

Tânia Isabel Martins Fontainhas Teixeira

VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA EM SAÚDE INFANTIL:  
Necessidade de Visitação até ao 15.º dia de Vida

### **Relatório Final Volume II**

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Trabalho efectuado sob orientação de**  
Professora Doutora Ernestina M<sup>a</sup> Batoca Silva

Outubro de 2011



“Se desejamos alcançar uma paz real no mundo, temos que começar pelas crianças.”

**GANDHI**

## AGRADECIMENTOS

*“Deus quer, o Homem sonha, a obra nasce.”* Qualquer que seja o empreendimento humano, requer a mobilização de um grande esforço por parte dos intervenientes, quer sejam os actores principais, quer sejam os que nos apoiam nos bastidores, que choram com as nossas mágoas e riem com as nossas alegrias.

O meu agradecimento à minha família sempre tolerante para com as minhas “explosões” e disparates, (quando algo não corria como planeado), e para o seu apoio e alegria incondicionais em todos os outros momentos.

O meu agradecimento à Professora Coordenadora e Orientadora deste Relatório Final Professora Doutora Ernestina Batoca Silva pelas suas palavras de encorajamento e sabedoria, mesmo nos momentos de maior cansaço psicológico e físico, pela partilha de saberes e pelo seu afecto.

Aos colegas de mestrado pela “força” moral e amizade.

À equipa da UCSP Canas de Santa Maria pela sua colaboração no preenchimento dos questionários.

A todos os meninos e suas famílias pelos quais e para os quais trabalho e a quem dedico mais esta etapa da minha aprendizagem. Para que se traduza em ganhos para a sua saúde.

A todos os que, embora não citados, estiveram sempre presente. Eles sabem quem são.

## RESUMO

A visitação domiciliária em saúde infantil até aos quinze dias de vida da criança deveria constituir uma das intervenções prioritárias de enfermagem, já que é o momento oportuno para avaliar o estado de saúde do recém-nascido e mãe, assim como a interacção entre estes e restante família, para identificar possíveis situações de risco e orientar com ensinamentos sobre os cuidados básicos ao recém-nascido, proporcionando aos progenitores conhecimentos através de demonstrações e orientações práticas.

Pretende-se acima de tudo que o enfermeiro seja capaz de dotar os pais de competências que lhes permitam o cuidar do recém-nascido, com informações que minimizem os anseios e os medos da família, promovendo um ambiente familiar saudável.

Neste contexto, esta investigação insere-se no paradigma quantitativo e qualitativo com uma abordagem exploratória, descritiva e transversal e tem como principais objectivos para o grupo dos profissionais de saúde e para o grupo das mães, conhecer a opinião dos mesmos em relação à necessidade de efectuar a visitação domiciliária em saúde infantil até aos quinze dias de vida, bem como chegar a algumas conclusões respeitantes à utilidade e pertinência dos ensinamentos de enfermagem realizados durante a gravidez e período pós-parto. Foram para isso utilizadas duas amostras escolhidas com diferentes critérios, de oito profissionais e vinte e cinco mães. Chegámos a algumas conclusões interessantes, que apenas têm validade considerando as amostras em estudo. No entanto deixamos um contributo para os enfermeiros especialistas em saúde da criança e do jovem que pretendam empreender um projecto de visitação domiciliária em saúde infantil.

**Palavras - Chave:** visitação domiciliária; saúde infantil; enfermagem; recém-nascido.

## **ABSTRACT**

Home visitation on children's health up to fifteen days of life should be a priority of nursing interventions, since it is the opportune moment to assess the state of health of the newborn and mother, as well as the interaction between these and the rest of the family, to identify potential risk situations and guide with teachings about the basic care of the newborn, affording parents knowledge through demonstrations and practical guidelines.

Aim is above all that the nurse is able to provide parents of skills that may enable them to take care of the newborn, with information that minimizes the desires and fears of the family, promoting a healthy family environment.

In this context, this research is part of the qualitative and quantitative paradigm with an exploratory, descriptive and cross-sectional approach and has as main objectives for the Group of health professionals and for the Group of mothers, to know the opinion of the same in relation to the need to make the home visitation on children's health up to fifteen days of life, and reach some conclusions regarding the usefulness and relevance of teaching nursing during pregnancy and postpartum period. Two samples were chosen for this used with different criteria, of eight and twenty-five mothers. We have some interesting conclusions that only have validity considering the samples in the study. However we make a contribution to the nurses health specialists of children and young people wishing to undertake a project of home visitation on children's health.

