



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**

Relatório de Estágio

**Intervenção do enfermeiro na prevenção de acidentes
domésticos nas famílias com crianças no segundo ano
de vida**

Nurse intervention in the prevention of domestic accidents in families with
children in the second year of life

Ana Cristina Luzio Ribeiro



**Lisboa
2024**



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Familiar**
Relatório de Estágio

**Intervenção do enfermeiro na prevenção de acidentes
domésticos nas famílias com crianças no segundo ano
de vida**

Nurse intervention in the prevention of domestic accidents in families with
children in the second year of life

Ana Cristina Luzio Ribeiro

Orientadora: Professora Laura Maria Monteiro Viegas

**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Chegada à reta final desta jornada, resta-me agradecer a quem comigo se cruzou neste percurso de aprendizagem e superação.

O meu sincero agradecimento à Ex^a senhora professora Doutroira Laura Viegas, pela orientação tutorial neste percurso, pelas suas palavras de incentivo e motivação, pela sua forma de descomplicar e tranquilizar nos momentos de maior dúvida. Obrigada, professora Laura, pela sua disponibilidade e encorajamento.

Obrigada, às enfermeiras orientadoras dos campos de estágio, uma obrigada especial à senhora enfermeira Alexandra Duarte, pelas suas palavras de incentivo e motivação, pelo sorriso, pela lágrima, pela pessoa que é e pela profissional de excelência, que me marcou como referência nos CSP.

Agradeço à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que de uma forma exigente, contudo profícua, me proporcionou este grande momento de aprendizagem, bem como de crescimento profissional e pessoal.

Agradeço à minha **família**, à qual foi subtraído algum do nosso tempo de qualidade, aos meus pais e à minha irmã, sempre presente nas minhas dúvidas e medos, à minha sobrinha, pela longa espera do fim de semana prometido, que teima em não chegar. Ao meu marido por todo o tempo, disponibilidade e paciência. por todo o apoio e amparo, por ter abdicado da minha companhia, por ter estado ao meu lado, por ter colocado em pausa um pouco da sua, da nossa vida em prol da minha carreira e objetivos pessoais.

Obrigada a ti, Sónia, amiga de longa data, colega de profissão e agora neste percurso formativo. Obrigada, por me teres escutado tantas vezes, por teres sido o meu guia orientador na minha desorientação neste percurso que tanto desejei, ou melhor, desejámos. Obrigada!

Obrigada a todas as minhas colegas, por todo o esforço sem cobrança, por toda a compreensão e amparo em momentos mais penosos.

À Camila, a minha incansável companheira, com o seu olhar e ronronar terapêutico, me deixa uma eterna saudade.

RESUMO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como objetivo documentar a aprendizagem desenvolvida ao longo do percurso formativo, utilizando uma metodologia descritiva, analítica, crítica e reflexiva, bem como descrever de forma sistematizada as atividades conducentes à aquisição das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEECESF).

As atividades desenvolvidas em contexto de estágio decorreram em três momentos distintos, o primeiro momento, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) o segundo e terceiro numa Unidade de Saúde Familiar (USF). A Unidade Curricular (UC) Estágio, decorreu numa UCPS, entre 8 de maio e 2 de junho de 2023 e numa USF, de 5 de junho a 14 de julho de 2023. No terceiro semestre, a UC Estágio com Relatório teve lugar na mesma USF, entre 25 de setembro de 2023 e 9 de fevereiro de 2024.

De forma a dar resposta aos objetivos delineados no guia orientador das Unidades Curriculares referentes aos Estágios, em contexto de estágio na UCSP foi realizado um estudo de caso, baseado num sistema familiar a vivenciar situações complexas. Para tal, mobilizei o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), ancorando o estudo de caso na Teoria das transições de Afaf Meleis.

Com o propósito de obter ganhos em saúde familiar o processo de aprendizagem em âmbito do Estágio na USF, viabilizou o desenvolvimento de um projeto de intervenção, para o qual recorri à metodologia do Processo de Enfermagem de Família. Intitulado “Intervenção do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos nas famílias com crianças no segundo ano de vida”, teve como objetivo geral capacitar as famílias com crianças no segundo ano de vida para a prevenção de acidentes domésticos. Assente no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, permitiu o planeamento e execução das ações como contributo na redução dos potenciais fatores de risco, para a ocorrência dos acidentes domésticos em ambiente familiar.

Palavras-chave: Família, crianças, enfermagem, prevenção de acidentes domésticos.

ABSTRACT

This Internship Report is part of the Master's Degree in Community Nursing in the Area of Family Health Nursing, at the Lisbon School of Nursing. It aims to document the learning developed throughout the training path, using a descriptive, analytical, critical and reflective methodology, as well as to describe in a systematic way the activities leading to the acquisition of the Common and Specific Competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Family Health Nursing (EEECESF).

The activities developed in the context of the internship took place in three distinct moments, the first moment, in a Personalized Health Care Unit (UCSP), the second and third in a Family Health Unit (USF). The Curricular Unit (UC) Internship took place in a UCPS, between May 8th and June 2th, 2023 and in a USF, from June 5th to July 14, 2023. In the third semester, the UC Internship with Report took place at the same USF, between September 25, 2023 and February 9, 2024.

In order to respond to the objectives outlined in the guiding guide of the Curricular Units related to Internships, in the context of an internship at UCSP, a case study was carried out, based on a family system experiencing complex situations. To this end, I mobilized the Calgary Model of Evaluation and Family Intervention (MCAIF), anchoring the case study in Afaf Meleis' Theory of Transitions.

With the purpose of obtaining gains in family health, the learning process within the scope of the Internship at the USF enabled the development of an intervention project, for which I resorted to the methodology of the Nursing Process. Entitled "Nurse intervention in families in the prevention of domestic accidents in families with children in the second year of life", its general objective was to train families with children in the second year of life for the prevention of domestic accidents. Based on Betty Neuman's Systems Model, it allowed the planning and execution of actions as a contribution to the reduction of potential risk factors for the occurrence of domestic accidents in a family environment.

Keywords: Domestic accidents, nursing, family, intervention, prevention

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

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

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEECESF- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

EVITA - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

INE - Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação da Família

ODS – Objetivos Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UC - Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

% - Percentagem

nº - número

pp. – Páginas

sd – sem data

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1.1. Modelos Teóricos	19
1.2. Atividades realizadas para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e grau de mestre	21
2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO – UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR	25
2.1. Atividades realizadas para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e grau de mestre	27
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO ÀS FAMILIAS	32
3.1. Enquadramento conceptual	33
3.2. Modelo teórico de enfermagem	33
3.3. Revisão da literatura – revisão <i>scoping</i>	36
3.4. Objetivos do projeto de intervenção às famílias	37
3.5. Processo de enfermagem às famílias	40
3.5.1. Avaliação inicial – Recolha de dados da família	41
3.5.2. Análise de dados de avaliação da família	42
3.5.3. Planeamento de cuidados à família	48
3.5.4. Implementação de cuidados de saúde à família	49
3.5.5. Avaliação dos resultados de cuidados de enfermagem à família e sua análise	52
3.5.5.1 Avaliação dos Resultados Face aos Indicadores	56
4. DESENVOLVIMENTO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS – ANÁLISE REFLEXIVA.....	57
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

Anexos

Anexos I – Distribuição das inscrições nos CSP- UCSP

Anexo II - Proporção da população residente de nacionalidade estrangeira e Proporção da população residente de nacionalidade estrangeira, por sexo e nacionalidade

Anexo III - Distribuição das inscrições nos CSP- USF

Anexo IV – Certificado de presença no “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar”

Anexo V – Certificado de presença no “I Congresso Internacional em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPVC: Investigação e Diferenciação dos Cuidados”

Anexo VI - Certificado de presença no “XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas”

Anexo VII – Certificado de presença no Webinar - “Intervenção Sistémica à Família”

Anexo VIII – Certificado de participação no “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar”

Anexo IX – Permissão da Direção Executiva do ACeS, para desenvolvimento do Projeto de intervenção, “Intervenção do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos nas famílias com crianças no segundo ano de vida”

Anexo X – Permissão do Coordenador da USF para desenvolvimento do Projeto, “Intervenção do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos nas famílias com crianças no segundo ano de vida”

Anexo XI - Permissão da autora, para utilização do “Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/ familiar em crianças até aos 4 anos” (Ramos, 2014)

Anexo XII - Aprovação do CES do ACeS Estuário do Tejo, para divulgação do folheto, Casa (In) Segura

Anexo XIII – Questionário – II Parte: Instrumento “Casa Segura - Conhecer para melhor proteger” (APSI, sd)

Anexo XIV – Questionário – III Parte: “Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos” (Ramos, 2014)

Anexo XIV - Parecer favorável da CES, para desenvolvimento do projeto; “Intervenção do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos nas famílias com crianças no segundo ano de vida”

Anexo XVI - Futura publicação em *EBook*, da Comunicação oral apresentada, no “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar”

Apêndices

Apêndice I – Estudo de Caso

Apêndice II - Projeto de Intervenção às Famílias - “Intervenção do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos nas famílias com crianças no segundo ano de vida”

Apêndice III – Comunicação oral, apresentação no V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar: “Intervenções do enfermeiro de família para a prevenção dos acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida: revisão *scoping*”

Apêndice IV- Análise *SWOT*

Apêndice V - Modelo de Sistemas de Neuman, adaptado

Apêndice VI – Revisão *Scoping*

Apêndice VII – Cronograma ajustado

Apêndice VIII – Ação de formação à equipa da USF, com o tema, Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no 2º ano de vida – Um projeto de intervenção às famílias

Apêndice IX - Plano da ação de formação, apresentado à equipa da USF

Apêndice X – Análise de avaliação da sessão

Apêndice XI - Folheto - Casa (In)Segura

Apêndice XII - Folheto - Casa (In)Segura (Tradução para a língua Inglesa)

Apêndice XIII – Poster - “Acidentes Domésticos na Infância- Como Prevenir?”

Apêndice XIV – Ação de formação “O Enfermeiro de Família na Prevenção de Acidentes Domésticos nas Famílias com Crianças no 2º Ano de Vida - uma Revisão *Scoping*”

Apêndice XV– Plano da ação de formação “O Enfermeiro de Família na Prevenção de Acidentes Domésticos nas Famílias com Crianças no 2º Ano de Vida - uma Revisão *Scoping*”

Apêndice XVI– Avaliação analítica da ação de formação “O Enfermeiro de Família na Prevenção de Acidentes Domésticos nas Famílias com Crianças no 2º Ano de Vida - uma Revisão *Scoping*”

Apêndice XVII – Categorização das variáveis, ao nível do *Core* e das Linhas, considerando o Modelo de Sistemas de Neuman

Apêndice XVIII – Questionário – Parte I: caracterização Sociodemográfica Parte

Apêndice XIX – Caracterização do tipo de família, considerando a caracterização integrada no sistema informático Sclinico®

Apêndice XX – Caracterização do estadio do desenvolvimento do sistema cliente, segundo Duvall (Sclinico®)

Apêndice XXI - Características socioeconómicas dos sistemas, segundo escala de Graffar adaptada (Sclinico®)

Apêndice XXII - Caracterização das variáveis fisiológica, sociocultural e desenvolvimental do *Core*

Apêndice XXIII - Caracterização da variável fisiológica ao nível das LND, considerando o Instrumento, “Casa Segura- Conhecer para melhor proteger

Apêndice XXIV - Caracterização das variáveis ao nível das linhas que envolvem o *core*, considerando o “Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos” (Ramos, 2014)

Apêndice XXV - Caracterização dos stressores que afetam o *Core*, considerando o Instrumento: Casa Segura - "Conhecer para melhor proteger"

Apêndice XXVI - Caracterização dos stressores que afetam o *Core* "Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos" (Ramos, 2014)

Apêndice XXVII- Caracterização do Score Final - "Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos" (Ramos, 2014)

Apêndice XXVII- Plano de cuidados às famílias

Apêndice XXIX - Consentimento Informado

Apêndice XXX - Sessão de educação para a saúde (famílias), Casa (In) Segura

Apêndice XXXI - "Kit Criança Segura"

Apêndice XXXII - Questionário de avaliação da sessão, formadora e da aquisição de conhecimentos por parte do familiar

Apêndice XXXIII - Indicadores de Avaliação

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Consiste num documento descritivo de todo o período da componente clínica, que decorreu em três momentos e em dois contextos distintos. O primeiro momento numa UCSP e o segundo e terceiro numa USF. A UC Estágio, decorreu numa UCPS, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Lezíria, entre 8 de maio e 02 de junho de 2023 e numa USF do ACeS Estuário do Tejo entre 5 de junho e 14 de julho de 2023, com um total de 244 horas. No terceiro semestre do curso a UC Estágio com Relatório, teve lugar na mesma USF referida anteriormente, com início a 25 de setembro de 2023 e término a 09 de fevereiro de 2024, tendo sido cumpridas 520 horas de estágio.

Sustentado no pensamento teórico de enfermagem e na evidência científica, o presente relatório pretende espelhar o percurso formativo e o processo de desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EECESF) e Competências do grau de Mestre (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021). O relatório que consiste numa descrição crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e adquiridas durante a realização dos estágios, é considerado como o elemento essencial na transição de enfermeiro de cuidados gerais para enfermeiro especialista (OE, 2021).

O exercício da profissão de enfermagem sustenta-se num quadro de referências assente no estatuto da OE, nas competências de enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2011), nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001), nas competências específicas de enfermeiro especialista (OE, 2019) e nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializada (OE, 2015). Neste sentido, o fato do EECESF ser considerado como o profissional de referência das famílias, garantindo um acompanhamento especializado à família enquanto unidade de cuidados ao longo do ciclo vital, desenvolve competências específicas (OE, 2018) que visam proporcionar uma melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (OE, 2015).

De forma a dar resposta aos objetivos delineados no guia orientador da UC Estágio, foi realizado um estudo de caso baseado num sistema familiar a vivenciar situações complexas. Para o seu desenvolvimento e face à situação selecionada, mobilizei o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), desenvolvidos por Wright e Leahey (2012). O MCAF propõe a utilização de três categorias de análise, a estrutural, desenvolvimental e funcional, bem como de várias subcategorias a elas adjacentes. O estudo de caso foi fundamentado na Teoria das transições de Afaf Meleis, que considera a transição como um processo psicológico envolvido na adaptação a um acontecimento ou mudança, e que relativamente à sua natureza, pode ser do tipo de desenvolvimento, situacional, saúde/doença ou organizacional (Meleis, 2010).

Integrado numa componente de investigação e com o propósito de obter ganhos em saúde familiar, o processo de aprendizagem em âmbito da UC Estágio com relatório, viabilizou o desenvolvimento de um projeto de intervenção previamente planeado e delineado desde o início do estágio. A operacionalização do projeto, intitulado “Intervenção do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos nas famílias com crianças no segundo ano de vida”, teve como objetivo geral capacitar famílias com crianças no segundo ano de vida para a prevenção de acidentes domésticos. Pretendeu contribuir, igualmente, para a obtenção de ganhos em saúde nas famílias com crianças pequenas, através de intervenções promotoras de comportamentos seguros e aquisição de competências adequadas à redução/eliminação dos fatores de risco para a ocorrência de acidentes domésticos. Para o desenvolvimento do projeto de intervenção, foi utilizada a metodologia do processo de enfermagem aplicado às famílias, como instrumento essencial aos cuidados de enfermagem (Ferrito et al., 2010), bem como linha orientadora na organização do meu pensamento e tomada de decisão. Esta metodologia permitiu desenvolver um plano de cuidados, direcionado para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (Doenges & Moorhouse, 2013) e melhoria do bem-estar das famílias.

Os traumatismos e lesões não intencionais, ou acidentes, são uma realidade preocupante a nível mundial (World Health Organization [WHO], 2014). São considerados como uma das principais causas de morte de crianças e jovens no mundo. Estima-se que a nível da União Europeia, ocorram anualmente cerca de 5.000 mortes provocadas por acidentes desde o nascimento até aos 19 anos (Associação para a Promoção da

Segurança Infantil [APSI], 2022) e Portugal não é exceção. De acordo com os dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), entre 1990 e 2020, mais de 6500 crianças e jovens morreram na sequência de um traumatismo e lesão não intencional ou acidente, o que corresponde a uma perda de quase 380 mil anos potenciais de vida perdidos (APSI, 2022), verificando-se ao longo do tempo, que a maior taxa de mortalidade se centra no grupo etário entre 0-4 anos (APSI, 2022).

