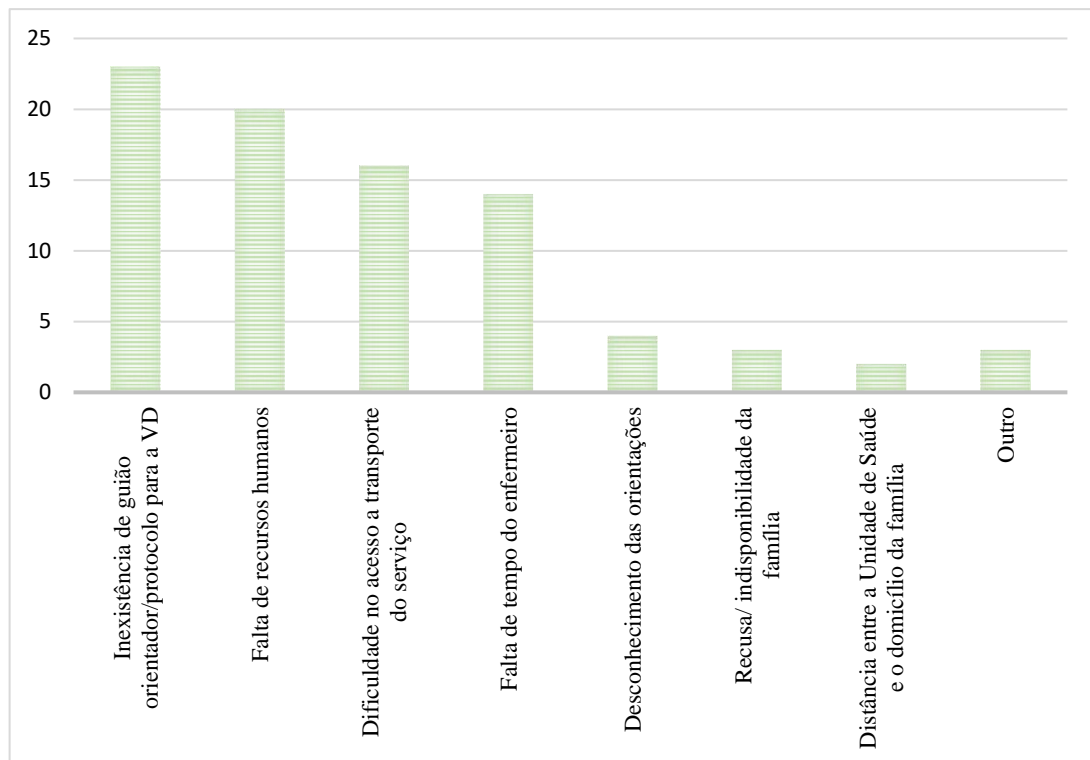
	Dimensões da Escala <i>IFCE-AE</i>												
	“Família: parceiro dialogante e recurso de coping”			“Família: recurso nos cuidados de enfermagem”			“Família: fardo”			Total da <i>IFCE-AE</i>			
	n	OM	p	teste	OM	p	teste	OM	p	teste	OM	p	teste
<b>Gênero*</b>													
Masculino	2	51,50		-	38	0,670	-	26,50	0,638	-	43,75	0,384	-
Feminino	62	31,89	0,140		32,32			32,69			32,14		
<b>Idade**</b>	64	-	<b>0,045</b>	-0,252	-	0,064	-0,233	-	0,156	0,179	-	0,106	-0,204
<b>Grau acadêmico*</b>													
Licenciatura	49	29,82		-	30,67	0,154	-	32,95	0,723	-	30,58	0,135	-
Mestrado	15	41,27	<b>0,036</b>		38,48			31,03			38,77		
<b>Título profissional*</b>													
Enfermeiro	44	29,67		-	30,89	0,301	-	33,67	0,448	-	31,00	0,338	-
Enfermeiro especialista	20	38,73	0,069		36,05			29,93			35,80		
<b>Tempo de exercício**</b>	64	-	0,154	-0,180	-	0,105	-0,205	-	0,508	0,084	-	0,176	-0,171
<b>Tempo de exercício em CSP**</b>	64	-	<b>0,043</b>	-0,254	-	0,067	-0,230	-	0,511	0,084*	-	0,064	-0,233
<b>Contexto do exercício profissional*</b>													
USF-B	10	31,70		-	36,95	0,408	-	33,40	0,866	-	34,65	0,690	-
UCSP	54	32,65	0,882		31,68			32,33			32,10		
<b>Formação em ESF*</b>													
Sim	21	35,83		-	37,67	0,119	-	28,00	0,169	-	35,57	0,355	-
Não	43	30,87	0,314		29,98			34,70			31,00		

Legenda: \*Teste Mann-Whitney; \*\*Coeficiente de correlação de Spearman

### Percepção e Prática dos Enfermeiros Sobre a Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto

A maior parte dos enfermeiros (70,3%, n=45) referiu não realizar a VD à família no pós-parto, enquanto apenas 19 profissionais (29,7%) afirmaram realizar essa prática.

Dos enfermeiros que não adotam esta prática, 51,1% (n=23) referem como motivo a inexistência de guia orientador/protocolo, 44,4% (n=20) assumem a falta de recursos humanos, 35,6% (n=16) admitem dificuldades no acesso a transporte do serviço, 31,1% (n=14) consideram ser por falta de tempo do enfermeiro, 8,9% (n=4) assume o desconhecimento das orientações relativamente a esta prática, 6,7% (n=3) justifica a não adoção desta prática com recusa/indisponibilidade da família, 4,4% (n=2) considera a distância entre a unidade de saúde e o domicílio da família como motivo para não concretizar a intervenção e 6,7% (n=3) considera ainda existir outro motivo para não concretizar a VD. Destes, 2 (4,4%) não especificam o motivo e 1 (2,2%) menciona a mudança de práticas dos profissionais (Gráfico 2).

**Gráfico 2 – Distribuição da amostra por motivo de não realização da VD à família pós-parto**

Quando questionados relativamente à existência de um guia orientador ou protocolo para a realização da VD à família pós-parto, apenas 9,4% dos enfermeiros (n=6) referem existir na unidade de saúde onde trabalham este tipo de documento. Os enfermeiros reconhecem a importância da existência de um documento desta natureza nas unidades de saúde, com 85,9% (n=55) de respostas positivas (Tabela 8).

Dos 6 enfermeiros que mencionam dispor de um guia orientador para a VD à família no pós-parto na sua unidade funcional, a totalidade refere realizar a visita domiciliária.

**Tabela 8 – Distribuição da amostra de acordo com a existência de guia orientador da VD na unidade de saúde e a importância atribuída**

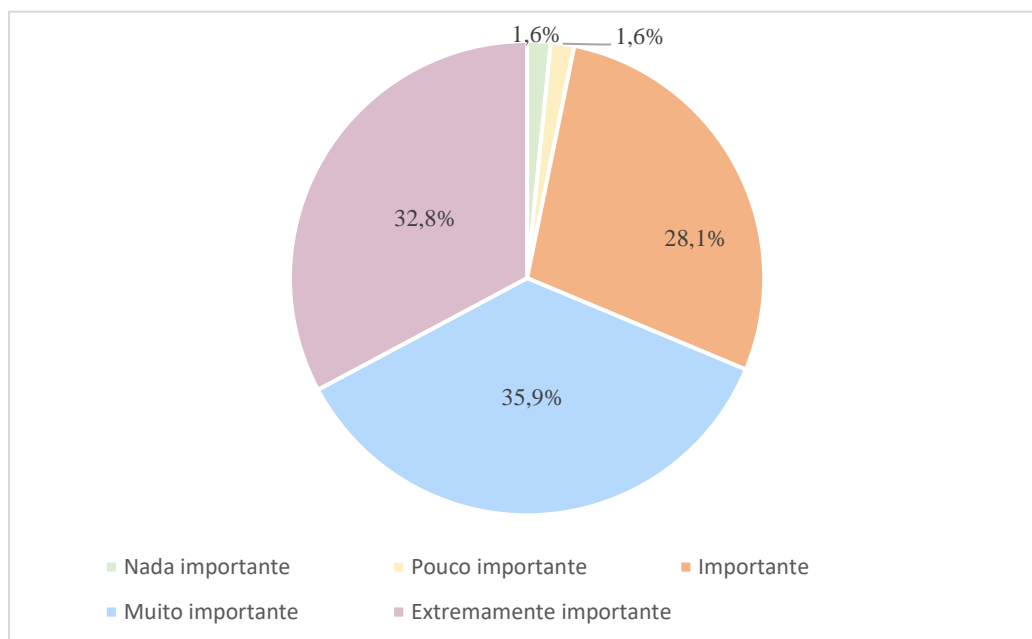
Guia Orientador da VD à Família no Pós-Parto	n	%
<b>Existe na unidade de saúde?</b>		
Sim	6	9,4
Não	58	90,6
<b>Considera importante a sua existência?</b>		
Sim	55	85,9
Não	9	14,1

Dos 64 participantes do estudo, 78,1% (n=50) referem ter conhecimento sobre as orientações da OE para o grupo específico puérpera e recém-nascido na comunidade.

No que diz respeito à contratualização da VD à família no pós-parto, constata-se que a maioria dos enfermeiros (76,6%, n=49) refere não ter contratualização para a VD à família no pós-parto na unidade onde trabalha, sendo que 15 enfermeiros (23,4%) mencionam ter essa intervenção contratualizada na sua unidade.

A maioria dos enfermeiros atribui pelo menos a classificação de “importante” à VD à família no pós-parto, sendo que 28,1% (n=18) considera “importante”, 35,9% (n=23) classifica a intervenção como “muito importante” e 32,8% (n=21) assume tratar-se de uma intervenção “extremamente importante”. Releva ainda acrescentar que 1 participante (1,6%) a classifica como “nada importante” e outro (1,6%) como “pouco importante” (Gráfico 3).

**Gráfico 3 – Distribuição da amostra sobre a importância atribuída à VD à família no pós-parto**



Analisando a Tabela 9 é possível concluir que não se encontrou associação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a realização da VD à família no pós-parto ( $p>0,05$ ), concluindo que a idade, o grau académico, o título profissional, o tempo de exercício, o tempo de exercício em CSP, o contexto do exercício profissional e a formação em ESF não se associaram com a realização da intervenção.

Tabela 9 – Variáveis associadas à realização da VD à família no pós-parto

	Realiza VD à família no pós-parto					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Idade*</b>						
< 50 anos	8	26,7	22	73,3	30	100
≥ 50 anos	11	32,4	23	67,6	34	100
	<i>OR (p)</i>		0,760 (0,619)			
<b>Grau acadêmico*</b>						
Licenciatura	14	28,6	35	71,4	49	100
Mestrado	5	33,3	10	66,7	15	100
	<i>OR (p)</i>		0,800 (0,724)			
<b>Título profissional*</b>						
Enfermeiro	11	25	33	75	44	100
Enf. Especialista	8	40	12	60	20	100
	<i>OR (p)</i>		0,500 (0,223)			
<b>Tempo de exercício*</b>						
≤ 25 anos	10	33,3	20	66,7	30	100
> 25 anos	9	26,5	25	73,5	34	100
	<i>OR (p)</i>		1,389 (0,549)			
<b>Tempo de exercício em CSP*</b>						
≤ 20 anos	7	23,3	23	76,7	30	100
> 20 anos	12	35,3	22	64,7	34	100
	<i>OR (p)</i>		0,558 (0,296)			
<b>Contexto do exercício profissional*</b>						
USF-B	4	40	6	60	10	100
UCSP	15	27,8	39	72,2	54	100
	<i>OR (p)</i>		1,733 (0,437)			
<b>Formação em ESF*</b>						
Sim	8	38,1	13	61,9	21	100
Não	11	25,6	32	74,4	43	100
	<i>OR (p)</i>		1,790 (0,304)			

Legenda: \*Teste Qui-quadrado com cálculo OR – Odds Ratio

Relativamente às atitudes dos enfermeiros face à importância da família pode referir-se que não existe associação com a realização da VD à família no pós-parto (Tabela 10).

Tabela 10 – Associação entre a atitude dos enfermeiros face à família (IFCE–AE) e a realização da VD à família no pós-parto

	Realiza VD à família no pós-parto					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Atitude dos enfermeiros face à família*</b>						
Atitude positiva	7	28	18	72	25	100
Atitude muito positiva	12	30,8	27	69,2	39	100
	<i>OR (p)</i>		0,875 (0,813)			

Legenda: \*Teste Qui-quadrado com cálculo OR – Odds Ratio

Quanto à importância atribuída à visita domiciliar pelos enfermeiros e a realização da mesma, de acordo com a Tabela 11 não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $p > 0,05$ ).

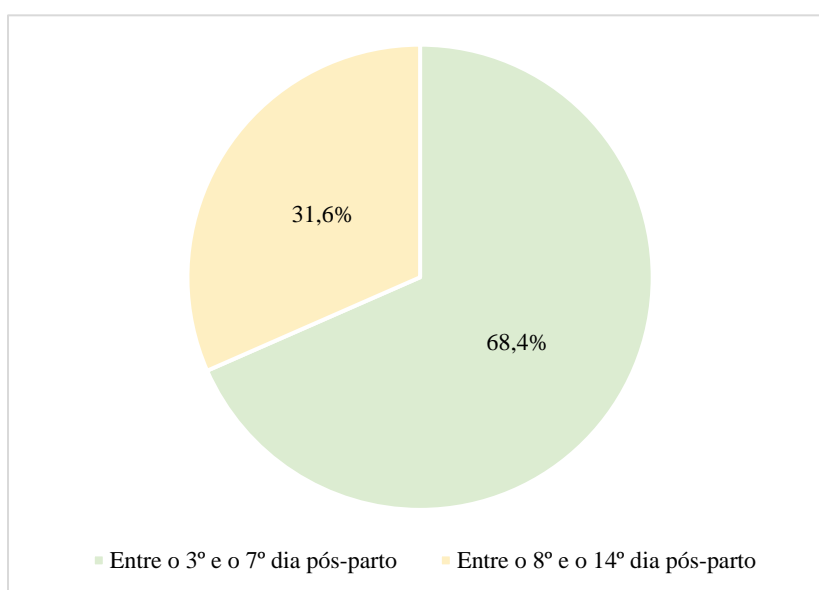
**Tabela 11 – Associação entre a importância atribuída à VD à família no pós-parto e a sua realização**

	Realiza VD à família no pós-parto					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Importância atribuída à VD*</b>						
Importante/Muito importante	9	22	32	78	41	100
Extremamente importante	9	42,9	12	57,1	21	100
	<i>OR (p)</i>		0,375 (0,086)			

Legenda: \*Teste Qui-quadrado com cálculo OR – Odds Ratio

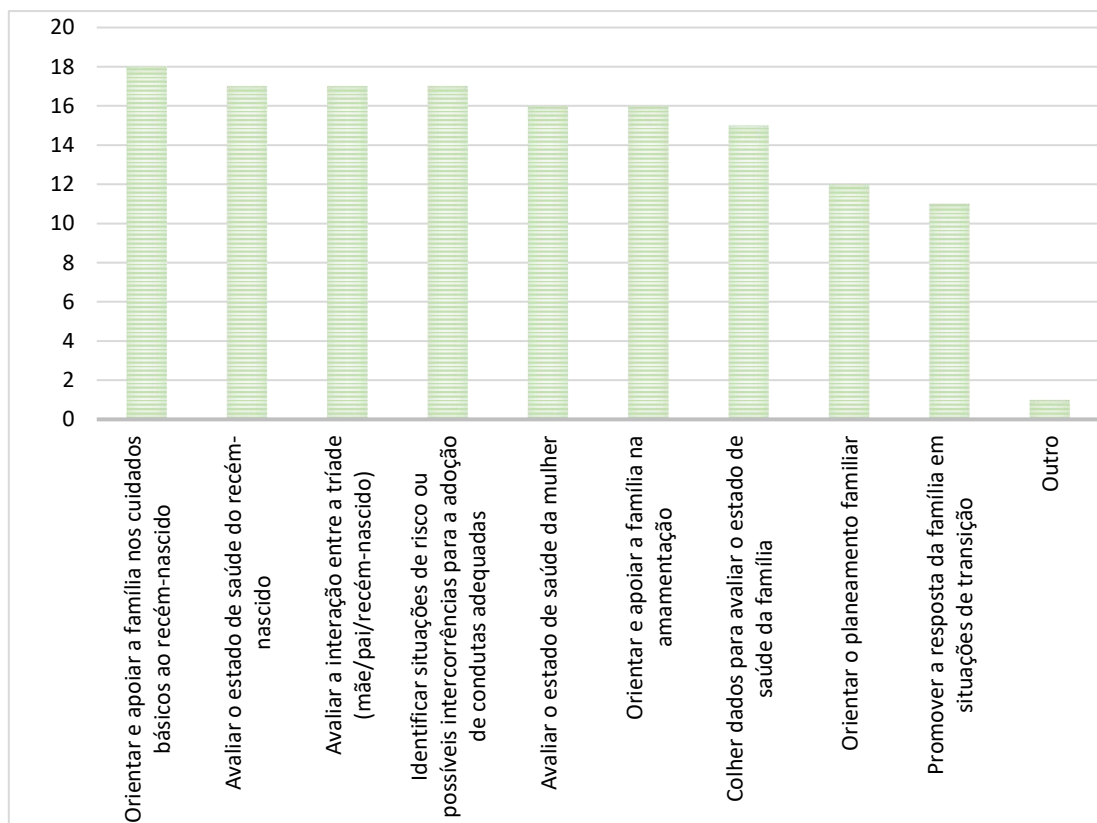
No que diz respeito ao período de realização da VD, 68,4% (n=13) dos enfermeiros que executam esta intervenção, refere fazê-lo entre o 3º e o 7º dia após o parto, havendo ainda 31,6% (n=6) que o faz habitualmente entre o 8º e o 14º dia (Gráfico 4).

**Gráfico 4 – Distribuição da amostra de acordo com o período em que realizam a VD à família no pós-parto**



Quando questionados relativamente aos objetivos que pretendem atingir com a realização da VD à família no pós-parto, de acordo com o observável no Gráfico 5, 94,74% (n=18) referem “orientar e apoiar a família nos cuidados básicos ao recém-nascido”, 89,47% (n=17) pretendem “avaliar o estado de saúde do recém-nascido”, a mesma percentagem refere “avaliar a interação entre a tríade (mãe/pai/recém-nascido)”, 89,47% (n=17) procuram “identificar situações de risco ou possíveis intercorrências para a adoção de condutas adequadas”, 84,21% (n=16) pretende “avaliar o estado de saúde da mulher”, o mesmo número menciona “orientar e apoio a família na amamentação”, 78,95% dos enfermeiros (n=15) visam “colher dados para avaliar o estado de saúde da família”, 63,16% (n=12) têm como objetivo “orientar o planeamento familiar”, 57,89% (n=11) referem “promover a resposta da família em situações de transição” e 1 dos participantes (5,26%) aponta outro objetivo que pretende atingir, acrescentando a promoção da saúde.

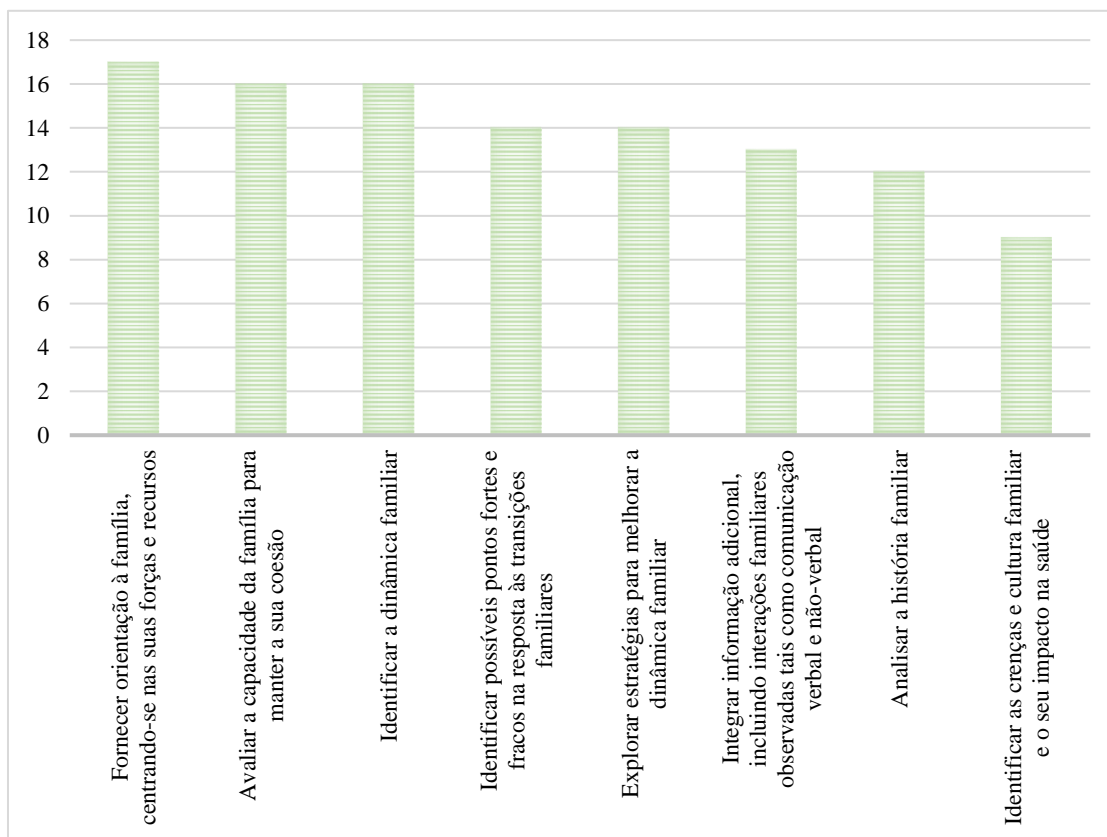
**Gráfico 5 – Objetivos da VD à família no pós-parto**



As intervenções relativas à família, que os enfermeiros que realizam VD após o parto, referem são em 89,5% (n=17) “fornecer orientação à família, centrando-se nas suas forças e recursos”, 84,2% (n=16) “avaliar a capacidade da família para manter a sua coesão” e em igual

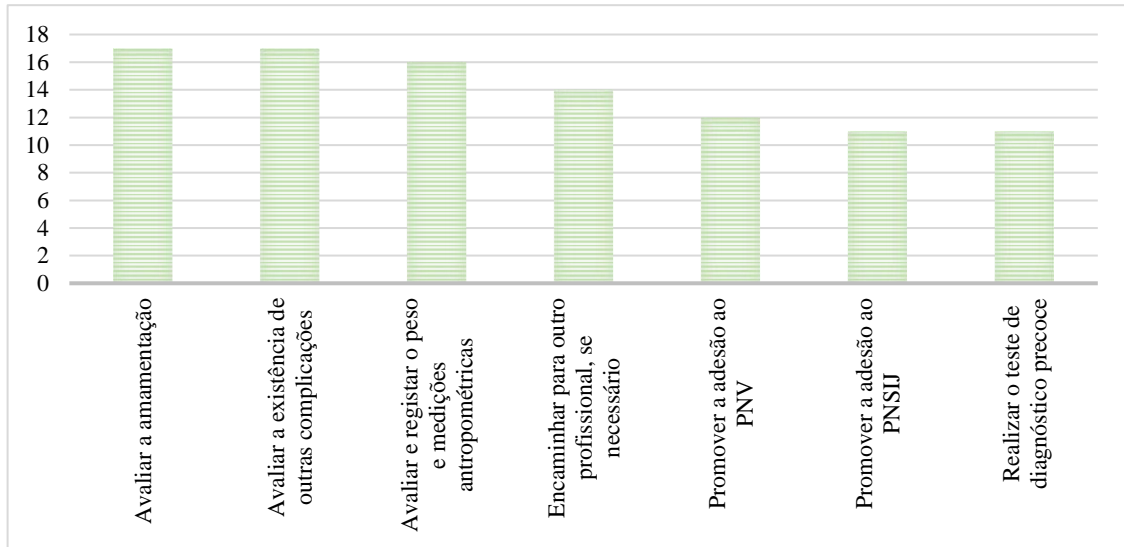
percentagem “identificar a dinâmica familiar”; 73,7% (n=14) referem “identificar possíveis pontos fortes e fracos na resposta às transições familiares” e “explorar estratégias para melhorar a dinâmica familiar”; 68,4% (n=13) “integrar informação adicional, incluindo interações familiares observadas tais como a comunicação verbal e não-verbal”, 63,2% (n=12) “analisar a história familiar” e 47,4% (n=9) dos enfermeiros referem “identificar as crenças e cultura familiar e o seu impacto na saúde” (Gráfico 6).

**Gráfico 6 – Intervenções realizadas à família na VD pós-parto**



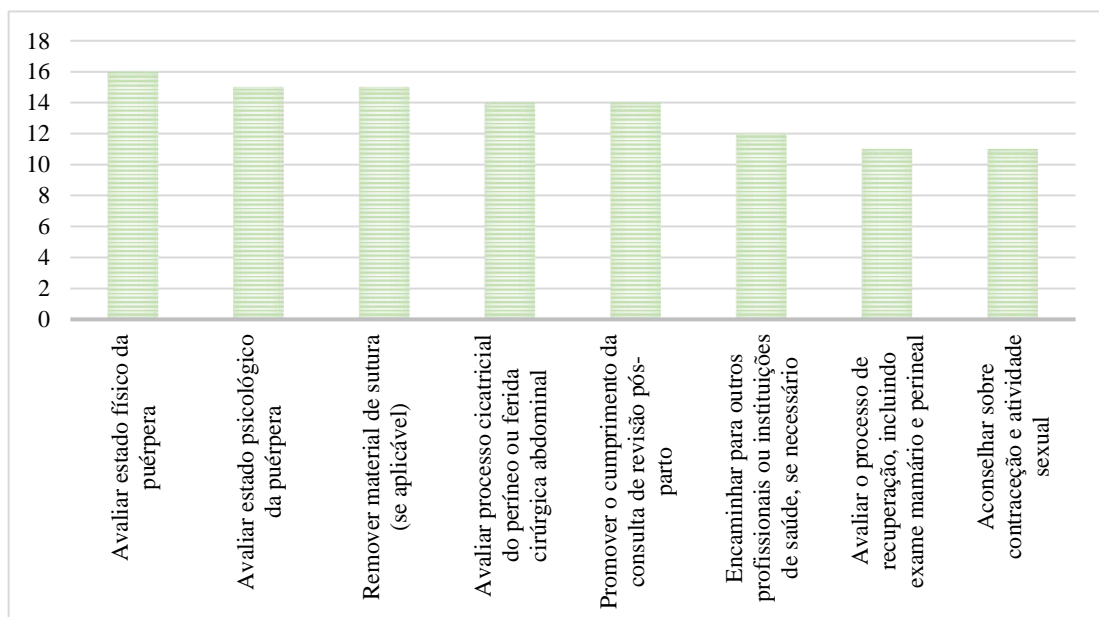
Das intervenções ao recém-nascido realizadas pelos enfermeiros na VD pós-parto, 89,5% (n=17) destacam “avaliar a amamentação”, o mesmo número menciona “avaliar a existência de outras complicações”, 84,2% (n=16) referem “avaliar e registar o peso e medições antropométricas” do recém-nascido, 73,7% (n=14) “encaminhar para outro profissional, se necessário”, 63,2% (n=12) “promover a adesão ao PNV”, 57,9% (n=11) “promover a adesão ao PNSIJ” e em igual percentagem “realizar o teste de diagnóstico precoce” (Gráfico 7).