**Key Words:** home visitation; infant health; nursing newborn.

# ÍNDICE

Pág

ÍNDICE DE SIGLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE TABELAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
ÍNDICE DE QUADROS	
1- INTRODUÇÃO.....	13
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2- VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA.....	19
2.1 FACILIDADES E DIFICULDADES NA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA.....	21
3- VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA EM SAÚDE INFANTIL.....	25
4- OBJECTIVOS DA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA EM SAÚDE INFANTIL.....	31
5- PROGRAMAÇÃO E METODOLOGIA DA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA.....	35
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
6- METODOLOGIA.....	39
6.1 CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	39
6.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	40
6.3 OBJECTIVOS DE ESTUDO.....	41
6.4 DESENHO DE INVESTIGAÇÃO.....	42
7- PARTICIPANTES.....	43
7.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	43
7.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	44
7.2.1 Dados dos profissionais de saúde.....	44
7.2.2 Dados da mães.....	46
8- INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	49
9- PROCEDIMENTOS.....	51
10- ANÁLISE DOS DADOS.....	53
11- ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	55
12- CONCLUSÕES E PROPOSTAS.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

## **ANEXOS**

**ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

**ANEXO II – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE SAUDE**

**ANEXO III – QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS MÃES**

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>FIGURA 1</b> – Papel do enfermeiro.....	26
<b>FIGURA 2</b> - Desenho de investigação.....	37
<b>FIGURA 3</b> – Categorias de análise.....	48

## ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
<b>TABELA 1-</b> Distribuição da amostra de acordo com o sexo e categoria profissional.....	39
<b>TABELA 2-</b> Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício profissional.....	40
<b>TABELA 3-</b> Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício e a categoria profissional.....	40
<b>TABELA 4 –</b> Distribuição da amostra em função da idade.....	41
<b>TABELA 5 –</b> Indicadores estatísticos de avaliação da amostra em função da idade.....	41
<b>TABELA 6 –</b> Distribuição da amostra segundo o número de filhos.....	41
<b>TABELA 7–</b> Distribuição da amostra segundo a instituição em que frequentou as consultas de saúde materna.....	42
<b>TABELA 8-</b> Distribuição da amostra segundo a categoria profissional e a avaliação da necessidade de VD em saúde infantil até ao 15º dia de vida.....	46

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>GRÁFICO 1</b> – Distribuição da amostra segundo a instituição em que frequentou as consultas de saúde materna.....	42
<b>GRÁFICO 2</b> – Actividades realizadas Informações recebidas no primeiro contacto com a UCSP.....	54
<b>GRÁFICO 3</b> – Fontes de aquisição de conhecimentos.....	54
<b>GRÁFICO 4</b> – Outros (Fonte de aquisição de conhecimentos).....	55
<b>GRÁFICO 5</b> – Figuras com papel importante na preparação para a maternidade.....	56
<b>GRÁFICO 6</b> – Temáticas a abordar na VD.....	57

## ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

<b>QUADRO 1</b> – Categoria de análise: Ensinos de enfermagem no âmbito das consultas de saúde materna e saúde infantil.....	50
<b>QUADRO 2</b> – Categoria de análise: Ensinos de enfermagem realizados na maternidade.....	52
<b>QUADRO 3</b> – Categoria de análise: Preparação para a maternidade.....	53

## ÍNICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde

**EUA** – Estados Unidos da América

**RN** – Recém-nascido

**UCSP** - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**VD** – Visitação domiciliária

## **1- INTRODUÇÃO**

Com a recente reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários, a abordagem centrada nas famílias e no ciclo de vida está a ganhar maior visibilidade, nomeadamente, em relação aos problemas de origem social, permitindo uma visualização mais integrada dos problemas de saúde prioritários em cada um dos diferentes grupos etários. Os momentos especiais do ciclo de vida, como por exemplo o nascer, representam oportunidades para a educação para a saúde e acções de prevenção de saúde, entre outras intervenções.