As expectativas da sociedade, os aspetos sociais e culturais e os fatores ambientais, associados às características particulares da criança, do cuidador e da família, podem figurar o aumento ou a redução dos acidentes e respetivas consequências (Martins & Mello-Jorge (2013). Neste sentido, conhecer as questões sociais e o ambiente doméstico, constitui uma importante opção para o desenvolvimento de estratégias na redução de riscos (Paixão et al., 2021), tendo a prevenção como foco.

Fortin (2009) refere que o interesse por uma ideia, temática ou problema pode surgir de uma observação da literatura, de uma inquietação, ou ainda de um conceito. Por conseguinte, o interesse e motivação pelo tema escolhido para o desenvolvimento do referido projeto, emergiu inicialmente de uma inquietude, despoletada em contexto da minha prática enquanto profissional de saúde. Tive a oportunidade de constatar por diversas vezes e em diferentes contextos, comportamentos negligentes não preventivos de acidentes domésticos, por parte dos pais/cuidadores de crianças pequenas. Este fato levou-me a depreender que os mesmos não se encontram despertos para os possíveis perigos e potenciais riscos existentes, circundantes a uma criança. Posteriormente, após fundamentação em evidência científica e análise de indicadores de saúde, relacionados com a temática, a minha inquietação inicial, foi sendo intensificada. Reforçando-se uma evidente necessidade da intervenção do enfermeiro, em famílias com crianças no segundo ano de vida, na transmissão de conhecimentos e cuidados antecipatórios para a sua capacitação na prevenção de acidentes domésticos.

Considerando a “casa” como o local onde mais ocorrem os acidentes domésticos, (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA], 2019), a intervenção em âmbito domiciliário, como instrumento de proximidade entre o enfermeiro e as famílias (Decreto-lei nº 118/2014), revelou-se uma ferramenta na prevenção dos acidentes e promoção de hábitos de vida saudáveis. Neste sentido, a intervenção foi direcionada à realidade do

ambiente em questão, o que permitiu uma avaliação das condições habitacionais suscetíveis de influenciar a manutenção de saúde da família e da criança (OE, 2011).

De modo a dar sentido ao percurso de aprendizagem, o referido projeto assentou no Modelo de Sistemas de Neuman, permitindo o planeamento e execução das ações para a redução da incidência do risco dos acidentes domésticos em ambiente familiar. O modelo, preconiza a existência do *Core* e de linhas de defesa que o envolvem (Linha de Resistência, Linha Normal de Defesa e a Linha Flexível de Defesa), constituídas pelas variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual, idealmente interligadas entre si de forma harmoniosa (Neuman, 2010).

Este relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos distintos. No primeiro capítulo começo por caracterizar o contexto clínico UCSP, seguindo-se de uma abordagem aos modelos teóricos de enfermagem mobilizados para fundamentação do estudo de caso desenvolvido, bem como as atividades desenvolvidas para aquisição das competências de enfermeiro especialista e grau de mestre. De seguida, no segundo capítulo, espelho de forma sucinta a caracterização do contexto clínico USF, tal como as atividades realizadas para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e grau de mestre, evidenciando o seu contributo no desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura especialista em enfermagem de saúde familiar. O terceiro capítulo integra o desenvolvimento do projeto de intervenção às famílias com o enquadramento conceptual, que sustentou a pesquisa da evidência para desenvolvimento do mesmo, o modelo teórico de enfermagem, bem como a revisão da literatura: revisão *scoping*, cujos resultados nortearam a minha intervenção. Seguidamente apresento os objetivos do projeto, bem como a metodologia do processo de enfermagem de família como pilar para o seu desenvolvimento. No quarto capítulo, realizo uma análise reflexiva do perfil de competências expressas pela OE, desenvolvidas e adquiridas ao longo do percurso formativo. Nas considerações finais, o quinto capítulo, realizo uma breve reflexão onde estão espelhados os contributos da realização deste projeto, enquanto aprendiz, assim como as mais valias do mesmo para os ganhos em saúde das famílias. Por fim, seguem-se as referências bibliográficas. Os apêndices e os anexos estão compilados num volume em separado.

O presente relatório de estágio foi redigido de acordo com o Manual para a elaboração de trabalhos académicos e referenciação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2023).

Os ACeS são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, que integram unidades funcionais, compostas por um ou mais centros de saúde, incorporados em Administrações Regionais de Saúde ou em Unidades Locais de Saúde (ULS) (Decreto-Lei n.º 102/2023). Têm como missão “garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Decreto-Lei Nº28/2008, p.1183). Compreendem as Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública, e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, sendo que cada uma destas unidades encontra-se assente numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica (Decreto-Lei Nº28/2008).

A UCSP onde foi desenvolvido o estágio, encontra-se integrada no ACeS Lezíria visando a promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados na doença (SNS, 2023). Tem como missão, prestar cuidados de saúde primários com elevada qualidade e em condições de equidade, à população da área de abrangência do ACeS (SNS, 2017). A UCSP é uma unidade de saúde constituída por 5 médicos, 6 enfermeiros e 6 assistentes técnicos e tem como missão prestar cuidados de saúde humanizados e de proximidade aos utentes, contribuindo para a melhoria da saúde da comunidade (UCSP, 2023).

De acordo com o manual de acolhimento a novos profissionais de saúde (UCSP, 2023), a unidade encontra-se organizada por micro equipas constituídas por médico de família, enfermeiro de família e assistente técnico, que partilham a gestão dos utentes integrados num ficheiro clínico. Todavia, apesar de cada micro equipa ser responsável pela gestão dos cuidados aos utentes do seu ficheiro, todos os profissionais são cooperantes nos cuidados a prestar aos utentes inscritos na unidade, nomeadamente em situações de ausência do profissional de referência ou em contexto de consulta aberta.

O Município onde está inserida a UCSP possui uma área territorial de 244,489 km², é composto por quatro freguesias/ uniões de freguesia, com uma densidade populacional

de 21,607 (PORDATA, 2024). A UCSP responsabiliza-se pela prestação de cuidados de saúde a todos os utentes residentes na área de abrangência do concelho e que se encontrem inscritos na unidade de saúde. Segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI- CSP), verifica-se que em janeiro de 2023, a UCSP presta cuidados a 11.172 utentes inscritos, correspondendo a 14.875,00 unidades ponderadas.

Considerando a pirâmide etária dos utentes inscritos (Anexo I) verifica-se que 5,308 são homens e 5,864 mulheres, das quais 2,358 encontram-se em idade fértil (15-54 anos) (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2023). A maior percentagem de população inscrita situa-se na faixa etária entre os 45-49 anos, com 8,08%, contudo, e de acordo com a distribuição dos grupos etários (Decreto-lei nº 298/2007), a maior percentagem de inscritos situa-se entre os 7- 64 anos com 70,29%, seguindo-se a faixa etária dos utentes com mais de 75 anos com 12,42%, com 11,73% a faixa etária dos utentes inscritos entre os 65-74 anos e por fim com menos de 6 anos com 5,54% da população inscrita. Posto isto, a UCSP apresenta utentes com um índice de dependência total de 59,9%, sendo 21,27% de jovens e 38,63% de idosos.

Relativamente ao espaço físico e funcional da Unidade, esta é constituída por dois pisos. O piso 0 dispõe de uma sala de espera onde os utentes aguardam chamada para diversos locais de atendimento e fica situada junto aos três balcões de atendimento das assistentes técnicas. Neste piso existem duas salas de tratamento, uma sala de vacinação, uma sala para atendimento de consultas de enfermagem, nomeadamente consultas de Diabetes, Hipertensão Arterial uma para observação ginecológica e consultas de Planeamento Familiar/Saúde Materna e vários gabinetes médicos. No primeiro piso encontram-se os gabinetes alocados à equipa da UCC, um gabinete de atendimento de psicologia, de saúde pública e um espaço de refeições partilhado por toda a equipa. Neste piso podemos também encontrar uma sala de reuniões/formação e o gabinete de coordenação de enfermagem da UCSP. Em ambos os pisos encontram-se distribuídas várias casas de banho, para uso dos clientes e dos profissionais. Tendo em conta que esta unidade faz parte do Centro de Saúde, ressalta-se os seguintes serviços partilhados: cardiopneumologia, monitorização ambulatória da pressão Arterial, espirometria e Saúde oral, que se encontram fixados também neste edifício (UCSP, 2023).

1.1. Modelos Teóricos

Com base nos pressupostos científicos e filosóficos de cada teórico(a), os modelos e as teorias de enfermagem são estruturas e conceitos para compreender e dar sentido à prática, assegurando um desempenho profissional e rigoroso (OE, 2023). De acordo com Alligood & Tomey (2002), trata-se de uma ferramenta útil na prática de enfermagem no que respeita ao raciocínio, pensamento crítico e tomada de decisões, estruturante de um conjunto de conceitos para a compreensão e aplicação dos cuidados de enfermagem. Face a esta premissa, torna-se relevante expor as teorias e modelos de enfermagem mobilizados ao longo do percurso do estágio na UCSP como norteadores da prática especializada.

Ao longo do ciclo vital, a vida é assinalada por sucessivas mudanças e passagens únicas (Collière, 2003). De acordo com Meleis (2010), no decurso da vida, são experienciadas fases de mudança marcadas por variações de um estado para outro. Experienciam-se múltiplas transições, circunstanciais ou não, como o casamento, a gravidez, a mudança de emprego, ou uma cirurgia entre outras (Chick & Meleis, 2010). Neste sentido a transição é definida por Chick & Meleis (2010) como um acontecimento ou mudança de uma condição, estado ou lugar para outro, sendo igualmente responsável por uma alteração de papéis, estado de saúde, relacionamentos, padrões de comportamento, de expectativas ou de habilidades, em que o(s) cliente(s) têm de integrar novos conhecimentos (Chick & Meleis, 2010). Cabe ao enfermeiro mobilizar os seus largos conhecimentos para a tomada de decisão (OE, 2018), com o objetivo de informar e orientar o cliente e famílias, promovendo a aquisição de competências adequadas à transição experienciada. Considerado como profissional de referência e principal elo do(s) cliente(s) e família(s) que vivenciam transições, o enfermeiro intercede sobre as exigências e mudanças, que se traduzem no quotidiano das mesmas (Chick & Meleis, 2010). A teoria de médio alcance de Afaf Meleis, designa a transição como o “foco” do seu quadro concetual e pode ser do tipo, saúde/doença, desenvolvimental, situacional e organizacional (Meleis, 2010). De acordo com Meleis (2010), podem ocorrer mais do que uma transição em simultâneo, as quais podem ser múltiplas ou simples, sequenciais ou simultâneas. Deste modo, o enfermeiro reconhece os fatores de *stress* familiares e

individuais que implicam transições situacionais e/ou de saúde/doença (OE, 2010) e foca a sua intervenção no processo de transição, dotando os clientes, famílias e comunidades de instrumentos que permitam ultrapassá-la (Chick & Meleis, 2010), promovendo ao longo do ciclo vital e nas diversas transições, a sua capacitação (OE, 2018).

Face à reflexão anterior apresentada, e tendo em conta a atividade a desenvolver em âmbito do estágio na UCSP, cuja mesma reporta para a elaboração de um estudo de caso (Apêndice I) sobre um sistema familiar a viver situação(ões) complexa(s), a pertinência da mobilização da teoria das transições de Afaf Meleis, revelou-se uma mais-valia. Tendo em conta que a família selecionada para a realização do estudo de caso, encontrava-se a vivenciar situações complexas foram prestados cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, permitindo-me desenvolver um conjunto de competências na orientação de situações complexas em parceria com a família.

Para uma intervenção de enfermagem adequada é fundamental a utilização de um modelo que permita fazer uma boa colheita de dados, favorável ao planeamento das intervenções. Os MCAF e MCIF, foram considerados recentemente pela OE, como o referencial teórico no desenvolvimento das competências do EEECESF (OE, 2023). Neste sentido, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, considera tratar-se do modelo com a melhor visão sistémica da família, permitindo uma avaliação transversal relativamente à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento (OE, 2023). Desenvolvido por Wright e Leahey (2012) surge como resposta à necessidade de estudar famílias e consiste numa organização multiestructural, que recomenda avaliar a família através da utilização de instrumentos de avaliação familiar (OE, 2018), adquirindo deste modo conhecimentos e capacidades para as intervenções necessárias. É constituído por três categorias essenciais - estrutural, desenvolvimental e funcional, dado que cada uma destas integram diversas outras subcategorias, como um diagrama ramificado (Wright e Leahey, 2012).

A família como o foco de cuidados de enfermagem, ao longo do seu ciclo vital está sujeita a mudanças estruturais, de funcionamento e de desenvolvimento, reveladoras de debilidades e/ou capacidades que definem o estado de saúde dos elementos que a constituem e da comunidade onde se encontram inseridos. Neste sentido, torna-se essencial compreender a família como unidade, entender a sua complexidade, universalidade, reciprocidade e multidimensionalidade (Figueiredo, 2012). Por

consequente, considere os MCAF e MCIF o referencial estruturante na apreciação, intervenção e avaliação dos cuidados à família em estudo, permitindo compreender a família na sua multidimensionalidade. Os referidos modelos, revelaram-se um instrumento essencial, na medida em que em conjunto com a família e a partir de uma parceria reflexiva, proporcionou o reconhecimento de algumas suas fragilidades e valorização das suas capacidades, para posterior orientação na resolução dos seus problemas, recorrendo ao uso de estratégias e técnicas motivacionais na interação com as mesmas (OE,2018).

1.2. Atividades realizadas para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e grau de mestre

O estágio desenvolvido em contexto de UCSP, viabilizou a prestação de cuidados de enfermagem às famílias como unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital, nas diversas transições e aos vários níveis de prevenção. Neste contexto foram desenvolvidos um conjunto de competências tendo em conta o Regulamento nº 428/2018 (2018) e Regulamento nº 140/2019 (2019), permitindo-me prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, facilitando a gestão de situações complexas em parceria com a(s) família(s) e a equipa multiprofissional. Em estreita colaboração com a equipa de enfermagem da UCSP e com o objetivo de otimizar a minha aprendizagem, foram prestados cuidados de enfermagem às famílias como um todo, assim como dos seus membros de forma individual, promovendo a sua capacitação nas diferentes transições ao longo do ciclo vital.

Neste contexto, direcionei a minha intervenção na capacitação do sistema familiar em promover estratégias que possibilitassem o seu funcionamento enquanto unidade, focando-me em famílias a vivenciar situações complexas. Como exemplo, uma situação de luto recente, de desemprego e gravidez na adolescência, constituíram situações complexas nas quais tive oportunidade de intervir. Para tal, o estabelecimento de uma relação de confiança com a família, tornou-se fundamental para o controlo destas situações.

Ao longo do estágio abordei sempre a família e os seus membros de forma

individual, demonstrando em todos os momentos disponibilidade e criatividade na resposta às suas necessidades.

Na minha prestação de cuidados solicitei o histórico familiar e hereditário, identificando a estrutura, sintomatologia e fatores de risco ambientais que pudessem afetar o seu estado de saúde, alertando para hábitos de risco adotados por alguns elementos da família, como o regime alimentar incorreto, o abuso do uso do tabaco entre outros. Relativamente ao abuso do uso de tabaco foi possível, em diversas famílias, realizar intervenções breves no âmbito da cessação tabágica, bem como a referenciação interna (via SClínico®) para outros profissionais dessa mesma consulta. Neste sentido, concebeu-se um plano de ação com as famílias, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde da mesma, numa atitude colaborativa.

Para o desenvolvimento do estudo de caso, mobilizei como já referido os MCAF e MCIF, que permitiu uma avaliação multidimensional da família a nível da sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento (OE, 2023). Por conseguinte, a colheita dos dados pertinentes, assentou na aplicação de instrumentos de avaliação familiar, contando com a colaboração dos elementos da família, como uma mais-valia na promoção da proximidade e no estabelecimento de uma relação de confiança entre os intervenientes. A elaboração dos instrumentos de avaliação, revelaram-se ferramentas elementares na identificação dos pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições vivenciadas, conduzindo-me à definição dos objetivos a alcançar. Pese embora, não tenha sido realizada a análise dos resultados obtidos, devido à limitação do fator tempo que decorreu o estágio, foram identificados e elaborados diagnósticos de enfermagem e planeadas intervenções, partilhadas com a família em questão, bem como com a senhora enfermeira orientadora e restante equipa multiprofissional, para garantir a continuidade dos cuidados.