**Gráfico 7 – Intervenções realizadas ao recém-nascido na VD pós-parto**



De acordo com o Gráfico 8, 84,2% (n=16) dos enfermeiros de família que realizam VD à família no pós-parto referem “avaliar o estado físico da puérpera”, 78,9% (n=15) mencionam “avaliar o estado psicológico da puérpera” a mesma percentagem indica “remover material de sutura (se aplicável)”, 73,7% (n=14) “avaliar o processo cicatricial do períneo ou ferida cirúrgica abdominal” e “promover o cumprimento da consulta de revisão pós-parto”, 63,2% (n=12) apontam “encaminhar para outros profissionais ou instituições de saúde, se necessário”, 57,9% (n=11) mencionam “avaliar o processo de recuperação, incluindo exame mamário e perineal” e em igual percentagem “aconselhar sobre contraceção e atividade sexual”.

**Gráfico 8 – Intervenções realizadas à puérpera na VD pós-parto**



No âmbito da VD à família no pós-parto, um dos enfermeiros que realiza a VD acrescenta ainda que avalia o estado do pai e, outro enfermeiro, as condições habitacionais.

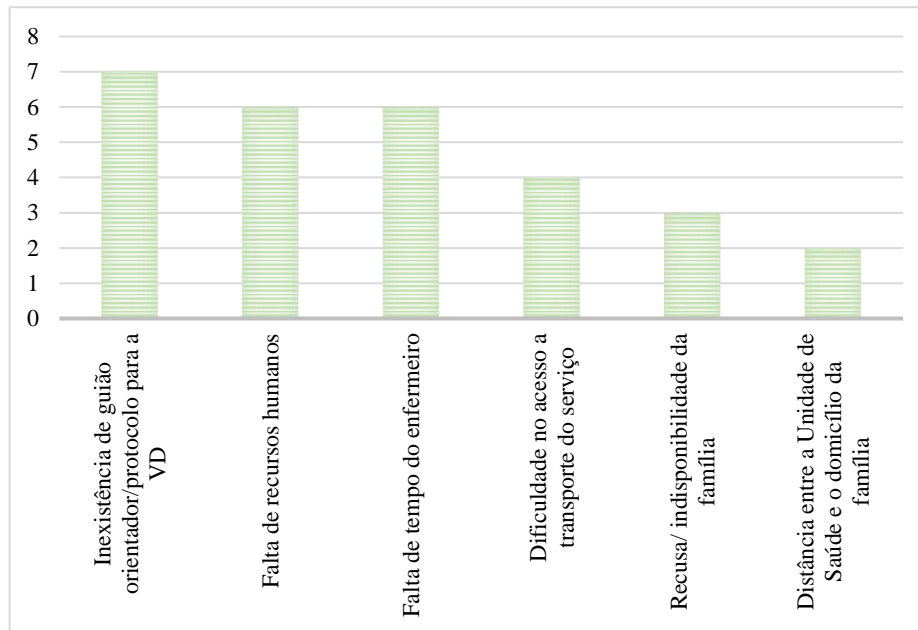
Todos os enfermeiros que realizam a VD à família no pós-parto (n=19), afirmam ter em consideração o “papel do pai na dinâmica familiar”, e desses, apenas um refere não ter em atenção o “papel dos irmãos na dinâmica familiar”.

Dos enfermeiros que realizam a VD à família no pós-parto, 68,4% (n=13) considera o método de registos em utilização na unidade funcional facilitador do planeamento da VD. Dos 6 enfermeiros que não têm essa opinião, 26,3% (n=5) justifica-o com o facto de não ser possível levar para o domicílio, 21,1% (n=4) refere que o sistema de registos “apresenta limitações” e alguns enfermeiros caracterizam o sistema como “desadequado” (10,5%, n=2) ou “pouco intuitivo” (5,3%, n=1) (Tabela 12).

**Tabela 12 – Opinião sobre o método de registo aquando do planeamento da VD**

<i>Método de registo facilitador do planeamento da VD</i>		
	n	%
<b>Método de registo facilitador</b>		
Sim	13	68,4
Não	6	31,6
<b>Motivos para não ser facilitador do planeamento da VD</b>		
Não é possível levar para o domicílio	5	26,3
Apresenta limitações	4	21,1
Desadequado	2	10,5
Pouco intuitivo	1	5,3

Na resposta à questão “Considera que existem dificuldades para concretizar a VD no pós-parto?”, dos 19 enfermeiros de família que realizam a VD, 12 (63,2%) respondem de forma afirmativa. Analisando o Gráfico 9, as dificuldades identificadas foram “inexistência de guia orientador/protocolo para a VD” (36,8%; n=7), “falta de recursos humanos” e “falta de tempo do enfermeiro” (31,6%; n=6), “dificuldade no acesso a transporte do serviço” referida por 21,1% (n=4), “recusa ou indisponibilidade da família” (15,8%; n=3) e a “distância entre a unidade de saúde e o domicílio da família” (10,5%; n=2).

**Gráfico 9 – Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na concretização da VD pós-parto**

#### 2.4 Discussão dos Resultados

Os resultados obtidos indicam que, numa amostra de 64 enfermeiros, a maioria é do género feminino (96,9%), com uma média de  $49,03 \pm 8,51$  anos. A maioria dos enfermeiros possui apenas licenciatura (76,6%), tem o título profissional de enfermeiro (68,7%), exerce a sua atividade em contexto de UCSP (84,4%), trabalha em média há  $25,03 \pm 8,55$  anos e há  $20,83 \pm 10,32$  anos em CSP. Os resultados obtidos corroboram os encontrados noutros estudos. Num estudo de Carvalho (2023) com 50 enfermeiros dos CSP e dos cuidados de saúde diferenciados, a maioria dos participantes é do género feminino, com média de idades de 43,86 anos, com o grau académico de licenciado, enfermeiro de cuidados gerais em média há 19,70 anos. Num estudo com 21 enfermeiros a exercer funções em CSP, foram obtidos resultados semelhantes, com a maioria da amostra do género feminino, com média de idades de 45,19 anos, licenciados em enfermagem, com o título profissional de enfermeiro, a exercer a profissão em média há 22,38 anos e há 12,8 anos em CSP (Ferreira, 2022). Outro estudo realizado com uma amostra de 136 enfermeiros dos CSP, no qual a sua maioria também do género feminino (88,2%), com licenciatura em enfermagem (83,8%) e categoria profissional de enfermeiro (Oliveira et al., 2011). Contudo, o mesmo estudo revelou idades (35,68 anos), tempo de experiência profissional (12,90 anos) e tempo de experiência profissional em CSP (8,30 anos) consideravelmente inferiores aos apresentados no presente estudo.

Atendendo ao número de enfermeiros especialistas participantes neste estudo, é possível verificar que a maioria (55%) é especialista em Enfermagem Comunitária. No estudo de Lobo (2023) a área de especialização mais referenciada também é a Enfermagem Comunitária (25%) a par da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A estatística nacional aponta a Enfermagem Médico-Cirúrgica (21,19%) como a área de especialização mais frequente no nosso país (OE, 2024). Conforme indicado no anuário da OE (2024), a especialidade de Enfermagem Comunitária representa 12,89% do total de enfermeiros especialistas em Portugal, enquanto 1,64% possuem formação em Enfermagem de Saúde Familiar. A discrepância entre a elevada percentagem de enfermeiros com especialidade em Enfermagem Comunitária na presente amostra quando comparada com os dados nacionais, pode ser justificada pela natureza do contexto em que os participantes exercem a sua atividade profissional. Sendo constituída por enfermeiros de USF e UCSP, esta amostra reflete uma maior necessidade de formação especializada na área de Enfermagem Comunitária. Desta forma, a disparidade observada reforça a adequação da formação dos enfermeiros ao seu contexto de intervenção e às exigências da prestação de cuidados na comunidade.

A maioria dos enfermeiros que integraram este estudo assume não possuir formação em ESF. Relativamente aos enfermeiros que afirmam ter recebido formação, os contextos mais indicados são os associados à formação contínua através da participação em eventos como congressos, jornadas, workshops ou cursos (61,9%), em formação em serviço (33,3%) ou através da partilha com colegas mais experientes (28,6%). Há ainda participantes a eleger a autoformação (33,3%) e o contexto académico (licenciatura 28,6%, mestrado 19%, pós-graduação 28,6% ou especialização 9,5%). Resultados semelhantes foram descritos por Ferreira (2022) no estudo realizado com 21 enfermeiros, no qual 57,1% não têm formação. No entanto um estudo realizado com uma amostra de 136 enfermeiros dos CSP revelou que 59,6% dos enfermeiros frequentaram formação em enfermagem de família sendo que o contexto de aquisição da formação foi maioritariamente a formação contínua, seguida da formação durante o percurso académico (Oliveira et al., 2011). A *Internacional Family Nursing Association* (2015) defende que todos os estudantes de enfermagem, desde a formação inicial, devem compreender a importância da família para a saúde e o bem-estar individual, sendo capazes de avaliar, planear, implementar e monitorizar intervenções focadas na família. Da mesma forma, a OE, no seu Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, destaca a necessidade de uma política de formação contínua

para enfermeiros especialistas nesta área, promovendo o desenvolvimento profissional e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Portugal, Regulamento n.º 367/2015).

De forma a identificar as atitudes dos enfermeiros face às famílias foi utilizada a escala IFCE–AE, atendendo a que a pontuação total da escala pode variar entre 26 e 104 pontos, neste estudo obteve-se uma pontuação média de  $81\pm 6,52$  pontos, revelando uma atitude muito positiva face ao envolvimento da família por parte dos enfermeiros, envolvendo-a e reconhecendo-a como parte integrante do processo de cuidados. Na dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” obteve-se uma média de  $39,73\pm 3,74$  pontos, na dimensão “Família como recurso nos cuidados de enfermagem” obteve-se uma média de  $33,95\pm 3,18$  pontos e na dimensão “Família como um fardo” foi obtida uma média de  $7,31\pm 2,15$  pontos. Também os estudos realizados por Ferreira (2022) e Bértolo (2021) obtiveram pontuações semelhantes para todas as dimensões. De acordo com os autores da escala, tanto da versão original como da adaptação à população portuguesa, pontuações mais elevadas indicam um maior nível de suporte prestado pelos enfermeiros às famílias (Benzein et al., 2008a; Oliveira et al., 2011). Com base nos resultados obtidos, tanto em cada dimensão analisada como na globalidade da escala, conclui-se que os enfermeiros participantes no estudo demonstram atitudes de suporte na integração e envolvimento da família nos cuidados de enfermagem. Espera-se, assim, que essa relação de reciprocidade promova, não só cuidados mais ajustados às necessidades das famílias, mas também interações mais satisfatórias resultantes deste processo (Oliveira et al., 2011).

Os resultados revelaram a ausência de uma associação entre as atitudes dos enfermeiros face à família e as variáveis género, título profissional, tempo de exercício profissional, contexto do exercício profissional e formação em ESF. Contudo foi encontrada associação com a idade, o grau académico e o tempo de exercício profissional nos CSP.

Encontrou-se associação entre a idade e as atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família no processo de cuidados com a dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*”. Isto é, os dados mostram que, com o aumento da idade as atitudes face à família tendem a diminuir, sugerindo que enfermeiros mais velhos atribuem menor importância à família nos cuidados de enfermagem. Também um estudo com 50 enfermeiros, sugere que à medida que os enfermeiros envelhecem a importância atribuída às famílias tende a diminuir embora sem relevância estatística (Carvalho, 2023). Por outro lado, um estudo realizado em Portugal com enfermeiros e estudantes de enfermagem (Frade et al. 2021) e um estudo realizado na Suécia com 634 enfermeiros (Benzein et al. 2008b) apontam

para uma associação entre a idade e as pontuações obtidas na escala *IFCE-AE*, indicando que enfermeiros mais experientes demonstram atitudes mais favoráveis e de maior suporte face ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem.

Os resultados indicam uma associação entre o grau académico e a dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*”, sugerindo que os enfermeiros com mestrado apresentam atitudes mais favoráveis face ao envolvimento da família nos cuidados. Um estudo realizado com 480 enfermeiros de um hospital da região centro de Portugal, encontrou associação significativa nas dimensões “Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” e “Família como recurso nos cuidados de enfermagem” com o grau académico, indicando que níveis académicos mais elevados estão associados a atitudes mais positivas em relação à família (Sousa, 2011). Noutro estudo, que analisou as atitudes dos enfermeiros dinamarqueses de diferentes setores e contextos de saúde face ao envolvimento da família nos cuidados, os resultados indicaram que um nível superior de ensino está significativamente associado a atitudes mais positivas (Østergaard et al., 2020).

Foi encontrada uma correlação negativa entre o tempo de exercício profissional em CSP e a dimensão “Família como parceiro dialogante e recurso de *coping*” da Escala *IFCE – AE* sugerindo que os enfermeiros que trabalham há menos anos em CSP tendem a adotar atitudes mais favoráveis face à família. Contrariamente, os estudos de Benzein et al. (2008b), encontraram evidências de que enfermeiros recém-formados não demonstram uma atitude de suporte em relação à família. Além disso, Sousa (2011) observa que o tempo de exercício profissional pode gerar diferenças significativas nas atitudes em relação à família, e o estudo de Frade et al. (2021) sugere que quanto maior a experiência profissional, maior a importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem.

Da amostra estudada apenas 29,7% dos enfermeiros realizam a visita domiciliária à família no pós-parto, esta realidade fica aquém dos resultados do estudo de Leal (2019), integrado por 21 enfermeiros a exercer funções em contexto de USF, no qual 90,5% referem realizar esta intervenção. Em 2009, OMS & UNICEF emitiram recomendações claras relativamente à prática da VD à família no pós-parto, sugerindo que, no caso dos partos ocorridos em instituições de saúde, a realidade mais comum em Portugal, é recomendada a realização da VD até ao sétimo dia após o parto. Também no âmbito nacional, a necessidade de otimizar esta prática é reiterada pelos vários programas de saúde da DGS, como o PNSIJ 2013 que salienta que a VD à família após o parto é essencial para a vigilância e promoção da saúde, particularmente nos dias após a alta da maternidade (Portugal, MS, DGS, 2013). Esta

metodologia também é indicada no PNLSCC 2023-2030, que reconhece a VD como ambiente promotor de saúde, capaz de criar um contexto no qual o enfermeiro, ao interagir com a família, atua como agente facilitador, fornecendo informações e estratégias que incentivam comportamentos saudáveis, promovem a literacia em saúde e capacitam a família para o desenvolvimento de competências para gerir a sua saúde no ambiente familiar (Portugal, MS, DGS, 2023).

O motivo mais referido para a não realização da visita domiciliária no pós-parto foi a inexistência de guia orientador/protocolo. Em concordância, apenas 9,4% dos participantes revelam dispor de um documento dessa natureza na unidade de saúde onde trabalham, e a maioria da amostra, cerca de 86%, reconhece a importância da sua existência. Num estudo com 21 enfermeiros em USF, considera-se essencial a presença de um guia orientador para a VD à família pós-parto, por ser facilitador da organização do trabalho e atuar como ferramenta para a uniformização de procedimentos (Leal, 2019). De acordo com a OE (2007), os guias orientadores de boas práticas de cuidados de enfermagem fornecem um contributo relevante para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, por se basearem em diretrizes fundamentadas em evidência científica. A escassez de recursos humanos surge como o segundo motivo mais apontado para a não realização da VD, sendo mencionada por 44,4% dos enfermeiros, 35,6% apontam as dificuldades no acesso a transporte do serviço e 31,1% a falta de tempo do enfermeiro que pode estar relacionada com a acumulação de tarefas e a priorização de outras atividades dentro das unidades de saúde. Esta limitação compromete a prestação de cuidados no domicílio e pode indicar a necessidade de reorganização dos serviços. Estes resultados estão em consonância com estudos anteriores que indicam que a sobrecarga de trabalho e o número reduzido de profissionais nas unidades de saúde dificultam a concretização de intervenções que exigem deslocações e tempo adicional (Curado, 2018; Leal, 2019; Villas Boas et al., 2023). De igual forma a dificuldade no acesso a transporte do serviço reforça a necessidade de dotar as equipas de condições logísticas adequadas para garantir a visita domiciliária de forma eficiente (Leal, 2019; Pinto, 2017). Outros motivos mencionados para a não realização da VD à família incluem a recusa ou indisponibilidade da família para receber a visita, a distância entre a unidade de saúde e o domicílio e a mudança de práticas dos profissionais. Estes fatores, embora menos frequentes, revelam a importância de adaptar a visita domiciliária às necessidades e realidades das famílias, bem como de garantir que a prática esteja alinhada com as condições logísticas e institucionais de cada contexto.

Em 2015, a Ordem dos Enfermeiros, publicou um conjunto de orientações que destacam os aspetos essenciais a considerar na prestação de cuidados à puérpera e recém-nascido, por forma a nortear a intervenção na comunidade a estes grupos específicos. No presente estudo, cerca de 78% dos enfermeiros referem ter conhecimento das orientações emanadas pela OE, resultado mais favorável do que o apresentado no estudo de Leal (2019), no qual 52% conhecem essas indicações. O conhecimento destas diretrizes por parte dos enfermeiros que atuam em CSP é fundamental para garantir uma abordagem estruturada, eficaz e centrada nas necessidades da puérpera, do recém-nascido e conseqüentemente da família. O domínio dessas orientações permite, não só que os profissionais ofereçam cuidados baseados em boas práticas, como também favorece a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados no domicílio. Os resultados deste estudo sugerem que os enfermeiros estão, de facto, sensibilizados para a importância desta metodologia de abordagem à família, uma vez que 62 dos 64 participantes classificaram a visita domiciliária no pós-parto como "importante" ou atribuíram uma classificação superior.

A maioria dos enfermeiros refere que na unidade onde exercem funções, não existe contratualização para a VD à família no pós-parto, havendo apenas 23,4% com esse compromisso institucional, um resultado aquém do obtido no estudo de Leal (2019) no qual 76% dos participantes revelam que este serviço faz parte da sua carteira de atividades contratualizadas. Embora apenas 29,7% dos enfermeiros do presente estudo realizem a visita domiciliária à família no pós-parto, essa percentagem é superior à dos enfermeiros que têm contratualização da mesma na sua unidade, sugerindo que, mesmo sem a "obrigação" de cumprir um indicador pré-estabelecido pela instituição, alguns enfermeiros optam por realizar a VD, demonstrando o reconhecimento da sua importância e dos benefícios que pode proporcionar à família.

Não se encontraram associações significativas entre a realização da VD à família no pós-parto e variáveis como idade, grau académico, título profissional, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional em CSP, contexto do exercício profissional e formação em ESF. Assim, os resultados indicam que as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros não apresentam associação com a realização da VD à família no pós-parto. De igual modo, os resultados obtidos indicam que não há uma associação da realização da VD à família no pós-parto com a atitude dos enfermeiros face à família nem com a importância atribuída à VD à família no pós-parto. Por outro lado, outros autores sugerem que uma atitude positiva dos profissionais de saúde em relação à família pode favorecer uma

abordagem mais centrada no apoio familiar e na prestação de cuidados personalizados (Wright & Leahey, 2012).

Dos enfermeiros que dispõem de um guia orientador para a VD à família no pós-parto na sua unidade, a totalidade refere realizar esta intervenção, pelo que ter acesso a esse documento pode revelar-se um fator determinante para a implementação dessa prática pelos enfermeiros de família. A literatura corrobora a importância de instrumentos normativos na prática de enfermagem, de acordo com as "Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados" da OE (2007), tais documentos são considerados instrumentos de qualidade que promovem a segurança, eficácia e visibilidade dos cuidados prestados. A sua elaboração e utilização são fundamentais para assegurar que os profissionais de enfermagem baseiem a sua atuação em práticas recomendadas e alinhadas com os padrões de qualidade exigidos na área da saúde. Leal (2019) considera que este tipo de documento possibilita um acompanhamento mais rigoroso dos cuidados prestados, assegurando a uniformização das práticas adotadas, e além disso, contribui para a padronização do registo das intervenções realizadas, facilitando tanto a avaliação dos procedimentos quanto a continuidade dos cuidados. Portanto, a implementação de guias orientadores específicos para a VD no pós-parto não só facilita a adesão dos profissionais a essa prática, como também contribui para a uniformização e qualidade dos cuidados prestados às famílias, traduzindo-se em ganhos em saúde.

A maioria dos enfermeiros refere realizar a VD à família entre o terceiro e o sétimo dia após o parto, sendo que os objetivos que os enfermeiros pretendem alcançar com esta intervenção são maioritariamente “orientar e apoiar a família nos cuidados básicos ao recém-nascido”, “avaliar o estado de saúde do recém-nascido”, “avaliar a interação entre a tríade (mãe/pai/recém-nascido)”, “identificar situações de risco ou possíveis intercorrências para a adoção de condutas adequadas”, “avaliar o estado de saúde da mulher” e “orientar e apoiar a família na amamentação”. O período de realização da VD é corroborado pelo estudo de Leal (2019) no qual a maioria dos enfermeiros realiza esta intervenção pela primeira vez no mesmo período, bem como está alinhado com a OMS & UNICEF (2009) que recomenda que a VD deve ser iniciada, preferencialmente, até ao sétimo dia de vida no caso dos partos hospitalares, no sentido de detetar precocemente sinais de risco ou possíveis complicações. Outros autores estendem esse período e consideram que a realização da VD no período pós-parto, idealmente até 10 dias após o nascimento, é uma estratégia essencial para garantir o cuidado e a preservação da saúde tanto da mãe como do recém-nascido (Caçador et al., 2024). Também no estudo de Leal (2019) os objetivos mencionados pelos enfermeiros estão alinhados com os do presente

estudo, sublinhando a importância da visita domiciliar na detecção precoce de possíveis complicações e na promoção de um vínculo saudável entre os elementos da família. As prioridades que os enfermeiros definem no momento de concretização da VD alinham-se com o PNSIJ que considera a VD uma estratégia fundamental na vigilância e promoção da saúde, particularmente nos dias seguintes à alta da maternidade (Portugal, MS, DGS, 2013), bem como com a recomendação da OE (2015) que estabelece diretrizes claras para o acompanhamento e monitorização da puérpera na comunidade de forma a prevenir complicações. De igual modo, o PNSIJ, destaca a necessidade de promover e incentivar o aleitamento materno, reconhecido como um fator protetor da saúde do recém-nascido.

No que diz respeito às intervenções priorizadas pelos enfermeiros durante a concretização da VD, a mais mencionada relativamente à família é “fornecer orientação à família, centrando-se nas suas forças e recursos”, para o recém-nascido é “avaliar a amamentação” a par de “avaliar a existência de outras complicações” e em relação à puérpera é “avaliar o estado físico da puérpera”. Num estudo com enfermeiros em USF, prioriza-se quanto à família “identificar a dinâmica familiar e o que a suporta” a par de “identificar possíveis pontos fortes”, quanto ao recém-nascido “despistar problemas com a amamentação e/ou outras complicações” e face à puérpera “remover material de sutura (caso exista)” (Leal, 2019). Os resultados obtidos sublinham a importância do papel do enfermeiro na promoção da autonomia da família, valorizando as suas forças, os seus recursos e as suas capacidades para lidar com as exigências desta fase de transição. De acordo com outros autores a abordagem centrada nas forças da família é essencial para garantir um cuidado mais eficaz e sustentável, promovendo a resiliência e a adaptação às novas responsabilidades (Gottlieb, 2016; Kraus & Silva, 2023). As intervenções mais mencionadas com foco no recém-nascido e na puérpera, estão em concordância com as orientações fornecidas pela OE para a prestação de cuidados ao recém-nascido e à puérpera na comunidade (OE, 2015).

Os enfermeiros reconhecem a importância de envolver todo o núcleo familiar durante a VD pós-parto, tendo em consideração o papel quer do pai quer dos irmãos, caso existam, na dinâmica familiar, aspeto concordante com o PNSIJ que realça a importância de avaliar a reação dos irmãos do recém-nascido, quando existirem. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Leal (2019), cuja maioria dos inquiridos afirma abordar o pai e os irmãos durante a VD. No mesmo estudo, embora com menor representatividade, os enfermeiros referem ainda, abordar os avós, os tios, todos os elementos que residem com a puérpera e recém-nascido, os elementos necessários ou relevantes e ainda quem estiver presente aquando da VD. Os resultados

encontram-se em consonância com a literatura que defende uma abordagem familiar nos cuidados de enfermagem, destacando que a adaptação ao nascimento de um novo membro envolve todos os elementos da família (Andrade, 2023). Assim, a VD surge como um momento privilegiado para fortalecer laços, esclarecer dúvidas e apoiar a família na construção de uma rede de suporte sólida e funcional (Leal, 2019; Fernandes, 2022).

Embora a maioria dos enfermeiros que realizam a VD à família no pós-parto considere que o método de registo utilizado na sua unidade de saúde (SCLínico<sup>®</sup>), facilita o planeamento dessa intervenção, existe uma parcela significativa (31,6%) que expressa dificuldades nesse processo. Entre os profissionais que não consideram o método de registo facilitador, as principais razões apontadas incluem a impossibilidade de transporte do sistema para o domicílio e as limitações do próprio sistema, sendo que alguns inquiridos ainda classificam o sistema como desadequado ou pouco intuitivo. No estudo realizado por Leal (2019) com 21 enfermeiros, a maioria não considera o método de registo facilitador do planeamento da VD, caracterizando-o como “desadequado, disperso, complicado, moroso e limitativo” e mencionando a impossibilidade de o levar para o domicílio. A acessibilidade e a funcionalidade dos sistemas de registo podem impactar diretamente a organização e a eficácia dos cuidados de enfermagem. Assim, torna-se fundamental que as unidades de saúde avaliem e, se necessário, ajustem os seus métodos de registo para melhor apoiar os enfermeiros no planeamento e execução da VD, contribuindo para uma intervenção mais eficaz e centrada nas necessidades da família (Elias, 2016).

Face às circunstâncias envolventes da VD à família no pós-parto, torna-se expectável que os enfermeiros considerem a existência de algumas dificuldades na sua execução, com a maioria (63,2%) a assumirem a existência de entraves à realização da visita, evidenciando desafios estruturais e organizacionais que podem comprometer a sua efetividade. Entre os principais obstáculos identificados, a inexistência de um guia orientador/protocolo específico foi a dificuldade mais mencionada. Esta lacuna pode dificultar a padronização da prática e impactar negativamente a qualidade e a equidade dos cuidados prestados. A insuficiência de recursos humanos e a falta de tempo do enfermeiro foram igualmente apontadas como dificuldades relevantes. Estes fatores estão frequentemente associados a cargas de trabalho elevadas e à acumulação de funções, o que pode limitar a disponibilidade dos profissionais para a realização de visitas domiciliárias. Por outro lado, no estudo realizado por Leal (2019), as dificuldades mais referidas pelos enfermeiros são a distância entre a USF e o domicílio da família e a recusa ou indisponibilidade da família. A literatura aponta para a importância de

protocolos e diretrizes na prestação de cuidados domiciliários, pois permitem uma maior uniformização na abordagem às famílias e asseguram que todas recebam acompanhamento adequado (Piteira, 2016; Leal, 2019). Segundo estudos prévios, a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros pode levar à priorização de outras atividades assistenciais em detrimento da VD, comprometendo a continuidade dos cuidados no pós-parto (Curado, 2018; Leal, 2019; Villas Boas et al., 2023). A implementação de guias orientadores, a alocação adequada de recursos humanos e a melhoria das condições logísticas podem ser medidas essenciais para garantir a realização eficaz da VD e, conseqüentemente, a promoção da saúde da família.

## 2.5 Conclusões do Estudo

A intervenção da Enfermagem de Saúde Familiar nos CSP tem sido objeto de uma crescente valorização e reconhecimento, sendo considerada fundamental na promoção, manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

A realização do presente estudo teve como propósito atender ao interesse profissional nesta área de enfermagem e enriquecer o conhecimento existente por meio das suas conclusões. Finalizado este processo é possível concluir que este estudo respondeu às questões de investigação inicialmente definidas, atingindo, dessa forma, os objetivos estabelecidos.