Após a alta da maternidade o relacionamento com o recém-nascido em casa é uma experiência nova, vivida com grande expectativa e, habitualmente, muito exigente para os pais, pois é a altura em que estes se confrontam pela primeira vez com muitas dificuldades relacionadas com o cuidar do recém-nascido. Os conhecimentos adquiridos durante a gravidez, (fase temporizada e caracterizada por profundas alterações a nível somático, endócrino e psicológico), e os poucos dias de permanência da mulher na maternidade não permitem o esclarecimento de todas as dúvidas, e os dias que se seguem, embora muito desejados, são difíceis, pois para além de ter necessidade de ajustar as suas expectativas e os seus ritmos de vida às características do recém-nascido e à satisfação das suas necessidades, tudo isto coincide com o período de tempo em que ainda está a recuperar do stress físico da gravidez e do trabalho de parto.

Após o parto ocorre o puerpério, período em que continuam a existir sucessivas transformações, implicando novas alterações físicas, psicológicas, emocionais e sociais. A adaptação a estas mudanças tão intensas leva a mulher a tornar-se sensível, confusa e ansiosa (TORRE, 2001 apud MALDONADO, 1981).

Estas mudanças são resultado de um processo natural, em que ser mãe não pressupõe a existência de capacidades naturais para enfrentar estas realidades, mas exige uma aprendizagem formal e informal.

A visitação domiciliar apresenta-se aqui como uma prática interessante para os enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários na medida em que visa fortalecer o elo entre pais e recém-nascido, dotando-os de competências para exercer as suas funções parentais e minimizando os seus anseios e medos em relação ao novo ser.

Este tipo de intervenção deveria mesmo ser encarada como uma estratégia prioritária de trabalho com as crianças e suas famílias, pois integra um conjunto de acções de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial.

É através da visitação domiciliária que o enfermeiro terá condições reais de avaliar a situação sócio-ambiental e habitacional onde a criança e sua família vivem, e onde poderá ainda planejar e executar as acções assistenciais adequadas, contribuindo para a mudança de padrões de comportamento que acarretem riscos à qualidade de vida dos mesmos.

Este trabalho visa propiciar uma reflexão sobre a visitação domiciliária como um dos instrumentos de prestação de assistência à saúde de carácter preventivo. Algo que, com o passar do tempo, foi desaparecendo dos serviços, dada a necessidade cada vez mais crescente de prestar cuidados de natureza curativa relacionados com a existência de doença e com o envelhecimento da população portuguesa. Verificamos neste momento que visitação domiciliária de prevenção e educação para a saúde, neste caso saúde infantil, é realizada apenas esporadicamente e somente em raros serviços de saúde.

O tema merece reflexão, pois, a visitação domiciliária é um dos instrumentos mais indicados para se começar a trabalhar o indivíduo, a família e a comunidade na prestação de assistência à sua saúde, dentro do seu contexto social, desde que seja realizada mediante processo racional e com objectivos definidos que estejam dentro dos princípios de eficiência.

A opção metodológica do estudo orienta-se para uma abordagem mista, predominantemente qualitativa, na medida em que se propõe uma análise interpretativa sobre as necessidades expressas pelas mães e futuras mães de crianças que frequentam as consultas de vigilância em saúde infantil. Neste sentido, foi realizado um estudo de natureza exploratória, a um grupo de 25 mães e futuras mães pertencentes à UCSP Canas de Sta e aos profissionais de saúde a exercer funções na mesma unidade de saúde. O instrumento de colheita de dados consistiu em dois questionários preenchidos pelos grupos acima referidos.

Assim, na primeira parte deste trabalho, será feita uma revisão teórica sobre a visitação domiciliária; abordamos mais especificamente a visitação domiciliária em saúde infantil, os seus objectivos, programação e metodologia.

A segunda parte deste trabalho apresenta a investigação empírica realizada sobre as opiniões colhidas através dos questionários aplicados a profissionais de saúde e às mães das crianças; Apresentamos o enunciado do problema, as questões de investigação resultantes dos objectivos e o instrumento de colheita de dados. A selecção e

caracterização dos sujeitos das duas amostras (profissionais de saúde e mães), os procedimentos, a análise dos dados e apresentação dos resultados obtidos.