No decurso deste percurso académico, respeitei os valores, recursos, contextos, crenças culturais e espirituais familiares, para compreensão do seu impacto na saúde e em futuras decisões/situações. Com o objetivo de alcançar os resultados desejados pelas famílias foram elaborados planos de cuidados sempre em consonância com as necessidades das mesmas.

Em estreita colaboração com a enfermeira orientadora e com a família alvo de estudo, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, assentaram na promoção da

comunicação e (re)socialização familiar, encorajando os elementos do sistema à expressão de sentimentos, providenciando-se mecanismos facilitadores e agregadores. Considerando a relação distante entre elementos de uma determinada família, com dificuldade na comunicação, recorri ao uso do reenquadramento (Minuchin & Fishman, 1984), como o objetivo de modificar a narrativa, dando-lhe um novo significado, propondo a adoção de estratégias de comunicação efetiva, através de momentos de convívio em família, ou conferência familiar com a equipa multidisciplinar.

Considero ter desenvolvido uma prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica, mobilizando conhecimentos tanto de enfermagem como de outras ciências para a tomada de decisão, nomeadamente na comunicação e mudança, como conceitos que sustentam o MCAIF (Whright & Leahey, 2012), como também na área da psicologia da família e terapia familiar.

Através da promoção de um diálogo facilitador na consecução dos objetivos da família, foram realizadas três entrevistas familiares, recorrendo a conversações terapêuticas impulsionadoras na promoção de um relacionamento positivo, fundamental para o reforço dos esforços positivos dos membros da família e na solução de problemas (Wright & Leahey, 2012). Para condução das entrevistas à família recorri ao uso de perguntas de intervenção, aplicando perguntas lineares, com o propósito de obter informação e perguntas circulares, destinadas a efetuar mudanças após reflexão (Wright & Leahey, 2012). Tendo em conta que compete ao EEESF integrar informação adicional de várias fontes, incluindo interações familiares observadas, tornou-se imperativo a observância da comunicação verbal, baseada em palavras escritas ou faladas para expressar uma mensagem, bem como a não-verbal, através da identificação de comportamentos transmissores de mensagens (Bolander, 1998) (respostas de cabeça baixa, desvio no olhar, inquietação/agitação, entre outras). A presença da comunicação verbal, não verbal e emocional, como presença assídua em todos os gestos e comportamentos, foi uma constante durante todo o processo de cuidados à família. A comunicação é mais do que conteúdo, gestos, sinais e expressões, também aclaram o relacionamento dos indivíduos em interação (Wright & Leahey, 2012).

Ao longo do estágio foram utilizadas diversas estratégias e técnicas motivacionais na interação com a família, nomeadamente o uso de conotações positivas (reestruturação de uma frase de natureza negativa para a positiva), a carta terapêutica e a metáfora. O

uso da carta terapêutica numa família a vivenciar uma situação de luto, como forma de reflexão e expressão dos seus sentimentos (Paiva & Rasera, 2012) relativos à perda do seu familiar de forma inesperada e não aceite. Desta forma, pretendeu-se Intervir, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas, capacitando a família na definição de metas e expectativas promotoras da sua saúde. O uso da metáfora, como ferramenta auxiliar para encontrar novas perspetivas e alternativas, revelou-se eficaz para uma melhor compreensão, em determinadas circunstâncias (Alves, 1999). Numa determinada família, com um adolescente a vivenciar situações de *bullying* e com resposta agressiva para com os seus agressores, foi utilizada a metáfora do paraquedas. Este tipo de metáfora reforça a não existência de decisões erradas, mas sim decisões tomadas, servindo a mesma de aprendizagem para uma próxima ocasião em que o seu paraquedas esteja equipado de forma mais segura e fortalecida.

Importa referir que em todos os momentos de intervenção com as famílias, houve o cuidado de criar um ambiente de privacidade de todos os seus elementos.

No âmbito do domínio da gestão, articulação e mobilização dos recursos necessários à prestação de cuidados à família, promovi uma articulação continua com diversos elementos da equipa multidisciplinar. Desta forma, foi solicitado colaboração interdisciplinar entre as diferentes equipas de saúde, no que se refere aos cuidados de saúde à família, através da referenciação da família a outros profissionais. Foi realizada articulação com a médica de família, enfermeira de família, enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade, responsável pela saúde escolar, tendo em conta a suspeita da existência de *bullying* por parte dos pares em contexto escolar, garantindo uma continuidade dos cuidados de saúde, sempre com o conhecimento e permissão da família.

2. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO – UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

A USF onde foi desenvolvido o segundo e terceiro momento de estágio faz parte integrante do ACeS Estuário do Tejo, e tem como referência o Hospital de Vila Franca de Xira. Com a nova reforma organizativa do SNS, passou a designar-se de ULS Estuário do Tejo, considerado como instituição de saúde à qual compete garantir a prestação de cuidados de saúde primários e hospitalares de forma integrada, como resposta de proximidade e continuidade na assistência e na promoção da saúde (Decreto-Lei n.º 102/2023, 2023). Nesta medida ressalta-se a passagem da USF para modelo B, tendo em conta o processo de generalização das USF desde janeiro de 2024. No enalço da universalização de um modelo que garante uma resposta de proximidade aos clientes, assume o compromisso de contribuir para a concretização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em particular do ODS 3, Saúde de Qualidade (DL n.º 103/2023, 2023). As USF são sustentadas pela contratualização de indicadores, acordados com o ACeS e com a apresentação do respetivo regulamento Interno, planos de ação e carta de compromisso.

A USF onde decorreu o estágio, encontra-se localizada num município que abrange uma área geográfica de 26.781 Km². Foi inaugurada em dezembro de 2008, e tem por missão *“Promover a prestação de cuidados com rigor e excelência técnica, científica e organizativa, com ética profissional, respeitando a Constituição da República e compromisso do SNS”* (SNS, 2024), visa ser reconhecida como unidade de saúde de referência à população que serve, respeitando os valores de *excelência, equidade, lealdade, responsabilidade, trabalho e espírito de equipa*, (SNS, 2024). A USF está organizada pelo método de trabalho por micro equipas multiprofissionais, cada uma constituída por médico de família, enfermeiro de família e assistente técnica, trabalhando de forma articulada, com o objetivo de melhorar a continuidade dos cuidados prestados aos clientes. Os elementos que constituem cada micro equipa, partilham a gestão de uma mesma lista de utentes, implementando estratégias de atuação adequadas aos objetivos que se propõem alcançar. Encontra-se a funcionar em instalações contruídas de raiz para o efeito, onde funciona também uma UCSP. Tendo por pressuposto servir toda a

população residente na freguesia, compromete-se a oferecer tratamento igual no que respeita à acessibilidade aos cuidados de saúde. Deste modo foi considerado de forma unânime, a criação de duas unidades de saúde distintas, nomeadamente a USF e UCSP.

Em conformidade com a realidade nacional verifica-se um crescimento da população migrante nesta localidade. A vila onde se encontra situada a unidade de saúde, abrange uma população muito heterógena, sendo que 7,28% da população residente são de nacionalidade estrangeira, traduzindo a existência de uma grande diversidade multicultural com hábitos e comportamentos de saúde caraterísticos, estratificação sociocultural e económica diversa. A realidade multicultural existente nesta localidade, torna-se assim alvo de atenção por parte dos profissionais, verificando-se um maior número de residentes originários dos países da América, seguindo-se África, União Europeia, Ásia e outros países (Anexo II). Tendo por base os Censos de 2021, a percentagem da população estrangeira com estatuto legal de residente em 2011 era de 5,6%, verificando-se um aumento relativo a 2021 com 7,3% (Pordata, 2021).

Considerando o BI-CSP, e mediante análise do quadro demográfico da população inscrita na USF (Anexo III), verifica-se que a mesma dá resposta a 5,394 inscritos, o que corresponde a cerca de 7,113 unidades ponderadas. Da totalidade dos inscritos, 2,562 são homens e 2,832 mulheres, das quais 1,144 encontram-se em idade fértil (15-54 anos) (SNS, 2023). Atendendo à leitura da pirâmide etária, verifica-se a existência de uma população cuja maior percentagem prevalece na faixa etária entre os 45-54 anos com 15,90%, seguindo-se 12,79% na faixa etária entre os 15-24 anos. A população com idade superior a 75 anos corresponde a 11,03% da população inscrita, contrastando com apenas 4,67% dos inscritos com menos de 6 anos, o que nos remete para uma USF com um índice de dependência total de 55,94%, sendo 37,47% idosos.

Relativamente às instalações da unidade de saúde, esta é constituída por 4 pisos, onde se encontram distribuídas várias salas de atendimento ao cliente/famílias, nomeadamente, salas de tratamento, salas para atendimento às consultas de enfermagem de saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar e vacinação, diversos gabinetes médicos, um gabinete de atendimento do serviço social e um gabinete de psicologia, três salas de espera, situadas nos pisos 1 e 2 da unidade, uma sala de movimento e um gabinete de estomatologia não equipado. O piso 2 é considerado como o piso principal. Neste piso encontra-se situado o balcão de atendimento das assistentes

técnicas, uma sala de espera comum aos gabinetes médicos e salas de tratamento e uma sala de despejos/sujos. A sala de coordenação da equipa de enfermagem, sala de reuniões, sala de formação, copa entre outros gabinetes, estão localizados no piso 3. O piso 0, que neste momento não está a ser aproveitado, é constituído por uma garagem, gabinetes destinados a vestuários que não se encontram equipados e outros gabinetes polivalentes. De referir a existência de várias casas de banho, dispersas por todos os pisos para uso dos clientes e dos profissionais que fazem parte da equipa. No que se refere aos recursos humanos, a USF dispõe atualmente de 9 profissionais, que integram a equipa de saúde multiprofissional, entre os quais, 4 enfermeiros, 2 médicos e 3 assistentes técnicas.

2.1. Atividades realizadas para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e grau de mestre

À semelhança do estágio desenvolvido em âmbito da UCSP, o estágio realizado em contexto da USF, permitiu desenvolver um perfil de competências definidas pela OE, bem como prestar cuidados a famílias, enquanto unidade de cuidados, e a cada um dos seus membros, nos diferentes estadios do ciclo vital e níveis de prevenção (OE, 2018). Estabeleci, de igual modo, uma relação promotora de saúde visando a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas, respondendo às necessidades das famílias reforçando os seus pontos fortes no âmbito da saúde. Uma abordagem criativa e impulsionadora, respeitando a visão de cada elemento da família, foi fulcral para o alcançar das metas e objetivos concebidos no plano de ação, com o objetivo de promover, manter e reforçar a saúde das famílias.

A colheita de dados pertinentes para apurar do estado de saúde das famílias e os seus objetivos de saúde, foi conseguido através da promoção de um diálogo facilitador. Tendo em conta a relevante percentagem de heterogeneidade das famílias inscritas na USF, como referido anteriormente, foi fundamental identificar crenças culturais e espirituais, fatores ambientais e recursos familiares de modo a compreender e identificar pontos fortes e fracos na resposta familiar às transições de vida, a situações complexas, bem como o seu impacto na saúde. Neste sentido, em estreita colaboração com a

enfermeira orientadora, incitei à sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais das diversas famílias, assegurando a satisfação das mesmas.

Em conformidade com o estágio desenvolvido na UCSP, mobilizei conhecimentos tanto de enfermagem, bem como de outras ciências (Psicologia) para a tomada de decisão. A participação no *Webinar* "Intervenção Sistémica à Família", permitiu a consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo da UC Intervenção de Enfermagem nos Sistemas Familiares, relativamente às técnicas de intervenção ativas. O uso da *storytelling*, surge como estratégia de ilustração de uma história para atribuir um significado sobre um assunto ou situação pertinente para a família (Almeida et al., 2021). Servi-me de histórias reais vivenciadas com uma criança da minha família, através do uso da narrativa de associação, o que levou o destinatário a compreender a mensagem, produzindo o efeito desejado.

No decurso do estágio, tive também a oportunidade de participar, em parceria com a equipa multidisciplinar (Enfermeira e Técnica de segurança Social que apoia a unidade), em conferências familiares, em diversas situações, nomeadamente violência doméstica e abandono de um casal de idosos, por parte dos filhos. Neste contexto, à semelhança das técnicas já usadas anteriormente, foram utilizadas as conotações positivas e metáforas como estratégia e técnicas motivacionais na interação com a família, intervindo na promoção do bem-estar das famílias a viver situações complexas. De salientar ainda, a utilização da carta terapêutica, como catarse para a família a viver uma situação de luto, promovendo uma conscientização assente na identificação das forças (abordagem à espiritualidade), facilitando a resposta da família à situação de transição complexa, como é o luto. Nesta medida, realizei uma abordagem centrada nas forças da família com enfoque nos aspetos positivos, como forma de minimizar os efeitos danosos causados pelo luto, perante a perda de um familiar.

Devidamente fundamentada, desenvolvi uma prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica. Para tal, realizei uma pesquisa da evidência existente, relativamente à temática inerente ao projeto de intervenção (Apêndice II), como linha norteadora da minha intervenção na capacitação das famílias para a definição de metas promotoras da sua saúde. Foi desenvolvido em colaboração com as famílias, um plano de cuidados, para alcançar os resultados desejados pela mesma, na promoção de um

ambiente seguro e saudável, incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados em saúde implementados.

Considerada como um processo sistemático, científico e rigoroso que procura fomentar o conhecimento, a investigação em enfermagem pretende dar resposta a questões ou resolver problemas em benefício dos utentes, famílias e/ou comunidades (OE, 2006). Assim sendo, as intervenções de enfermagem familiar, foram sustentadas na investigação e na evidência para o planeamento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, como referido anteriormente.

Para dar visibilidade, o processo de cuidados integrando a saúde, família e ambiente, foi documentado através de registos na plataforma SClinico®. Todavia, considero uma plataforma algo redutora no que concerne aos registos na área de enfermagem de saúde familiar, sendo os diagnósticos e focos disponíveis insuficientes para a realização do processo de enfermagem aplicado às famílias.

Com a supervisão da senhora enfermeira orientadora clínica, envolvi-me vivamente numa prática de enfermagem de saúde familiar, com o propósito de melhorar a minha prática e o meu desempenho, analisando e avaliando posteriormente a minha efetividade no progresso e nos resultados, tendo em vista a redução dos *stressores* para a ocorrência de acidentes domésticos.

Através da temática do meu projeto de intervenção, tive a oportunidade de mobilizar outros recursos internos à unidade de saúde e parceiros comunitários, para a prestação de cuidados às famílias, referenciando e articulando com outras equipas de saúde, nomeadamente com a Técnica de Segurança Social (TSS), médico de família, equipa de UCC, Guarda Nacional Republicana e Ministério Público. A colaboração interdisciplinar entre equipas de saúde no que se refere aos cuidados de saúde, permite uma maior abrangência na melhoria da qualidade de saúde das famílias. Esta colaboração multidisciplinar foi presença recorrente na realização de visitas domiciliárias a famílias a viver situações complexas, nomeadamente em âmbito de violência doméstica, intervenção familiar e avaliação de risco ao recém-nascido.

De forma a promover uma cultura organizacional, de formação, de prática e de investigação interprofissionais, os resultados da revisão *scoping*, foram apresentados à equipa multiprofissional, bem como serão também apresentados, em data a definir os resultados do projeto de intervenção às famílias. Paralelamente a estas atividades

particpei em congressos nacionais, internacionais e *webinares*, enquanto formanda, como forma de cimentar conhecimentos e promover um desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, facilitador no meu processo de aprendizagem, os quais passo a citar: “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Ibérico de Saúde Familiar” (Anexo IV); “I Congresso Internacional em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPVC: Investigação e Diferenciação dos Cuidados” (Anexo V); “XV Encontro do Dia Internacional da Família: Famílias e mudanças demográficas” (Anexo VI) e no Webinar (online) - “Intervenção Sistémica à Família” (Anexo VII).