Os enfermeiros de família demonstram atitudes positivas face ao envolvimento da família no processo de cuidados. Estes profissionais reconhecem a família como uma parte fundamental na promoção da saúde, assumindo uma atitude de suporte perante a mesma e integrando-a no processo de cuidados, o que favorece a construção de uma relação de parceria, cooperação e responsabilidade partilhada. Na análise das atitudes dos enfermeiros em relação à família, foram encontradas associações apenas entre a idade, o grau académico e o tempo de exercício profissional em CSP com a dimensão “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*”.

Os resultados revelaram que a maioria dos enfermeiros reconhece a importância da VD à família no pós-parto, ainda que não se tenha revelado um fator associado à sua concretização. Outro dado relevante foi a identificação de dificuldades que condicionam a realização da VD no pós-parto. A ausência de um guia orientador/protocolo específico foi apontada como um dos principais entraves, sendo que a totalidade dos enfermeiros que dispõe desse documento refere

realizar a VD à família no pós-parto. Além disso, a escassez de recursos humanos e a falta de tempo dos enfermeiros também foram mencionadas como barreiras. Estes resultados evidenciam a necessidade de criar melhores condições organizacionais e institucionais para promover a realização desta prática, quer ao nível da implementação de guias orientadores, quer na dotação adequada de recursos humanos e na melhoria das condições logísticas.

Deste modo, conclui-se que a realização da VD à família no pós-parto continua a ser uma prática valorizada pelos enfermeiros, mas que enfrenta desafios institucionais e organizacionais que podem comprometer a sua implementação. A existência de protocolos orientadores, a formação contínua dos profissionais e a criação de condições estruturais adequadas são elementos-chave para a melhoria e expansão desta intervenção. Assim, torna-se essencial que as unidades de saúde adotem estratégias que promovam e facilitem a realização da VD, garantindo um acompanhamento mais eficaz das famílias no período pós-parto.

Apesar da relevância dos resultados obtidos, é fundamental reconhecer as limitações do presente estudo. Uma das principais limitações prende-se com a dimensão e representatividade da amostra. A inclusão de uma amostra mais alargada e diversificada, com recurso a técnicas de amostragem probabilística, poderia ter fortalecido os dados obtidos e conferido maior robustez às conclusões. A especificidade do contexto em que a investigação foi realizada representa outra limitação a considerar. A investigação foi conduzida numa ULS específica, o que restringe a generalização dos resultados para outras realidades dos CSP, já que a sua organização e funcionamento variam entre diferentes regiões e países. Outra relevante limitação a considerar prende-se com o fator tempo, uma vez que a existência de um horizonte temporal definido para a concretização da investigação implicou a imposição de limites temporais rigorosos para cada uma das etapas, motivando a decisão de uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência e influenciando o desenvolvimento de algumas etapas do estudo. Adicionalmente, o facto de o instrumento de avaliação ser de autopreenchimento pelos enfermeiros, pode ter levado ao enviesamento de respostas, pela possibilidade de que as atitudes e práticas declaradas não reflitam integralmente a realidade da prática clínica, sendo influenciadas por perceções individuais ou expectativas sociais. Reconhecer estas limitações é essencial para a interpretação adequada dos resultados e para a orientação de futuras investigações que possam aprofundar a temática, superando os desafios identificados e promovendo a melhoria contínua da prática da enfermagem de saúde familiar.

As implicações do presente estudo para a prática da ESF são significativas, especialmente no contexto da visita domiciliária à família no pós-parto e do envolvimento da

mesma nos cuidados de saúde. Os resultados evidenciam a importância da família no processo de cuidados e reforçam a necessidade de uma abordagem colaborativa e integrada na prática dos enfermeiros de família. Revela-se importante a sensibilização para a inclusão da família nos cuidados, promovendo práticas que fortaleçam a relação enfermeiro-família e otimizem a qualidade dos cuidados prestados. As instituições de saúde devem investir na capacitação dos profissionais, permitindo-lhes aprofundar a compreensão sobre a importância da VD e desenvolver estratégias para aprimorar a sua prática. De forma a nortear e sustentar essa prática, revela-se essencial a adoção de diretrizes e protocolos institucionais que padronizem e incentivem a realização da VD no pós-parto. A existência de orientações claras pode ser um fator determinante para a adesão dos enfermeiros a essa prática e a implementação do Guia Orientador de Boas Práticas: Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto (Apêndice VII) poderá traduzir-se em ganhos para a saúde da família que são suscetíveis de ser avaliados em investigações futuras. No campo da investigação, este estudo contribui para o avanço científico da enfermagem na área da saúde familiar, mas também demonstra a necessidade de investigações complementares em diferentes contextos. Estudos mais amplos, com amostras probabilísticas e metodologias mais abrangentes, poderão consolidar a compreensão sobre a relação entre as atitudes dos enfermeiros e a realização da visita domiciliária, permitindo aprofundar o seu impacto na saúde das famílias.

Por fim, a divulgação dos resultados junto dos profissionais de saúde e das estruturas hierárquicas poderá incentivar a reflexão sobre a prática e impulsionar a adoção de estratégias para otimizar a interação entre enfermeiros e famílias, promovendo cuidados mais humanizados e eficazes. Deste modo pretende-se divulgar os resultados do estudo pelas USF e UCSP da ULS onde foi realizado. Considera-se pertinente, após a implementação do Guia Orientador de Boas Práticas: Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto nas unidades funcionais da ULS, aplicar novamente o instrumento de colheita de dados e dar continuidade à investigação produzida.

## **Considerações Finais**

O presente relatório reflete o percurso desenvolvido ao longo do Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em Contexto de USF / UCSP para a obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Durante este processo, foi possível desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à família, aprofundando conhecimentos e práticas que promovem a saúde familiar e fortalecem o papel do enfermeiro de família como um agente essencial na prestação de cuidados integrados e humanizados. Desta forma, considera-se que o objetivo inicialmente definido para a elaboração deste relatório, bem como os objetivos delineados para o respectivo estágio foram alcançados por meio do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, bem como das competências específicas do enfermeiros especialista em enfermagem de saúde familiar.

Ao longo deste estágio, foram realizadas diversas atividades com dedicação, empenho e um constante desejo de aprender, adotando estratégias de reflexão crítica e contínua. Este percurso proporcionou um significativo desenvolvimento tanto pessoal como profissional, permitindo intervir em várias áreas como a promoção da saúde, prevenção de complicações, readaptação funcional, autocuidado e organização dos cuidados. Foi trabalhado o fortalecimento das competências de planejamento, execução e avaliação dos cuidados, com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde e promover elevados níveis de satisfação das famílias.

Um dos principais desafios da Enfermagem de Saúde Familiar é a transição de um paradigma em que a família é vista como contexto para outro em que esta passa a ser o foco central dos cuidados de enfermagem. Para que essa mudança ocorra de forma eficaz, é essencial que os enfermeiros adquiram, durante a sua formação, conhecimentos especializados sobre avaliação e intervenção familiar. Ao reconhecer a família como a unidade central dos cuidados e considerando o seu constante processo de adaptação ao longo do ciclo vital, foi possível, tanto nos semestres de ensino teórico quanto na experiência prática durante o estágio, compreender a importância de preservar o equilíbrio dinâmico da saúde familiar que deve ser protegido pela

enfermagem de saúde familiar. A realização deste estágio permitiu não só aplicar conhecimentos teóricos à prática clínica, mas também desenvolver um pensamento crítico e reflexivo sobre a importância do envolvimento da família no processo de cuidados. A abordagem centrada na família revelou-se um pilar fundamental para a qualidade e eficácia da intervenção do enfermeiro especialista, evidenciando a necessidade de estratégias colaborativas e de proximidade para promover o bem-estar das famílias.

O estudo desenvolvido no âmbito deste relatório contribuiu para a compreensão da percepção dos enfermeiros de família sobre a realização da visita domiciliária no pós-parto, uma prática essencial na transição para a parentalidade e no acompanhamento da família em momentos de vulnerabilidade. Os resultados obtidos reforçam a importância de fatores institucionais e organizacionais na adesão dos profissionais a essa prática, destacando-se a necessidade de investimento em formação contínua, na criação de diretrizes institucionais e na revisão de políticas organizacionais, de forma a fortalecer o papel do enfermeiro de família na promoção da saúde familiar.

É importante salientar que este percurso não esteve isento de desafios, desde limitações temporais à necessidade de adaptação a realidades organizacionais específicas. No entanto, cada obstáculo representou uma oportunidade de aprendizagem, permitindo desenvolver competências de gestão de tempo, resiliência e capacidade de tomada de decisão fundamentada.

Conclui-se, assim, que este estágio final constituiu uma experiência enriquecedora e transformadora, que contribuiu significativamente para a consolidação de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Familiar. O conhecimento adquirido e as reflexões realizadas serão determinantes para a prática profissional futura, reforçando o compromisso de prestar cuidados de enfermagem centrados na família, baseados na evidência e orientados para a promoção da saúde e do bem-estar das famílias.

O trabalho com e para as famílias não se encerra com a conclusão deste relatório, a criação do Guia Orientador de Boas Práticas: Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto no âmbito do estudo realizado, tem a pretensão de se superar e já foi submetido para apreciação do Núcleo de Enfermagem Comunitária da ULS onde o estudo foi realizado, encontrando-se neste momento em fase de reformulação, com o objetivo de posteriormente ser aprovado e disseminado pelas unidades funcionais dos CSP. A nível nacional pretende-se, posteriormente, submeter o mesmo guia à Ordem dos Enfermeiros para o incluir nos Guias Orientadores de Boas Práticas disponíveis na área reservada da página da OE.

Finalizo a conclusão deste relatório expressando o meu anseio pessoal e profissional de, num futuro próximo, ter a oportunidade de ingressar nos CSP, enquanto Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, aplicando todos os conhecimentos que adquiri ao longo dos últimos três semestres e trabalhando em prol da valorização da Enfermagem de Saúde Familiar.



## Referências Bibliográficas

- Almeida, E.; Nelas, P. & Duarte, J. (2016). *Visita Domiciliária no pós-parto*. Millenium, 50(50), 267–281. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7578778>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style*. (7th ed.). APA.
- Andrade, L. (2023). Famílias com filhos pequenos. In Figueiredo, M., *Enfermagem de Saúde Familiar*. 162-165. Lidel.
- Augusto, C. (2023). Dos processos de transição à resiliência familiar. In Figueiredo, M., *Enfermagem de Saúde Familiar*. (p.339-342). Lidel.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K., & Saveman, B. (2008b). *Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish Nurses*. *Journal of Family Nursing*, 14(2). 162-180. [https://www.researchgate.net/publication/5371556\\_Nurses'\\_Attitudes\\_About\\_the\\_Importance\\_of\\_Families\\_in\\_Nursing\\_Care\\_A\\_Survey\\_of\\_Swedish\\_Nurses](https://www.researchgate.net/publication/5371556_Nurses'_Attitudes_About_the_Importance_of_Families_in_Nursing_Care_A_Survey_of_Swedish_Nurses)
- Benzein, E., Jonhansson, P., Arestedt, K., Berg, A., & Saveman, B. (2008a). *Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes – An Instrument Development*. *Journal of Family Nursing*, 14 (1). 97- 117. <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/1074840707312716>
- Bértolo, A. R. (2021). *Importância da Família na Prestação de Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros*. [Relatório Final de Estágio, Instituto Politécnico de Leiria].

Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria.

<https://iconline.ipleiria.pt/entities/publication/41a54225-4687-4262-87ca-bee473aac842>

Borges, C. (2017). *Intervenção Precoce no Domicílio: Perspetivas de Profissionais das Equipas de Intervenção Precoce na Infância, da Zona Norte de Portugal*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho Instituto de Educação]. RepositóriUM.

<https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/51173>

Caçador B., Silva L., Dias A., Campos J., Maurilio A., Belo M., & Carmo E. (2024). *Cuidado de enfermagem puerperal no domicílio: um relato de experiência*. *Saúde Coletiva*, 14(89), 13204-13208. DOI:10.36489/saudecoletiva.2024v14i89p13204-13213

Camarneiro, A. (2007). *Gravidez de risco e desenvolvimento do bebé*. Coimbra: Formasau.

Carvalho, C. (2023). *Atitudes dos Enfermeiros, Face à Importância da Família no Processo de Cuidar*. [Relatório Final de Estágio, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria.

<https://www.iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/8745>

Centro de Interpretação da Serra da Estrela [CISE]. (s.d.).

<https://www.cise.pt/pt/index.php/serra-da-estrela/o-que-visitar/gouveia>

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2011). CIPE versão 2. Santa Maria da Feira: Lusodidacta.

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª Ed.). Edições Almedina, S.A.

Curado, P. (2018). *Consulta de Enfermagem ao Recém-Nascido na 1.ª Semana de Vida, no Domicílio*. [Relatório de Estágio, Universidade de Évora] Repositório da Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/23442>

- Dias, M. (2006). *Construção e Validação de um Inventário de Competências: Contributos para a Definição de um Perfil de Competências do Enfermeiro com Grau de Licenciado*. Lusociência.
- Elias, M. (2016). *Importância dos Registos na Visita Domiciliária: Um Projeto de Intervenção da Comunidade*. [Relatório de Estágio, Universidade de Évora] Repositório da Universidade de Évora.  
<https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/18619>
- Escola Superior de Saúde de Viseu, (2024). Guia orientador de trabalhos escritos.  
<https://essv.ipv.pt/wp-content/uploads/sites/10/2024/12/GuiaOrientadorTrabalhosEscritos-CTC-11-12-2024.pdf>
- Fernandes, P. (2022). *A Visita Domiciliária como Fator Facilitador na Adaptação à Parentalidade*. [Relatório Final de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.  
[https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id\\_typ](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_typ)
- Ferreira, S. (2022). *A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Saúde Familiar*. [Relatório Final de Estágio, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/entities/publication/513a646c-2a32-46a4-a5d4-9f4c62573d20>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M. (2023) Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. In Figueiredo, M., *Enfermagem de Saúde Familiar*. (p. 383-391). Lidel.

- Figueiredo, M., Monteiro, M., Subtil, C. (2023). A Enfermagem de Saúde Familiar. In Figueiredo, M., *Enfermagem de Saúde Familiar*. (p. 42-64). Lidel.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação- Da concepção à realização*. Loures. Lusociência Edições Técnicas e Científicas (5ª Ed.).
- Fracolli, L., Reticena, K., Abreu, F. & Chiesa, A. (2018). *The implementation of a home visits program focused on parenting: An experience report*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 52, p. 1–8.  
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/SQLBBdCfTJf3YmQv8YhRYtv/?lang=en>
- Frade, J., Henriques, C., & Frade, M. (2021). A Integração da Família nos Cuidados de Enfermagem: Perspetiva de Enfermeiros e Estudantes de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, Núm. 7, DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20158>
- Gabinete de Estratégia e Estudos. (2022). Concelho/ Municipality: Gouveia.  
<https://www.gee.gov.pt/pt/docs/publicacoes/estatisticas-regionais/distritos-concelhos/guarda/gouveia/3135-gouveia/file>
- Geneall. (s.d.). Concelho de Gouveia. <https://geneall.net/pt/mapa/142/gouveia/>
- Gottlieb, L. N. (2016). O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças. Saúde e Cura para a Pessoa e Família. Lusodidacta.
- Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. (2024). Ficha da Unidade Curricular Opção 6: Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde Familiar em contexto de USF/UCSP com Relatório.  
<https://portal.ipv.pt/sacpv/page?stage=ConsultaNotasAluno>

Internacional Family Nursing Association (IFNA). (2015). Position Statement on Generalist Competencies for family Nursing Practice.

<https://internationalfamilynursing.org/association-information/position-statements/>

Kraus, T. & Silva, M. M. (2023). Enfermagem baseada nas forças. In Figueiredo, M., *Enfermagem de Saúde Familiar*. (p.392-397). Lidel.

Leal, C. (2019). *Perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria.

<https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4851>

Lima, C. & Araújo, T. (2021). *A visita domiciliar do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção ao puerpério*. *Ciência Plural*, 7(3), 314–331.

<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/25143>

Lobo, H. (2023). *A Família Como Parte Integrante dos Cuidados de Enfermagem*. [Relatório Final de Estágio, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria.

<https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/8747>

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Camarate: Lusodidacta.

Mandú, N., Gaíva, A., Silva, M., Silva, A. (2008). *Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde e família*. *Revista Texto Contexto Enferm*, 17(1), 131-140.

[scielo.br/j/tce/a/zmnYBHfD75HyyMmgGCHHqBN/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/tce/a/zmnYBHfD75HyyMmgGCHHqBN/?format=pdf&lang=pt)

Martins, C. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: Uma teoria explicativa de enfermagem* [Tese de doutoramento, Escola

Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.

[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671\\_td\\_Cristina\\_Martins.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.pdf)

Medeiros, L. & Costa, A. (2016). *Período puerperal: A importância da visita domiciliar para enfermeiros da atenção primária á saúde*. Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste.(jan-fev).ISSN:1517-3852

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Meleis, A., Sawyer, L., I. E., & Messias, D., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Advances in Nursing Science, 23(1), 12-28. doi: 10.1097/00012272 200009000-00006

Minh'alma, R. (2018). *Foi Sem Querer que Te Quis*. Manuscrito Editora

Nascimento, T. (2014). *Projecto Inovador Programa de Melhoria Contínua da Qualidade – Implementação de Dois Indicadores de Qualidade*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.

Necipoglu, D., Bebis, H., & Sevig, U. (2021). *The Effect of nursing interventions on immigrant women living in Northern Cyprus on their breastfeeding self-efficacy and success: a randomized controlled trial*. Nicósia, Chipre.  
[https://www.researchgate.net/publication/349839177\\_The\\_effect\\_of\\_nursing\\_interventions\\_on\\_immigrant\\_women\\_living\\_in\\_Northern\\_Cyprus\\_on\\_their\\_breastfeeding\\_self\\_efficacy\\_and\\_success\\_a\\_randomized\\_controlled\\_trial](https://www.researchgate.net/publication/349839177_The_effect_of_nursing_interventions_on_immigrant_women_living_in_Northern_Cyprus_on_their_breastfeeding_self_efficacy_and_success_a_randomized_controlled_trial)

Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, M., Martins, M. (2011). *Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala Families'*

*Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45(6), 1331-1337.

<https://www.scielo.br/j/reusp/a/MXgKgGNmNjfkSJr4wc4nc5q/?lang=pt&format=pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Recomendações Para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend\\_Manuais\\_BPraticas.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Parecer nº12/2011: Competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Familiar, Saúde Infantil e Pediátrica e Saúde Materna e Obstétrica para o Exercício da Visitação Domiciliária à Puérpera e ao Recém-Nascido*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/norte/Documents/Parecer.pdf>

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

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso\\_eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional do Enfermeiro Especialista*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2024). Estatística de Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros>

Organização Mundial de Saúde & Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2009). *Visitas domiciliarias al recién nacido: una estratégia para aumentar la supervivencia.*

Genebra.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70057/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.02\\_spa.pdf;jsessionid=DC8B1D2E96099EA58848B241C64C7EF9?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70057/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf;jsessionid=DC8B1D2E96099EA58848B241C64C7EF9?sequence=1)

Organização Mundial de Saúde. (1998). *Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide.* Geneva, Switzerland

Organização Mundial de Saúde. (2000). *The Family Health Nurse Context, Conceptual Framework and Curriculum.*

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107930/9289011716-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organização Mundial de Saúde. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.* Genebra.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>

Østergaard, B., Clausen, A., Agerskov, H., Brødsgaard, A., Dieperink, K., Funderskov, K., Nielsen, D., Sorknæs, A., Voltelen, B., Konradsen, H. (2020). Nurses' attitudes regarding the importance of families in nursing care: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*; 29, p. 1290-1301. <https://doi.org/10.1111/jocn.15196>

Pádua, A., Melo, E. & Alvarelhão, J. (2022). *An Intervention Program Based on Regular Home Visits for Improving Maternal Breastfeeding Self-efficacy: A Pilot Study in Portugal*; Aveiro, Portugal.

[https://www.researchgate.net/publication/358227476\\_An\\_Intervention\\_Program\\_Based\\_on\\_Regular\\_Home\\_Visits\\_for\\_Improving\\_Maternal\\_Breastfeeding\\_Self-efficacy\\_A\\_Pilot\\_Study\\_in\\_Portugal](https://www.researchgate.net/publication/358227476_An_Intervention_Program_Based_on_Regular_Home_Visits_for_Improving_Maternal_Breastfeeding_Self-efficacy_A_Pilot_Study_in_Portugal)

Pereira, A., Macedo, A., Mendes, B., Sezões, J., & Machado, T. (2012). *Sigilo Profissional*. Revista Percursos (23), p. 3-8.

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9251/1/Revista%20Percursos%20n23\\_Sigilo%20Profissional.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9251/1/Revista%20Percursos%20n23_Sigilo%20Profissional.pdf)

Pereira, M. (2012). *A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra] Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

[https://web.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=listAuthors&starts\\_with=P](https://web.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=listAuthors&starts_with=P)

Pinto, B. C. R. (2017). *Os Cuidados de Enfermagem na Visita Domiciliária no Pós-Parto: Perspetiva do Casal e do Enfermeiro de Família*. [Relatório de Estágio, Universidade de Aveiro] Repositório Institucional da Universidade de Aveiro.

<https://ria.ua.pt/handle/10773/23043?locale=en>

Piteira, A. (2016). *A Enfermagem Comunitária na Transição para a Parentalidade – Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério*. [Relatório de Estágio, Universidade de Évora] Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/18604>

Pordata. (2024). Pordata.pt. <https://prod2.pordata.pt/subtema/municipios/>

Portugal, Agência Para a Modernização Administrativa [AMA]. (2022). Portal Mais Transparência. <https://transparencia.gov.pt/pt/municipios/bi-municipios/municipios/municipio/0906/>

Portugal, Lei nº58/2019. (2019, agosto 8). Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. Diário da República, 1(151), p. 3-40.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>

Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP [ACSS]. (2017). Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários Para o Ano de 2017. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/bilhete\\_identidade\\_indicadores\\_contratualizacao\\_2017.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf)

Portugal, Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP [ACSS]. (2023). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2023. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao\\_CSP\\_2023\\_VF.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf)

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. DGS. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2023). Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030. DGS.  
<https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DE-LS-E-CIENCIAS-COMPORTAMENTAIS-23-30.pdf>

- Portugal, Ministério da Saúde. (2024). Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais [MIM@UF]. <https://mimuf-centro.min-saude.pt/MicroStrategy/asp/Main.aspx>
- Portugal, Portaria nº411-A/2023. (2023, dezembro 12). Regula o índice de desempenho da equipa multiprofissional das unidades de saúde familiar de modelo B, e a atribuição dos incentivos institucionais a estas e às unidades de cuidados de saúde personalizados. *Diário da República*, 1(234), p. 136(2)-136(11).  
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/12/23401/0000200011.pdf>
- Portugal, Regulamento n.º 126/2011. (2011, fevereiro 18). Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Saúde Familiar. *Diário da República*, 2(35), p. 8660-8661.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/126-2011-3477015>
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2(26), p. 4744-4750.  
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Portugal, Regulamento n.º 367/2015. (2015, junho 29). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2(124), p. 17384-17391.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/367-2015-67626811>
- Portugal, Regulamento n.º 428/2018. (2018, julho 16). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, 2(135), p. 19354-19359.  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

- Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. (2024). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP]. UCSP Gouveia. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/921/20024/2090600/Pages/default.aspx>
- Rebello, A. (2005). *Competências: que realidade?*. Revista Informar, Ano XI, janeiro/junho, n.º 34 pp. 15-33.
- Relvas, A. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3ªed.). Edições Afrontamento.
- Rodrigues, P. (2021). *Estratégias de comunicação com pessoas com baixa literacia em saúde*. <https://healthwords.pt/comunicar-com-pessoas-com-baixa-literacia-em-saude/>
- Silva, I. (2024). *Comunicação e literacia em saúde: estratégias e desafios*. The Trends Hub, (4). <https://doi.org/10.34630/tth.vi4.5676>
- Silva, M., Kraus, T. & Figueiredo, M. (2023). Ciclo vital da família. In Figueiredo, M., *Enfermagem de Saúde Familiar*. (p.152-158). Lidel.
- Soares, A., Guedes, A., Cruz, T., Dias, T., Collet, N., Reichert, A. (2020). *Tempo ideal para a realização da visita domiciliar ao recém-nascido: uma revisão integrativa*. Ciência e Saúde Coletiva, 25 (8), 3311-3320. [scielo.br/j/csc/a/9gPNpfDpMtHBftjmwsLpdpv/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/csc/a/9gPNpfDpMtHBftjmwsLpdpv/?format=pdf&lang=pt)
- Soares, H. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentabilidade: intervenção de enfermagem* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7175>
- Sousa, E. S. (2011). *A família: Atitudes do enfermeiro de reabilitação* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Acedido em <https://hdl.handle.net/10400.26/9365>

- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Lusodidacta.
- Tavares, C. V. L. B. (2023). *A visita domiciliária no período pós-parto como ferramenta facilitadora na transição para a parentalidade* [Relatório Final de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Teixeira, J., Soares, L., França, L., Santos, M., Brito, M., Rocha, S. (2009). *Visita domiciliar puerperal*. *Saúde Coletiva*, 28, 47-53. <https://www.redalyc.org/pdf/842/84202804.pdf>
- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R. & Silva, M. (2020). *A família como promotora da transição para a parentalidade*. *Revista UIIPS*, 8(1), 17-30.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (3.ª Ed.). Lisboa. Edições Sílabo.
- Villas Boas, A., Oliveira, A., Souza, B., Souza G., Medeiros T., Oliveira, L., Ruiz, M., Wernet, M. (2023). *Visita Domiciliar na Primeira Semana Pós-Parto: Revisão Integrativa*. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. 27(9), 5035–5056. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i9.2023-010>
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). Roca



## **APÊNDICES**



## **Apêndice I**

### **Procedimento Operativo – Colheita de Espécimes para Análise**

## PROCEDIMENTO OPERATIVO

---

### Colheita de espécimes para análise

Data de Emissão: 07/10/2024    Data de Revisão: 31/10/2027

## Siglas e Abreviaturas

ULSG - Unidade Local de Saúde da Guarda

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

SClínico® - Plataforma de registos clínicos

## Objetivos

- Uniformizar procedimentos de admissão do utente para colheita de espécimes para análise;
- Uniformizar procedimentos de colheita de espécimes para análise;
- Garantir a eficácia organizacional.

## Fundamentação

Em qualquer instituição em que se verifique a necessidade de haver mais de que um elemento, a exercer a mesma função, é imprescindível um guia orientador de procedimentos que demonstre uniformização e organização, para que todos saibam como agir. Neste sentido, é importante que todos os assistentes técnicos procedam da mesma forma à receção e agendamento de credenciais para colheita de espécimes para análise, por uma questão de organização institucional e de forma a minimizar o descontentamento e a discrepância entre elementos.

A uniformização das técnicas utilizadas em unidades de colheitas deve ser uma prioridade, uma vez que é nesta fase (fase pré-analítica) que são observados mais erros aleatórios que condicionam a amostra e aumentam os custos de todo o processo.

Torna-se então pertinente existir um manual onde constem todos os procedimentos realizados e que seja de fácil acesso, por forma a desenvolver boas práticas clínicas e uniformização dos procedimentos por parte de todos os enfermeiros envolvidos na colheita de espécimes para análise.

## Aplicação

À Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Gouveia.