Os resultados obtidos, após análise de conteúdo dos dados, sugerem as seguintes conclusões:

**Relativamente aos profissionais de saúde inquiridos:**

- Verificamos que a maioria dos profissionais de saúde considera oportuna a realização de visitação domiciliária em saúde infantil, sendo referido como principal motivo “Traduz-se em ganhos para a saúde da criança e família”.
- Quando questionados acerca da realização da visitação domiciliária, por um enfermeiro com especialidade na área, os membros da equipa médica e de enfermagem consideraram que todos os enfermeiros têm competências e conhecimentos que lhes permitem levar a cabo a visitação domiciliária em saúde infantil, embora a situação ideal seria se esta fosse realizada por um enfermeiro com especialização em saúde infantil e pediatria.
- Os profissionais da equipa médica revelaram abertura e disponibilidade em acompanhar os enfermeiros na realização da visitação domiciliária, sempre que a situação o justificasse.

**Relativamente às mães das crianças inquiridas:**

- A maior parte das mães tem apenas um filho e foram seguidas maioritariamente nas consultas de saúde materna da UCSP.
- As mães que durante as suas consultas de saúde materna tiveram ensinamentos dirigidos para as questões e necessidades relacionadas com a gravidez, parto e recém-nascido, referiram que estes eram de grande utilidade e pertinência, nomeadamente se se tratava de uma situação de primeiro filho.
- Apesar das informações fornecidas pelas enfermeiras, algumas das mães não viram esclarecidas as suas dúvidas, ou porque não houve oportunidade de as colocarem na altura, ou porque estas ainda não existiam durante o desenvolvimento da gestação ou pós-parto imediato, surgindo apenas aquando da ida para o domicílio.
- Apesar da existência de conteúdo informativo de qualidade, algumas das mães referiram a necessidade de adquirirem mais conhecimentos

## *Visitação domiciliar em saúde infantil*

- Verificámos que os “profissionais de saúde” (enfermeira e médico) representaram para as mães inquiridas pessoas com um papel importante na sua preparação como futuras mães, sendo referidos com a mesma frequência que “a própria mãe” da senhora em questão.
- Quando questionadas acerca da necessidade de realização de visitação domiciliar, em saúde infantil até aos quinze dias de vida, a resposta foi invariavelmente sim para 92% das inquiridas.

PARTE I  
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



## **2- VISITAÇÃO DOMICILIARIA**

A visitação domiciliária “enquanto área de actuação constitui uma das actividades próprias da enfermagem, numa abordagem ampla que tem a finalidade de estender as acções de saúde à população, dentro de um contexto social”. (EGRY; FONSECA, 2000, p.233).

Na opinião de QUEIRÓZ, (1991 apud HAODAD, 1977) “a visitação domiciliária consiste em: querer obter a maior quantidade de informação possível sobre a situação de saúde, material, física, moral e social dum indivíduo ou de uma família, tendo em vista uma tomada de acção útil”.

No conjunto da produção de serviços de saúde colectiva, a visitação domiciliária (VD) tem sido um dos instrumentos historicamente mais utilizados no âmbito da intervenção de enfermagem de saúde pública e comunitária, constituindo a família o alvo de atenção das suas actuações. É indicada e reconhecida como estratégia para o trabalho na comunidade, sendo um método eficaz, pois pode despertar na população a preocupação para as questões da sua saúde, orientá-la na articulação com outros serviços para a resolução dos seus problemas e fornecer-lhe subsídios educativos para torná-la independente.

Integrando a prática de enfermagem de saúde pública, a VD teve origem nos modelos teórico-práticos advindos da sociedade norte-americana, vigentes na primeira metade deste século, como resultado das exigências sociais de afirmação da categoria profissional de enfermagem de nível universitário (EGRY; FONSECA, 2000).

A partir daí, a visitação domiciliária foi adquirindo importância tal na produção de serviços, que deu origem a categorias ocupacionais especificamente preparadas para desempenhar tal procedimento, o caso dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária. No entanto, conforme já foi referido, e devido ao rápido envelhecimento da população portuguesa, à necessidade de cuidados de enfermagem relacionados com as patologias geriátricas e à realização de intervenções mais invasivas como a colocação de sondas ou realização de pensos, a visitação domiciliária de carácter preventivo efectuada por estes profissionais, foi dando lugar a visitas de carácter curativo efectuadas por enfermeiros com

ou sem especialidade na área, que exercem as suas funções na área dos Cuidados de Saúde Primários.