Não obstante a esta participação enquanto formanda, ressalto ter tido também a oportunidade de realizar em parceria com outra colega um comunicação em formato de poster, com o título: “Intervenções do enfermeiro de família para a prevenção dos acidentes domésticos em famílias com crianças no primeiro ano de vida: revisão *scoping*” (Apêndice III), possibilitando demonstrar competências na comunicação dos resultados, conhecimento e raciocínio, fomentando a divulgação do processo de pensamento da enfermagem de saúde familiar. Assim sendo apresento em anexo, o certificado comprovativo de presença enquanto coautora da comunicação (Anexo VIII).

Através da utilização da tecnologia e sistema de informação (TIC) disponíveis, de forma a melhorar os resultados pretendidos, procedi ao envio de um email a todas as famílias, disponibilizando a sessão de educação para a saúde apresentada em *PowerPoint*, bem como *Links*, alusivos à temática para posterior consulta. No decorrer da segunda visita domiciliária, avaliaram-se os cuidados prestados, reforçaram-se os ganhos conseguidos pelas famílias, bem como, satisfação da relação enfermeiro/família. Neste sentido, centrei-me nos pontos fortes, enaltecendo a adoção de comportamentos preventivos de acidentes domésticos nas crianças no segundo ano de vida. facultando um *feedback* sistemático às famílias.

Com uma perspetiva futura na participação no desenvolvimento de políticas sociais, relacionadas com a saúde e direitos da família, procedi à minha inscrição na Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, com possibilidade na colaboração de um grupo de trabalho.

Em forma de síntese, importa referir que ao longo do estágio a minha prestação de cuidados assentou nas Políticas de Saúde Nacionais – Programas Nacionais de Saúde

e nas políticas locais – Plano Local de Saúde, bem como nas Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO ÀS FAMILIAS

A temática escolhida para o desenvolvimento do projeto de intervenção vem da continuidade do tema previamente desenhado no pré-projecto, bem como o fato de tratar-se de uma área suscitadora do meu interesse pessoal e profissional, desencadeada por uma inquietude enquanto cidadã e profissional de saúde. Desperta para os possíveis perigos e potenciais riscos, tive a oportunidade de observar em âmbito da consulta de enfermagem de saúde infantil, bem como em ambiente doméstico, comportamentos não preventivos de acidentes domésticos por parte dos familiares e cuidadores de crianças pequenas. Esta constatação levou-me a questionar quais seriam os cuidados adotados pelas famílias com crianças no segundo ano de vida, relativamente à prevenção de acidentes domésticos no seu ambiente doméstico (casa), em família?

Pese embora o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), preconize como cuidados antecipatórios a abordagem ao risco dos acidentes domésticos em todos os contatos com a família/crianças, pude verificar em contexto das consultas de enfermagem de saúde infantil, a existência de lacunas por parte da equipa, no que concerne a esta recomendação, na medida em que esta temática não era focada.

Posteriormente, foi realizada uma pesquisa baseada na evidência, espelhada no enquadramento teórico do projeto de intervenção, cuja mesma revela dados divulgados por várias entidades de saúde relativos à prevalência de acidentes domésticos na infância, o que vem dar sustento à minha inquietude inicial, conduzindo-me à identificação da problemática.

Para desenvolvimento do projeto de intervenção às famílias, “Intervenção do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos nas famílias com crianças no segundo ano de vida”, fez-se a colheita de dados baseada na recolha de informação através da observação direta, informação cedida pelas famílias e pela equipa de enfermagem. Uma vez que os profissionais de saúde inseridos numa determinada comunidade, são considerados como detentores de um vasto conhecimento relativo às características dessa mesma comunidade, torna-os um recurso fundamental na análise da situação (Ferrito et al., 2010). Posto isto, para reconhecimento e validação do problema, procedeu-se a uma abordagem de forma informal ao assunto, com a enfermeira orientadora de

estágio, como instrumento de recolha de necessidades (Ferrito et al., 2010), da qual emergiu a relevância da temática, com um *feedback* positivo de ambas. Posteriormente, com o propósito de mensurar a situação, foi realizada uma análise *SWOT* (Apêndice IV), como ferramenta de identificação das forças, ameaças, oportunidades e fraquezas (Leite & Gasparotto, 2018). À semelhança do referido por Ferrito et al. (2010), o enfermeiro dispõe de vários métodos para a elaboração de diagnósticos, nomeadamente a observação, a aplicação de questionários, escalas de avaliação, entrevistas, bem como a análise *SWOT*.

Em síntese, a metodologia de projeto centrou-se na implementação de estratégias e intervenções para a resolução ou minimização de um problema identificado, sustentada numa prática fundamentada em evidência, através da pesquisa, análise e posterior diminuição do problema identificado (Ferrito et al., 2010).

3.1. Enquadramento conceptual

Para a compreensão do projeto de intervenção realizado em contexto de estágio torna-se fundamental contextualizá-lo na profissão de enfermagem, bem como no tema escolhido, reunindo informação alcançada através da pesquisa e análise bibliográfica, relevante para a compreensão da temática em estudo e sustento para o desenvolvimento da prática. De acordo com Fortin (2009), o enquadramento concetual consiste num processo organizado que visa documentar os conceitos referentes a uma temática. Neste sentido, para a fundamentação teórica na conceção do projeto de intervenção, foram desenvolvidos os temas que se encontram descritos no projeto de intervenção às famílias, os quais passo a citar: indicadores mundiais e nacionais reveladores desta problemática, os tipos de acidentes domésticos mais frequentes (queda, queimadura, asfixia, sufocamento e estrangulamento, afogamento e intoxicação), o desenvolvimento Infantil da criança no segundo ano de vida e por último o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar na prevenção de acidentes domésticos em famílias com crianças no segundo ano de vida.

3.2. Modelo teórico de enfermagem

O Modelo de Sistemas de Neuman, baseia-se na teoria geral dos sistemas, apontando a existência da interação entre os elementos de uma organização, como sistema aberto (Freese, 2002). Cliente, ambiente, stressor, bem-estar e enfermagem, são conceitos elementares do modelo de Sistemas de Neuman (Neuman & Fawcett, 2010). O modelo é orientado para a saúde e tem por base o bem-estar do cliente enquanto sistema na sua totalidade (*holistic*), definido por Freese (2002) como pessoa, família, comunidade, grupo ou assunto. Considerado como um sistema aberto, o cliente encontra-se em permanente interação com o ambiente, numa combinação dinâmica de ligações entre as variáveis, fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual, idealmente integradas entre si de forma harmoniosa (Neuman & Fawcett, 2010). Porém, quando aplicado em enfermagem de saúde familiar, em que o cliente é o sistema familiar e os seus membros, os subsistemas, a abordagem da família é feita atendendo a quatro variáveis: as relações psicossociais da família (integra as variáveis psicossociais e culturais), a saúde, o desenvolvimento e as influências espirituais. Neuman identifica três ambientes, o interno, o externo e o criado. Os ambientes interno e externo são representados pelas forças e interações internas ou externas ao sistema cliente (Neuman & Fawcett, 2010). Por último e de forma que o cliente lide com *stressores* recorrendo a mecanismos de *coping*, Neuman & Fawcett (2010) consideraram o ambiente criado, desenvolvido de forma inconsciente pelo cliente. Por conseguinte, os *stressores* são considerados como estímulos motivadores de tensão e instabilidade que interagem com o sistema, e podem ser intra, inter ou extrapessoais (Freese, 2002).

Considerando o projeto de intervenção às famílias, o sistema cliente é constituído pelos pais/familiar cuidador, pelas crianças e pelo ambiente doméstico (casa), o *core* é formado pelos pais/ familiar cuidador e pelas crianças no segundo ano de vida, representado por um círculo, rodeado por uma sucessão de outros círculos concêntricos, que representam diferentes linhas de defesa, os mecanismos de defesa do *core*. Partindo do núcleo interno, o *core* encontra-se cercado pela Linha de Resistência (LR), seguindo-se da Linha Normal de Defesa (LND) e por fim a Linha Flexível de Defesa (LFD). Esta última é extensiva e funciona como um amortecedor, circunda a LND que protege o sistema da intrusão de *stressores* barricando a sua passagem para o habitual bem-estar do sistema. A LND representa um estado de estabilidade para o sistema, que inclui o padrão habitual de funcionamento familiar nomeadamente os comportamentos, estilo de vida e o estágio

de desenvolvimento do sistema (Neuman, 1995 conforme citado por Freese, 2002). E por fim as LR, representam os recursos utilizados pelo sistema como forma de luta contra um *stressor*.

De acordo com Neuman (2010), o enfermeiro enquanto promotor da estabilidade do sistema cliente, intervém em três níveis de prevenção. A nível da prevenção primária, são colocados em prática os cuidados antecipatórios, através do reconhecimento dos fatores de risco, promovendo a saúde intervindo na prevenção do *stress* ou stressores (acidentes domésticos). Neste caso serão realizadas ações de sensibilização e práticas educacionais sobre a temática, direcionadas aos pais/familiar cuidador, objetivando uma posterior adoção de medidas preventivas, reforçando desta forma as LFD e promovendo o bem-estar do sistema. A nível da prevenção secundária, pese embora o diagnóstico de perigo efetivo não tenha acontecido, contudo a situação de risco já foi precocemente detetada, o enfermeiro identifica os *stressores* favoráveis à ocorrência dos acidentes domésticos e otimiza os recursos internos/externos da família, reforçando a LR. Todavia, caso a LFD tenha sido lesada, as intervenções devem ser direcionadas para os sintomas de *stress* (Freese, 2002). Por fim, a prevenção terciária centra-se nos cuidados visando a readaptação do sistema após uma possível ocorrência de um episódio de acidente doméstico, evitando recorrências futuras (Neuman & Fawcett, 2010), recriando um ambiente seguro através da educação/reeducação e desenvolvimento de estratégias para a prevenção de novos acidentes e manutenção da estabilidade do sistema familiar.

Perante este pressuposto, considerei o Modelo de Sistemas de Neuman, como estrutura orientadora da minha prática e do meu pensamento adaptado à problemática dos acidentes domésticos em famílias com crianças no segundo ano de vida, pela sua prática preventiva enquanto intervenção de enfermagem, tendo em conta que se trata de um modelo concetual de enfermagem que salienta a prevenção como intervenção (Alligood e Tomey, 2002). Uma vez que o enfermeiro de família avalia os potenciais stressores (fatores de risco) para a ocorrência de acidentes domésticos, intervém precocemente no sistema cliente pais/familiar responsável, crianças e ambiente doméstico) de forma holística potenciando as suas linhas de defesa, para a formação de um ambiente criado com vista à redução dos fatores de risco dos acidentes domésticos. (Apêndice V - Modelo de Sistemas de Neuman, adaptado)

3.3. Revisão da literatura – revisão *scoping*

Para concepção do projeto de intervenção, foi realizada uma revisão *scoping* seguindo as *guidelines* da metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2021) para revisões *scoping* (Apêndice VI). Teve como objetivo examinar a evidência científica relativamente às intervenções do enfermeiro de família face à prevenção de acidentes domésticos nas famílias com crianças no segundo ano de vida e como questão orientadora “Quais as intervenções do enfermeiro face à prevenção de acidentes domésticos nas famílias com crianças no segundo ano de vida?”.

Considerando que a ocorrência dos acidentes domésticos tem relação direta com vários fatores de risco, como o ambiente doméstico em que a criança habita (Paixão et al., 2021; Magalhães et al., 2021), comportamento familiar e meio social (Joseph et al., 2023), idade da mãe e número de filhos (Doğan & Öztürk, 2021), o baixo nível de literacia dos pais e seus antecedentes (Machin et al. 2017; Doğan & Öztürk, 2021), o seu conhecimento por parte do enfermeiro e profissional de saúde, poderá contribuir para a redução dos mesmos através das medidas de mudança adequadas (Machin et al., 2017; Doğan & Öztürk, 2021; Kim et al., 2022).

Em âmbito das consultas de enfermagem ou visitas domiciliárias o enfermeiro tem a oportunidade de realizar ações e orientações educativas para a prevenção da ocorrência dos acidentes domésticos, aos pais/familiares responsáveis (Joseph et al., 2023). Em contexto real, as intervenções do enfermeiro para a prevenção dos acidentes domésticos nas famílias com crianças, foram transversais nos estudos e artigos analisados. Ressalta-se a importância nas intervenções dinâmicas como mais eficazes relativamente às intervenções passivas, focadas nos métodos de ensino ativos dirigidos aos pais, através da demonstração de acessórios de segurança no ambiente doméstico, publicação e divulgação de folhetos e cartazes, alusivos à temática e divulgação nos meios de comunicação (Abbassinia et al., 2019; Doğan & Öztürk 2021; Kim et al., 2022).

Também a participação voluntária e a continuidade das intervenções de forma sistemática, como reforço das competências parentais (Kim et al., 2022). A adoção das visitas domiciliárias na promoção da prevenção de acidentes domésticos, como forma de consciencialização para a melhoria de conhecimentos e comportamentos (Abbassinia et

al., 2019; Doğan & Öztürk, 2021; Joseph et al., 2023), revelou-se um instrumento de grande importância na medida em que a minha intervenção, focou-se na realidade do ambiente em questão, o que vem corroborar o referido por Abassinia et al. (2019).

Como conclusão, destaco a carência de artigos encontrados relativamente às intervenções do Enfermeiro de Família na prevenção dos acidentes domésticos no sistema familiar, a nível internacional e sobretudo a nível nacional, revelador de uma lacuna de estudos, reforçando-se a necessidade de realização dos mesmos.

3.4. Objetivos do projeto de intervenção às famílias

A definição dos objetivos visa dar resposta aos conhecimentos e capacidades a adquirir e representam a ação a realizar para vislumbrar os resultados planeados (Ferrito et al., 2010). Pese embora os objetivos tenham sido previamente delineados no projeto de intervenção, para uma maior harmonia com o processo de enfermagem de Neuman e tendo em consideração a solicitação da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), procedeu-se a uma reestruturação dos mesmos. Deste forma, partindo-se do problema previamente identificado, delineou-se como objetivo geral capacitar as famílias com crianças no segundo ano de vida para a prevenção de acidentes domésticos e como objetivos específicos avaliar o tipo de família, avaliar as variáveis ao nível core e das linhas que o envolvem, identificar os potenciais stressores (fatores de risco) para ocorrência de acidentes domésticos ao nível do intrasistema, elaborar diagnósticos de enfermagem em parceria com as famílias, intervir ao nível da prevenção de acidentes domésticos, considerando o(s) stressor(es) identificado(s) e avaliar mudanças negociadas em colaboração com o sistema cliente, para redução dos *stressores* (fatores de risco) identificados.

Para concretização dos objetivos elaborados realizou-se um percurso que descrevo de seguida. O planeamento das atividades e intervenções, que deram corpo ao projeto de intervenção, foram inicialmente pensados e projetados de acordo com a calendarização plasmada no cronograma que integra o projeto. No entanto, e considerando a data do parecer favorável da CES (dezembro), o mesmo foi alvo de

reajustamento (Apêndice VII), para levar a termo o processo formativo e atingir os objetivos propostos. O cumprimento das atividades alocadas ao cronograma foram um fato concreto, contudo acresce mencionar que tendo em conta tratar-se de instrumento orientador de trabalho flexível, foram desenvolvidas outras atividades, não espelhadas no mesmo, decorrentes de oportunidades que vieram a surgir posteriormente, nomeadamente a participação em congressos nacionais, internacionais e *webinares*, e elaboração de folhetos, pósteres, entre outros.

Para viabilizar a consecução do projeto, através da aplicação na prática das atividades previamente planeadas, foi apresentada à equipa multidisciplinar da USF, a primeira ação de formação com o tema “Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes Domésticos em Famílias com Crianças no 2º Ano de Vida – Um projeto de intervenção às famílias” (Apêndice VIII). Esta ação de formação foi apresentada segundo o plano (Apêndice IX) e posterior avaliação da mesma (Apêndice X), por parte da equipa da USF. Teve como intuito dar a conhecer os objetivos de estágio, bem como apresentar o meu projeto de intervenção na área de saúde familiar.