## Responsabilidades

Tabela 1 - Colheita de espécimes

Responsabilidades na colheita de espécimes	
<b>Médico</b>	Identificação inequívoca do utente; Prescrição do Exame; Interpretação dos resultados.
<b>Assistente técnico</b>	Identificação inequívoca do utente; Admissão do utente; Ato de agendamento.
<b>Enfermeiro</b>	Identificação inequívoca do utente; Verificação dos exames solicitados; Identificação das amostras; Intervenção nas condições necessárias para que o utente se sinta cuidado, com o melhor bem-estar possível; Realização da colheita; Conservação de amostras e acondicionamento das amostras; Supervisionar após a colheita de sangue; Promover o autocuidado após a colheita.
<b>Motorista</b>	Transporta as colheitas da unidade para a ULSG; Garante a integridade e a estabilidade do material biológico transportado
<b>Laboratório</b>	Receção das colheitas, execução de exames laboratoriais (biológicos, microbiológicos, imunológicos, bioquímicos, hematológicos, etc); Realização de análises; Interpretação de resultados; Emissão de resultados.

Fonte: Elaboração própria

## Procedimento

### Assistentes Técnicos

- 1º Receção da credencial, preferencialmente 15 dias antes da data das colheitas;
- 2º Proceder ao agendamento das colheitas: segundas, quartas e sextas-feiras entre as 8h e as 9h;
- 3º Facultar todas as informações necessárias à colheita a realizar (p. ex. tempo de jejum) e fornecer recipiente se houver indicação para colheita de urina (p. ex. sumária, urocultura, urina 24h, expetoração ou fezes);
- 4º Envio da credencial para o secretariado clínico do laboratório da ULSG.

**NOTA:** Em caso de dúvida relacionada com as colheitas deverá ser validada junto da equipa de enfermagem.

## Intervenções de Enfermagem

- 1º Ligar todos os equipamentos: agitador, centrífugador, sistema de rack e leitor de etiquetas;
- 2º Para iniciar as colheitas efetuar admissão no sistema de colheitas;
- 3º Identificação inequívoca do utente;
- 4º Impressão de todas as etiquetas correspondentes às prescrições do utente;
- 5º Validação da identificação do utente com as etiquetas impressas;
- 6º Realização de todas as colheitas, identificando todos os tubos com as respetivas etiquetas impressas e centrifugar de acordo com as indicações expressas na Instrução de Trabalho - Especificidades das- Colheitas (ULSG.UCSPGouv.IT.003);
- 7º Leitura digital das etiquetas e colocação do tubo na respetiva rack;
- 8º Colocação da rack na mala de transporte com os acumuladores de gelo em condições de serem transportadas até ao laboratório da ULSG.

**Nota:** No caso de um pedido urgente de colheita, as etiquetas deverão ser identificadas manualmente: Nome completo do utente, Número de SNS e Data de Nascimento. Estes tubos deverão ser colocados na rack após esta ser retirada do sistema.

## Registos SClínico®

- 1º Identificação inequívoca do utente;
- 2º Abrir contacto;
- 3º Tipo de contacto - Ato de enfermagem;
- 4º Atitudes terapêuticas: Neste contacto (selecionar a correspondente):
  - Colheita de sangue
  - Colheita de sangue p/ estudo de coagulação
  - Colheita de expetoração
  - Colheita de urina: exame sumário
  - Colheita de urina 12 horas
  - Colheita de fezes parasitológico
  - Colheita de fezes: pesquisa sangue oculto
  - **Colheita de exsudado por zaragatoa**
- 5º Descrever em “observações” os tubos colhidos e enviados;

- 6º Selecionar as intervenções de enfermagem:
  - Executar: Posicionar
  - Cuidar: Incentivar autocontrolo  
Incentivar envolvimento da pessoa
  - Informar: Ensinar sobre exame
- 7º Registo no “Mapa de cuidados”: validar atitude terapêutica e intervenções de enfermagem.

## Indicadores

Taxa de % de pedido urgente de colheita = nº de colheitas realizadas como pedido urgente (ano)/Total de colheitas (ano)

## Referências Bibliografias

Diário da República (2001) - Despacho n.º 8835/2001 (2.a série) - Manual de Boas Práticas

## Observações

Versão	Elaboração Data	Verificação Data	Descrição	Distribuição
00	UCSP Gouveia 07/10/2024	Direção Clínica Enfermeira Diretora 10/10/2024	Versão Inicial	UCSP Gouveia

\*Aprovação constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento dele fazendo parte integrante.

## Anexos

ULSG.UCSPGouv.IT.002.00 - Identificação de tubos de colheitas

ULSG.UCSPGouv.IT.003.00 - Especificidades das Colheitas



## **Apêndice II**

### **Instrução de Trabalho – Especificidades das Colheitas**

## INSTRUÇÃO DE TRABALHO

### Especificidades das- Colheitas

Data de Emissão: 07/10/2024      Data de Revisão:31/10/2027

#### \* Prova de Tolerância à Glicose Oral - Grávidas

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** em jejum;
- 2º Ingerir solução 75g de glicose/300 ml;
- 3º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 60 min;
- 4º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 120 min;
- 5º Centrifugar as amostras.

**Nota:** Este tipo de análise deve ser realizado entre as 24 e as 26 semanas de gestação. Em caso de não tolerância do produto ingerido deve repetir análise após uma semana.

#### \* Prova de Tolerância à Glicose Oral - Adultos

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** em jejum;
- 2º Ingerir solução 75g de glicose/200 ml;
- 3º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 120 min;
- 4º Centrifugar as amostras.

#### \*\* Prova Funcional de Insulina

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** em jejum;
- 2º Ingerir solução 75g de glicose/200 ml;
- 3º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 120 min.
- 4º Centrifugar as amostras.

#### \*\*\* Colheita de amónia

- 1º Colher **duas** amostras de sangue para **dois tubos EDTA**;
- 2º Centrifugar as **duas** amostras;
- 3º Transferir o plasma das **duas** amostras com uma pipeta para **dois tubos neutro**;
- 4º Enviar para o laboratório as **quatro** amostras identificadas.

#### \*\*\*\* Pró BNP

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo EDTA**;
- 2º Centrifugar a amostra;
- 3º Transferir o plasma com uma pipeta para um **tubo neutro**;
- 4º Enviar para o laboratório as duas amostras identificadas.

#### \*\*\*\*\* Microalbuminuria

1º Colher amostra de urina da 2ª urina da manhã;

**Sugestão:** No ato da colheita solicitar ao utente recolha de urina para recipiente próprio.

#### \*\*\*\*\* Urocultura

1º Explicar o procedimento ao utente:

- Sexo Masculino: Eliminar o primeiro jato e colher o jato intermédio para o contentor asséptico.
- Sexo Feminino: Lavar só com água cuidadosamente os genitais externos de frente para trás. Eliminar o primeiro jato e colher o jato intermédio para o contentor asséptico.

Se possível colher a primeira urina da manhã.

2º Fornecer contentor asséptico de urina ao utente;

3º Colher amostra de urina para **dois tubos de urina**;

4º Enviar para o laboratório as **duas** amostras devidamente identificadas.

**Nota:** Caso a utente realize a colheita de urina na UCSP deve ser disponibilizado soro em dose individual e compressas esterilizadas para proceder à higienização dos genitais externos.

#### Plasma - LAB - Plasma EDTA

1º Colher amostra de sangue para **Tubo EDTA**;

2º Centrifugar a amostra;

3º Transferir o plasma com uma pipeta para um **tubo neutro**;

4º Enviar para o laboratório as **duas** amostras identificadas.

#### Hormona Adrenocorticotrópica (ACTH)

1º Colher amostra de sangue para **tubo EDTA**;

2º Centrifugar a amostra;

3º Transferir o plasma com uma pipeta para um **tubo neutro**;

4º Colocar em saco com gelo o **tubo neutro**;

5º Enviar para o laboratório as **duas** amostras identificadas.

## Metanefrinas

- 1º Colher **quatro** amostras de sangue para **tubo EDTA**;
- 2º Centrifugar as **quatro** amostras;
- 3º Transferir o plasma das **quatro** amostras com uma pipeta para quatro **tubos neutros**;
- 4º Enviar para o laboratório as **oito** amostras identificadas.

## Teste IGRA QuantiFERON®-TB GOLD Plus



1. Controlo “Nil” (Tampa cinzenta)
2. Antígeno TB1 (Tampa verde)
3. Antígeno TB2 (Tampa amarela)
4. Controlo Mitogénio (Tampa roxa)

- ✓ 1º Colheita, por punção venosa, de 1 ml de sangue para cada um dos tubos;
- ✓ 2º Como o sistema de vácuo dos tubos extrai o sangue relativamente devagar, manter a agulha no tubo durante mais 2-3 segundos depois de o nível de sangue parecer ao nível da marca do tubo. A marcação preta no tubo indica o volume de enchimento pretendido de 1 ml;
- ✓ 3º Misturar os tubos por inversão 10 vezes para garantir que toda a superfície interna do tubo entra em contacto com o sangue. A formação de espuma ou a hemólise não afetam o teste.

**Não centrifugar nem refrigerar a amostra e enviar para o laboratório no mesmo dia.**

## Observações

Versão	Elaboração Data	Verificação Data	Descrição	Distribuição
00	UCSP Gouveia 07/11/2024	Direção Clínica Enfermeira Diretora 27/11/2024	Versão inicial	UCSP Gouveia

\*Aprovação constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento dele fazendo parte integrante.



### **Apêndice III**

#### **Instrução de Trabalho – Identificação de Tubos de Colheita**

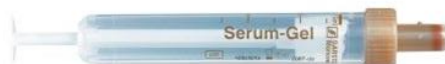
## INSTRUÇÃO DE TRABALHO

### Identificação de Tubos de Colheita

Data de Emissão: 07/10/2024

Data de Revisão: 31/10/2027

#### Tubo Bioquímica (Castanho)



- Ácido fólico
- Ácido úrico
- AFP
- Albumina
- Amílase
- BHCG
- Bilirrubina Dirc
- Bilirrubina Total
- Cálcio
- CEA
- CEA 125
- CEA 15.3
- CEA 19.9
- Ceruloplamina
- Citomegalovírus (CMV) (IgM, IgG)
- CK
- CK-MB
- Cloro
- Colesterol HDL
- Colesterol LDL
- Colesterol total
- Complementos (C3, C4, CH50)
- Coombs indireto
- Cortisol
- Creatinina
- Digoxina
- EBVIgm
- Eletroforese das proteínas
- Estradiol
- Ferritina
- Ferro
- Fosfatase alcalina
- FSH
- Gama GT
- Glicémia
- 
- GoTureia
- GPT
- Hepatite A (HAV)
- Hepatite B (VHB), AgHBs, AgHBc, AgHBe, Ac Anti-HBs, Ac Anti-HBc, Ac Anti-HBe, Ac Anti-HBc IgM
- Hepatite C (HCV, Anti-HCV)
- Hepatite D (VHD)
- Hepatite E (VHE)
- HIV I, HIV II
- Imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG, IgE)
- Ionograma
- Lactatodesidrogenase (LDH)
- LH
- Lípase
- Magnésio
- Mioglobina
- PCR
- Potássio
- Progesterona
- Prolactina
- Proteínas totais
- Prova de tolerância à glicose oral (PTGO)\*
- Prova funcional de insulina\*\*
- PSA Rubéola (IgM, IgG)
- PSA total
- Rosa da Widal
- Rosa de bengala
- RPR
- Sódio
- T3
- T3 livre
- T4
- T4 livre
- Testosterona total e livre
- Toxoplasmose (IgM, IgG)
- Transferrina
- Triglicerídeos
- Troponina
- TSH
- Vitamina B12
- Vitamina D
- Widal /HA/TH

### Tubo EDTA (Vermelho)



- Amónia\*\*\*
- Basófilos
- BNP
- Eosinófilos
- GB
- Grupo sanguíneo (+ bioquímica)
- GV
- HBA1C (2 EDTA)
- Hematócrito
- Hemoglobina
- Hemograma
- Velocidade de sedimentação
- Volume globular médio
- Linfócitos
- Linfócitos atípicos
- Mioglobina
- Monócitos
- Neutrófilos
- Neutrófilos em bastão
- Plaquetas
- Pro BNP\*\*\*\*
- Provas de compatibilidade (+ bioquímica)
- Reticulócitos (2 EDTA)
- Troponina

### Tubo Citrato de Sódio (Verde)



- Anticoagulante lúpico
- Anti-Trombina III (2 citrato de sódio)
- APTT
- Caolina
- D-Dímeros (PDF)
- Fatores de coagulação (II, V,
- Fibrinogénio
- INR
- Protombinémia
- Tempo de cefalina (PTT)
- Tempo de Protrombina (TP)
- Tempo de trombina
- Teste Quick
- TP Controlo

### Tubo Neutro (Branco)



### Tubo Citrato de Sódio (Roxo)



- Velocidade de sedimentação (VS)

**Nota:** Caso não haja **tubo citrato de sódio**, pode ser colhido em **tubo de EDTA**.

### Tubo Homocysteine HCY 9NC (Cor de rosa)



- Homocisteína

### Tubo ThromboExact (Bordô)



- Tromboexact

### Tubo Fluoride EDTA FE (Amarelo)



- Glucose
- Lactato

### Tubo de Soro Isento de Metais



- Cobre plasmático
- Chumbo plasmático

### Tubo Urine Z (Amarelo)



- Microalbuminúria \*\*\*\*\*
- Sumária de urina
- Urocultura\*\*\*\*\*

## Ordem de colheita

Distribua o sangue sempre em primeiro lugar para o tubo seco e só depois para os outros tubos, para evitar possíveis contaminações com os anticoagulantes.

A ordem recomendada :

1º - Tubo bioquímica

2º - Tubo com citrato de sódio

3º - Tubo com EDTA

**Nota:**

- Centrifugar as amostras colhidas nos tubos de bioquímica, citrato de sódio, amónia, pro BNP, homocisteína e lactato.
- Quando solicitado IMUNO SORO realizar a colheita no tubo de bioquímica.
- Quando a prescrição incluir apenas pedido de coagulação, devem ser colhidos dois tubos de citrato de sódio. Só o segundo tubo colhido deve ser enviado para o laboratório, o primeiro deve ser desperdiçado.

Em caso de dúvida contactar laboratório da ULS Guarda:

Administrativo: 271 200 477

Técnicos:

- 271 200 471
- 271 200 472
- 271 200 473

## Observações

Versão	Elaboração Data	Verificação Data	Descrição	Distribuição
00	UCSP Gouveia 07/11/2024	Direção Clínica Enfermeira Diretora 27/11/2024	Versão inicial	UCSP Gouveia

\*Aprovação constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento dele fazendo parte integrante.



#### **Apêndice IV**

#### **Infografia – Identificação de Tubos de Colheita**

## EDTA



- Amónia
- Basófilos
- Eosinófilos
- Grupo sanguíneo (+ bioquímica)
- HBAIC (2 EDTA)
- Hematócrito
- Hemoglobina
- Hemograma
- Linfócitos
- Linfócitos atípicos
- Mioglobina
- Monócitos
- Neutrófilos
- Plaquetas
- Pro BNP
- Velocidade de sedimentação
- Volume globular médio

## THROMBOEXACT



- Tromboexact

## TUBO DE SORO ISENTO DE METAIS



- Cobre plasmático
- Chumbo plasmático

## CITRATO DE SÓDIO



- INR
- Tempo de Protrombina (TP)
- Fatores de coagulação (II, V, VIII...) ( 2 tubos)

# COLHEITAS DE SANGUE

## HOMOCISTEÍNA



- Homocisteína

## CITRATO DE SÓDIO



- Velocidade de sedimentação (VS)

## BIOQUÍMICA



- |  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ácido fólico</li> <li>· Ácido úrico</li> <li>· Albumina</li> <li>· BHCg</li> <li>· Bilirrubina Dirc</li> <li>· Bilirrubina Total</li> <li>· Cálcio</li> <li>· Citomegalovírus (CMV)</li> <li>· Cloro</li> <li>· Colesterol HDL</li> <li>· Colesterol LDL</li> <li>· Colesterol total</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Coombs indireto</li> <li>· Creatinina</li> <li>· Digoxina</li> <li>· Ferritina</li> <li>· Ferro</li> <li>· Fosfatase alcalina</li> <li>· FSH</li> <li>· Gama GT</li> <li>· Glicémia</li> <li>· GPT</li> <li>· Hepatite A (HAV)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Hepatite B (VHB)</li> <li>· Hepatite C (HCV, Anti-HCV)</li> <li>· Hepatite D (VHD)</li> <li>· Hepatite E (VHE)</li> <li>· HIV I, HIV II</li> <li>· Imunoglobulinas</li> <li>· Ionograma</li> <li>· Lactatodesidrogenase (LDH)</li> <li>· LH</li> <li>· Magnésio</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Mioglobina</li> <li>· PCR</li> <li>· Potássio</li> <li>· Progesterona</li> <li>· Prolactina</li> <li>· Proteínas totais</li> <li>· Prova de tolerância à glicose oral (PTGO)</li> <li>· Prova funcional de insulina</li> <li>· PSA Rubéola (IgM, IgG)</li> <li>· PSA total</li> <li>· Sódio</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· T3</li> <li>· T3 livre</li> <li>· T4</li> <li>· T4 livre</li> <li>· Testosterona total e livre</li> <li>· Toxoplasmose (IgM, IgG)</li> <li>· Transferrina</li> <li>· Triglicéridos</li> <li>· Troponina</li> <li>· TSH</li> <li>· Vitamina B12</li> <li>· Vitamina D</li> </ul> |
|--|--|---|---|--|

**OUTRAS PRESCRIÇÕES PODEM SER CONSULTADAS NO PROCEDIMENTO OPERATIVO: COLHEITA DE ESPECIMENS PARA ANÁLISE**

Estudantes do Mestrado de Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde Familiar: Ana Rita Galvão e Andreia Mendes

**Apêndice V**

**Procedimento Operativo – Medicamentos de Alta Vigilância**

## PROCEDIMENTO OPERATIVO

### Medicamentos de Alta Vigilância

---

#### Siglas e Abreviaturas

DCI - Denominação Comum Internacional

LASA - *Look-Alike, Sound-Alike*

MAM - Medicamentos de Alerta Máximo

MAV - Medicamentos de Alta Vigilância

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSG - Unidade Local de saúde da Guarda

#### Objetivos

- Divulgar e implementar a Norma da DGS 008/2023 **MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA;**
- Implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos de alta vigilância;
- Elaborar e divulgar, internamente, as listas de medicamentos LASA e MAM efetivamente prescritos/dispensados/administrados na UCSP de Gouveia;
- Garantir que os profissionais conhecem as listas de medicamentos LASA e MAM da instituição, o seu propósito e a sua importância para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação;
- Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos MAV, na farmácia e nos restantes serviços da instituição, garantindo a sua separação física e a sua correta identificação, através da rotulagem.

#### Fundamentação

O Institute for Safe Medication Practices recomenda diversas estratégias para prevenir incidentes relacionados com MAV, incluindo a padronização de processos, restrição de acesso, uso de rótulos auxiliares e dupla verificação. A falta de padronização aumenta o risco de incidentes na utilização dos MAV, e as instituições devem adotar práticas seguras, como a validação de procedimentos e a utilização de sistemas de informação compatíveis.

A má identificação de medicamentos, seja por interpretação errada da prescrição (escrita ou oral), ou por seleção errada devido à semelhança entre denominações, ou embalagens, é uma causa comum da ocorrência de erros. A rotulagem adequada, incluindo o uso de letras maiúsculas, negrito, cores ou pictogramas, constitui uma estratégia importante para minimizar a probabilidade de erro.

A formação contínua dos profissionais é crucial devido à constante evolução dos medicamentos e à sua gestão de risco. Os incidentes medicamentosos estão relacionados com as várias etapas do processo da gestão da medicação: seleção, aquisição, armazenamento, prescrição, dispensa, preparação e administração, pelo que é fundamental uniformizar procedimentos em todas estas etapas.

## Aplicação

À UCSP de Gouveia.

## Responsabilidade

Farmacêuticos/ Técnicos de farmácia, Médicos e Enfermeiros

## Definições

**MAV** - medicamentos que pelas suas características induzem mais facilmente ao erro, apresentando assim, um risco aumentado de provocar danos significativos aos doentes quando há falhas na sua utilização. Exigem precauções especiais durante a preparação e administração de forma garantir a segurança do paciente.

**MAM** - Medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos com risco aumentado de provocar dano significativo ao doente. Os erros com MAM são pouco frequentes mas com consequências mais graves, como lesões permanentes ou morte, com aumento dos custos associados aos cuidados de saúde prestados ao utente.

**LASA** - Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.

**DCI** - Medicamentos com a mesma substância ativa, mas com diferentes dosagens.

## Procedimento

Tabela 1. Procedimento Operativo: Medicamentos de Alta Vigilância

Secção	Procedimento
<b>Seleção, aquisição e armazenamento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selecionar alternativas na aquisição de medicamentos que evitem adicionar medicamentos LASA à lista interna da instituição;</li> <li>2. Limitar o número de apresentações e de concentrações de MAM disponíveis na instituição;</li> <li>3. Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos MAV, na farmácia e nos restantes serviços da instituição, que garantam a sua separação física e a sua correta <b>identificação e rotulagem</b>.</li> </ol>
<b>Prescrição</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Privilegiar a prescrição eletrónica de medicamentos;</li> <li>2. Em caso de necessidade de prescrição manual de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A identificação do medicamento tem de incluir obrigatoriamente a respetiva DCI da substância ativa, forma farmacêutica, dosagem, apresentação e posologia;</li> <li>➤ A caligrafia deve ser de fácil leitura e interpretação, redigida com letra de imprensa maiúscula;</li> <li>➤ Evitar o uso de abreviaturas.</li> </ul> </li> <li>3. Nas indicações/pedidos orais, em situações de emergência: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ O prescritor deve verbalizar de forma clara e soletrada, a DCI da substância ativa, forma farmacêutica, dosagem e posologia;</li> <li>➤ Os dígitos da dosagem do medicamento prescrito devem ser verbalizados individualmente;</li> <li>➤ O profissional que vai administrar a medicação deve imediatamente a seguir, repetir para o prescritor o que ouviu, utilizando o método da comunicação em alça fechada;</li> </ul> </li> <li>4. Padronizar os regimes de dose particularmente no caso dos MAM.</li> </ol>

Secção	Procedimento
<b>Dispensa</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforçar, para os MAV, a implementação de práticas seguras de verificação e dupla verificação: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dos seguintes critérios mínimos obrigatórios: identificação inequívoca do doente, nome do medicamento, dose do medicamento, via de administração e hora de administração.</li> </ul> </li> </ol>
<b>Preparação e administração</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforçar, para os MAV, a implementação de práticas seguras de verificação e dupla verificação: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dos seguintes critérios mínimos obrigatórios: identificação inequívoca do doente, nome do medicamento, dose do medicamento, via de administração e hora de administração.</li> </ul> </li> <li>2. Padronizar as formas de cálculos para as doses que requerem preparação, em particular, no caso dos MAM;</li> <li>3. Padronizar os rótulos com a prescrição ou com o registo para a administração;</li> <li>4. Recusar a administração de medicamentos manualmente prescritos com letra ilegível;</li> <li>5. Garantir a concordância entre a forma como se expressam as doses prescritas e os registos de administração de medicamentos.</li> </ol>

Fonte: Elaboração própria.

De forma a uniformizar o modo de identificação de fármacos em todas as instituições da ULS da Guarda, foi elaborada uma nova etiqueta que alerta para a possibilidade de estar perante um medicamento MAM ou LASA, para as diferentes dosagens e vias de administração (Anexo V).

De modo a minimizar o erro da troca de medicação não deverá haver mais que dois medicamentos, no máximo, por gaveta, e estes devem estar armazenados por forma farmacêutica, e por ordem alfabética de DCI, sem exceção.

## Referências Bibliografias

Direção Geral da Saúde. (2023). Norma nº 008/2023 de 19/12/2023: Medicamentos de Alta Vigilância.

DGS.



## Observações

Versão	Elaboração Data	Verificação Data	Descrição	Distribuição
00	UCSP Gouveia	Enfermeira Diretora	Versão Inicial.	UCSP Gouveia

\*Aprovação constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento dele fazendo parte integrante.