A operacionalização do projeto de intervenção é marcada pelo cumprimento das etapas do protocolo de procedimentos éticos. Neste sentido, após autorização por parte da Direção Executiva do ACeS (Anexo IX), do Coordenador da USF onde teve lugar a implementação do projeto de intervenção (Anexo X), bem como a autorização da autora do “Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos”, desenvolvido pela Dr.^a Ana Lúcia Caeiro Ramos para a sua utilização (Anexo XI) foi submetido para apreciação da CES da ARSLVT o protocolo de investigação. Durante o período de espera pelo parecer favorável, foram desenvolvidas outras atividades inerentes ao projeto, como referido anteriormente e que passo agora a citar. Assim sendo, foi realizado um folheto informativo – “Casa (In)Segura” (Apêndice Xi), como forma de substanciar os conhecimentos transmitidos, relativos às medidas preventivas e educacionais, para a ocorrência dos acidentes domésticos, a ser entregue às famílias na primeira visita domiciliária, bem como a outras famílias em âmbito das consultas de saúde infantil. Importa referir que, antes da sua divulgação, o mesmo foi validado quanto à percetibilidade da linguagem utilizada, conteúdo, tamanho e tipo da letra, por diversas famílias, acabando por dar o seu contributo para materialização final do mesmo. Posteriormente foi enviado para apreciação do Conselho

Clínico para a Saúde do ACeS Estuário do Tejo, obtendo parecer positivo com autorização para divulgação em todo o ACeS (Anexo XII), aumentando a sua divulgação a um alargado número de famílias. Tendo em conta a multiculturalidade da população inscrita na USF, procedeu-se também à tradução do respetivo folheto para a língua inglesa, promovendo-se uma melhor acessibilidade à informação a todas as famílias (Apêndice XII). Considerei ainda, ser oportuno a elaboração de um póster, que se encontra afixado na sala de espera das consultas de saúde Infantil da USF, intitulado, “Acidentes Domésticos na Infância- Como Prevenir?” (Apêndice XIII). Alargando desta forma o leque de ação, consciencializando o maior número de famílias com crianças no segundo ano de vida para a problemática dos acidentes domésticos e sensibilização para a prevenção dos mesmos. Importa referir que para a elaboração dos documentos, houve o cuidado na utilização de uma comunicação ajustada ao contexto social e cultural das famílias.

Pese embora, não estivesse inicialmente planeada, foi apresentada uma segunda ação de formação à equipa médica e de enfermagem da USF, com o tema “O Enfermeiro de Família na Prevenção de Acidentes Domésticos nas Famílias com Crianças no 2º Ano de Vida - uma Revisão *Scoping*” (Apêndice XIV). Esta visou fundamentar as etapas da operacionalização do projeto de intervenção em enfermagem e transmitir os resultados da revisão de literatura - revisão *scoping*, plasmado no plano de ação de formação (Apêndice XV). Por último e com o objetivo de apresentar os resultados e ganhos com a realização do projeto de intervenção familiar na USF, pretendo apresentar em data a definir, uma terceira ação de formação. Nestas ações estiveram presentes todos os elementos da equipa convocados, nomeadamente Médicos, Enfermeiros, Técnica de Segurança Social e Assistentes Técnicos. À semelhança da ação de formação anteriormente apresentada à equipa, também no final desta foi solicitado aos formandos o preenchimento de um questionário, com posterior avaliação analítica da mesma (Apêndice XVI). A apresentação das ações de formação, decorreram de forma dinâmica e participativa, revelando-se um momento de partilha de experiências profissionais e pessoais, com reconhecimento dos presentes, da real importância desta temática.

Importa ressaltar que todos os documentos foram previamente revistos e aprovados pelos elementos orientadores (orientadora clínica e pedagógica).

De acordo com Ferrito et al. (2010), a metodologia do projeto como forma de resolver um problema na área da saúde, assume um papel fulcral para a melhoria dos serviços

prestados, bem como para o desenvolvimento dos profissionais. Assim sendo, esta premissa, remete-nos para os cuidados de enfermagem visando a minimização ou redução dos problemas identificados. À semelhança desta metodologia, o processo de enfermagem, como instrumento essencial aos cuidados de enfermagem, é considerado como uma metodologia de trabalho composto por etapas transversais à metodologia de projeto (Ferrito et al. 2010), que vai desde a identificação e minimização de problemas, até à promoção do bem-estar das famílias.

3.5. Processo de enfermagem às famílias

Para adquirir competência específicas de EEESF (OE, 2018), nomeadamente na vertente *“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”* (p. 19357), o desenvolvimento do projeto de intervenção na prevenção de acidentes domésticos às famílias com crianças no segundo ano de vida foi sustentado na metodologia do Processo de Enfermagem aplicado às famílias.

De acordo com Alfaro-LeFevre (2014), o processo de enfermagem consiste num método de organização do pensamento profissional, com base no pensamento crítico em enfermagem. Orientado para a resolução de problemas e tomada de decisão, permite uma prestação de cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade (Doenges & Moorhouse, 2013) para atingir os melhores cuidados em saúde (Ferreira et al., 2017). Ross (2005), refere que o processo de enfermagem consiste numa ferramenta de apoio ao enfermeiro para o desenvolvimento do plano de cuidados, com o intuito de melhorar o bem-estar das famílias. O processo de enfermagem de família compreende cinco etapas: Avaliação inicial - recolha de dados da família; Análise de dados de avaliação da família; Planeamento de cuidados à família; Implementação de cuidados de saúde à família; Avaliação dos Resultados de cuidados de enfermagem da família (Ross, 2005).

A mobilização do modelo de sistemas de Neuman, proporcionou uma harmonização com as etapas do processo de enfermagem, no que concerne aos cuidados na prevenção dos acidentes domésticos nas famílias com crianças no segundo ano de vida. Neste sentido, conduziu à recolha de dados, possibilitando identificar e categorizar

as variáveis do sistema cliente, permitindo elaborar os diagnósticos de enfermagem, que nortearam o planeamento e as intervenções de enfermagem para um ajuste do sistema cliente.

3.5.1. Avaliação inicial – Recolha de dados da família

A primeira etapa do processo de enfermagem consiste na avaliação inicial, como forma de obter informações acerca do cliente para elaboração dos diagnósticos, determinar os pontos fortes e promover as necessidades de saúde do mesmo (Ross, 2005). De acordo com Ross (2005), para uma recolha de dados bem-sucedida é essencial a construção de uma relação colaborativa com a família cliente, facilitadora na troca de informação pertinente. Para a recolha de dados, o enfermeiro colhe informação veiculada verbalmente pelo cliente, bem como através da observação direta (Ross, 2005), nos diversos contextos que se encontra em contato com o mesmo.

A avaliação familiar é dotada de grande complexidade (Caniço et al., 2010), para Potter & Perry (2006), é fundamental que o enfermeiro faça uma avaliação (apreciação inicial), relativamente ao tipo de família, estrutura, estadió do ciclo vital em que se encontra, bem como recursos económicos. Para avaliação da tipologia das famílias, foi aplicado como instrumento de avaliação familiar o genograma, a 100% das famílias que fazem parte da amostra, bem como o preenchimento da caracterização familiar, integrada na plataforma SClínico®, nomeadamente tipologia, classificação dos estádios de desenvolvimento e escala de Graffar adaptada. Segundo Ross (2005), a adaptabilidade da escolha do instrumento de recolha de dados à situação, torna-se fundamental para identificação dos fenómenos de enfermagem.

Seguindo como linha orientadora o Modelo de Sistemas de Neuman (2010), a avaliação inicial para a primeira recolha de dados integrada no processo de enfermagem, ocorreu em consonância com a categorização das variáveis identificadas ao nível do *core* (fisiológica, desenvolvimental, psicológica e sociocultural), bem como das linhas que o envolvem (LFD e LND) (Apêndice XVII). Esta recolha de dados foi realizada através do preenchimento do questionário sociodemográfico (parte I), bem como do preenchimento dos instrumentos de avaliação: “Casa Segura - Conhecer para melhor proteger” (APSI, sd)

(parte II) e “Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/ familiar em crianças até aos quatro anos” (Ramos, 2014) (parte III) (Apêndice XVIII).

3.5.2. Análise de dados de avaliação da família

A segunda etapa do processo de enfermagem consiste na análise dos dados de avaliação da família. Após avaliação inicial, a análise de dados aclara e confirma a informação colhida para elaboração dos diagnósticos de enfermagem, como o foco da intervenção de enfermagem às famílias (Ross, 2005). A identificação das necessidades/preocupações do sistema, cujas mesmas requerem intervenção de enfermagem, exige um pensamento crítico e criativo, essencial a este processo de análise (Ross, 2005).

De acordo com Vilelas (2009), o tratamento estatístico compreende a colheita de dados numéricos obtidos e a exposição dos mesmos através de instrumentos apropriados, como, tabelas, gráficos e indicadores numéricos, facilitando a interpretação da informação disponível e dar resposta a questões concretas. Em concordância com o plasmado anteriormente, o tratamento dos dados recolhidos foi realizado através do uso do programa de software Microsoft Excel para análise e visualização de dados, com recurso à estatística descritiva, através de frequências absolutas (n) e relativas (%); medidas de tendência central, nomeadamente, media, mediana e moda; e desvio padrão, como medida de dispersão ou variação. A apresentação dos resultados encontra-se plasmada em forma de tabelas, facilitadoras da interpretação e compreensão dos dados, cujas mesmas foram colocadas em apêndice.

A tabela plasmada em Apêndice XIX, aclara as tipologias familiares identificadas, verificando-se uma prevalência de 60% de famílias do tipo nuclear, significativamente superior à taxa a nível nacional (36,2%), tendo em conta os dados revelados pela Pordata (2024). Verifica-se também que 20% de famílias alargadas e 10% da amostra correspondem a famílias reconstituídas e monoparentais. De salientar que em 2022 a percentagem de famílias monoparentais em Portugal era de 9,7% e que existe uma elevada prevalência de famílias monoparentais, cujo familiar a viver com a criança pertence ao sexo feminino (87,6%), comparativamente ao sexo masculino (12,4%)

(Pordata, 2024), o que corrobora com a situação da amostra. Ressalto também a existência de estudos que relacionam a tipologia familiar, nomeadamente famílias monoparentais e numerosas, a um maior risco de ocorrência de lesões por acidente não intencional (Johnston & Martin-Herz, 2010, conforme citados por Ramos, 2012).

A classificação dos estadios de desenvolvimento dos sistemas assenta na classificação de Duvall, cuja mesma, centra-se no filho mais velho como marcador do início de uma nova fase (Hanson, 2005). Esta opção foi conduzida pela classificação do estadio familiar integrado no sistema de informação SClínico® (Apêndice XX). Perante a sua análise, é notório a maior proporção de famílias no estadio II, assinalando o Início da parentalidade, com 40% das famílias da amostra.

Com o propósito de avaliar as condições habitacionais, socioeconómicas das famílias, aplicou-se a Escala de Graffar adaptada que se encontra disponível na plataforma informática SClínico® (Apêndice XXI). Esta avaliação viabiliza uma previsão de condições de risco para a saúde, na medida em que o baixo nível socioeconómico está associado a complexidades e défices diversos (Hansson, 2005), bem como a um maior risco de ocorrência de lesão não intencional em crianças a viver em ambientes desfavoráveis (Ramos, 2012).

O Modelo de Sistemas de Neuman permite uma avaliação holística do sistema cliente, famílias de crianças no segundo ano de vida e o ambiente doméstico, no qual as suas variáveis encontram-se organizadas pelo *core* e em constante interação com as linhas que o envolvem.

A primeira parte do questionário, define a caracterização das variáveis identificadas (fisiologia, sociocultural e desenvolvimental) do *core*, pais/familiar respondente ao questionário, o cuidador responsável pela prestação de cuidados regulares à criança, bem como da própria criança, conforme se explana no Apêndice XXII.

Mediante a sua análise, e tendo em conta a **variável fisiológica**: idade, verifica-se que a idade do pai e da mãe da criança varia entre um mínimo de 27 anos e um máximo de 66 anos e entre os 25 e os 44 anos respetivamente.

No que diz respeito à nacionalidade (**Variável sociocultural**) dos familiares cuidadores (pais e mães) que fazem parte da amostra, o resultado da avaliação vem corroborar com os dados divulgados anteriormente na caracterização da USF, verificando-se a existência de uma relativa diversidade heterogénica. Destaca-se a presença de

quatro nacionalidades distintas, nomeadamente, a portuguesa, brasileira, angolana e guineense, sendo que 50% dos pais e das mães são portugueses, com a particularidade de 20% das últimas terem dupla nacionalidade (portuguesa/angolana e portuguesa/guineense). Considerei também como **variável sociocultural** o estado civil, habilitações literárias e situação profissional dos pais. Relativamente ao estado civil, 70% dos pais que fazem parte da amostra são casados, o que traduz um valor significativamente superior à média nacional em 2021 que era de 34,8% (Pordata, 2021). No que concerne às habilitações literárias, pode-se verificar que apenas 10% da amostra completaram o ensino superior (licenciatura). Das mães, 30% referem ter estudado apenas até ao 3º ciclo, em consonância com as detentoras do grau de licenciatura. Relativamente à situação profissional, verifica-se uma elevada proporção dos pais que se encontram empregados com 90% da amostra. Apenas 10% se encontra em situação de outros, na medida em que o elemento cuidador da criança do sistema refere não ter conhecimento sobre esta situação, uma vez que não tem atualmente contato com o pai da criança. Por outro lado, no que diz respeito à situação profissional das mães, 50% encontram-se desempregadas, o que sugere uma taxa elevada comparativamente com a taxa de desemprego de 9,9% no sexo feminino, no concelho a que pertence a USF (Pordata, 2021). Empiricamente, e por se tratar de uma amostra pequena, fato este facilitador nesta observação, pude atestar que dentro do universo das mães que se encontram desempregadas, apenas 10% destas eram portuguesas sendo as restantes 90% de nacionalidade estrangeira.

Relativamente à caracterização das crianças, considerei como **variáveis fisiológicas** a idade, o sexo, bem como as idades dos irmãos. No que concerne à idade e sexo da criança alvo, verifica-se uma média de idades de 22,4, sendo o valor mínimo de 12 meses e o valor máximo de 35 meses, as quais na sua maioria pertenciam ao sexo masculino (40%). Corroborando com o INSA (2021) ao referir que existe uma maior percentagem de incidentes nas crianças do sexo masculino, comparativamente às do sexo feminino. Quanto às idades dos irmãos, apurou-se que 20% das crianças tinham irmãos com menos de 12 meses de idade. Por último, o número de irmãos foi classificado na **variável desenvolvimento**, tendo em conta que o primeiro filho marca o estadió de desenvolvimento familiar, como referido anteriormente. Verificando-se que 40% das

crianças pertenciam a uma fratria, o que vem contrariar o revelado pela Pordata (2018), que grande parte das crianças não têm irmãos.

A aplicação dos instrumentos de avaliação: “Casa Segura - Conhecer para melhor proteger” (APSI, sd) (Anexo XIII) e “Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/ familiar em crianças até aos 4 anos” (Ramos, 2014) (Anexo XIV) que fazem parte das II 3 III partes do questionário, no momento das visitas domiciliárias, permitiram caracterizar as variáveis que envolvem o *core*, bem como os *stressores* identificados ao nível do sistema cliente.

Todas as categorias/subcategorias (exceto as que não contemplei por motivos anteriormente referidos) que fazem parte da segurança geral que integram o instrumento “Casa Segura - Conhecer para melhor proteger” (APSI, sd), foram consideradas na variável fisiológica, ao nível da LFD que envolve o *core* (XXIII). Importa referir que considerou-se o n=100, na medida em que todos os sistemas clientes são diferentes. Verificou-se à partida, na primeira visita domiciliária a necessidade do fortalecimento das linhas de defesa dos sistemas clientes, através da prevenção primária para redução da eventualidade do *core* se deparar com *stressores*. Contudo, tendo em conta as 36 subcategorias, contempladas para análise, enfatiza-se o fato de 75% dos sistemas cliente na primeira visita domiciliária se encontrarem em consonância com o preconizado para a manutenção do bem-estar dos mesmos.