## Anexos

**Anexo I** - Lista Medicamentos LASA

**Anexo II** - Método de inserção de letras maiúsculas e a negrito - Tall Man Lettering

**Anexo III** - Lista Medicamentos MAM

**Anexo IV** - Sinalização com utilização de pictogramas dos medicamentos DCI mas com diferentes dosagens e MAM

ANEXO I - Lista de medicamentos LASA, com aplicação do método de inserção de letras maiúsculas e a negrito

Aciclovir	<b>GAN</b> ciclovir/ <b>VAL</b> aciclovir/ <b>VALGAN</b> ciclovir
a <b>DRENAL</b> ina	a <b>TROP</b> ina
<b>AL</b> fentanilo	fentanilo / <b>SU</b> fentanilo
alo <b>PURIN</b> ol	halo <b>PERID</b> ol
ami <b>NOFIL</b> ina	am <b>LODIP</b> ina / amio <b>DARO</b> na
aza <b>TIOPR</b> ina	aza <b>CITID</b> ina
<b>BETA</b> metasona	<b>DEXA</b> metasona
<b>BU</b> pivacaína	<b>RO</b> pivacaína / <b>LEVO</b> bupivacaína
bu <b>PROPI</b> ona	bu <b>SPIR</b> ona
ca <b>LCITR</b> iol	ca <b>RVED</b> ilol
c <b>ARBO</b> platina	c <b>IS</b> platina
cef <b>AZOL</b> ina	cef <b>OXIT</b> ina / cef <b>TAZIDIM</b> a / cef <b>TRIAOX</b> ona / cef <b>OTAXIM</b> a
<b>CIPRO</b> floxacina	<b>LEVO</b> floxacina
citalopram	<b>ES</b> citalopram
c <b>LARITROMI</b> cina	c <b>I PROFLOXA</b> cina
clo <b>MIPRAM</b> ina	clo <b>ROPROMAZ</b> ina
<b>CLON</b> azepam	clo <b>BAZ</b> am / <b>DI</b> azepam / <b>LOR</b> azepam / <b>OX</b> azepam
clo <b>NID</b> ina	clo <b>ZAP</b> ina
cloro <b>DIAZEPÓXIDO</b>	cloro <b>PROMAZINA</b>
di <b>AZEPAM</b>	di <b>L TIAZEM</b>
<b>DOBUT</b> amina	<b>DOP</b> amina
<b>DOCE</b> taxel	<b>PACLI</b> taxel
<b>DOXO</b> rrubicina	<b>IDA</b> rrubicina
<b>DUL</b> oxetina	<b>FLU</b> oxetina / <b>PAR</b> oxetina
fentanilo	<b>SU</b> fentanilo
idar <b>RUBICINA</b>	idar <b>UCIZUMAB</b>
<b>INFLI</b> ximab	<b>RITU</b> ximab
lam <b>IVUD</b> ina	lam <b>OTRIG</b> ina
lev <b>ETIRACETAM</b>	lev <b>OCARNITINA</b>
levo <b>MEPROMAZ</b> ina	levo <b>TIROX</b> ina
met <b>FORMINA</b>	met <b>RONIDAZOL</b>
mi <b>FEPRI</b> STONA	mi <b>SOPROSTOL</b>
mito <b>MIC</b> ina	mito <b>XANTRO</b> na
morfina	<b>HIDRO</b> morfona
ni <b>MO</b> dipina	ni <b>FE</b> dipina
<b>OLANZ</b> apina	<b>QUET</b> iapina
propr <b>ANOL</b> ol	prop <b>OF</b> ol
rifa <b>MPIC</b> ina	rifa <b>XIM</b> ina
sulfa <b>DI</b> azina	Sulfa <b>SSAL</b> azina
tra <b>MADOL</b>	tra <b>ZODONA</b>


**ANEXO II** - Método de inserção de letras maiúsculas e a negrito - Tall Man Lettering

**1º Passo:** compara-se cada letra em comum da esquerda para a direita até que pelo menos 2 letras sejam diferentes. A partir desse ponto, inclusive, todas as letras seguintes deverão ser colocadas em maiúsculas.

alopurinol	Altera-se para:	aloPURINOL
haloperidol		haloPERIDOL

**2º Passo:** começando na última letra das denominações dos medicamentos, compara-se cada letra maiúscula em comum da direita para a esquerda até que pelo menos duas letras sejam diferentes. As letras em comum retornam a minúsculas.

aloPURINOL	Altera-se para:	aloPURINol
haloPERIDOL		haloPERIDol

**ANEXO III - Lista Medicamentos MAM**

<b>CLASSES DE MEDICAMENTOS</b>	<b>EXEMPLOS</b>
Agonistas adrenérgicos intravenosos	adrenalina, dobutamina, dopamina, isoprenalina, noradrenalina
Antagonistas adrenérgicos intravenosos	esmolol
Anestésicos gerais administrados por via inalatória e intravenosos	cetamina, desflurano, etomidato, isoflurano, propofol, sevoflurano
Antiarrítmicos intravenosos	adenosina, amiodarona, atropina, flecainida, vernacalant
Inotrópicos intravenosos	digoxina, milrinona
Sedativos intravenosos de ação moderada	dexmedetomidina, midazolam
Sedativos de ação moderada, para crianças	hidrato de cloral
Bloqueadores neuromusculares	cloreto de suxametónio, atracúrio, cisatracúrio, pancurónio, rocurónio, vecurónio
Análogos da vasopressina intravenosos	desmopressina, terlipressina

**AGENTES ANTITROMBÓTICOS**

Anticoagulantes	varfarina, heparina não fracionada, heparinas de baixo peso molecular
Inibidores do fator Xa	fondaparinux sódico, apixabano, rivaroxabano
Inibidores diretos da trombina	bivalirudina, dabigatranato etexilato
Trombolíticos	alteplase, reteplase, tenecteplase
Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa	abciximab, eptifibatida, tirofiban

### OUTRAS CLASSES

---

Soluções cardioplégicas

---

Citotóxicos de uso parenteral ou oral

---

Soluções para diálise peritoneal e soluções para hemodiálise

---

Medicamentos para administração por via epidural ou intratecal

---

Insulinas (subcutâneas e intravenosas) e antidiabéticos orais

---

Analgésicos opióides intravenosos, transdérmicos e de uso oral (incluindo pós para concentrados para soluções e formulações de libertação imediata ou prolongada)

---

Soluções para nutrição parentérica

---

Meios de contraste intravenosos (contrastes iodados)

---

### MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS

---

Água estéril para inalação e irrigação, em embalagens de volume igual ou superior a 100 ml

---

Cloreto de sódio hipertónico (superior a 0.9%), solução injetável

---

Glicose hipertónica (20% ou superior), solução injetável

---

Cloreto de potássio concentrado para solução para perfusão

---

Fosfato monopotássico, solução injetável

---

Sulfato de magnésio, solução injetável

---

Anfotericina B (forma lipossómica e convencional)

---

Epoprostenol

---

Oxitocina, solução injetável

---

Prometazina, solução injetável

---

Metotrexato, comprimido

---

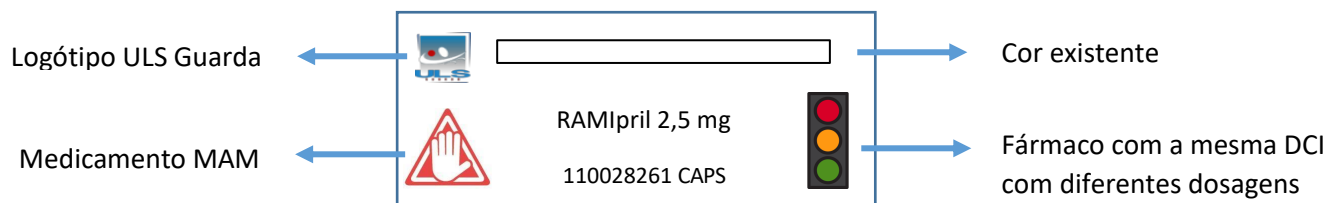
ANEXO IV - Sinalização com utilização de pictogramas dos medicamentos DCI mas com diferentes dosagens e MAM



**Sinalização de medicamentos com a mesma DCI,  
mas com diferentes dosagens.**



**Sinalização de MAM.**

**ANEXO V - Etiquetas dos medicamentos em stock**
**Elaboração da etiqueta:**

**Cores existentes:**

	Comprimidos
	Soluções de Eletrólitos Concentrados
	Enemas
	Ampolas Endovenosas
	Colírios
	Terapêutica inalatória
	Ampolas Intramuscular
	Soluções/ Suspensões orais
	Sistemas Transdérmicos
	Benzodiazepinas
	Psicotrópicos
	Creme/pomada
	Supositório
	Medicação subcutânea

## **Apêndice VI**

### **Guia Orientador - Registos na UCSP de Gouveia**



# Guia Orientador

## Registos na UCSP de Gouveia



## Introdução

Os registos de enfermagem são uma componente essencial do processo de cuidados, desempenhando um papel crucial na justificação dos cuidados prestados e dos ganhos em saúde atingidos. Quando integrados em sistemas de informação, como o SClínico, os registos, tornam-se particularmente relevantes na continuidade e qualidade dos cuidados, além de contribuírem para a gestão de recursos, gestão de processos e tomada de decisão.

Considera-se por estes factos que os registos são parte integrante do processo, constituindo um instrumento de trabalho essencial.

A sociedade de tecnologia de informação torna-se uma realidade marcante com impacto na prestação de cuidados com benefícios, como a obtenção de informação mais organizada, acessível, maior segurança na prescrição de medicação facilitando o processo comunicacional e assegurando a confidencialidade do processo clínico

Com introdução de uma linguagem comum, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), terminologia da prática proposta em 1989 pelo International Council of Nurses (ICN), são desenvolvidos os catálogos CIPE, tornando-se uma referência para a melhoria na segurança da qualidade dos serviços prestados. Esta linguagem classificada e o seu processo de concetualização permitem codificar diagnósticos de enfermagem e intervenções de acordo com o programa de saúde associado.

O contributo que a Enfermagem tem tido na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, é verificado no impacto dos ganhos de saúde das populações.

Torna-se por isso, essencial uniformizar registos clínicos e criar guias orientadores, que sejam documentos de rápido e fácil acesso padronizado para os enfermeiros, garantindo que todos os profissionais sigam as mesmas diretrizes e práticas ao documentar os cuidados prestados.

A UCSP de Gouveia construiu este guia orientador de boa prática dos regidtos, utilizando a parametrização do sistema SClínico®, que correspondem à generalidade das consultas realizadas no âmbito dos Programas Nacionais de Saúde, direcionando-se às áreas de atenção prioritárias na UCSP de Gouveia.

## Consultas de Enfermagem

### I. Hipertensão Arterial

- Associar o utente ao Programa P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão Arterial
- Consulta de enfermagem - **Semestral**
- Avaliar IMC - **Anual**
- Avaliar gestão do regime terapêutico - **Anual**
- Avaliar risco de diabetes tipo 2 (> 18 anos): **3/3 anos**
- Uso de álcool e Tabaco: Avaliar e monitorizar (> 14 anos): **3/3 anos**
- Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional: **Anualmente**

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Hipertensão Arterial (Ativar foco)	*	Monitorizar: Altura Peso corporal IMC Perímetro Abdominal Frequência Cardíaca Tensão Arterial
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	Administrar vacina Avaliar adesão à vacinação Ensinar sobre resposta/reacção à vacina Planear vacinação Vigiar resposta/reacção à vacina
Gestão do Regime Terapêutico	Avaliar gestão do regime terapêutico	Avaliar gestão do regime terapêutico: Avaliar capacidade para gerir regime medicamentoso Avaliar capacidade para gerir regime de exercício Avaliar capacidade para gerir regime dietético Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso Avaliar conhecimento sobre regime de exercício Avaliar conhecimento sobre regime dietético
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	Avaliar risco de diabetes tipo 2
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	Monitorizar uso de álcool Avaliar uso de álcool
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	Monitorizar uso de tabaco Avaliar uso de tabaco
Ingestão Nutricional	Avaliar ingestão nutricional	Avaliar ingestão nutricional Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional O IMC é < 20,5? O doente perdeu peso nos últimos 3 meses? O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana? O doente está gravemente doente?

\*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.



## II. Diabetes

- Associar o utente ao P. N. Diabetes
- Consulta de vigilância da diabetes - **Semestral**
- Hemoglobina glicada - **Semestral**
- Avaliar IMC - **Anual**
- Avaliar gestão do regime terapêutico - **Anual**
- Avaliar Risco de Úlcera Diabética:
  - Elevado: **Trimestral**
  - Moderado: **Semestral**
  - Reduzido: **Anual**

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
<p style="text-align: center;"><b>Diabetes</b></p> <p style="text-align: center;">(Ativar foco)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metabolismo energético</li> </ul>	Avaliar Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altura</li> <li>- Peso corporal</li> <li>- IMC</li> <li>- Perímetro Abdominal</li> <li>- Frequência Cardíaca</li> <li>- Tensão Arterial</li> <li>- Glicémia capilar</li> <li>- Hemoglobina glicada</li> </ul> </li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Hipertensão arterial</b></p> <p style="text-align: center;">(Ativar foco)</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altura</li> <li>- Peso corporal</li> <li>- IMC</li> <li>- Perímetro Abdominal</li> <li>- Frequência Cardíaca</li> <li>- Tensão Arterial</li> </ul> </li> </ul>
<b>Adesão à vacinação</b>	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar vacina</li> <li>• Avaliar adesão à vacinação</li> <li>• Ensinar sobre resposta/reação à vacina</li> <li>• Planear vacinação</li> <li>• Vigiar resposta/reação à vacinação</li> </ul>
<b>Gestão do Regime Terapêutico</b>	Avaliar gestão do regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar gestão do regime terapêutico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade para gerir</li> </ul> </li> </ul>

		<p>regime medicamentoso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade para gerir regime de exercício</li> <li>- Avaliar capacidade para gerir regime dietético</li> <li>• Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso</li> <li>• Avaliar conhecimento sobre regime de exercício</li> <li>• Avaliar conhecimento sobre regime dietético</li> </ul>
Úlcera	Avaliar risco de úlcera diabética	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera diabética</li> <li>• Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento</li> </ul>
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de álcool</li> <li>• Avaliar uso de álcool</li> </ul>
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de tabaco</li> <li>• Avaliar uso de álcool</li> </ul>

\*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

### III. Planeamento Familiar

- Associar o P.N.S.R. e Planeamento Familiar a todas as mulheres em idade fértil (dos 15 aos 49 anos).
- Consulta de enfermagem - **Anual**
- **Medicação prescrita:** Registo do método contraceptivo utilizado
- **Mulheres com idade [25 e os 65]:**
  - Registo de resultado de colpocitologia em lâmina - **3/3 anos**
  - Registo de resultado de colpocitologia em meio líquido - **5/5 anos**
  - Registo de resultado de pesquisa de DNA do HPV por PCR - **5/5 anos**



## SAÚDE

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Hipertensão (Sem/Com)	*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altura</li> <li>- Peso corporal</li> <li>- IMC</li> <li>- Perímetro Abdominal</li> <li>- Frequência Cardíaca</li> <li>- Tensão Arterial</li> </ul> </li> </ul>
Planeamento Familiar	Avaliar planeamento familiar (com ou sem planeamento familiar comprometido)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar planeamento familiar</li> <li>• Ensinar sobre planeamento familiar</li> <li>• Incentivar comportamento de adesão ao RCCU</li> </ul>
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar vacina</li> <li>• Avaliar adesão à vacinação</li> <li>• Ensinar sobre resposta/reacção à vacina</li> <li>• Planear vacinação</li> <li>• Vigiar resposta/reacção à vacina</li> </ul>
Auto-vigilância	Avaliar auto-vigilância	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da mama</li> <li>• Avaliar capacidade para a auto-vigilância da mama</li> </ul>
Comportamento de adesão	Avaliar adesão ao rastreio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar adesão ao rastreio</li> <li>• Incentivar comportamento de adesão</li> </ul>
Uso de contraceptivos	Avaliar uso de contraceptivos (com ou sem uso de contraceptivos comprometido)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar uso de contraceptivos</li> <li>• Providenciar contraceptivos</li> <li>• Dar preservativos (se aplicável)</li> </ul>
Menstruação	Avaliar conhecimento sobre menstruação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre menstruação</li> </ul>
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar risco de diabetes tipo 2</li> </ul>
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de álcool</li> <li>• Avaliar uso de álcool</li> </ul>
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de tabaco</li> <li>• Avaliar uso de tabaco</li> </ul>

\*Intervenções de Enfermagem: seleccionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

#### IV. Rastreio Cancro do Colo do Útero

- Associar o utente ao P.N.D.O. Rastreio do Cancro do Colo do Útero a todas as mulheres dos **25 aos 64 anos de idade**.
- **Mulheres com idade [25 e os 65] anos:**
  - Registo de resultado de colpocitologia em lâmina - **3/3 anos**
  - Registo de resultado de colpocitologia em meio líquido - **5/5 anos**
  - Registo de resultado de pesquisa de DNA do HPV por PCR - **5/5 anos**

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Hipertensão (Com/Sem)	*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altura</li> <li>- Peso corporal</li> <li>- IMC</li> <li>- Perímetro Abdominal</li> <li>- Frequência Cardíaca</li> <li>- Tensão Arterial</li> </ul> </li> </ul>
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar vacina</li> <li>• Avaliar adesão à vacinação</li> <li>• Ensinar sobre resposta/reacção à vacina</li> <li>• Planear vacinação</li> <li>• Vigiar resposta/reacção à vacina</li> </ul>
Auto-vigilância	Avaliar autovigilância da mama	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da mama</li> <li>• Avaliar capacidade para a auto - vigilância da mama</li> </ul>
Comportamento de adesão	Avaliar adesão ao rastreio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar adesão ao rastreio</li> <li>• Incentivar comportamento de adesão</li> </ul>
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar risco de diabetes tipo 2</li> </ul>
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de álcool</li> <li>• Avaliar uso de álcool</li> </ul>
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de tabaco</li> <li>• Avaliar uso de tabaco</li> </ul>

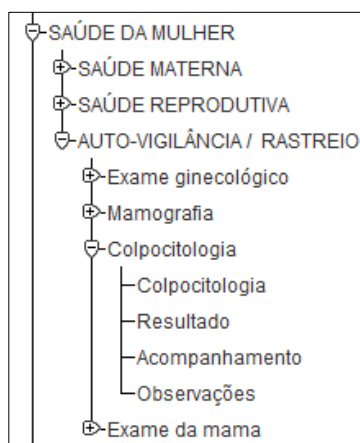
\*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

**NOTA:**

- ✓ PRESCRIÇÕES> ATITUDES TERAPÊUTICAS> COLPOCITOLOGIA
- ✓ Registrar colpocitologia e retirar o consentimento informado no Siima Rastreio.
- ✓ Se a colpocitologia for efetuada em mulheres com idade fora do intervalo elegível para rastreio, a amostra é enviada para o laboratório da ULS Guarda.
- ✓ Registrar colpocitologia na AVALIAÇÃO INICIAL:
  1. Saúde da Mulher
  2. Auto Vigilância/Rastreio
  3. Colpocitologia (colocar ✓ e gravar)

**V. Saúde Materna**

- Associar a utente ao P.N.S.R. Saúde Materna, é obrigatório registar a DUM e consumo de tabaco;
- Realizar pelo menos **5 consultas de enfermagem**, incluindo a revisão do puerpério.
- Grávidas fumadoras - realizar a intervenção de aconselhamento, no 1º trimestre, intervenção breve ou muito breve.



Fonte: Display SClínico®

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Gravidez	Avaliar gravidez	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altura</li> <li>- Peso corporal</li> <li>- IMC (1ª consulta)</li> <li>- Frequência Cardíaca</li> <li>- Tensão Arterial</li> <li>- Perímetro abdominal</li> <li>- Parâmetros Urina</li> <li>- Altura uterina</li> <li>- Monitorizar idade gestacional</li> </ul> </li> </ul>
Adaptações à Gravidez	Avaliar adaptações à gravidez Avaliar conhecimento sobre gravidez	*
Amamentar	Avaliar conhecimento sobre amamentação	Avaliar conhecimento sobre amamentação
Trabalho de parto	Avaliar conhecimento sobre trabalho de parto	Avaliar conhecimento sobre trabalho de parto
Uso de substâncias	Avaliar uso de substâncias Avaliar conhecimento sobre uso de substâncias	*
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar vacina</li> <li>• Avaliar adesão à vacinação</li> <li>• Ensinar sobre resposta/reação à vacina</li> <li>• Planear vacinação</li> <li>• Vigiar resposta/reação à vacina</li> </ul>
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de álcool</li> <li>• Avaliar uso de álcool</li> </ul>
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de tabaco</li> <li>• Avaliar uso de tabaco</li> </ul>

\*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.



### 1ª Consulta - Antes das 12 semanas (1º trimestre)

- Avaliação Inicial: Na saúde da mulher preencher a história obstétrica
- Agendar rastreio bioquímico e 1ª ecografia até às 12 semanas

### Restantes consultas:

- cada 4 a 6 semanas até às 30 semanas
  - cada 2 a 3 semanas entre as 30 e as 36 semanas
  - cada 1 a 2 semanas entre as 36 semanas e o parto
- 
- 6 consultas de Saúde Materna obrigatórias
  - Vacina Tdpa - entre as 20 e as 36 semanas (idealmente às 32 semanas)
  - Imunoglobulina anti-D - 28 semanas (Todas as grávidas com grupo sanguíneo Rh negativo)
  - PTGO - entre as 24 e as 28 semanas

## VI. Puerpério

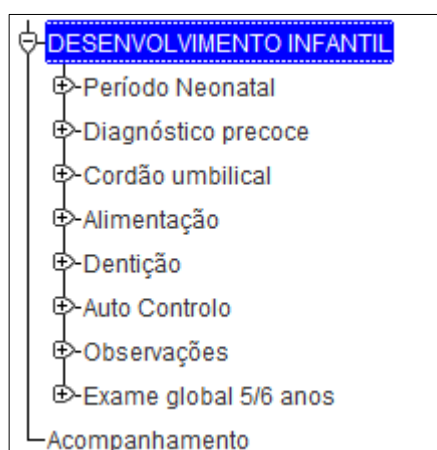
- Dar termo ao P.N.S.R. Saúde Materna
- Associar a utente ao P.N.S.R. Puerpério
- Primeira consulta de enfermagem de revisão do puerpério, entre o fim da gravidez e o 42º dia de puerpério (4-6 semanas após o parto)
- Avaliação Inicial - preencher dados do parto
- Após esta consulta dar termo ao P.N.S.R. Puerpério

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Hipertensão (Com/Sem)	*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altura</li> <li>- Peso corporal</li> <li>- IMC</li> <li>- Perímetro Abdominal</li> <li>- Frequência Cardíaca</li> <li>- Tensão Arterial</li> </ul> </li> </ul>
Hemorragia	Avaliar hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar hemorragia</li> </ul>
Mama (ingurgitamento, mastite)	Avaliar o mamar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o tipo de amamentação/aleitamento</li> </ul>
Mastite de lactação	Avaliar mastite de lactação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar mastite de lactação</li> </ul>
Ingurgitamento mamário	Avaliar ingurgitamento mamário	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar ingurgitamento mamário</li> </ul>
Amamentar	Avaliar o amamentar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o amamentar</li> </ul>
Papel parental	Avaliar o papel parental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o papel parental</li> <li>• Avaliar conhecimento da mãe ou pai para tomar conta</li> </ul>
Aprendizagem de habilidades	Avaliar aprendizagem de habilidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar sobre alimentação</li> <li>• Ensinar sobre saúde oral</li> </ul>
Uso de contraceptivo	Avaliar uso de contraceptivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar uso de contraceptivos</li> <li>• Providenciar contraceptivo</li> </ul>
Ferida cirúrgica	Avaliar ferida cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar ferida cirúrgica</li> <li>• Executar tratamento à ferida cirúrgica</li> <li>• Vigiar penso da ferida cirúrgica</li> <li>• Vigiar líquido de drenagem (se aplicável)</li> </ul>
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar vacina</li> <li>• Avaliar adesão à vacinação</li> <li>• Ensinar sobre resposta/reacção à vacina</li> <li>• Planear vacinação</li> <li>• Vigiar resposta/reacção à vacina</li> </ul>
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de álcool</li> <li>• Avaliar uso de álcool</li> </ul>
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de tabaco</li> <li>• Avaliar uso de tabaco</li> </ul>

\*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

## VII. Saúde Infantil/Juvenil

- Associar o utente ao P.N.S.I.J. Saúde Infantil
- **A partir dos 13 anos dar termino ao programa de saúde infantil e inserir o programa de saúde juvenil**
- Na primeira consulta, até ao 7º dia, registar data do teste do pezinho na avaliação inicial
- Diagnóstico precoce até ao 6º dia de vida (Avaliação inicial ou na Atitude Terapêutica, se for realizado nessa consulta)
- Planear consulta de acordo com a periodicidade do PNSIJ: 7 dias; 28 dias; 2M; 4M; 6M; 9M; 12M; 15M; 18M; 2A; 3A; 4A; 5A; 7A; 8A; 10A; 12A; 15-18A;
- **Até aos 12 meses:**
  - < 28 dias, 1, 2, 4, 6, 9 meses
  - Avaliar o desenvolvimento psicomotor, preenchendo a Escala de Sheridan aos: **4 a 6 semanas, 3, 6, 9, 12, 18 e 24 meses, 3, 4 e 5 anos**
  - PNV cumprido
- **2º ano de vida:** pelo menos 3 consultas médicas e de enfermagem (12, 15, 18 meses), pelo menos um registo de avaliação Sheridan e PNV cumprido
- **Registo de aleitamento:** GooPortal → Estatística → Aleitamento Materno → Novo Registo (Avaliação a realizar nos dias de vacinação + consulta dos 2 anos)
- **5/6 anos:** exame global de saúde - Preencher na avaliação inicial
- **7 anos:** ter consulta com registo de peso, altura e IMC e PNV atualizado
- **10/13 anos:** exame global de saúde e PNV atualizado
- **15 anos:** ter consulta com registo de IMC nos últimos 3 anos e PNV atualizado: avaliar uso de tabaco e álcool. Nas raparigas associar o P.N.S.R.



Fonte: Display SClínico®

- Preencher na avaliação inicial, os campos da saúde infantil aplicáveis a cada consulta:

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
<b>Desenvolvimento Infantil</b>	Avaliar conhecimento da mãe e/ou pai sobre desenvolvimento infantil Avaliar desenvolvimento Infantil e juvenil (nas idades precocizadas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altura</li> <li>- Peso corporal</li> <li>- IMC</li> <li>- Tensão Arterial (<math>\geq 3</math> anos)</li> <li>- Perímetro Cefálico (<math>\leq 3</math> anos)</li> </ul> </li> <li>• Avaliar dentição (se aplicável)</li> <li>• Avaliar audição</li> <li>• Ensinar pai e mãe sobre alimentação</li> </ul>
<b>Papel parental</b>	Avaliar o papel parental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade da mãe e (ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)</li> <li>• Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)</li> <li>• Avaliar papel parental</li> </ul>
<b>Vinculação</b>	Avaliar comportamentos de vinculação Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai para promover a vinculação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar comportamento de vinculação (0-3 meses; 4-6 meses; 17-24 meses; 23-36 meses e 3 anos)</li> <li>• Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai para promover a vinculação</li> <li>• Monitorizar depressão pós-parto</li> </ul>
<b>Cólica</b>	Avaliar cólica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade da mãe e (ou) do pai para prevenir cólica</li> <li>• Avaliar cólica</li> <li>• Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre estratégias de alívio da dor</li> </ul>
<b>Conforto</b>	Avaliar conforto (criança)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conforto (criança)</li> <li>• Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre conforto</li> </ul>
<b>Precaução de segurança</b>	Avaliar precaução de segurança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar precaução de segurança</li> <li>• Executar medidas de segurança</li> <li>• Gerir medidas de segurança</li> </ul>
<b>Adesão à vacinação</b>	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar vacina</li> <li>• Avaliar adesão à vacinação</li> <li>• Ensinar sobre resposta/reacção à vacina</li> <li>• Planear vacinação</li> <li>• Vigiar resposta/reacção à vacina</li> </ul>
<b>Mamar</b>	Avaliar o mamar (se aplicável)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir no amamentar/mamar</li> <li>• Avaliar o mamar</li> <li>• Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre alimentação</li> <li>• Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre o mamar</li> <li>• Estimular o mamar</li> <li>• Instruir a mãe e (ou) pai a alimentar</li> <li>• Treinar a amamentar</li> </ul>



SAÚDE		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar reflexo de sucção</li> </ul>
<b>Eritema de fraldas</b>	Avaliar eritema da fralda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre prevenção de eritema de fraldas</li> <li>• Avaliar eritema de fraldas</li> <li>• Avaliar pele</li> </ul>
<b>Erução</b>	Avaliar eructação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar eructação</li> <li>• Promover eructação</li> </ul>
<b>Sucção</b>	Avaliar sucção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar capacidade da mãe e (ou) do pai para estimular a sucção</li> <li>• Avaliar sucção</li> <li>• Vigiar reflexo de sucção</li> </ul>
<b>Febre</b>	Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre febre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre febre</li> <li>• Ensinar a mãe e(ou) o pai a avaliar a temperatura corporal</li> </ul>
<b>Sono</b>	Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai para promover a sono Avaliar sono	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover o sono</li> <li>• Avaliar sono</li> </ul>
<b>Encoprese</b>	Avaliar encoprese	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar encoprese</li> </ul>
<b>Maturação</b>	Avaliar maturação masculina/feminina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar maturação masculina/feminina (15 anos)</li> <li>• Estimular desenvolvimento infantil</li> </ul>
<b>Uso de Tabaco (≥14 anos)</b>	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar uso de tabaco</li> <li>• Monitorizar uso de tabaco</li> </ul>
<b>Uso de Álcool (≥14 anos)</b>	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar uso de álcool</li> <li>• Monitorizar uso de álcool</li> </ul>

\*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

**NOTA:** - Preencher Cuidados Antecipatórios (C. Antecipatórios)

- Avaliar parâmetros nas idades chave (P. a Avaliar)
- Avaliar Escala Sheridan (até aos 5 anos)

### VIII. Rastreio Cancro do Cólon e Reto

- Associar P.N.D.O. Rastreio do Cancro do Cólon e Reto aos utentes com idades [50 e os 75 [anos
- Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) - 2/2 anos
- **Critérios de exclusão:**
  - Ter pelo menos um resultado de rectosigmoidoscopia, nos últimos 5 anos;
  - Ter pelo menos um resultado de colonoscopia nos últimos 10 anos.

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Hipertensão (Com/Sem)	*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altura</li> <li>- Peso corporal</li> <li>- IMC</li> <li>- Perímetro Abdominal</li> <li>- Frequência Cardíaca</li> <li>- Tensão Arterial</li> </ul> </li> </ul>
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar vacina</li> <li>• Avaliar adesão à vacinação</li> <li>• Ensinar sobre resposta/reação à vacina</li> <li>• Planear vacinação</li> <li>• Vigiar resposta/reação à vacina</li> </ul>
Comportamento de adesão	Avaliar adesão ao rastreio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar adesão ao rastreio</li> <li>• Incentivar comportamento de adesão</li> </ul>
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar risco de diabetes tipo 2</li> </ul>
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de álcool</li> <li>• Avaliar uso de álcool</li> </ul>
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de tabaco</li> <li>• Avaliar uso de tabaco</li> </ul>

\*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

**NOTA:**

**Atitude terapêutica:** - Colheita para PSOF

- **Intervenção de enfermagem:** - Instruir para colheita de fezes

**SIIMA RASTREIO - Entrega de Kit:**

- Selecionar o utente para rastreio
- Marcar rastreio para equipa de enfermagem ou para o médico respetivo
- Agendar para o dia
- Entregar kit

**Receção de Kit:**

- Rececionar Kit
- Imprimir mapa de Kits
- Enviar o kit e o mapa ao laboratório de saúde pública da ULS Guarda



## IX. Idoso

- Associar P.N. Saúde das Pessoas Idosas

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Hipertensão (Com/Sem)	*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altura</li> <li>- Peso corporal</li> <li>- IMC</li> <li>- Perímetro Abdominal</li> <li>- Frequência Cardíaca</li> <li>- Tensão Arterial</li> </ul> </li> </ul>
Envelhecimento feminino Envelhecimento masculino	Avaliar conhecimento sobre envelhecimento feminino/ masculino	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre envelhecimento feminino/ masculino.</li> </ul>
Aceitação do estado de saúde	Avaliar aceitação do estado de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar aceitação do estado de saúde</li> </ul>
Autocuidado	Avaliar o AUTO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o AUTO CUIDADO</li> </ul>
Queda	Avaliar risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar risco de queda</li> </ul>
Úlcera de Pressão	Avaliar risco de úlcera de pressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar risco de úlcera de pressão</li> </ul>
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar vacina</li> <li>• Avaliar adesão à vacinação</li> <li>• Ensinar sobre resposta/reação à vacina</li> <li>• Planear vacinação</li> <li>• Vigiar resposta/reação à vacina</li> </ul>
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar risco de diabetes tipo 2</li> </ul>
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de álcool</li> <li>• Avaliar uso de álcool</li> </ul>
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de tabaco</li> <li>• Avaliar uso de tabaco</li> </ul>

\*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

## X. Vacinação

- Plano Nacional de Vacinação cumprido nas idades recomendadas

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao Diagnóstico
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar vacina</li> <li>• Avaliar adesão à vacinação</li> <li>• Ensinar sobre resposta/reação à vacina</li> <li>• Planear vacinação</li> <li>• Vigiar resposta/reação à vacina</li> </ul>
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar risco de diabetes tipo 2</li> </ul>
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de álcool</li> <li>• Avaliar uso de álcool</li> </ul>
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de tabaco Avaliar uso de tabaco</li> </ul>

\*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.



## XI. Tratamentos

- Associar o utente ao Programa Tratamento de Feridas/Úlceras

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Ferida Ferida Cirúrgica Ferida Traumática Quei- madura Escoriação Incisão Contusão Laceração Úlcera Úlcera Venosa Úlcera Arterial Úlcera de Pressão	Avaliar ferida, ferida cirúrgica ou traumática, queimadura, escoriação, incisão, contusão, laceração, úlcera, úlcera veno- sa, úlcera arterial ou úlcera de pressão	<b>Adaptar a cada tipo de ferida</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar ferida</li> <li>• Executar tratamento à ferida</li> <li>• Vigiar penso da ferida</li> <li>• Vigiar líquido de drenagem (se aplicável)</li> </ul>
<b>Adesão à vacinação</b>	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar vacina</li> <li>• Avaliar adesão à vacinação</li> <li>• Ensinar sobre resposta/reacção à vacina</li> <li>• Planear vacinação</li> <li>• Vigiar resposta/reacção à vacina</li> </ul>
<b>Comportamento de procura de saúde</b>	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar risco de diabetes tipo 2</li> </ul>
<b>Uso de álcool</b>	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de álcool</li> <li>• Avaliar uso de álcool</li> </ul>
<b>Uso de tabaco</b>	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de tabaco</li> <li>• Avaliar uso de tabaco</li> </ul>

\*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.

## XII. Adulto

- Associar o utente ao programa Saúde do Adulto

Foco de atenção Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções face ao foco Diagnóstico
Comportamento de adesão	Avaliar adesão ao rastreio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar adesão ao rastreio</li> <li>• Incentivar comportamento de adesão</li> </ul>
Envelhecimento feminino Envelhecimento masculino	Avaliar conhecimento sobre envelhecimento feminino/masculino	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre envelhecimento feminino/masculino</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</li> </ul>
Aceitação do estado de saúde	Avaliar aceitação do estado de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar aceitação do estado de saúde</li> </ul>
Menopausa	Avaliar conhecimento sobre menopausa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre menopausa</li> <li>• Avaliar potencial para melhorar o conhecimento</li> </ul>
Auto-vigilância	Avaliar auto-vigilância	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da mama</li> <li>• Avaliar capacidade para a auto - vigilância da mama</li> </ul>
Adesão à vacinação	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar vacina</li> <li>• Avaliar adesão à vacinação</li> <li>• Ensinar sobre resposta/reação à vacina</li> <li>• Planear vacinação</li> <li>• Vigiar resposta/reação à vacina</li> </ul>
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar risco de diabetes tipo 2</li> </ul>
Uso de álcool	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de álcool</li> <li>• Avaliar uso de álcool</li> </ul>
Uso de tabaco	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de tabaco</li> <li>• Avaliar uso de tabaco</li> </ul>

\*Intervenções de Enfermagem: selecionadas de acordo com o diagnóstico obtido.



## XIV. Colheita de espécimes

### Atitude terapêutica:

- Colheita de sangue
- Colheita de sangue p/ estudo de coagulação
- Colheita de expetoração
- Colheita de urina: exame sumário
- Colheita de urina 12 horas
- Colheita de fezes parasitológico
- Colheita de fezes: pesquisa sangue oculto
- Colheita de exsudado por zaragatoa

- **Intervenções:**

- **Executar:** Posicionar
- **Cuidar:** Incentivar autocontrolo  
Incentivar envolvimento da pessoa
- **Informar:** Ensinar sobre exame

## Observações

Versão	Elaboração Data	Verificação Data	Descrição	Distribuição
00	UCSP Gouveia	Direção Clínica Enfermeira Diretora	Versão Inicial	UCSP Gouveia

\*Aprovação constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento dele fazendo parte integrante

## **Apêndice VII**

### **Guia Orientador de Boas Práticas: Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto**

# Guia Orientador de Boas Práticas: Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto

## Introdução

A visita domiciliária representa uma prática de excelência na prestação de cuidados de saúde ao indivíduo, família e comunidade. Os cuidados domiciliários geram um ambiente privilegiado para promover a saúde familiar, atendendo à relação de proximidade e confiança proporcionadas pelo contato direto e pela interação no contexto familiar. A visita domiciliária à família no pós-parto constitui uma intervenção indispensável para assegurar uma transição segura e saudável da maternidade para o ambiente familiar, promovendo a adaptação da puérpera, do recém-nascido e da família ao novo contexto (Lima & Araújo, 2021; Leal, 2019; Pádua et al. 2022; Medeiros & Costa 2016).

Este Guia Orientador de Boas Práticas tem como finalidade apoiar os enfermeiros na realização de visitas domiciliárias, fornecendo orientações baseadas em evidências científicas e nos princípios éticos e deontológicos da profissão, bem como oferecendo suporte técnico aos profissionais, uniformizando procedimentos e promovendo a excelência nos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

O guia contempla aspetos essenciais como a avaliação das necessidades físicas, emocionais e sociais da família, a educação para os cuidados ao recém-nascido e o suporte emocional aos pais. Reconhece ainda o papel do enfermeiro na deteção precoce de problemas de saúde e no fortalecimento do vínculo entre os membros da família, promovendo um ambiente seguro e saudável. Com esta abordagem estruturada, pretende-se capacitar os enfermeiros para realizar visitas que atendam, não apenas às necessidades imediatas, mas também contribuam para o fortalecimento da autonomia das famílias, criando uma base sólida para o desenvolvimento sustentável da saúde familiar.

A criação deste Guia Orientador de Boas Práticas, pretende uniformizar práticas, garantir cuidados de qualidade e responder de forma eficaz às necessidades específicas das famílias, fortalecendo o vínculo terapêutico e promovendo resultados positivos em saúde. O Guia Orientador de Boas Práticas: Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto, pretende ser um documento de rápido e fácil acesso padronizado para os enfermeiros, garantindo que todos os profissionais sigam as mesmas diretrizes nos cuidados prestados à família na visita domiciliária pós-parto.

<b>Programa de Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto</b>	
<b>Objetivo</b>	Assegurar as ações de vigilância e promoção da saúde, assim como a prevenção ou gestão da doença da puérpera, do recém-nascido e da família.
<b>População</b>	Puérperas, recém-nascidos e famílias inscritas na USF/UCSP e residentes na sua área de influência, até aos 15 dias após o parto, e em outras situações excecionais de acordo com a avaliação da equipa.
<b>Executador</b>	Enfermeiro de família
<b>Agendamento</b>	Nas consultas de vigilância de Saúde Materna, no terceiro trimestre, o enfermeiro de família deve informar da possibilidade desta visita domiciliária, dando a conhecer os seus objetivos. Quando o enfermeiro de família toma conhecimento do nascimento do recém-nascido, deve articular com a família e agendar a visita de acordo com a disponibilidade da mesma.
<b>Local</b>	Domicílio da família
<b>Duração</b>	Tempo estimado de 60 minutos, com a flexibilidade que o enfermeiro de família considerar adequada de acordo com a sua avaliação

### Recursos Materiais e Equipamentos:

- Mala equipada com o material necessário à visita domiciliária;
- Balança para avaliação do peso do recém-nascido;
- Fita métrica;
- Craveira;
- Ficha de colheita para o Diagnóstico Precoce (Teste do pezinho).

### Procedimentos:

#### ➤ Preparação da Visita

- Agendar a visita domiciliária com a família;
- Informar a família sobre a finalidade da visita domiciliária;
- Recolher informação no processo clínico sobre a família alvo da visita domiciliária;
- Planear a visita domiciliária, definindo os seus objetivos;
- Reunir o material necessário para a visita domiciliária.

➤ **No domicílio**

- Apresentar e identificar o(s) profissional(is);
- Avaliar a puérpera e registar na folha de registo da visita domiciliária;
- Avaliar o recém-nascido e registar na folha de registo da visita domiciliária;
- Avaliar a dinâmica familiar e registar na folha de registo da visita domiciliária;
- Inventariar as necessidades identificadas;
- Capacitar a família através da realização de ensinamentos específicos de acordo com as necessidades identificadas;
- Providenciar apoio psicológico;
- Recapitular com a família os assuntos abordados na visita domiciliária;
- Incentivar o recurso à equipa de enfermagem/saúde familiar, sempre que necessário;
- Agendar consulta de revisão de puerpério, consulta de vigilância de saúde infantil, e ponderar agendamento de próximas visitas domiciliárias.

➤ **No retorno à unidade**

- Transcrever todos os dados colhidos para o programa informático SClínico®, a partir dos registos realizados durante a visita domiciliária.

**Registos no SClínico®**

<b>PUÉRPERA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Dar termo ao P.N.S.R. Saúde Materna, incluindo todos os fenómenos e intervenções associados à gravidez;</li><li>➤ Associar a utente ao P.N.S.R. Puerpério;</li><li>➤ Associar a utente ao Tratamento de feridas (se cesariana, episiorrafia ou laceração do períneo);</li><li>➤ Registar os dados na avaliação inicial: Saúde da Mulher → Saúde Materna<ul style="list-style-type: none"><li>- Dados</li><li>- História obstétrica</li><li>- Parto</li><li>- Diagnóstico precoce - Recém-Nascido</li><li>- Acompanhamento</li></ul></li><li>➤ Registar outros dados relevantes;</li><li>➤ Formular os diagnósticos de acordo com a avaliação das necessidades.</li></ul>

### RECÉM-NASCIDO

- Associar o recém-nascido ao P.N.S.I.J. Saúde Infantil;
- Associar o recém-nascido ao Programa de Saúde da Família;
- Registar os dados na avaliação inicial: Saúde Infantil → Desenvolvimento Infantil
  - Período Neonatal
  - Diagnóstico precoce
  - Cordão umbilical
  - Alimentação
  - Acompanhamento
- Registar outros dados relevantes;
- Formular os diagnósticos de acordo com a avaliação das necessidades.

### FAMÍLIA

- Associar todos os elementos ao Programa de Saúde da Família;
- Confirmar o agregado familiar;
- Registar os dados na avaliação inicial da família:
  - Utilização dos serviços de saúde
  - Caracterização sócio-económica (tipo de Família, ciclo de vida familiar, rendimentos, apoio social)
  - Edifício residencial (tipo, número de divisões, número de quartos, casa de banho, localização da casa de banho, abastecimento de água, saneamento básico, eletricidade, conservação da habitação, higiene da habitação)
  - Aspetos relevantes de saúde (adesão a imunização (T)> 18ª, doenças crónicas/incapacitantes, observações, dependentes: auto cuidado, especificação: auto cuidado, dependentes: cuidado doméstico, especific. cuidado doméstico, adaptação da habitação, observações gerais)
  - Atividades de estilo de vida (uso de tabaco, uso de álcool, uso de drogas, observações gerais)
  - Prestador de Cuidados (papéis, nome/instituição, parentesco, escolaridade, profissão, contacto, observações gerais)
- Preencher as escalas do Processo Familiar (habitação, Graffar, C. Duvall, tipo de família);
- Registar outros dados relevantes;
- Formular os diagnósticos de acordo com a avaliação das necessidades.

## Referências Bibliográficas

Leal, C. (2019). Perceção do enfermeiro de família sobre a visita domiciliária à família no pós-parto. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4851>

Lima, C. & Araújo, T. (2021). A visita domiciliar do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção ao puerpério. *Ciência Plural*, 7(3), 314-331. <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/25143>

Medeiros, L. & Costa, A. (2016). Período puerperal: A importância da visita domiciliar para enfermeiros da atenção primária à saúde. *Revista de Rede de Enfermagem do Nordeste*. (jan-fev).ISSN:1517-3852

Ordem dos Enfermeiros (2007). Recomendações Para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend\\_Manuais\\_BPraticas.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf)

Pádua, A., Melo, E. & Alvarelhão, J. (2022). An Intervention Program Based on Regular Home Visits for Improving Maternal Breastfeeding Self-efficacy: A Pilot Study in Portugal; Aveiro, Portugal.

[https://www.researchgate.net/publication/358227476\\_An\\_Intervention\\_Program\\_Based\\_on\\_Regular\\_Home\\_Visits\\_for\\_Improving\\_Maternal\\_Breastfeeding\\_Self-efficacy\\_A\\_Pilot\\_Study\\_in\\_Portugal](https://www.researchgate.net/publication/358227476_An_Intervention_Program_Based_on_Regular_Home_Visits_for_Improving_Maternal_Breastfeeding_Self-efficacy_A_Pilot_Study_in_Portugal)

## Observações

Versão	Elaboração Data	Verificação Data	Descrição	Distribuição
00			Versão Inicial.	

\*Aprovação constante na deliberação do Conselho de Administração vertido na última página do documento dele fazendo parte integrante.

## Anexos:

- Folha de Registo da Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto

## Folha de Registo da Visita Domiciliária à Família no Pós-Parto

Médico de Família: \_\_\_\_\_

Enfermeiro de Família: \_\_\_\_\_

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

<b>Identificação da Mãe</b>	
Nome _____	D.N. ___/___/___ Idade _____
Profissão _____	Escolaridade _____
Estado Civil _____	Contacto _____
Morada _____	
Antecedentes Pessoais de Saúde _____	
Comportamentos de Risco:    Álcool <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Sedentarismo <input type="checkbox"/>	
Outros _____	

<b>Identificação do Pai</b>	
Nome _____	D.N. ___/___/___ Idade _____
Profissão _____	Escolaridade _____
Estado Civil _____	Contacto _____
Morada _____	
Antecedentes Pessoais de Saúde _____	
Comportamentos de Risco:    Álcool <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Sedentarismo <input type="checkbox"/>	
Outros _____	

<b>Agregado Familiar</b>	
Nº de Elementos _____	Composição: Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmão(s) <input type="checkbox"/> Idade _____
Avós <input type="checkbox"/> Quais? _____	Outros <input type="checkbox"/> Quais? _____
Tipo de Família:    Nuclear <input type="checkbox"/> Alargada <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Reconstruída <input type="checkbox"/>	
Outra <input type="checkbox"/> Qual? _____	

<b>Apoio Familiar</b>	
Companheiro:    Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>	
Apoio nas tarefas domésticas:    Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Quem? _____
Apoio no cuidado a outros filhos:    Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Quem? _____
Observações: _____	

### Condições Socioeconómicas e Habitacionais da Família

Rendimento: Salário  Pensão  Rendimento Mínimo  Outro  Qual? \_\_\_\_\_

Desemprego: Com subsídio  Sem subsídio

Observações \_\_\_\_\_

Habitação: Própria  Alugada  Apartamento  Vivenda/Moradia

Habitação Social  Outra  Qual? \_\_\_\_\_ Nº de Assoalhadas \_\_\_\_\_

Abastecimento de Água: Rede pública  Rede privada: Furo  Poço

Fontanário  Não tem

Aquecimento: Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_

Casa de Banho: Completa  Incompleta  Dentro de Casa  Fora de Casa  Não tem

Conservação da Habitação: Adequada  Não Adequada  Não Observado

Higiene da Habitação: Adequada  Não Adequada  Não Observado

Saneamento Básico: Rede Pública  Rede Privada (fossa)  Não tem

Eletricidade: Sim  Não

Quarto do RN: Próprio: Sim  Não  Onde? \_\_\_\_\_

Berço/Cama de grades  Alcofa  Outro  Qual? \_\_\_\_\_

Dorme acompanhado  Com quem? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

Brinquedos adequados à idade: Sim  Não

Observações: \_\_\_\_\_

### História Obstétrica e Vigilância da Gravidez

Índice obstétrico \_\_\_\_ Vigilância da Gravidez: Centro de Saúde  Particular

Gravidez: Vigiada  Planeada  Aceite  Não Vigiada  Não Planeada

Não Aceite  Normal  Risco  Qual? \_\_\_\_\_

Curso de preparação para o nascimento: Sim  Não

PNV atualizado: Sim  Não  Vacinas em falta \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

### Identificação e Antecedentes do Recém-Nascido

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

Local do Nascimento \_\_\_\_\_ Idade Gestacional \_\_\_\_ Tipo de Parto: \_\_\_\_\_

Peso ao Nascer: \_\_\_\_\_ g Comprimento: \_\_\_\_\_ cm P. Cefálico: \_\_\_\_\_ cm

Índice Apgar: 1` \_\_ 5` \_\_ 10` \_\_ Reanimação: Sim  Não

Rastreio Auditivo: \_\_\_\_\_ VHB \_\_/\_\_/\_\_ Lote \_\_\_\_\_

Teste Diagnóstico Precoce: Data \_\_/\_\_/\_\_ Local \_\_\_\_\_

Problemas de saúde: Sim  Não  Qual? \_\_\_\_\_

Principal(ais) Cuidador(es): Mãe  Pai  Avós  Outro  Qual? \_\_\_\_\_

Vigilância de Saúde: Centro de Saúde  Pediatra

Observações \_\_\_\_\_

**Exame Físico e Comportamental do Recém-Nascido**
**Peso:** \_\_\_\_\_

**Pulsos Femorais (Iguais e cheios):** Sim  Não 
**Pele e Mucosas:** Rosada  Pálida  Hidratada  Desidratada  Pletórica   
Ictérica  Cianosada  Marmoreada  Integra 
**Tónus:** Normal  Hipotónico  Hipertónico 
**Choro:** Vigoroso  Irritado  Débil 
**Fontanelas:** Normotensa  Deprimida  Hipertensa 
**Face:** Proporcional e simétrica  Observações \_\_\_\_\_

**Olhos:** Presença de secreções  Pupila isocóricas; isométricas e fotorreativas 

 Fixa com o olhar objeto brilhante/face humana a 30cm; acompanha lentamente com o olhar 
**Nariz:** Presença de secreções  Linha média 
**Boca:** Integridade mantida 
**Pavilhões auriculares:** Correta implantação  Reação a sons altos e súbito 
**Tórax:** Simétrico  Implantação mamilar 
**Abdómen:** Flacidez, simetria e sem pregas 
**Cordão Umbilical:** Presente  Ausente  Data da queda: \_\_\_\_\_  
Sem Sinais Inflamatórios  Com Sinais Inflamatórios 
**Dorso:** Pregas glúteas simétricas 
**Ânus:** Sem alterações 
**Genitais:** Menina: Edema  Corrimento 

 Menino: Testículos na bolsa escrotal 
**Reflexos Primitivos:** Sucção  Moro  Preensão palmar/plantar  Marcha automática 

Observações \_\_\_\_\_

**Necessidades do Recém-Nascido e Vinculação**
**Alimentação:** Leite Materno  Leite Artificial  Boa pega  Pega incorreta 

Intervalo entre mamadas \_\_\_\_\_ Duração das mamadas \_\_\_\_\_

**Higiene:** Cuidada  Pouco cuidada 
**Padrão de Sono:** Tranquilo  Agitado  Número de horas de sono noturnas \_\_\_\_\_

**Chupeta:** Não  Sim  Posição de deitar (decúbito dorsal) 
**Eliminação:** Sem Alterações  Cólicas  Obstipação  Diarreia 
**Regulação da temperatura:** Roupas adequadas à estação do ano 
**Segurança:** Condições ambientais adequadas ao RN 
**Vinculação com o recém-nascido:** Mãe demonstra  Pai demonstra 

 Outros elementos demonstram  Quais? \_\_\_\_\_

 Os pais interpretam sinais e comportamentos do filho: Sim  Não 

 Os pais ajustam o seu comportamento a sinais e comportamentos do filho: Sim  Não

Os pais beijam, acariciam, pegam ao colo, procuram proximidade com o filho, mantendo-o junto do corpo: Sim  Não

Os pais verbalizam sentimentos positivos em relação ao filho: Sim  Não

Os pais revelam autonomia nos cuidados: Sim  Não

Dificuldades/Preocupações Manifestadas \_\_\_\_\_

#### Realização de Ações Educativas

Amamentação  Banho RN  Conforto/Massagens  Sono e Repouso

Prevenção de Acidentes  Vacinação  Consultas  Parentalidade

Cuidados com a pele  Problemas de saúde frequentes

Sintomas ou sinais que justificam recorrer aos serviços de saúde  Outros

Observações \_\_\_\_\_

#### Avaliação da Puérpera

Pós-Parto: Normal  Com complicações  Quais? \_\_\_\_\_

Sinais Vitais: TA \_\_\_/\_\_\_ FC \_\_\_ FR \_\_\_ T° \_\_\_ Dor \_\_\_ Localização \_\_\_\_\_

Pele e Mucosas: Coradas  Descoradas  Hidratadas  Desidratadas

Ictéricas

Mamas: Moles  Cheias  Ingurgitadas  Mastite

Mamilos: Íntegros  Macerados  Fissurados

Proeminentes  Pouco proeminentes  Rasos  Invertidos

Lóquios: Hemáticos  Serohemáticos  Serosos  Purulentos

Quantidade: Abundante  Moderada  Escassa

Cheiro suis generis  Cheiro fétido

Involução Uterina: Sim  Não

Períneo: Íntegro  Episiorragia  Laceração

Boa evolução cicatricial  Sinais inflamatórios

Sutura Abdominal: Remoção de Pontos/Agrafos \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sinais Inflamatórios

Eliminação Vesical: Sem alterações  Com alterações  Quais? \_\_\_\_\_

Eliminação Intestinal: Sem alterações  Com alterações  Obstipação  Hemorróidas

Membros Inferiores: Sem alterações  Edema  Varizes

Consulta de Revisão Pós-Parto: Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local: Centro de Saúde  Hospital  Privado

Contraceção: Demonstra conhecimentos? Sim  Não

Estado Emocional: Tranquila  Ansiosa  Labilidade Emocional  Deprimida  Cansada

Necessidade de apoio  \_\_\_\_\_

Estado Nutricional: Bem nutrida  Mal nutrida

Aspeto Geral: Cuidado  Descuidado  Cuidados à zona perineal adequados



<b>Encaminhamento / Referenciações</b>			
Consultas:	Enfermagem <input type="checkbox"/>	Médico Família <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
Necessidade de Nova Visita Domiciliária: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Data __/__/____ Hora _____			
Motivo de Encaminhamento/Observações: _____			
_____			
_____			

**Enfermeiro/a:** \_\_\_\_\_

### **Apêndice VIII**

#### **Apresentação da Formação em Serviço: Procedimento Operativo – Colheita de Espécimes para Análise e Identificação dos Tubos de Colheita**

# PROCEDIMENTO OPERATIVO

## Colheita de espécimens para análise

Apresentação por  
Ana Rita Oliveira Galvão  
Andreia Filipa Correia Mendes



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



ULSG.UF.Mod.002.01

## Introdução



- Em qualquer instituição em que se verifique a necessidade de haver mais de que um elemento, a exercer a mesma função, é imprescindível um guia orientador de procedimentos que demonstre uniformização e organização, para que todos saibam como agir.
- A uniformização das técnicas utilizadas em unidades de colheitas deve ser uma prioridade, uma vez que é nesta fase (fase pré-analítica) que são observados mais erros aleatórios que condicionam a amostra e aumentam os custos de todo o processo.

ULSG.UF.Mod.002.01



## Objetivos

- Uniformizar procedimentos de admissão do utente para colheita de espécimens para análise;
- Uniformizar procedimentos de colheita de espécimens para análise;
- Garantir a eficácia organizacional;

ULSG.UF.Mod.002.01



## Responsabilidades

- **Médico** – Prescrição do exame
- **Assistente técnico** – Ato de agendamento e admissão do utente
- **Enfermeiro** – Realização e acondicionamentos das colheitas
- **Motorista** – Realização do transporte até ao laboratório da ULS da Guarda
- **Laboratório** – Realização da análise

ULSG.UF.Mod.002.01



# Procedimentos

## Assistentes Técnicos

- 1º Receção da credencial, preferencialmente 15 dias antes da data da colheita;
- 2º Proceder ao agendamento da colheita: segundas, quartas e sextas-feiras entre as 8h e as 9h;
- 3º Facultar todas as informações necessárias à colheita a realizar (p. ex. tempo de jejum) e fornecer recipiente se houver indicação para colheita de urina (p. ex. sumária, urocultura ou urina 24h);
- 4º Envio da credencial para o secretariado clínico do laboratório da ULS Guarda.

**NOTA:** Em caso de dúvida relacionada com as colheitas deverá ser validada junto da equipa de enfermagem.

ULSG.UF.Mod.002.01



# Procedimentos

## Intervenções de Enfermagem

- 1º Ligar todos os equipamentos: agitador, centrífugador, sistema de rack e leitor de etiquetas;
- 2º Efetuar admissão no sistema de colheitas;
- 3º Identificação inequívoca do utente;
- 4º Impressão de todas as etiquetas correspondentes às prescrições do utente;
- 5º Validação da identificação do utente com as etiquetas impressas;
- 4º Realização de todas as colheitas, identificando todos os tubos com as respetivas etiquetas impressas e centrifugar de acordo com as indicações expressas no **procedimento operativo - Colheita de espécimens para análise**;
- 5º Leitura digital das etiquetas e colocação do tubo na respetiva rack;
- 6º Colocação da rack na mala de transporte com os acumuladores de gelo em condições de serem transportadas até ao laboratório da ULS da Guarda.

ULSG.UF.Mod.002.01

## Procedimentos



- **Nota:** No caso de um pedido urgente de colheita, as etiquetas deverão ser identificadas manualmente:

- Nome do utente
- Número de SNS
- Data de Nascimento



Estes tubos deverão ser colocados na rack após esta ser retirada do sistema.