Relativamente à caracterização das variáveis fisiológica, psicológica e sociocultural ao nível da LND, considerando o Instrumento, “Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/ familiar em crianças até aos 4 anos” (Ramos, 2014) (Apêndice XXIV). Realço o fato da totalidade das famílias da amostra terem o cuidado de não pegarem na criança e numa bebida quente em simultâneo (**variável fisiológica**), na **variável sociocultural**, 90% das crianças não fazem uso de adereços, sendo os mesmos considerados como um perigo para o risco de sufocamento/asfixia. Todavia, considero preocupante, na **variável psicológica**, o fato de 80% dos cuidadores percecionarem o ambiente familiar tranquilo, 30% das famílias, considerarem as lesões não intencionais normais na infância, bem como a sua casa segura para crianças (40%). A existência de crianças com acessibilidade aos medicamentos, detergentes, sacos de plástico, invólucros e balões, na **variável fisiológica**.

A utilização do instrumento “Casa Segura - Conhecer para melhor proteger” (APSI, sd), como auxiliar na de observação dos *stressores* (fatores de risco) a avaliar em todas as divisões da casa, revelou-se vantajoso para o estabelecimento das intervenções prioritárias. No entanto, torna-se fundamental que o enfermeiro mantenha uma mente e um sentido crítico livre de preconceitos, na medida em que todas as famílias e casas são diferentes, como assinalado anteriormente.

Considerando a caracterização dos *Stressores* que afetam o Core, identificados com a aplicação do referido instrumento (xxv), importa lembrar que apenas foram considerados os *stressores* não coincidentes com o “Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos” (Ramos, 2014), bem como, os que não se encontravam enquadrados na situação familiar, ou acautelados pelas famílias (n=100%). Neste sentido não considerei como *stressores*, os riscos relacionados com a categoria, espaços exteriores, tendo em conta que todas as casas eram apartamentos, bem como os fatores desadequados à etapa de desenvolvimento das crianças da amostra. Como se pode apurar através da análise da tabela em apêndice XXIII, as subcategorias deste instrumento foram transformadas na negativa, passando a ser interpretadas como potenciais fatores de risco/elementos *stressores*.

Na primeira visita domiciliária, pude constatar que apenas três ambientes domésticos (casas) tinham varandas, contudo, estruturalmente adequadas. No entanto, verificou-se estes mesmos, sistemas cliente apresentavam vasos e mobiliário que poderiam ser usados pelas crianças como objetos de apoio para trepar e espeitar, correndo o risco de se debruçarem, desequilibrarem e caírem.

Outro fator de risco relevante, prende-se com a existência de uma família ter uma divisão exclusivamente dedicada à criança (quarto de brinquedos), cujos brinquedos (alguns impróprios à idade da criança em questão) não se encontravam organizados/arrumados e estavam todos espalhados pelo chão ao alcance da criança, potenciando a ocorrência de acidentes e colocando em risco a sua LFD e mais próxima da LND.

Considerando os *stressores* referentes ao mobiliário, estantes e objetos de decoração, saliento que em 90% dos sistemas não se encontravam fixos à parede.

Na primeira visita domiciliária, atestei que 90% das famílias não usavam protetores para prevenção dos entalões nas portas de casa. Sendo que apenas a família do tipo

monoparental, este fator não foi considerado *stressor*, na medida em que se revelou cumpridora desta norma de segurança. Contrariando os estudos, relativamente a um maior risco de ocorrência de lesões por acidente em famílias monoparentais, como citado anteriormente.

Relativamente ao *stressores* identificados na categoria, cozinha/ zonas de refeição, constatou-se que 70% das famílias não tinham travões nas gavetas pesadas.

Visto que as cápsulas de desinfecção sanitária, à semelhança das cápsulas de detergente para as máquinas de roupa ou louça, apresentam cores e formas atrativas para as crianças podendo ser confundidas com gomas, estão na origem de intoxicações em crianças até aos 2 anos, decorrentes da exposição ao mesmos (SNS, 2017). Pese embora, não esteja contemplado no instrumento, achei pertinente fazer referência ao elevado número de famílias (sete) que apresentavam abertas as tampas das suas sanitas, no momento da primeira visita domiciliária, colocando as suas crianças em risco.

Considerando a aplicação do “Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos” (Ramos, 2014) (Apêndice XXVI), que espelha a identificação dos *stressores*, para ocorrência de acidentes domésticos ao nível do intrasistema, como um *stressor* positiva no fortalecimento da LFD do *core*.

Perante análise dos dados recolhidos, verifica-se que a grande maioria das crianças (90%), encontravam-se na faixa etária entre os 13 e os 36 meses de idade, integrando-se na escala de idades considerada como um fator de risco para a ocorrência de acidentes domésticos (Ramos, 2014). De acordo com Ramos (2012), a aquisição da marcha associada ao despertar da curiosidade pelo ambiente envolvente, vem repercutir-se num maior risco para a ocorrência de acidentes domésticos.

Relativamente ao *stressor*, tipo de supervisão, constatou-se na primeira visita domiciliária, que 30% das famílias tinham o hábito de delegar a supervisão da criança, na irmã mais velha. O risco alusivo ao uso de adereços na criança, estava presente em apenas 10% das famílias, com o uso de um colar de âmbar por parte da criança, devido à crença da mãe relativa à libertação de substâncias diminutivas da dor provocada pela erupção dentária. Destaco a elevada percentagem de famílias que consideram as lesões não intencionais normais na infância (70%), bem como a condição de dormir inadequada

(60%), na medida em algumas das crianças dormem com as mães ou não apresentam barras de proteção nas suas camas.

O “Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/ familiar em crianças até aos 4 anos” (Ramos, 2014) prevê uma avaliação do *score*, num primeiro e segundo momento de avaliação. Partindo do conceito que a criança integra o grupo de alto risco de lesão não intencional quando apresenta um *score* superior a 14 (Ramos, 2012), verificou-se na primeira visita domiciliária, que 100% dos sistemas clientes integravam o referido grupo (Apêndice XXVII).

Considerando a adaptação do Modelo de Sistemas de Neuman à situação particular que envolve a temática do projeto de intervenção, o EEECESF, identifica os potenciais stressores (fatores de risco), bem como as variáveis que afetam as respostas do *core* face aos mesmos. Desta forma, possibilita a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, bem como o planeamento das intervenções de enfermagem, devidamente fundamentadas, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária com a finalidade de fortalecer as LFD e LND do *core*. Assim sendo, ao intervir no sistema cliente visa a redução/eliminação do possível impacto dos *stressores*, promovendo o melhor nível de bem-estar do *core*.

3.5.3. Planeamento de cuidados à família

Partindo da elaboração dos diagnósticos de enfermagem (transversais às diferentes famílias da amostra), com recurso à taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®, 2015), utilizada pela plataforma informática SClinico®: Falta de conhecimento sobre medidas de segurança; Problema de segurança ambiental; Falta de conhecimento sobre desenvolvimento da criança; Falta de conhecimento sobre prevenção de queda; Risco de queda; Risco de lesão por queda; Risco de asfixia; Risco de aspiração; Risco de lesão; Risco de desenvolvimento da criança comprometido. A terceira etapa do processo de enfermagem, prende-se com o planeamento de cuidados, através do qual foram determinados os objetivos, selecionadas as intervenções de enfermagem e redigido o plano de cuidados (Apêndice XXVIII), contando com a colaboração das famílias (Ross, 2005). De acordo com Ross (2005),

o planeamento de cuidados à família abarca as expectativas da família como resultado da sua participação no processo, sendo fundamental a existência de uma colaboração mútua entre enfermeiro e família.

Tendo em conta a situação em particular de cada sistema cliente, e após identificação dos *stressores* bem como os seus potenciais/reais efeitos, foram estabelecidas prioridades em parceria com o *core*, de acordo com os recursos individuais (financeiros, condições da casa) de cada família, bem como as expectativas de cada um (resultados esperados) (Ross, 2005). Por conseguinte, o planeamento e implementação da minha intervenção, foi conduzida para a prevenção de acontecimentos indesejáveis (lesões por acidentes domésticos) e consecução dos resultados esperados, capacitação das famílias com crianças no segundo ano de vida para a redução/eliminação dos potenciais stressores, intervindo no fortalecimento das LFD de cada sistema.

3.5.4. Implementação de cuidados de saúde à família

A identificação prévia dos potenciais fatores de risco para a ocorrência de acidentes domésticos em famílias com crianças no segundo ano de vida, carece da implementação de intervenções adequadas à realidade de cada sistema cliente, de modo que este possa estar bem preparado para a sua prevenção. A implementação de cuidados é considerada como a quarta etapa do processo de enfermagem, cuja mesma preconiza colocar em ação o plano de cuidados, em parceria com as famílias, para atingir os objetivos delineados (Ross, 2005).

À luz do Modelo de Sistemas de Neuman (2010), a implementação de intervenções de enfermagem ao nível dos diferentes níveis de prevenção, visa proteger o *core* através do reforço das linhas de defesa que o envolvem.

Assim posto, e considerando a emissão do parecer favorável pela CES da ARSLVT a 13 de dezembro (Anexo XV) dei início às intervenções inerentes ao projeto de intervenção às famílias. A modalidade de recrutamento das famílias a integrar no estudo, bem como a obtenção do consentimento informado dos participantes, foi realizada através de uma abordagem no momento da consulta de enfermagem de saúde infantil/vacinação, explanando os objetivos do estudo, assim como a necessidade de dois

momentos em contexto de visita domiciliária. Após esta abordagem e identificado o familiar que cuida/coabita com a criança (familiar respondente/participante), foi agendada a primeira visita domiciliária, de acordo com a disponibilidade das famílias, da enfermeira orientadora e da minha própria disponibilidade.

O desenvolvimento de todo o processo realizado em contexto de visita domiciliária, permitiu a identificação dos reais *stressores* para a ocorrência dos acidentes domésticos, viabilizando uma prática interventiva ao nível do sistema cliente de forma ajustada. A visita domiciliária, como instrumento de aproximação entre o enfermeiro e as famílias, permite uma avaliação das condições habitacionais suscetíveis de influenciar a manutenção de saúde da família e da criança (OE, 2011). Em conformidade com o inicialmente planeado, foram realizadas duas visitas domiciliárias às famílias que coabitam e cuidam de crianças no segundo ano de vida.

No momento da primeira visita domiciliária e após assinatura do consentimento informado (Apêndice XXIX), por parte do familiar respondente, foi aplicado um questionário, segmentado em três partes. Na primeira parte do questionário (Apêndice XVIII), procede-se a uma avaliação do tipo de família, através da construção do genograma familiar, bem como a caracterização sociodemográfica do familiar da criança e da própria criança, cujo mesmo foi alvo de ajustamento, considerando as sugestões da CES, o que balizou a recolha de dados às famílias apenas ao nível do intrasistema. A segunda parte do questionário (Anexo XIII), é constituída pelo guia “Casa Segura: Conhecer para melhor proteger” da APSI (sd), tendo sido utilizado como *checklist* orientador na observação e identificação dos *stressores* ao nível do *Core* e das linhas que o envolvem (LFD). No entanto, pude constatar tratar-se de um instrumento muito extenso. A sua aplicação prevê uma visita a todas as divisões da casa, com aprovação e participação da família, para identificação conjunta dos fatores de risco, bem como a capacitação para a redução dos mesmos, alertando e reforçando através da educação, em tempo real a LFD do sistema. Destaco que apenas uma, das dez famílias da amostra, não mostrou disponibilidade para a realização da visita por todas as divisões da casa, o que foi respeitado. Por fim, a terceira parte do questionário (Anexo XIV), é composta pelo “Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos quatro anos” (Ramos, 2014). Este instrumento combina 12 variáveis que agregam uma determinada cotação (*score*), de modo que, no final seja

possível avaliar se a criança integra grupo de alto risco de lesão não intencional (*score* superior a 14).

Ainda em âmbito da primeira visita domiciliária, foi apresentada uma sessão de educação para a saúde “Casa (in)segura” (Apêndice XXX), de forma individualizada a cada família. Face à realidade multicultural, a forma de comunicação com as famílias teve uma relevância fundamental, por conseguinte, tive o cuidado de adotar uma linguagem adequada e compreensível para todas as famílias, garantindo a transmissão da informação necessária. Assim sendo, optei por realizar uma apresentação sustentada em imagens, transmitindo a mensagem pretendida de forma rápida, objetiva e direta.

Com o propósito de promover o envolvimento das famílias de forma ativa, contribuindo para incrementar o seu conhecimento, foi criada uma caixa, “Kit Criança Segura”, contendo vários acessórios de segurança infantil, nomeadamente protetores de esquinas de móveis e de tomadas elétricas, limitadores de abertura de armários e gavetas, batentes de porta entre outros (Apêndice XXXI). Esta ferramenta, como o subsídio na realização das intervenções ativas, através da demonstração, exemplificação e manuseio por parte dos familiares no seu ambiente individual, revelou-se de grande utilidade no contributo do desenvolvimento de competências com consequente mudança da sua realidade, ambiente e comportamentos para a diminuição dos *stressores*. Da mesma forma, Abassinia et al., (2019), ressalta a importância da educação, aliada à prática como estratégia na redução do risco de acidentes domésticos. No final desta visita domiciliária procedeu-se à entrega do questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde e dos conhecimentos adquiridos com a mesma (Apêndice XXXII).

A segunda visita domiciliária, realizada com um intervalo mínimo de quatro semanas após a primeira, foi agendada de acordo com a disponibilidade dos intervenientes e pretendeu avaliar a(s) mudança(s) ocorridas e os ganhos em saúde, após a minha primeira intervenção, bem como o reforçar de novas orientações.

De forma a cimentar os conhecimentos transmitidos durante a sessão de educação para a saúde, a mesma foi partilhada via email a todos os pais/familiar cuidador de crianças no segundo ano de vida, assim como sites relacionados com a temática em questão - APSI e Janela Aberta à Família. Os instrumentos, aplicados na primeira visita domiciliária, foram novamente aplicados na segunda visita domiciliária, com o intuito de validar ganhos em saúde, como mencionado anteriormente, confirmando-se a redução

dos stressores inicialmente identificados, observando-se um ambiente criado mais seguro pela redução do risco de acidente em meio doméstico.

Posto isso, de acordo com Joseph, et al. (2023), o enfermeiro, no seu papel privilegiado de proximidade com as famílias e crianças, durante as visitas domiciliares tem a oportunidade singular de realizar ações de orientação educativa e preventiva de acidentes domésticos. A realização da intervenção no ambiente doméstico, casa, é também apontada de forma consensual, por diversos autores, como o local selecionado, (Abbassinia et al., 2019; Kim et al., 2022; Doğan & Öztürk, 2021).

Nesta perspectiva, as intervenções de enfermagem em contexto de visita domiciliar, revelaram-se capazes de reforçar a LFD do sistema cliente durante o processo desenvolvido. Importa referir que foi tido em consideração a manutenção dos hábitos que os pais das crianças tinham em casa ao nível da LND, alertando, porém, para alguns potenciais riscos decorrentes dos mesmos. De salientar que a participação ativa do familiar cuidador em todos os procedimentos e decisões referentes às condutas adequadas, foi uma constante em todo o desenvolvimento do projeto.

3.5.5. Avaliação dos resultados de cuidados de enfermagem à família e sua análise

A avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem prestados, constitui a última etapa do processo de enfermagem à família e é efetuada em consonância com a concretização dos objetivos definidos. De acordo com Ross (2005), a avaliação dos resultados é um processo contínuo ao longo da prestação dos cuidados e cessa aquando de uma última avaliação e determina a consecução dos objetivos delineados.

Considerando a aplicação dos instrumentos de avaliação no momento da segunda visita domiciliar, foi realizada uma avaliação do resultado dos cuidados de enfermagem com o objetivo de validar as mudanças negociadas em colaboração com as famílias para redução/eliminação dos stressores identificados. Assim sendo, os cuidados de enfermagem foram implementados ao nível do sistema cliente, atuando no fortalecimento da LFD através da prevenção primária com consequente redução/eliminação dos stressores (fatores de risco) e manutenção do equilíbrio do *core*.

Esta linha, proporciona a estabilidade e integridade do *core*, quando exposto a *stressores* com os quais já teve prévio contato. Ressalto o elevado ganho em saúde relativamente a proteção dos alvéolos das tomadas elétricas e à utilização de protetores para prevenção dos entalões nas portas, entre a primeira e a segunda visita domiciliária de 10% para 100% das famílias, evidenciando-se o fortalecimento das linhas de defesa do *core* (Apêndice XXIII).

No que concerne à caracterização das variáveis ao nível da LFD que envolve o *core*, tendo em conta o, “Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos” (Ramos, 2014) (Apêndice XXIV), constata-se que após a minha intervenção na primeira visita domiciliária, houve um fortalecimento da LND, na medida em que se verifica um ganho em todas as categorias das diferentes variáveis (fisiológica, psicológica e sociocultural). Esta situação é corroborada por Magalhães (2021), ao considerar indispensável a intervenção do enfermeiro como disseminadora de conhecimentos para a redução dos acidentes e consequentes lesões, bem como na redução/eliminação dos fatores de risco, partindo da consciencialização dos pais e cuidadores (Paixão et al., 2021).

Mediante avaliação e análise da tabela em apêndice XXV que plasma a caracterização dos *Stressores* que afetam *core*, considerando o instrumento, “Casa Segura - Conhecer para melhor proteger” (APSI, sd), observa-se a constatação do ganho em saúde, após a intervenção em âmbito da primeira visita domiciliária, sustentada pela validação das mudanças positivas ao nível do sistema cliente. Neste sentido, tendo em conta a categoria das varandas, pode-se verificar na segunda visita domiciliária uma significativa diminuição do *stressor* na medida em que apenas 10% das famílias mantinham esta situação de risco com permanência de uma floreira próxima do gradeamento da varanda.

Enalteço a forma como uma família contornou a situação relacionada com a dificuldade em adquirir os limitadores de abertura de janelas ao optar pela remoção do sistema de abertura das janelas, tornado de todo impossível a abertura das mesmas e eliminando este *stressor* na sua totalidade. Verificou-se também um ganho em saúde de 100%, relativo à existência do *stressor* potenciador de lesões por acidentes domésticos (queda, asfixia...), relacionado com a desorganização no quarto de brinquedos, da primeira para a segunda visita domiciliária, tendo o mesmo sido totalmente eliminado,

após intervenção de alerta/educação para os potenciais perigos eminentes, fortalecendo as linhas de defesa do *core*.

Considerando o *stressor* referente ao mobiliário que não se encontrava fixo à parede, constatou-se após intervenção na primeira visita domiciliária, um ganho de apenas 10%, na medida em que apenas uma das famílias mudou este comportamento. A mesma admitiu não ter dado muito importância a este *stressor* quando foi abordado na primeira visita domiciliária, no entanto, revelou ter-se deparado com a sua criança a trepar uma prateleira de supermercado para tentar alcançar um brinquedo, procedendo de imediato ao cumprimento das indicações de segurança no seu ambiente doméstico.

Relativamente ao uso de protetores para prevenção dos entalões nas portas de casa, dado que todas as famílias adquiriram este acessório, ou colmatou o risco dando “asas à imaginação” através da construção artesanal de um acessório similar, com a mesma funcionalidade e eficácia, considero um ganho de 100% neste ponto, tendo sido eliminado como *stressor*.

Ressalto a totalidade das famílias (100%) a não usarem travões nas gavetas pesadas mesmo após a minha intervenção. A percentagem de crianças em risco perante este *stressor* manteve-se inalterada. Corroborando a necessidade de realização de intervenções adicionais contínuas, em vez de uma intervenção educativa única, como mais eficaz na criação de um ambiente doméstico seguro (Kim et al., 2022). No que concerne à manutenção de abertura das tampas das sanitas, verificou-se numa segunda visita domiciliária a eliminação do fator de risco na sua totalidade, após intervenção baseada no uso de uma *storytelling*, como estratégia de conceder um significado pertinente à situação.

Perante análise geral da tabela, enfatizo a anulação total de 35% dos *stressores* identificados entre a primeira e a segunda visita domiciliária com os dados do referido instrumento. Todavia, verifica-se a redução da prevalência em todos os restantes *stressores*, à exceção de um, que se manteve inalterado. Confirma-se, deste modo, a materialização das mudanças negociadas com o *core*, na redução/eliminação dos *stressores* identificados da primeira para a segunda visita domiciliária, com conseqüente reforço das linhas de defesa dos mesmos e redução do possível impacto dos *stressores*, promovendo o melhor nível de bem-estar do *core*.

Considerando a caracterização dos stressores que afetam o *core*, mediante análise da tabela que espelha o “Instrumento de medição de risco de lesão não intencional em ambiente doméstico/familiar em crianças até aos 4 anos” (Ramos, 2014) (Apêndice XXVII) enfatizo a anulação dos stressores, percepção do cuidador acerca do ambiente familiar, o tipo de acessibilidade aos medicamentos, aos sacos de plástico, invólucros de plástico e balões, bem como o uso dos adereços na criança posterior à intervenção de enfermagem. Relativamente ao uso de adereços, identificado numa das crianças (10%), devido a uma crença sociocultural, alertou-se para os riscos do uso deste adereço, podendo provocar asfixia, sufocamento ou estrangulamento, constituindo-se uma abordagem extremamente profícua, dado que na segunda visita domiciliária, esta criança não usava qualquer tipo de adereço.

Pese embora se confirme um ganho em saúde na redução de todos os stressores identificados entre a primeira e a segunda visita domiciliária, a anulação total dos mesmos não foi conseguida, justificando a importância de uma continuidade sistemática dos cuidados promotores de bem-estar e da implementação de estratégias para a prevenção dos acidentes. À semelhança desta conclusão, também Kim et al. (2022), ressalta a importância da continuidade das intervenções de forma sistemática, como forma de reforçar o conhecimento das intervenções anteriores, fortalecendo as competências parentais na prevenção de acidentes e promoção da segurança.

Por fim, a diminuição do *stressor*, considera a sua casa segura para crianças, na segunda visita domiciliária, levou-me a refletir na importância das intervenções do enfermeiro de família no que respeita à temática dos acidentes domésticos, denotando-se ter havido apreciação por parte dos elementos das famílias, relativamente ao que consideravam seguro no seu ambiente interno. Levantaram-se dúvidas e questões em ambas as visitas domiciliárias, promoveu-se um exercício reflexivo, levando as famílias a não considerarem as suas casas tão seguras, como inicialmente afiançavam, porém 20% das famílias mantinham este risco. Neste sentido, Joseph et al. (2023), referem que a realização de ações de educação em saúde, para a prevenção de acidentes domésticos aos cuidadores de crianças, permitem uma consciencialização sobre os potenciais fatores de risco identificados nos seus ambientes.

Considerando a análise relativa ao resultado ao *score* final do mesmo instrumento, verificou-se uma redução do *score* inicial em 70% das famílias da amostra (Apêndice

XXVII). Da primeira para a segunda visita domiciliária houve uma diminuição do risco relativo ao valor da média e da mediana do *score* bem como dos valores mínimos e máximos, desvio padrão e moda. Posto isto, verifica-se uma redução do *score* total relativamente à proporção dos riscos identificados nas primeiras e segundas visitas domiciliárias, todavia e face à significativa percentagem (40%) da amostra que manteve um *score* superior a 14, ressalto a importância da continuidade das intervenções de forma sistemática, reforçando competências na prevenção de acidentes e promoção de segurança (Kim et al., 2022), como já referido anteriormente. De uma forma geral, posso avaliar de forma positiva a aceitação das mudanças negociadas com as famílias, tendo em conta a redução dos *scores* finais da primeira para a segunda visita domiciliária.

O fato dos instrumentos de avaliação terem sido aplicados em dois momentos distintos, ambos integrados em visita domiciliária, permitiu intervir ao nível da prevenção de acidentes domésticos, considerando o(s) stressor(es) identificado(s). Neste sentido, o relato das intervenções no âmbito da prevenção dos acidentes domésticos, realizadas às famílias com crianças no segundo ano de vida em contexto de visita domiciliária, espelhadas no ponto da execução das atividades, vem dar credibilidade à consecução dos objetivos específicos. Posto isto, e considerando as atividades e intervenções inicialmente planeadas, os resultados revelam ter atingido os objetivos inicialmente propostos.

3.5.5.1 Avaliação dos Resultados Face aos Indicadores

De acordo com Tavares (1990) os indicadores podem ser classificados em Indicadores de atividade ou de execução, que mensuram as atividades desenvolvidas e indicadores de impacto ou resultado, que preveem a mudança de comportamentos ou do estado de saúde da população e medem as alterações verificadas. Por conseguinte, e de forma a serem conhecidos os ganhos em saúde, os indicadores previamente delineados, encontram-se disponíveis para consulta (Apêndice XXXIII).

4. DESENVOLVIMENTO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS – ANÁLISE REFLEXIVA

Num momento em que se aproxima a reta final, urge uma reflexão sobre o crescimento pessoal e profissional, que proporcionou o desenvolvimento das competências que conduzirão à obtenção do título de EEECESF e do grau de Mestre.

Tendo em conta o cuidar da família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, nas diferentes fases do ciclo de vida familiar ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, no decorrer do meu processo de aprendizagem e aprofundamento de conhecimentos esteve presente o desenvolvimento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do EEECESF, vinculadas às competências enunciadas nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Formação.

Não obstante a área de especialidade, as competências comuns certificam que o enfermeiro especialista detém um *“conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades”* (OE, 2019, p.4744), que mobiliza atuando nos diferentes níveis de prevenção, em todos os contextos e de acordo com as necessidades de saúde. O enfermeiro especialista atua numa esfera de ação tendo em conta quatro domínios de competências, designadamente, responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

O Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), definem os princípios Éticos e Deontológicos que fundamentam o exercício e boa prática da profissão de enfermagem. Por conseguinte adotei uma conduta responsável e ética, assumindo o compromisso de cuidar do cliente/família ao longo do seu ciclo vital, respeitando os seus direitos e interesses legais (OE, 2015). O consentimento informado revela-se um contrato fundamental na relação entre o enfermeiro, cliente/família. Nesta medida, para a execução do projeto de intervenção, mediante autorização de forma esclarecida e informada, foram respeitados os direitos das famílias, tendo sido realizada a apresentação e contextualização da minha intervenção, com o culminar no consentimento informado.

De forma a promover e acautelar o direito das famílias ao acesso à informação houve a necessidade de traduzir do folheto realizado para a língua inglesa, como anteriormente mencionado, garantindo práticas de cuidados respeitadoras dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais (OE, 2019).

A melhoria continua da qualidade (OE, 2019) do exercício profissional do enfermeiro, passa pelos padrões de qualidade, cuja sua função é nortear a prática especializada, viabilizando a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001). No decorrer da minha passagem nos diferentes locais de estágio, procurei desenvolver uma prática baseada no conhecimento e cumprimento da evidência, através do cumprimento de protocolos, orientações e normas, visto permitirem a uniformização de procedimentos e consequente prestação de cuidados de qualidade. O enfermeiro especialista, enquanto elemento fundamental na área da formação, mobiliza conhecimentos, partilha experiências, saberes e estimula à mudança, incitando o desenvolvimento e crescimento de uma equipa (OE 2015). Neste sentido, durante o percurso do estágio, tive a oportunidade de realizar ações de formação à equipa, no âmbito do meu projeto de intervenção em âmbito de formação em serviço, como um instrumento de melhoria da qualidade dos cuidados e de atualização científica.

Neste percurso, tive a oportunidade de acompanhar e participar com as enfermeiras orientadoras, no desempenho das suas funções relativamente à gestão de recursos humanos, aquando da elaboração de horários, gestão de toda a dinâmica de uma UCSP em fase de reajustamento para candidatura a USF, gestão de material durante a realização do inventário e reposição de stock do armazém de material clínico e não clínico conforme as necessidades do serviço, revelando-se momentos de grande aprendizagem, na área da gestão dos cuidados, adequando os recursos às necessidades dos cuidados, visando a garantia da qualidade dos mesmos (OE, 2019).

No que respeita ao domínio das competências de desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista demonstra capacidade de autoconhecimento, tem consciência de si enquanto indivíduo e profissional de enfermagem, gerando respostas de adaptação organizacional e individual (OE, 2019). Enquanto facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, e tendo em conta o espelhado anteriormente na execução do projeto, foi identificada a necessidade de adquirir um maior conhecimento sobre a temática, tendo-se elaborada uma revisão

scoping, cujos resultados foram divulgados à equipa multidisciplinar, como referido anteriormente.

O Regulamento n.º 428/2018 (2018), destaca o papel essencial do enfermeiro de família nos CSP, com significativa relevância na prevenção da doença. Neste sentido o EEECESF, assume um papel preponderante, como elo estruturante e operante na garantia do acesso aos CSP, bem como na prestação de cuidados especializados (OE, 2018).

Os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso académico e aplicados em contexto da prática clínica, contribuiu para o desenvolvimento das competências exigidas enquanto futura EEECESF. Por sua vez, os estágios realizados nas unidades de saúde permitiram-me: reconhecer a complexidade do sistema familiar e considerar as suas características holísticas, igualitárias e auto-organizadoras compreender a família como uma unidade em transição, sujeita a normas decorrentes dos processos de desenvolvimento inerentes ao seu ciclo vital; Estabelecer parcerias com as famílias e desenvolver o processo de cuidados que lhes permita enfrentar as transições; Realizar avaliações familiares a nível estrutural, de desenvolvimento e funcional; Reconhecer situações particularmente complexas, desenvolver diagnósticos e implementar práticas adaptativas às necessidades da família; intervenções de desenvolvimento para processos globais e, finalmente, uma avaliação das intervenções implementadas para promover e facilitar mudanças no funcionamento familiar.

Tendo em conta os Descritores de Dublin para o 2º ciclo, (Decreto-Lei n.º 74, 2006), que conferem a aquisição de grau de mestre, considero que o meu percurso académico com o desenvolvimento do projeto de intervenção, viabilizou a aquisição de competências de autoaprendizagem, aplicação de conhecimentos e capacidade de compreensão, comunicação e a tomada de decisões (Decreto-lei nº63/2016).

Neste sentido, para a elaboração de projeto de intervenção durante o estágio na USF, foram mobilizados conhecimentos referentes a questões éticas e deontológicas, que preconiza preservar a confidencialidade e o anonimato dos participantes aquando do planeamento e efetivação do projeto. Para tal, foram realizados os pedidos de autorização à CES da ARSLVT, promovendo o desenvolvimento de competências de mestre, particularmente aquando reflexão sobre as implicações e responsabilidades sociais e éticas (Decreto-lei nº63/2016).

Destaco a divulgação do conhecimento, integrada no desenvolvimento da competência de mestre relativamente à comunicação, na medida em que foram comunicadas conclusões, conhecimentos e raciocínios implícitos, a especialistas ou não, de forma clara (Decreto-lei nº63/2016). Por conseguinte, foram apresentadas sessões de formação à equipa multiprofissional da USF, distribuídos folhetos “Casa (In) Segura” às famílias com crianças no segundo ano de vida, afixação do poster “Acidentes Domésticos na Infância, Como Prevenir?” na sala de espera das consultas de saúde Infantil. Ainda neste contexto e em parceria com outra colega, como referido anteriormente, foi divulgada uma comunicação oral em formato de poster, no âmbito do “V Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, IV Congresso Internacional Ibérico”. Brevemente será apresentada uma compilação dos resumos das comunicações - e-book (Anexo XVI).

De acordo Ferrito et al. (2010), também a realização de um relatório, consiste numa das formas de divulgação dos resultados de um projeto. Por conseguinte, a realização deste trabalho escrito, que ficará posteriormente disponível no repositório da plataforma da ESEL, integra a divulgação de todo o percurso académico, bem como de todo o processo de desenvolvimento do projeto de intervenção às famílias. Importa ainda referir, ser minha pretensão, a divulgação futura do referido projeto, na unidade de saúde onde estou alocada, bem como a sua distensão a outras unidades de saúde do ACeS e caso seja oportuno, a sua divulgação em eventos científicos.

Todo o percurso de aprendizagem foi marcado por uma pesquisa de conhecimento, baseado na mais recente evidência científica, contribuindo para uma prestação de cuidados de excelência às famílias, como unidade de cuidados, considero ter adquirido a competência de mestre que se foca no desenvolvimento de aprendizagens ao longo da vida de forma autónoma e auto-orientada.