ULSG.UF.Mod.002.01

## Registos SClinico



1º Identificação inequívoca do utente

The screenshot displays the SClinico software interface for a patient's medical history. The main window shows a calendar view for July 2024, with a table of appointments. A blue arrow points to the 'CONTACTOS' tab, which is the first step in identifying the patient. The table below shows the appointment details:

CM	H	Ag	H	Adm	Estado	Processo	Referente a	Idade	Consulta	Tipo	Sala	Local	Enf.	Cons.	H	Efect	Nº	P	C
		08:00			Agendado				P.N.D.O. Ra	U	006	Unidade C			08:00				
		08:01			Em espera				Acto de Enfé	U	006	Unidade C			08:01				
		08:29			Em espera				Acto de Enfé	U	006	Unidade C			08:29				
		08:49			Em espera				Acto de Enfé	U	006	Unidade C			08:49				
		09:00			Agendado				P.N.D.O. Ra	U	006	Unidade C			09:00				
		09:30			Agendado				P.N.D.O. Ra	U	006	Unidade C			09:30				
		09:45			Agendado				P.N.D.O. Ra	U	006	Unidade C			09:45				

ULSG.UF.Mod.002.01

2º Abrir contacto

3º Tipo de contacto - Ato de enfermagem



ULSG.UF.Mod.002.01

4º Atitudes terapêuticas: Neste contacto (seleccionar a correspondente)



ULSG.UF.Mod.002.01

5º Descrever em “observações” os tubos colhidos e enviados



Prescrições Médicas

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE  
 Nome:  Activa Total

Medicação **Atitudes Terapêuticas**

ATITUDES TERAPÊUTICAS PRESCRITAS

Atitude Terapêutica	Data		Hora		Dias
	Data	Hora	Data	Hora	
COLHEITA DE SANGUE	29-07-2024	09:34			

Observações  
 EDTA e SORO

Horário  
 Neste Contacto  Todos os Contactos  
 Próximo Contacto  Dia/Hora Fixa  
 Por Programa

Nº Contacto

ULSG.UF.Mod.002.01

6º Selecionar as intervenções de enfermagem



Intervenções

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE  
 Nome:  Activa Total

Intervenções Fenómenos Tipo Executar Horário

Intervenções	Fenómenos	Tipo	Início		Termo	
			Data	Hora	Data	Hora
Executar tratamento de feridas traumáticas			30-03-2024	11:17		
Posicionar	Neste Contacto		29-07-2024	09:41		
Incentivar auto controlo	Neste Contacto		29-07-2024	09:42		
Incentivar envolvimento da pessoa	Neste Contacto		29-07-2024	09:42		
Ensinar sobre o exame	Neste Contacto		29-07-2024	09:42		

Especificações  
 Início 29-07-2024 09:41 EDTA e SORO [AT: COLHEITA DE SANGUE]  
 Termo

Horário  
 Neste Contacto  Todos os Contactos  
 Próximo Contacto  Dia/Hora Fixa  
 Por Programa

Nº Contacto

ULSG.UF.Mod.002.01

## 7º Registo no “Mapa de cuidados”: validar atitude terapêutica e intervenções de enfermagem



Mapa de Cuidados

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Dia: 29-07-2024

Resp.: 3296 Local: Unidade de Saúde Estado: Em Realização Data/Hora Inicio: 29-07-2024 08:01h Data/Hora Termo: \_\_\_\_\_

Data	Hora	Medicação	Quant. adm.	Embal.	Lote	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10	Observações
29-07-2024	09:43	Colheita De Sangue														EDTA e SORO
<b>Intervenções</b>																
29-07-2024	09:33	Monitorizar temperatura corporal														
29-07-2024	09:33	Monitorizar saturação de oxigénio														
29-07-2024	09:33	Supervisionar a dieta														
29-07-2024	09:33	Avaliar gestão do regime terapêutico														
29-07-2024	09:33	Executar tratamento da ferida traumática														
29-07-2024	09:33	Visar penso da ferida traumática														
29-07-2024	09:43	Ensinar sobre o exame														
29-07-2024	09:43	Incentivar envolvimento da pessoa														
29-07-2024	09:43	Incentivar auto controlo														
29-07-2024	09:43	Posicionar														

Observações: EDTA e SORO

Especificações: 29-07-2024 09:42  
EDTA e SORO [AT: COLHEITA DE SANGUE]

29-07-2024 09:43

ULSG.UF.Mod.002.01

## Identificação dos tubos de colheita



## Tubo bioquímica (Castanho)



- Ácido fólico
- Ácido úrico
- AFP
- Albumina
- Amilase
- BHCG
- Bilirrubina Dirc
- Bilirrubina Total
- Cálcio
- CEA
- CEA 125
- CEA 15.3
- CEA 19.9
- Ceruloplamina
- Citomegalovirus (CMV) (IgM, IgG)
- CK
- CK-MB
- Cloro
- Colesterol HDL
- Colesterol LDL
- Colesterol total
- Complementos (C3, C4, CH50)
- Coombs indireto
- Cortisol
- Creatinina
- Digoxina
- EBVlgm
- Eletroforese das proteínas
- Estradiol
- Ferritina
- Ferro
- Fosfatase alcalina
- FSH
- Gama GT
- Glicémia
- GoTureia
- GPT
- Hepatite A (HAV)
- Hepatite B (VHB), AgHBs, AgHBc, AgHBe, Ac Anti-HBs, Ac Anti-HBc, Ac Anti-HBe, Ac Anti-HBc IgM
- Hepatite C (HCV, Anti-HCV)
- Hepatite D (VHD)
- Hepatite E (VHE)
- HIV I, HIV II
- Imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG, IgE)
- Ionograma
- Lactados desidrogenase (LDH)
- LH
- Lipase
- Magnésio
- Mioglobina
- PCR
- Potássio
- Progesterona
- Prolactina
- Proteínas totais
- Prova de tolerância à glicose oral (PTGO)\*
- Prova funcional de insulina\*\*
- PSA Rubéola (IgM, IgG)
- PSA total
- Rosa da Widal
- Rosa de bengala
- RPR
- Sódio
- T3
- T3 livre
- T4
- T4 livre
- Testosterona total e livre
- Toxoplasmose (IgM, IgG)
- Transferrina
- Triglicérides
- Troponina
- TSH
- Vitamina B12
- Vitamina D
- Widal /HA/TH

ULSG.UF.Mod.002.01

## Procedimentos



### \* Prova de Tolerância à Glicose Oral - Grávidas

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** em jejum;
- 2º Ingerir solução 75g de glicose/300 ml;
- 3º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 60 min;
- 4º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 120 min;
- 5º Centrifugar as amostras.

**Nota:** Este tipo de análise deve ser realizado entre as 24 e as 26 semanas de gestação.

Em caso de não tolerância do produto ingerido deve repetir análise após uma semana.

### \* Prova de Tolerância à Glicose Oral - Adultos

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** em jejum;
- 2º Ingerir solução 75g de glicose/200 ml;
- 3º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 120 min;
- 4º Centrifugar as amostras.

ULSG.UF.Mod.002.01

### \*\* Prova Funcional de Insulina

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** em jejum;
- 2º Ingerir solução 75g de glicose/200 ml;
- 3º Colher amostra de sangue para **tubo bioquímica** após 120 min;
- 4º Centrifugar as amostras.

## Identificação dos tubos de colheita



### Tubo EDTA (Vermelho)



- Amônia\*\*\*
- Basófilos
- BNP
- Eosinófilos
- GB
- Grupo sanguíneo (+ bioquímica)
- GV
- HBA1C (2 EDTA)
- Hematócrito
- Hemoglobina
- Hemograma
- Linfócitos
- Linfócitos atípicos
- Mioglobina
- Monócitos
- Neutrófilos
- Neutrófilos em bastão
- Plaquetas
- Pro BNP\*\*\*\*
- Provas de compatibilidade (+ bioquímica)
- Reticulócitos (2 EDTA)
- Troponina
- Velocidade de sedimentação
- Volume globular médio

### \*\*\* Colheita de amônia

- 1º Colher **duas** amostras de sangue para **dois tubos EDTA**;
- 2º Centrifugar as **duas** amostras;
- 3º Transferir o plasma das **duas** amostras com uma pipeta para **dois tubos neutro**;
- 4º Enviar para o laboratório as **quatro** amostras identificadas.

### \*\*\*\* Pró BNP

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo EDTA**;
- 2º Centrifugar a amostra;
- 3º Transferir o plasma com uma pipeta para um **tubo neutro**;
- 4º Enviar para o laboratório as duas amostras identificadas.

ULSG.UF.Mod.002.01

## Identificação dos tubos de colheita



### Tubo Citrato de Sódio (Verde)



- Anticoagulante lúpico
- Anti-Trombina III (2 citrato de sódio)
- APTT
- Caolina
- D-Dímeros (PDF)
- Fatores de coagulação (II, V, VIII.....) (2 citrato de sódio)
- Fibrinogénio
- INR
- Protominémia
- Tempo de cefalina (PTT)
- Tempo de Protrombina (TP)
- Tempo de trombina
- Teste Quick
- TP Controlo

ULSG.UF.Mod.002.01

## Identificação dos tubos de colheita



### Tubo Neutro (Branco)



ULSG.UF.Mod.002.01

### Tubo Citrato de Sódio (Roxo)



- Velocidade de sedimentação (VS)

**Nota:** Caso não haja tubo citrato de sódio, pode ser colhido em tubo de EDTA.

## Identificação dos tubos de colheita



### Tubo Homocysteine HCY 9NC (Cor de rosa)



- Homocisteína

ULSG.UF.Mod.002.01

### Tubo ThromboExact (Bordô)



- Tromboexact

## Identificação dos tubos de colheita



### Tudo Fluoride EDTA FE (Amarelo)



- Glucose
- Lactato

ULSG.UF.Mod.002.01

### Tudo de Soro Isento de Metais



- Cobre plasmático
- Chumbo plasmático

## Ordem de colheita



Distribua o sangue sempre em primeiro lugar para o tubo seco e só depois para os outros tubos, para evitar possíveis contaminações com os anticoagulantes.



A ordem recomendada é:

- 1° - Tubo bioquímica
- 2° - Tubo com citrato de sódio
- 3° - Tubo com EDTA

**Nota:** Centrifugar as amostras colhidas nos tubos de **bioquímica**, **citrato de sódio**, **amónia**, **pro BNP**, **homocisteína** e **lactato**.

ULSG.UF.Mod.002.01

## Identificação dos tubos de colheita



### Tudo Urine Z (Amarelo)



- Microalbuminúria \*\*\*\*\*
- Sumária de urina
- Urocultura\*\*\*\*\*

ULSG.UF.Mod.002.01

#### \*\*\*\*\* Microalbuminúria

1° Colher amostra de urina da 2ª urina da manhã;

**Sugestão:** No ato da colheita solicitar ao utente recolha de urina para recipiente próprio.

#### \*\*\*\*\* Urocultura

1° Explicar o procedimento ao utente:

- **Sexo Masculino:** Eliminar o primeiro jato e colher o jato intermédio para o contentor asséptico.
- **Sexo Feminino:** Lavar só com água cuidadosamente os genitais externos de frente para trás.

Eliminar o primeiro jato e colher o jato intermédio para o contentor asséptico.

- Se possível colher a primeira urina da manhã.

2° Fornecer contentor asséptico de urina ao utente;

3° Colher amostra de urina para **dois tubos de urina**;

4° Enviar para o laboratório as **duas** amostras devidamente identificadas.

**Nota:** Caso a utente realize a colheita de urina na UCSP deve ser disponibilizado soro em dose individual e compressas esterilizadas para proceder à higienização dos genitais externos.

## Outros procedimentos



### Plasma - LAB - Plasma EDTA

- 1º Colher amostra de sangue para **Tubo EDTA**;
- 2º Centrifugar a amostra;
- 3º Transferir o plasma com uma pipeta para um **tubo neutro**;
- 4º Enviar para o laboratório as **duas** amostras identificadas.

### Hormona Adrenocorticotrófica (ACTH)

- 1º Colher amostra de sangue para **tubo EDTA**;
- 2º Centrifugar a amostra;
- 3º Transferir o plasma com uma pipeta para um **tubo neutro**;
- 4º Colocar em saco com gelo o **tubo neutro**;
- 5º Enviar para o laboratório as **duas** amostras identificadas.

ULSG.UF.Mod.002.01

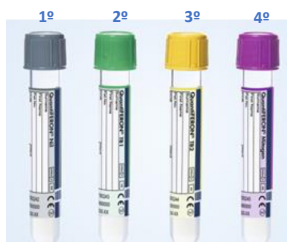
### Metanefrinas

- 1º Colher **quatro** amostras de sangue para **tubo EDTA**;
- 2º Centrifugar as **quatro** amostras;
- 3º Transferir o plasma das **quatro** amostras com uma pipeta para **quatro tubos neutros**;
- 4º Enviar para o laboratório as **oito** amostras identificadas.

## Outros procedimentos



### Teste IGRA QuantiFERON®-TB GOLD Plus

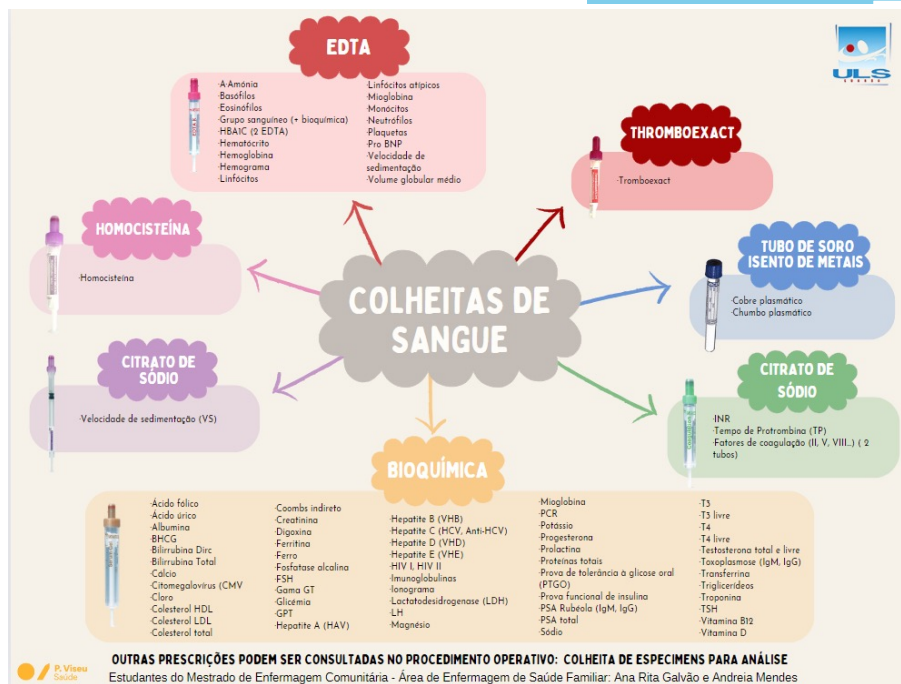


1. Controlo "Nil" (Tampa cinzenta)
2. Antígeno TB1 (Tampa verde)
3. Antígeno TB2 (Tampa amarela)
4. Controlo Mitogénico (Tampa roxa)

ULSG.UF.Mod.002.01

- ✓ 1º Colheita, por punção venosa, de 1 ml de sangue para cada um dos tubos;
- ✓ 2º Como o sistema de vácuo dos tubos extrai o sangue relativamente devagar, manter a agulha no tubo durante mais 2-3 segundos depois de o nível de sangue parecer ao nível da marca do tubo. A marcação preta no tubo indica o volume de enchimento pretendido de 1 ml;
- ✓ 3º Misturar os tubos por inversão 10 vezes para garantir que toda a superfície interna do tubo entra em contacto com o sangue. A formação de espuma ou a hemólise não afetam o teste.

**Não centrifugar nem refrigerar a amostra e enviar para o laboratório no mesmo dia.**



ULSG.UF.Mod.002.01

## Bibliografia

- Manual de Boas Práticas. 2001. Diário da República série II, nº98 de 27 Abril 2001.

ULSG.UF.Mod.002.01

**Apêndice IX****Apresentação da Formação em Serviço: Procedimento Operativo – Medicamentos de Alta Vigilância**

# PROCEDIMENTO OPERATIVO

## Medicamentos de Alta Vigilância

Apresentação por  
Ana Rita Oliveira Galvão  
Andreia Filipa Correia Mendes



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



ULSG.UF.Mod.002.01

## Introdução



- A falta de padronização aumenta o risco de incidentes na utilização dos MAV e as instituições devem adotar práticas seguras, como a validação de procedimentos e a utilização de sistemas de informação compatíveis.
- A má identificação de medicamentos é uma causa comum da ocorrência de erros e a rotulagem adequada constitui uma estratégia importante para minimizar a probabilidade de erro.
- A formação contínua dos profissionais é crucial devido à constante evolução dos medicamentos e à sua gestão de risco. Os incidentes medicamentosos estão relacionados com as várias etapas do processo da gestão da medicação: seleção, aquisição, armazenamento, prescrição, dispensa, preparação e administração, pelo que é fundamental uniformizar procedimentos em todas estas etapas.

ULSG.UF.Mod.002.01



## Objetivos

- Divulgar e implementar a Norma da DGS **008/2023 MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA**;
- Implementar práticas seguras no que respeita aos medicamentos de alta vigilância;
- Elaborar e divulgar, internamente, as listas de medicamentos LASA e MAM efetivamente prescritos/dispensados/administrados na UCSP de Gouveia;
- Garantir que os profissionais conhecem as listas de medicamentos LASA e MAM da instituição, o seu propósito e a sua importância para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação;
- Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos MAV, na farmácia e nos restantes serviços da instituição, garantindo a sua separação física e a sua correta identificação, através da rotulagem.

ULSG.UF.Mod.002.01



## Responsabilidades

- Farmacêuticos/Técnicos de farmácia
- Médicos
- Enfermeiros

ULSG.UF.Mod.002.01



## Procedimentos

### Medicamentos de Alta Vigilância (MAV)

são medicamentos que pelas suas características induzem mais facilmente ao erro, apresentando assim, um risco aumentado de provocar danos significativos aos doentes quando há falhas na sua utilização. Exigem precauções especiais durante a preparação e administração de forma a garantir a segurança do utente.

**MAM**

#### Medicamentos de Alerta Máximo

Medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alto risco.



**LASA**

#### Look-Alike, Sound-Alike

Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante

*Tall Man Lettering*

**DCI**

#### Medicamentos com a mesma Denominação Comum Internacional

Medicamentos com a mesma substância ativa, mas com diferentes dosagens.



ULSG.UF.Mod.002.01



## Procedimentos

### ➤ Seleção, aquisição e armazenamento

1. Selecionar alternativas na aquisição de medicamentos que evitem adicionar medicamentos LASA à lista interna da instituição;
2. Limitar o número de apresentações e de concentrações de MAM disponíveis na instituição;
3. Desenvolver estratégias ao nível do armazenamento dos MAV, na farmácia e nos restantes serviços da instituição, que garantam a sua separação física e a sua correta **identificação e rotulagem**.

ULSG.UF.Mod.002.01

# Procedimentos



## ➤ Prescrição

1. Privilegiar a prescrição eletrônica de medicamentos;
2. Em caso de necessidade de prescrição manual de medicamentos:
  - A identificação do medicamento tem de incluir obrigatoriamente a respetiva DCI da substância ativa, forma farmacêutica, dosagem, apresentação e posologia;
  - A caligrafia deve ser de fácil leitura e interpretação, redigida com letra de imprensa maiúscula;
  - Evitar o uso de abreviaturas.
3. Nas indicações/pedidos orais, em situações de emergência:
  - O prescriptor deve verbalizar de forma clara e soletrada, a DCI da substância ativa, forma farmacêutica, dosagem e posologia;
  - Os dígitos da dosagem do medicamento prescrito devem ser verbalizados individualmente;
  - O profissional que vai administrar a medicação deve imediatamente a seguir, repetir para o prescriptor o que ouviu, utilizando o método da comunicação em alça fechada;
4. Padronizar os regimes de dose particularmente no caso dos MAM.

ULSG.UF.Mod.002.01

# Procedimentos



## ➤ Dispensa

1. Reforçar, para os MAV, a implementação de práticas seguras de verificação e dupla verificação:
  - Dos seguintes critérios mínimos obrigatórios: identificação inequívoca do doente, nome do medicamento, dose do medicamento, via de administração e hora de administração.

ULSG.UF.Mod.002.01

## Procedimentos



### ➤ Preparação e administração

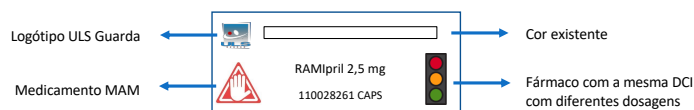
1. Reforçar, para os MAV, a implementação de práticas seguras de verificação e dupla verificação:
  - Dos seguintes critérios mínimos obrigatórios: identificação inequívoca do doente, nome do medicamento, dose do medicamento, via de administração e hora de administração.
2. Padronizar as formas de cálculos para as doses que requerem preparação, em particular, no caso dos MAM;
3. Padronizar os rótulos com a prescrição ou com o registo para a administração;
4. Recusar a administração de medicamentos manualmente prescritos com letra ilegível;
5. Garantir a concordância entre a forma como se expressam as doses prescritas e os registos de administração de medicamentos.

ULSG.UF.Mod.002.01

## Procedimentos



- A etiqueta alerta para a possibilidade de estar perante um medicamento MAM ou LASA, para as diferentes dosagens e vias de administração.

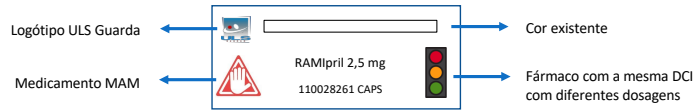


- De modo a minimizar o erro da troca de medicação não deverá haver mais que dois medicamentos, no máximo, por gaveta, e estes devem estar armazenados por forma farmacêutica, e por ordem alfabética de DCI, sem exceção.

ULSG.UF.Mod.002.01



# Procedimentos



- |  |                                      |  |                        |
|--|--------------------------------------|--|------------------------|
|  | Comprimidos                          |  | Sistemas Transdérmicos |
|  | Soluções de Eletrólitos Concentrados |  | Benzodiazepinas        |
|  | Enemas                               |  | Psicotrópicos          |
|  | Ampolas Endovenosas                  |  | Creme/pomada           |
|  | Colírios                             |  | Supositório            |
|  | Terapêutica inalatória               |  | Medicação subcutânea   |
|  | Ampolas Intramuscular                |  | Outros                 |
|  | Soluções/ Suspensões orais           |  |                        |

ULSG.UF.Mod.002.01



## MAM - Medicamentos de Alerta Máximo



CLASSES DE MEDICAMENTOS	EXEMPLOS
Agonistas adrenérgicos intravenosos	adrenalina, dobutamina, dopamina, isoprenalina, noradrenalina
Antagonistas adrenérgicos intravenosos	esmolol
Anestésicos gerais administrados por via inalatória e intravenosos	cetamina, desflurano, etomidato, isoflurano, propofol, sevoflurano
Antiarrítmicos intravenosos	adenosina, amiodarona, atropina, flecainida, vernacalant
Inotrópicos intravenosos	digoxina, milrinona
Sedativos intravenosos de ação moderada	dexmedetomidina, midazolam
Sedativos de ação moderada, para crianças	hidrato de cloral
Bloqueadores neuromusculares	cloreto de suxametónio, atracúrio, cisatrácúrio, pancurónio, rocurónio, vecurónio
Análogos da vasopressina intravenosos	desmopressina, terlipressina

OUTRAS CLASSES
Soluções cardioplégicas
Citotóxicos de uso parenteral ou oral
Soluções para diálise peritoneal e soluções para hemodiálise
Medicamentos para administração por via epidural ou intratecal
Insulinas (subcutâneas e intravenosas) e antidiabéticos orais
Analgésicos opióides intravenosos, transdérmicos e de uso oral (incluindo pós para concentrados para soluções e formulações de libertação imediata ou prolongada)
Soluções para nutrição parentérica
Meios de contraste intravenosos (contrastes iodados)

AGENTES ANTITROMBÓTICOS	
Anticoagulantes	varfarina, heparina não fracionada, heparinas de baixo peso molecular
Inibidores do fator Xa	fondaparinux sódico, apixabano, rivaroxabano
Inibidores diretos da trombina	bivalirudina, dabigatranato etexilato
Trombolíticos	alteplase, reteplase, tenecteplase
Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa	abciximab, eptifibatida, tirofibanato

MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS
Água estéril para inalação e irrigação, em embalagens de volume igual ou superior a 100 ml
Cloreto de sódio hipertónico (superior a 0.9%), solução injetável
Glicose hipertónica (20% ou superior), solução injetável
Cloreto de potássio concentrado para solução para perfusão
Fosfato monopotássico, solução injetável
Sulfato de magnésio, solução injetável
Anfotericina B (forma lipossómica e convencional)
Epoprostenol
Oxitocina, solução injetável
Prometazina, solução injetável
Metotrexato, comprimido

ULSG.UF.Mod.002.01

# LASA - Look-Alike, Sound-Alike



Aciclovir	<b>GAN</b> clivir / <b>VAL</b> aciclovir / <b>VALGAN</b> clivir	<b>DOBUT</b> amina	<b>DOP</b> amina
a <b>DRENAL</b> ina	a <b>TROP</b> ina	<b>DOCE</b> taxel	<b>PACLI</b> taxel
<b>AL</b> fentanilo	fentanilo / <b>SUF</b> fentanilo	<b>DOXO</b> rubicina	<b>IDA</b> rubicina
alo <b>PURIN</b> ol	halo <b>PERID</b> ol	<b>DULO</b> xetina	<b>FLUO</b> xetina / <b>PARO</b> xetina
ami <b>NOFIL</b> ina	ami <b>LODIP</b> ina / amio <b>DARO</b> na	fentanilo	<b>SUF</b> fentanilo
aza <b>TIOPR</b> ina	aza <b>CITID</b> ina	idar <b>RUBICINA</b>	idar <b>UCIZUMAB</b>
<b>BETA</b> metasona	<b>DEXA</b> metasona	<b>INFLI</b> ximab	<b>RITU</b> ximab
<b>BU</b> pivacaína	<b>RO</b> pivacaína / <b>LEVO</b> bupivacaína	lam <b>IVUD</b> ina	lam <b>OTRIG</b> ina
bu <b>PROPI</b> ona	bu <b>SPIR</b> ona	lev <b>ETIRACETAM</b>	lev <b>OCARNITINA</b>
ca <b>LCITR</b> iol	ca <b>RVED</b> ilol	levo <b>MEPROMAZ</b> ina	levo <b>TIROX</b> ina
<b>CARBO</b> platina	<b>CI</b> splatina	met <b>FORMINA</b>	met <b>RONIDAZOL</b>
cef <b>AZOL</b> ina	cef <b>OXIT</b> ina / cef <b>TAZIDIM</b> a / cef <b>TRIAOX</b> ona / cef <b>OTAXIM</b> a	mi <b>FEPRI</b> stona	mi <b>SOPROSTOL</b>
<b>CIPRO</b> floxacina	<b>LEVO</b> floxacina	mito <b>MIC</b> ina	mito <b>XANTRO</b> na
citalopram	<b>ES</b> citalopram	morfina	<b>HIDRO</b> morfona
<b>CLARITROMI</b> cina	<b>CI</b> PROFLOXAcina	ni <b>MODIP</b> ina	ni <b>FEDIP</b> ina
clo <b>MIPRAM</b> ina	clo <b>ROPROMAZ</b> ina	<b>OLANZ</b> apina	<b>QUETI</b> apina
<b>CLON</b> azepam	clo <b>BAZ</b> am / <b>DI</b> azepam / <b>LOR</b> azepam / <b>OX</b> azepam	propr <b>ANOL</b> ol	prop <b>OF</b> ol
clo <b>NID</b> ina	clo <b>ZAP</b> ina	rifa <b>MPIC</b> ina	rifa <b>XIM</b> ina
cloro <b>DI</b> AZEPÓXIDO	cloro <b>PROMAZINA</b>	sulfa <b>DIAZ</b> ina	Sulfa <b>SALAZ</b> ina
di <b>AZEP</b> am	di <b>LIAZ</b> em	tra <b>MADOL</b>	tra <b>ZODONA</b>

ULSG.UF.Mod.002.01

# LASA - Look-Alike, Sound-Alike

## Tall Man Lettering



**1º Passo:** compara-se cada letra em comum da esquerda para a direita até que pelo menos 2 letras sejam diferentes. A partir desse ponto, inclusive, todas as letras seguintes deverão ser colocadas em maiúsculas.

alopurinol	Altera-se para:	aloPURINOL
haloperidol		haloPERIDOL

clonidina	Altera-se para:	cloNIDINA
clozapina		cloZAPINA

**2º Passo:** começando na última letra das denominações dos medicamentos, compara-se cada letra maiúscula em comum da direita para a esquerda até que pelo menos duas letras sejam diferentes. As letras em comum retornam a minúsculas.

aloPURINOL	Altera-se para:	aloPURINol
haloPERIDOL		haloPERIDol

cloNIDINA	Altera-se para:	cloNIDina
cloZAPINA		cloZAPina

ULSG.UF.Mod.002.01



## Bibliografia

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2023). Norma nº 008/2023 de 19/12/2023: Medicamentos de Alta Vigilância. DGS. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>



## **Apêndice X**

### **Apresentação da Formação em Serviço: Guia Orientador – Registos na UCSP de Gouveia**

# Guia Orientador para a Qualidade dos Registos da UCSP de Gouveia

Apresentação por  
Ana Rita Oliveira Galvão  
Andreia Filipa Correia Mendes



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



ULSG.UF.Mod.002.01

## Caso clínico

- Sexo feminino
- Data de nascimento: 25/08/1974 (49 anos)
- Antecedentes pessoais: diabetes tipo 2 e hipertensão arterial
- Era imigrante em França e deseja inscrever-se como utente na UCSP de Gouveia
- No dia 31/07 dirige-se à consulta aberta
  
- Quais são os focos e os diagnósticos a definir e as intervenções de enfermagem a realizar?