Neste sentido e após reflexão do percurso saliento a aquisição e consolidação de conhecimentos e competências permitindo realizar cuidados especializados, quer no domínio, das competências específicas do EEESF quer domínio das competências de mestre.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A carência de recursos de saúde, representa uma realidade preocupante da sociedade atual, o que torna premente a necessidade de uma mudança. A otimização dos recursos comunitários, nomeadamente as políticas de saúde a nível dos cuidados de saúde primários, poderão constituir uma virar de página neste drama que se avizinha. Deste modo, a família é considerada como o alicerce da sociedade, uma unidade funcional, um sistema composto por pessoas unidas por afinidade, consanguinidade, relações emocionais ou legais (CIPE®, 2015), é na família que crescemos e nos sustentamos física, psicológica e socialmente. É considerada como um sistema constituído por subsistemas, passa por mudanças e transições, previsíveis ou acidentais ao longo do ciclo vital, que requerem ajustamentos. Como tal, cabe ao enfermeiro de família, estar capacitado e preparado para poder avaliar e intervir, como suporte às famílias, que lhe são confiadas. Com a especialidade de enfermagem de saúde familiar, criada em 2018 pela OE, o EEECESF responsabiliza-se por cuidar das famílias como unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do seu ciclo vital nos diferentes níveis de prevenção, bem como liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, prestar cuidados especializados gerindo situações de especial complexidade em parceria com a família, a equipa interprofissional e interdisciplinar.

No decorrer deste percurso formativo, lidei com famílias a vivenciar angústias e situações complexas geradoras de instabilidade, que compõem a sua história nas diversas transições ao longo do ciclo vital. Porém, o exigente e complexo esforço que é necessário para lidar com situações associadas a sentimentos e emoções exige experiência e treino. A comunicação terapêutica, surge como um diálogo entre o enfermeiro e o cliente, com o objetivo de melhorar a saúde, a segurança e o conforto do mesmo, bem como cimentar o bem-estar e confiança. Posto isto, para o melhor desempenho dessa competência, surgiu a necessidade de maior investimento formativo na área da entrevista e comunicação terapêutica.

O desenvolvimento da prática em contexto clínico, proporcionou a mobilização de um conjunto de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares que antecederam,

permitindo uma articulação harmoniosa da teoria com a prática. Para o desenvolvimento das competências específicas do EEESF, mobilizei modelos e teorias de abordagem sistêmica das famílias, tendo a evidência científica como sustento. Esta premissa possibilitou a elaboração de um estudo de caso assente num sistema familiar a viver situações complexas desenvolvido em contexto da UCSP, para o qual considerei pertinente a mobilização do MCAIF, bem como a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Com o intuito de obter ganhos em saúde, o estágio desenvolvido em âmbito da USF, preconizou o desenvolvimento de um estudo descritivo com recurso à estatística descritiva, tendo resultado no projeto de intervenção, assente na capacitação das famílias na prevenção dos acidentes domésticos em crianças no segundo ano de vida. A estratégia focou-se na educação dos pais e familiares cuidadores, relativamente aos fatores de risco para a ocorrência dos diversos tipos de acidentes domésticos e respetivas medidas preventivas. Optando-se por métodos de ensino que reforçaram a eficácia das intervenções, através de sessões de educação individuais, a distribuição de folhetos educativos sobre a temática, a demonstração na prática dos acessórios preventivos de acidentes domésticos integrados no kit criança segura.

O consenso relativo à importância da intervenção em âmbito das visitas domiciliárias, na medida em que a “casa” é considerada como o local onde ocorrem mais acidentes domésticos, revelou-se como um instrumento facilitador na proximidade à família. Deste modo, permitiu fazer uma avaliação das reais condições ao nível do *core*, suscetíveis de influenciar a saúde da família e da criança (OE, 2011). A implementação das intervenções, foram desta forma ajustadas a cada sistema cliente em particular, favorecendo uma relação de confiança, respeito e empatia, facilitadora na adesão aos planos de intervenção. Assente no Modelo de Neuman a minha intervenção foca-se no sistema cliente, identificando os stressores e atuando precocemente ao nível da prevenção primária, para fortalecimento da LFD do *core*.

Como instrumento a ser utilizado no futuro de forma continuada, para desenvolvimento da disciplina de enfermagem e sua aplicação prática sustentada na evidência, a revisão de literatura - revisão *scoping* revelou-se uma estratégia fundamental na definição das intervenções de enfermagem, para a execução do projeto de intervenção.

De um modo geral, os constrangimentos identificados durante a realização do projeto prendem-se com a escassez de estudos nacionais encontrados, para sustentação do seu desenvolvimento, a gestão de tempo, dado que a autorização da CES para a elaboração do estudo foi concebida apenas em dezembro, limitando o tempo para realização das intervenções. Considero o reduzido tamanho da amostra, como outro fator limitador, tendo em conta que inicialmente tinha planeado estender o estudo aos avós, como hipótese de serem estes os cuidadores regulares dos seus netos, fato que não se veio a verificar em nenhuma das famílias abordadas. Não obstante, a demonstração de interesse por parte das famílias abordadas para colaboração no estudo, outro constrangimento que contribuiu para reduzido número da amostra, deveu-se à incompatibilidade de horário de trabalho das famílias com o horário de funcionamento da USF, limitando a sua participação.

Tendo em conta que a prática clínica de enfermagem desenvolvida nos cuidados de saúde primários, considera a família como alvo de cuidados, urge uma mudança de paradigma, assente na responsabilização do enfermeiro por um ficheiro constituído por famílias, ao qual lhe compete a gestão dos cuidados de enfermagem prestados às famílias. Pese embora, esta organização dependa de medidas de políticas de saúde, deixo como sugestão, a conceção de um Programa Nacional de Saúde Familiar, com a definição de metas e estratégias interventivas às famílias nos diversos estágios do ciclo vital, integrado nos atuais Programas Nacionais de Saúde, bem como a criação de indicadores de resultado da intervenção de enfermagem de saúde familiar, para testemunho de ganhos em saúde.

Este desafio pessoal que agora termino sobre a forma de relatório culmina num relato das atividades desenvolvidas, considerando os objetivos definidos para os estágios. Pretendo assim, destacar a relevância das competências adquiridas, tendo em conta que a OE salienta que, só este percurso formativo permite a obtenção do reconhecimento pela mesma, do título de especialista na área específica do Mestrado em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbassinia, M., Barati, M. & Afshari, M. (2019). Effectiveness of interventions in the prevention of home injuries among children under 5 years of age: A systematic review. *Arquivos of TRAUMA Research*, 8 (4), 190-197. https://www.researchgate.net/profile/Majid-Barati/publication/338517429_Effectiveness_of_interventions_in_the_prevention_of_home_injuries_among_children_under_5_years_of_age_A_systematic_review/links/5e18c1cc299bf10bc3a33d43/Effectiveness-of-interventions-in-the-prevention-of-home-injuries-among-children-under-5-years-of-age-A-systematic-review.pdf
- ACeS Lezíria, UCSP (2023). [Manual de Acolhimentos a Novos Profissionais de saúde. \(Oculto para não identificar a unidade de saúde\).](#)
- Alfaro-LeFevre, R. (2014). *Applying nursing process. The foundation for clinical reasoning.* (8th ed.) PA: Wolters Kluwer | Lippincott Williams and Wilkins.
- Alligood, M. & Tomey, A. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª edição). Lusociência.
- Ebook** Almeida, C. & Lopes, C. (2021). Storytelling - Pela voz e criatividade de profissionais das áreas da saúde: Um contributo para o bem-estar e para a literacia em saúde do cidadão. ISPA-Instituto Universitário. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/8257/1/E-BOOK%20-%20STORYTELLING_%20PELA%20VOZ%20E%20CRIATIVIDADE%20DE%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_reposit%C3%B3rio_ISPA.pdf
- Alves, L. (1999). Metáforas como Ferramenta Terapêutica. *Pensando Famílias*. 1(1), 62-68. <https://domusterapia.com.br/wp-content/uploads/2019/10/PF1B.pdf>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2022). *Relatório de avaliação: 30 anos de segurança infantil em Portugal 2022.* https://apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI_RELATORIO_30.pdf
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica.* (3ª ed). Lusodidacta.
- Caníço, H.; Bairrada, P.; Rodrigues, E. e Carvalho, A. (2010). *Novos Tipos de Família-Plano de Cuidados.* Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Chick, N. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Nursing Concern. In A. Meleis (Ed.) *Transitions Theory: Middle Range and Situation SApecific Theories in Nursing Research and Practice*. (pp. 24-38). Springer Publishing Company.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A Primeira arte da vida*. (2ª Edição). Lusociência.
- Decreto-Lei nº 298/2007 (2007). Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. Ministério da Saúde. *Diário da República*, Série I (nº 298 de 22-08-2007), 5587-5596. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Decreto-Lei nº 118/2014 (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, de 5 de agosto (2014). Ministério da Saúde. *Diário de República*, Série I (nº 149 de 05-08-2014), 4069-4071. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Decreto-Lei n.º 102/2023 (2023). Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde, de 7 de novembro. Assembleia da República. *Diário da República*, Série I (nº 2015 de 07-11-2023), 4 -20. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 103/2023 (2023). Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. Presidência de Conselho de Ministros. *Diário da República*, Série I (nº 215 de 07-11-2023), 21-48. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Doenges, M. & Moorhouse, M. (2013). *Application of Nursing process and nursing diagnosis – an interactive text for diagnostic reasoning*. (6ª ed.). F. A. Davis Company

- Doğan, M. & Öztürk, M. (2021). The Prevention of Non-traumatic Home Accidents Among Children Aged 0-6 Year. *The Journal of Current Pediatrics*, 19, 23-29.
<https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=1a52fe2f-6ef9-4852-a2a7-75a703bc5860%40redis>
- Ferrito, C. & Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Figueiredo, H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar-Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Freese, B. (2002). Modelo de Sistemas. In A. Tomey e M. Alligood (Eds.2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.ª edição, pp.335-354). Lusociência.
- Gielen, A., McDonald, E., & Shields, W. (2015). Unintentional home injuries across the life span: problems and solutions. *Annual review of public health*, 36, 231–253.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122722>
- Godinho, N. (2023). *Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Centro de Documentação e Biblioteca da ESEL.
https://www.esel.pt/sites/default/files/Trabalhos_escritos_Publicar_28deze2022.pdf
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Lusociência.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2019). *Infográfico – Acidentes Domésticos e de Lazer - EVITA*, 2019.
<https://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/6654/1/INSA-Infogr%C3%A1fico-EVITA.pdf>
- Instituto Nacional de saúde Doutor Ricardo Jorge. (2021). *Infográfico INSA: Acidentes Domésticos e de Lazer - Queimaduras (0-18 anos)*.
http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7781/2/INSA-InfograficoEVITA_A
- Joanna Brigs Institute. (2021). *JBI Manual for Evidence Synthesis: Development of a scoping review protocol*.

https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4685874/Downloadable+PDF+-+current+version?attachment=/download/attachments/4685874/JBIMES_2021April.pdf&type=application/pdf&filename=JBIMES_2021April.pdf

- Kim, M., Lee, H., Lee, Y., Kim, J. & Cho, H. (2022). Analysis of research on interventions for the prevention of safety accidents involving infants: a scoping review. *Child Health Nursing Research*, 28(4), 234-246. DOI: [10.4094/chnr.2022.28.4.234](https://doi.org/10.4094/chnr.2022.28.4.234)
- Leite, M. & Gasparotto, A. (2018). ANÁLISE SWOT E SUAS FUNCIONALIDADES: o autoconhecimento da empresa e sua importância. *Revista Interface Tecnológica*, 15(2), 184– 195. <https://doi.org/10.31510/inf.v15i2.450>
- Magalhães, D., Nobre, K., Theis, C., & Basegio, L. (2021). Accidents in early childhood: nursing contributions in the construction of preventive orientations. *Research, Society and Development*, 10(2), e21010212415. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12415>
- Martins, C. & Mello-Jorge, M. (2013). Circunstâncias e fatores associados às mortes acidentais de crianças, adolescentes e jovens em Cuiabá, Brasil. *São Paulo Medical Journal*, 131(4), 228-237. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2013.1314459>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.
- Ministério da Saúde (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010- 2016*. <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Documents/Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes.pdf>
- Minuchin, S. & Fishman, C. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. Paidós.
- Município de Vila Franca de Xira. (2024). *União das Freguesias da Castanheira do Ribatejo e Cachoeiras*, (Oculto link para preservar a identidade da unidade de saúde)
- Neuman, B., Fawcett, J. (2010). *The Neuman Systems Model* (5ª edição). Pearson Education.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual - enunciados Descritos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeFamiliar_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do Perfil de competências do enfermeiro de Cuidados Gerais.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_367_2015_Padroes_Qualidade_Cuidados_Especializados_EnfSaudeFamiliar.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das 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.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de 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 (2023). *Tomada de Posição nº1/2023.* Da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Comunitária – Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-positic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

Paiva, L. & Rasesa, E. (2012). O uso das cartas terapêuticas na prática clínica. *Psicologia Clínica*, 24(1), 193-207. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652012000100013&lng=pt&tlng=pt.

- Paixão, W., Barbosa, K., Pinheiro, J., Silva, K., Silva, M., Ribeiro, W., Rezende, N., Neves, K., Fassarella, B. & Santos, C. (2021). Domestic Accidents in childhood: Identifying potentialities for comprehensive care. *Research, Society and Development*, 10(9), e48110918027. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18027>
- Pordata (2018). Como crescem os Portugueses. Os números essenciais sobre a infância e adolescência no país. <https://www.pordata.pt/publicacoes/infografias/como+crescem+os+portugueses-182>
- Pordata (2021). *Conheça o seu Município*. [Base de Dados dos Municípios | Pordata](#)
- Pordata (2021). *População residente segundo os Censos: total e por sexo - Onde há mais e menos homens ou mulheres?* <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+sexo-17>
- Pordata (2021). *Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo (%) - Onde há mais e menos homens ou mulheres desempregadas por 100 ativos?* [https://www.pordata.pt/municipios/taxa+de+desemprego+segundo+os+censos+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-405](https://www.pordata.pt/municipios/taxa+de+desemprego+segundo+os+censos+total+e+por+sexo+(percentagem)-405)
- Pordata (2024). *Agregados domésticos privados monoparentais: total e por sexo*. <https://www.pordata.pt/portugal/agregados+domesticos+privados+monoparentais+total+e+por+sexo-20>
- Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem conceitos e procedimentos* (5ª ed.). Lusociência, Ed.
- Ramos, A. (2012). *CONSTRUÇÃO E ADEQUAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RISCO DE LESÃO NÃO INTENCIONAL EM AMBIENTE DOMÉSTICO/ FAMILIAR, EM CRIANÇAS ATÉ AOS QUATRO ANOS* [Tese de Doutoramento não publicada]. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. [file:///C:/Users/ribei/Downloads/Tese%20doutoramento%20final_julho13%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/ribei/Downloads/Tese%20doutoramento%20final_julho13%20(3).pdf)
- Ramos, A. & Nunes, L. (2014). Criança em ambiente doméstico/ familiar: consenso quanto aos fatores de risco de lesão não intencional. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (1), 45-54.

- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República*, Série II, (nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ross, B. (2005). O PROCESSO DE ENFERMAGEM E CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA. In S. Hanson (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação* (2ª ed., pp.157-179). Lusociência.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of nursing scholarship*, 26 (2), 119-127. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Serviço Nacional de Saúde. Decreto-Lei n.º 28/2008. *Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde (2024). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários USF X* (Oculto para não identificar a unidade). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30024/3114372/Pages/default.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Cuidado com cápsulas de detergentes*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/12/04/cuidado-com-capsulas-de-detergentes/>
- Serviço Nacional de saúde (2024). *Nova fase da organização do SNS*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2024/01/01/arranca-nova-fase-da-organizacao-do-sns/>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde. Departamento de recursos humanos da saúde - Centro de formação e aperfeiçoamento profissional. Central de impressão do Hospital Dona Estefânia.
- Unidade de Cuidados de saúde Personalizados (2023). *Manual de Acolhimento a Novos Profissionais de Saúde*. UCSP X (Oculto Link para preservar a identidade da unidade de saúde).
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Sílabo.
- World Health Organization. (2014). *Injuries and Violence: the facts 2014*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/149798>

Wright, L. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). Roca.