ULSG.UF.Mod.002.01



## Programas Ativos

- P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão Arterial
- P. N. Diabetes
- P.N.S.R. e Planeamento Familiar
- P.N.D.O. Rastreio do Cancro do Colo do Útero
- P.N.D.O. Rastreio do Cancro do Cólon e Reto

ULSG.UF.Mod.002.01



## Hipertensão Arterial

- Associar o utente ao Programa P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão Arterial
- Consulta de enfermagem – **Semestral**
- Avaliar IMC - **Anual**
- Avaliar gestão do regime terapêutico – **Anual**
- Avaliar risco de diabetes tipo 2 (> 18 anos): **3/3 anos**
- Uso de álcool e Tabaco: Avaliar e monitorizar (> 14 anos): **3/3 anos**
- Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional: **Anualmente**

ULSG.UF.Mod.002.01



## Diabetes

- Associar o utente ao P. N. Diabetes
- Consulta de vigilância da diabetes – **Semestral**
- Hemoglobina glicada – **Semestral**
- Avaliar IMC - **Anual**
- Avaliar gestão do regime terapêutico – **Anual**
- Avaliar Risco de Úlcera Diabética: - Elevado: **Trimestral**  
- Moderado: **Semestral**  
- Reduzido: **Anual**

ULSG.UF.Mod.002.01



## Planeamento Familiar

- Associar o P.N.S.R. e Planeamento Familiar a todas as mulheres em idade fértil (**dos 15 aos 49 anos**).
- Consulta de enfermagem – **Anual**
- Medicação prescrita: Registo do método contraceptivo utilizado
- Mulheres com idade **[25 e os 65]:**
  - Registo de resultado de colpocitologia em lâmina – **3/3 anos**
  - Registo de resultado de colpocitologia em meio líquido – **5/5 anos**
  - Registo de resultado de pesquisa de DNA do HPV por PCR – **5/5 anos**

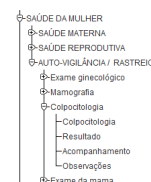
ULSG.UF.Mod.002.01

## Rastreio do Cancro do Colo do Útero



- Associar o utente ao P.N.D.O. Rastreio do Cancro do Colo do Útero a todas as mulheres dos **25 aos 64 anos de idade**.
- **Mulheres com idade [25 e os 65[ anos:**
  - Registo de resultado de colpocitologia em lâmina – **3/3 anos**
  - Registo de resultado de colpocitologia em meio líquido – **5/5 anos**
  - Registo de resultado de pesquisa de DNA do HPV por PCR – **5/5 anos**
- **Registos:** PRESCRIÇÕES > ATITUDES TERAPÊUTICAS > **COLPOCITOLOGIA**
- **Siima Rastreio:** Registrar colpocitologia e retirar o consentimento informado
- Registrar colpocitologia na **AVALIAÇÃO INICIAL:**

1. Saúde da Mulher
2. Auto Vigilância/Rastreio
3. Colpocitologia (colocar  e gravar)



- Se a colpocitologia for efetuada em mulheres com idade fora do intervalo elegível para rastreio, a amostra é enviada para o laboratório da ULS Guarda.

ULSG.UF.Mod.002.01

## Rastreio do Cancro do Cólon e Reto



- Associar P.N.D.O. Rastreio do Cancro do Cólon e Reto aos utentes com idades [50 e os 75[ anos.
- Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) – 2/2 anos
- **Critérios de exclusão:**
  - Ter pelo menos um resultado de rectosigmoidoscopia, nos últimos 5 anos;
  - Ter pelo menos um resultado de colonoscopia nos últimos 10 anos.
- **Registos:** PRESCRIÇÕES > ATITUDES TERAPÊUTICAS > **COLHEITA PARA PSOF**
  - **Intervenção de enfermagem:** - Instruir para colheita de fezes

### • SIIMA RASTREIO:

#### Entrega de Kit:

- Selecionar o utente para rastreio
- Marcar rastreio para equipa de enfermagem ou para o médico respetivo
- Agendar para o dia
- Entregar kit.

#### Receção de Kit:

- Rececionar Kit
- Imprimir mapa de Kits
- Enviar o kit e o mapa ao laboratório de saúde pública da ULS Guarda

ULSG.UF.Mod.002.01



## Focos de Atenção Comuns

Foco de atenção/ Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco/Diagnóstico
<b>Adesão à vacinação</b>	Avaliar adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar vacina</li> <li>• Avaliar adesão à vacinação</li> <li>• Ensinar sobre resposta/reacção à vacina</li> <li>• Planear vacinação</li> <li>• Vigiar resposta/reacção à vacinação</li> </ul>
<b>Uso de álcool</b>	Avaliar uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de álcool</li> <li>• Avaliar uso de álcool</li> </ul>
<b>Uso de tabaco</b>	Avaliar uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar uso de tabaco</li> <li>• Avaliar uso de álcool</li> </ul>

ULSG.UF.Mod.002.01

## Hipertensão Arterial



Foco de atenção/ Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco/Diagnóstico
<b>Hipertensão Arterial</b>	*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altura</li> <li>- Peso corporal</li> <li>- IMC</li> <li>- Perímetro Abdominal</li> <li>- Frequência Cardíaca</li> <li>- Tensão Arterial</li> </ul> </li> </ul>
<b>Ingestão Nutricional</b>	Avaliar ingestão nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar ingestão nutricional</li> <li>• Avaliar risco de compromisso da ingestão nutricional <ul style="list-style-type: none"> <li>- O IMC é &lt; 20,5?</li> <li>- O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?</li> <li>- O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana?</li> <li>- O doente está gravemente doente?</li> </ul> </li> </ul>
<b>Gestão do Regime Terapêutico</b>	Avaliar gestão do regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar gestão do regime terapêutico: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade para gerir regime medicamentoso</li> <li>- Avaliar capacidade para gerir regime de exercício</li> <li>- Avaliar capacidade para gerir regime dietético</li> </ul> </li> <li>• Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso</li> <li>• Avaliar conhecimento sobre regime de exercício</li> <li>• Avaliar conhecimento sobre regime dietético</li> </ul>

ULSG.UF.Mod.002.01

## Diabetes



Foco de atenção/ Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco/Diagnóstico
<b>Diabetes</b>	Avaliar diabetes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altura</li> <li>- Peso corporal</li> <li>- IMC</li> <li>- Perímetro Abdominal</li> <li>- Frequência Cardíaca</li> <li>- Tensão Arterial</li> <li>- Glicémia capilar</li> <li>- Hemoglobina glicada</li> </ul> </li> </ul>
<b>Úlcera</b>	Avaliar risco de úlcera diabética	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera diabética</li> <li>• Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento</li> </ul>
<b>Gestão do Regime Terapêutico</b>	Avaliar gestão do regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar gestão do regime terapêutico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade para gerir regime medicamentoso</li> <li>- Avaliar capacidade para gerir regime de exercício</li> <li>- Avaliar capacidade para gerir regime dietético</li> </ul> </li> <li>• Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso</li> <li>• Avaliar conhecimento sobre regime de exercício</li> <li>• Avaliar conhecimento sobre regime dietético</li> </ul>

ULSG.UF.Mod.002.01

## Planeamento Familiar



Foco de atenção/ Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco/Diagnóstico
<b>Planeamento Familiar</b>	Avaliar planeamento familiar (com ou sem planeamento familiar comprometido)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar planeamento familiar</li> <li>• Ensinar sobre planeamento familiar</li> <li>• Incentivar comportamento de adesão ao RCCU</li> </ul>
<b>Auto-vigilância</b>	Avaliar auto-vigilância	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da mama</li> <li>• Avaliar capacidade para a auto - vigilância da mama</li> </ul>
<b>Comportamento de adesão</b>	Avaliar adesão ao rastreio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar adesão ao rastreio</li> <li>• Incentivar comportamento de adesão</li> </ul>
<b>Uso de contraceptivos</b>	Avaliar uso de contraceptivos (com ou sem uso de contraceptivos comprometido)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar uso de contraceptivos</li> <li>• Providenciar contraceptivos</li> <li>• Dar preservativos (se aplicável)</li> </ul>

ULSG.UF.Mod.002.01



## Planeamento Familiar (cont)

Foco de atenção/ Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco/Diagnóstico
<b>Menstruação</b>	Avaliar conhecimento sobre menstruação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre menstruação</li> </ul>
<b>Comportamento de procura de saúde</b>	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar risco de diabetes tipo 2</li> </ul>

ULSG.UF.Mod.002.01

## Rastreio do Cancro do Colo do Útero



Foco de atenção/ Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco/Diagnóstico
<b>Hipertensão (Com/Sem)</b>	*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altura</li> <li>- Peso corporal</li> <li>- IMC</li> <li>- Perímetro Abdominal</li> <li>- Frequência Cardíaca</li> <li>- Tensão Arterial</li> </ul> </li> </ul>
<b>Auto-vigilância</b>	Avaliar auto-vigilância da mama	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre auto-vigilância da mama</li> <li>• Avaliar capacidade para a auto - vigilância da mama</li> </ul>
<b>Comportamento de adesão</b>	Avaliar adesão ao rastreio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar adesão ao rastreio</li> <li>• Incentivar comportamento de adesão</li> </ul>
<b>Comportamento de procura de saúde</b>	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar risco de diabetes tipo 2</li> </ul>

ULSG.UF.Mod.002.01

## Rastreo do Cancro do Cólon e Reto



Foco de atenção/ Diagnóstico	Intervenção de Diagnóstico	Intervenções sugeridas face ao foco/Diagnóstico
Hipertensão (Com/Sem)	*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altura</li> <li>- Peso corporal</li> <li>- IMC</li> <li>- Perímetro Abdominal</li> <li>- Frequência Cardíaca</li> <li>- Tensão Arterial</li> </ul> </li> </ul>
Comportamento de adesão	Avaliar adesão ao rastreio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar adesão ao rastreio</li> <li>• Incentivar comportamento de adesão</li> </ul>
Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar risco de diabetes tipo 2</li> </ul>



**Apêndice XI**  
**Instrumento de Colheita de Dados**

## A Família na Lupa dos Cuidados de Saúde Primários

No âmbito do Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de USF/UCSP com Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu a realizar na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Gouveia, encontramos a desenvolver uma investigação intitulada “A Família na Lupa dos Cuidados de Saúde Primários”. Vimos convidá-lo a responder a um questionário que servirá de suporte ao projeto de investigação, que tem como objetivo: avaliar as atitudes dos enfermeiros face ao envolvimento da família no processo de cuidados.

Solicitamos que preencha a totalidade do questionário de forma sincera, refletindo na sua prática profissional, não existindo respostas certas ou erradas. O tempo médio de resposta ao questionário é cerca de 10 minutos. Este questionário é de carácter anónimo, individual, confidencial e a sua participação voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

Obrigada pelo tempo despendido.  
Gratas pela sua participação.

### Equipa Investigadora:

Andreia Mendes, 1º CMEC-ESF  
[andreiaticome1@hotmail.com](mailto:andreiaticome1@hotmail.com)  
Professora Doutora Odete Amaral, ESSV  
[mamaral@essv.ipv.pt](mailto:mamaral@essv.ipv.pt)

**Se após a leitura do texto introdutório se considerar devidamente informado(a) e aceitar participar neste estudo, por favor responda a este questionário.**

## QUESTIONÁRIO

### Parte I – Caracterização Sociodemográfica e Profissional

#### 1. Género:

- <sub>1</sub> Masculino  
<sub>2</sub> Feminino  
<sub>3</sub> Prefiro não responder

**2. Idade:** \_\_\_\_\_ anos

#### 3. Grau Académico

- <sub>1</sub> Bacharelato  
<sub>2</sub> Licenciatura  
<sub>3</sub> Mestrado. Área \_\_\_\_\_  
<sub>4</sub> Doutoramento. Área \_\_\_\_\_

**4. Título profissional:**

- <sub>1</sub> Enfermeiro/a
- <sub>2</sub> Enfermeiro/a especialista. Área \_\_\_\_\_
- <sub>3</sub> Enfermeiro/a gestor

**5. Tempo de exercício profissional:** \_\_\_\_\_ anos

5.1. Tempo de exercício profissional em cuidados de saúde primários: \_\_\_\_\_ anos

**6. Serviço onde desempenha funções:**

- <sub>1</sub> USF Modelo A                      <sub>2</sub> USF Modelo B                      <sub>3</sub> UCSP

**7. Desempenha funções de Enfermeiro/a de família?**

- <sub>1</sub> Sim                      <sub>2</sub> Não

**8. Possui formação em Enfermagem de Saúde Familiar?**

- <sub>1</sub> Sim                      <sub>2</sub> Não

8.1. Se **Sim**, assinale o(s) contexto(s) onde desenvolveu o processo formativo.

- <sub>1</sub> Licenciatura em Enfermagem
- <sub>2</sub> Autoformação
- <sub>3</sub> Partilha com colegas mais experientes
- <sub>4</sub> Formação em serviço
- <sub>5</sub> Congressos/Jornadas/Workshops/Cursos
- <sub>6</sub> Pós-graduação
- <sub>7</sub> Mestrado
- <sub>8</sub> Doutoramento
- <sub>9</sub> Outro. Qual? \_\_\_\_\_

(Se respondeu **Não** à questão **nº 7** a sua participação no estudo chegou ao fim. Se respondeu **Sim**, por favor, siga para a parte II do questionário).

**Parte II – Escala IFCE-AE – A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (Oliveira et al, 2011)**

Por favor, leia com atenção cada item da escala seguinte e **assinale o correspondente à sua opinião**, tendo em consideração o seu grau de concordância, em que:

**1. Discordo completamente      2. Discordo      3. Concordo      4. Concordo completamente**

Não há respostas certas ou erradas.

	1	2	3	4
1. É importante saber quem são os membros da família do utente.				
2. A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.				
3. Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5. A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).				
6. No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.				
7. A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.				
8. Não tenho tempo para cuidar das famílias.				
9. Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.				
10. A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.				
11. Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.				
12. Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente				
13. A presença de membros da família é importante para os mesmos.				
14. Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.				
15. Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.				
16. Pergunto às famílias como as posso apoiar.				
17. Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
18. Considero os membros da família como parceiros				
19. Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.				
20. O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.				
21. Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.				
22. É importante dedicar tempo às famílias.				
23. A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.				
24. Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.				
25. Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.				
26. A presença de membros da família deixa-me em stresse.				

**Parte III - Percepção dos Enfermeiros/as sobre a visita domiciliária à família no pós-parto**

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

<sub>1</sub> Sim                      <sub>2</sub> Não

**2. Na Unidade em que exerce funções está contratualizada a visita domiciliária à família no pós-parto?**

<sub>1</sub> Sim                      <sub>2</sub> Não

**3. Numa escala de 1 a 5, qual a importância que atribui à visita domiciliária à família no pós-parto? Coloque um círculo à volta do número que melhor avalia a sua opinião.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante

**4. No serviço onde trabalha, realiza a visita domiciliária à família no pós-parto?**

<sub>1</sub> Sim                      <sub>2</sub> Não

**4.1. Se respondeu **Não**, identifique todos os motivos para não realizar a visita domiciliária à família no pós-parto.**

- <sub>1</sub> Recusa/ indisponibilidade da família
- <sub>2</sub> Falta de recursos humanos
- <sub>3</sub> Falta de tempo do Enfermeiro/a
- <sub>4</sub> Distância entre a Unidade de Saúde e o domicílio da família
- <sub>5</sub> Dificuldade no acesso a transporte do serviço
- <sub>6</sub> Desconhecimento das orientações
- <sub>7</sub> Inexistência de guia orientador/protocolo para a visita domiciliária
- <sub>8</sub> Outro, qual? \_\_\_\_\_

**5. Existe na sua Unidade de Saúde um guia orientador ou protocolo para a realização da visita domiciliária à família no pós-parto?**

<sub>1</sub> Sim                      <sub>2</sub> Não

**6. Considera importante a existência de um guia orientador ou protocolo para a realização da visita domiciliária à família no pós-parto?**

<sub>1</sub> Sim                      <sub>2</sub> Não

Se respondeu **Não** à questão nº 4, a sua participação **acaba aqui**, obrigada pela sua colaboração.

**7. Se respondeu Sim à questão nº4, quantos dias após o parto costuma realizar a visita domiciliária à família?**

- <sub>1</sub> Entre o 3º e o 7º dia
- <sub>2</sub> Entre o 8º e o 14º dia
- <sub>3</sub> Entre o 15º e o 21º dia
- <sub>4</sub> Entre o 22º e o 28º dia

**8. Com a realização da visita domiciliária à família no pós-parto, que objetivo(s) profissional(ais) pretende atingir?**

- <sub>1</sub> Colher dados para avaliar o estado de saúde da família
- <sub>2</sub> Avaliar o estado de saúde da mulher
- <sub>3</sub> Avaliar o estado de saúde do recém-nascido
- <sub>4</sub> Avaliar a interação entre a tríade (mãe/pai/recém-nascido)
- <sub>5</sub> Orientar e apoiar a família na amamentação
- <sub>6</sub> Orientar e apoiar a família nos cuidados básicos ao recém-nascido
- <sub>7</sub> Orientar o planejamento familiar
- <sub>8</sub> Identificar situações de risco ou possíveis intercorrências para a adoção de condutas adequadas
- <sub>9</sub> Promover a resposta da família em situações de transição
- <sub>10</sub> Outro, qual? \_\_\_\_\_

**9. Durante a visita domiciliária que intervenções, relativas à família realiza?**

- <sub>1</sub> Analisar a história familiar
- <sub>2</sub> Integrar informação adicional, incluindo interações familiares observadas tais como comunicação verbal e não-verbal
- <sub>3</sub> Identificar as crenças e cultura familiar e o seu impacto na saúde
- <sub>4</sub> Avaliar a capacidade da família para manter a sua coesão
- <sub>5</sub> Identificar possíveis pontos fortes e fracos na resposta às transições familiares
- <sub>6</sub> Identificar a dinâmica familiar
- <sub>7</sub> Explorar estratégias para melhorar a dinâmica familiar
- <sub>8</sub> Fornecer orientação à família, centrando-se nas suas forças e recursos
- <sub>9</sub> Outra, qual? \_\_\_\_\_

**10. Durante a visita domiciliária que intervenções, relativas ao recém-nascido realiza?**

- <sub>1</sub> Avaliar e registar o peso e medições antropométricas (perímetro cefálico e comprimento)
- <sub>2</sub> Realizar o teste de diagnóstico precoce
- <sub>3</sub> Promover a adesão ao Programa Nacional de Vacinação
- <sub>4</sub> Promover a adesão ao Programa Nacional de Saúde Infantil
- <sub>5</sub> Avaliar a amamentação
- <sub>6</sub> Avaliar a existência de outras complicações (Ex: icterícia, infeção do coto umbilical, ...)
- <sub>7</sub> Encaminhar para outro profissional, se necessário
- <sub>8</sub> Outra, qual? \_\_\_\_\_

**11. Durante a visita domiciliária que intervenções, relativas à puérpera realiza?**

- <sub>1</sub> Avaliar o estado físico da puérpera
- <sub>2</sub> Avaliar o estado psicológico da puérpera
- <sub>3</sub> Avaliar o processo de recuperação, incluindo exame mamário e perineal (se aplicável)
- <sub>4</sub> Avaliar o processo cicatricial do períneo ou ferida cirúrgica abdominal
- <sub>5</sub> Remover material de sutura (se aplicável)
- <sub>6</sub> Promover o cumprimento da consulta de revisão pós-parto
- <sub>7</sub> Aconselhar sobre contraceção e atividade sexual
- <sub>8</sub> Encaminhar para outros profissionais ou instituições de saúde, se necessário
- <sub>9</sub> Outra, qual? \_\_\_\_\_

**12. Durante a visita domiciliária há algum aspeto que considere importante avaliar e que não tenha sido mencionado anteriormente?**

- <sub>1</sub> Sim                      <sub>2</sub> Não

12.1 Se respondeu Sim à pergunta anterior, refira qual/quais?

---



---

**13. Durante a visita domiciliária tem em consideração o papel do pai na dinâmica familiar (se aplicável)?**

- <sub>1</sub> Sim                      <sub>2</sub> Não

**14. Durante a visita domiciliária tem em consideração o papel dos irmãos na dinâmica familiar (se aplicável)?**

- <sub>1</sub> Sim                      <sub>2</sub> Não

**15. Considera o método de registo em utilização na sua Unidade de Saúde facilitador do planeamento da visita domiciliária?**

- <sub>1</sub> Sim                      <sub>2</sub> Não

15.1 Se respondeu Não à pergunta anterior, assinale os motivos?

- <sub>1</sub> Desadequado
- <sub>2</sub> Pouco prático
- <sub>3</sub> Pouco intuitivo
- <sub>4</sub> Não é possível levar para o domicílio
- <sub>5</sub> Apresenta limitações
- <sub>6</sub> Outro, qual? \_\_\_\_\_

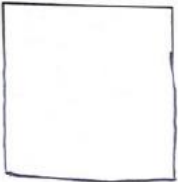

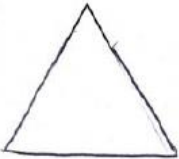



**16. Considera que existem dificuldades para concretizar a visita domiciliar no pós-parto?**<sub>1</sub> Sim<sub>2</sub> Não**16.1. Se respondeu Sim, assinale as opções que considere refletir as suas dificuldades.**<sub>1</sub> Recusa/ indisponibilidade da família<sub>2</sub> Falta de recursos humanos<sub>3</sub> Falta de tempo do Enfermeiro<sub>4</sub> Distância entre a Unidade de Saúde e o domicílio da família<sub>5</sub> Dificuldade no acesso a transporte do serviço<sub>6</sub> Inexistência de guia orientador/protocolo para a visita domiciliar<sub>7</sub> Outro, qual? \_\_\_\_\_**Grata pela colaboração!**

## **ANEXOS**




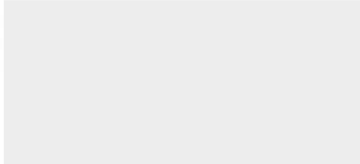
**Anexo I**

**Exame global de saúde a uma criança de cinco anos**

### FIGURA HUMANA





**Ficha de Avaliação do Desenvolvimento Infantil**

Nome da Criança: \_\_\_\_\_ ; Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ ; Médico de Família: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_ ; Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ ; Jardim Infância: \_\_\_\_\_

**Anexo II****Parecer da Comissão de Ética para a Saúde**



## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Exmo. Senhor

Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Hospitalares

Responsável pelo Pelouro da Unidade de Investigação

Unidade Local de Saúde [REDACTED]

Data 13/12/2024

[REDACTED]  
Presidente; Enfermeiro Gestor

[REDACTED]  
Vice-Presidente; Assistente Hospitalar

[REDACTED]  
Vogal; Enfermeira Especialista

[REDACTED]  
Vogal; Enfermeira Especialista; Prof.ª  
Coord. Aposentada

[REDACTED]  
Vogal; Farmacêutica

[REDACTED]  
Vogal; Assistente Hospitalar Graduado

[REDACTED]  
Vogal; Juiz Conselheiro Jubilado

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: "A Família na Lupa dos Cuidados de Saúde Primários", cujo o investigador principal é Ana Rita Oliveira Galvão e Andreia Filipa Correia Mendes.

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) Unidade Local de Saúde [REDACTED] reunida a 13 de dezembro de 2024, apreciou cuidadosamente o projeto de investigação supracitado. O Parecer da CES apenas se reporta aos dados recolhidos após a data de emissão do mesmo.

A CES eticamente nada tem opor, pelo que emite *Parecer Favorável* à realização do estudo. No entanto, a CES recomenda que seja atualizado o cronograma.

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]  
O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

### **Anexo III**

**Autorização dos autores da Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)**



Outlook

---

**Re: Solicitação de autorização para utilização da escala - A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros**

---

De palmiraoliveira@esenf.pt · [REDACTED]

Data qui, 24/10/2024 18:18

Para Ana Rita Galvão · [REDACTED]

Estimadas, Sr.<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Ana Rita Galvão e Sr.<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Andreia Mendes

O grupo de investigação autoriza a utilização da versão portuguesa por nós traduzida e validada, exclusivamente para fins da vossa investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Contudo, aconselhamos que seja simultaneamente pedida autorização aos autores originais do instrumento IFCE - AE, embora devam tomar essa decisão com os vossos orientadores do projeto de investigação!

Votos de muito sucesso!

Com os melhores cumprimentos,

Prof<sup>a</sup> Palmira Oliveira

A 2024-10-10 22:56, Ana Rita Galvão escreveu:

> Exm<sup>a</sup> Professora Doutora Palmira Oliveira

>

> Eu Ana Rita Galvão e Andreia Mendes somos enfermeiras e estudantes  
> do Mestrado em Enfermagem Comunitária - Área de Enfermagem de Saúde  
> Familiar da Escola Superior de Saúde de Viseu e no âmbito do nosso  
> projeto de investigação intitulado "A família na lupa dos cuidados  
> de saúde primários" com orientação da professora Doutora Odete  
> Amaral, gostaríamos de aplicar a escala validada por vossas  
> excelências: Escala IFCE-AE – A Importância das Famílias nos  
> Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros.

>

> Vimos por este meio solicitar a autorização para aplicação da  
> mesma.

>

> Gratas pela atenção que nos possa dispensar.

>

> Cumprimentos,

>

> Ana Rita Galvão

>

> Enviado a partir do Outlook para iOS [1]

>