Assistimos neste momento a uma descaracterização da visitação domiciliária, tal como foi pensada no início. No entanto, existe uma visão inovadora e dinâmica da enfermagem, que muitos se recusam a aceitar, e que nos conduz ao campo das competências de enfermagem, cuja finalidade única é a de mobilizar as capacidades da pessoa por forma a suplantar as suas limitações e dificuldades, se as suas capacidades forem insuficientes. Esta competência de enfermagem capaz de dotar os outros de competências que lhes permitam ter uma vida mais saudável designa-se “*Empowerment*” e revela-se de extrema importância quando se trabalha com pais inexperientes. A visitação domiciliária é a actividade que permitirá ao enfermeiro conhecer, relacionar-se e actuar preventivamente de forma mais eficaz.

De acordo com SILVA (2009), a visitação domiciliária desenvolve um maior vínculo entre profissionais de saúde e a população, possibilitando uma atenção qualificada, focada na promoção da saúde de todos os membros.

De acordo com MAZZA (1994, p.60), a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários de 1979 refere também que “(...) com a finalidade de mobilizar a comunidade e conseguir o seu envolvimento, um dos recursos que pode ser utilizado é o processo de educação para a saúde, por intermédio da visitação domiciliária”.

A Conferência de Alma Ata, na qual são explicitados preceitos para os cuidados primários em saúde, permite que se possa considerar a atenção domiciliária como um dos meios de se obter do indivíduo, da família e da comunidade a sua participação no planeamento, organização, operação e controlo desses cuidados fazendo uso dos recursos locais disponíveis.

Ainda de acordo com a opinião de SILVA, a visitação domiciliária é um importante instrumento para os enfermeiros:

(...) “é um instrumento que possibilita aos enfermeiros identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros que a compõem, como estas formas são socializadas entre os membros, quais os padrões de solidariedade que se desenvolvem no interior do universo familiar, e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Além de buscar a identificação dessa funcionalidade familiar” (...). SILVA (2009, p.37 apud FRACOLLI e BERTROLOZZI, 2001).

A visitação domiciliária implica a necessidade de conhecer a família, criar vínculos para poder entrar em sua casa, a partir do desejo e da permissão de seus membros em aceitar a nossa presença, o que envolve participar na sua dinâmica e nos seus problemas. Mesmo sendo a visitação domiciliária necessária, não podemos deixar de considerar que somos “invasores”, sujeitos estranhos à família. (*idem, ibidem* 2009)

A visitação surge como “um mecanismo de criação de vínculos, sendo este representado pelos profissionais como um estado de respeito e de confiança conquistado por eles em relação aos usuários e construído por meio da convivência e do contacto constante (...)” (SAKATA, 2007, p.662).

A compreensão do espaço domiciliário proporciona um olhar sobre as diferentes dimensões do cuidado familiar e, assim, promove um cuidado individualizado. Desse modo, o domicílio é considerado espaço especial de desenvolvimento das acções de promoção da saúde e prevenção das doenças e outras complicações com implicação na saúde.

Segundo MAZZA, 1994 (apud COSTA, 1977) “a visitação domiciliária como actividade dirigida à família enseja um tipo de ensino voltado à solução de problemas de vivência em situações da vida real, no ambiente familiar (...) tem o objectivo eminentemente educativo, e como um processo educativo, ela tem a finalidade de auxiliar a família a ajudar-se a si mesma”. É uma actividade caracterizada fundamentalmente pela interacção entre indivíduos, e aí, a comunicação assume uma importância decisiva.

Ainda de acordo com MAZZA, 1994 (apud ARCHER; FLESHMAN, 1977) “a capacidade para comunicar é a habilidade de trocar pensamentos e mensagens com outra pessoa. Numa entrevista o cliente e a enfermeira trocam ideias e a efectividade do intercâmbio depende da percepção que cada um tem do outro”.

A visita domiciliária será mesmo um dos métodos mais eficientes, utilizados pela enfermagem há muito tempo, para proporcionar assistência à saúde da família.

Os objectivos desta actividade podem ser sintetizados conforme descrito por NOGUEIRA e FONSECA (1977):

- Prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, quando se justificar para o individuo, para a família e para o serviço de saúde sob o aspecto económico, social ou psicológico;
- Orientação e educação a um ou mais membros da família para a prestação de cuidados no domicílio;
- Supervisão dos cuidados delegados à família;

- Orientações à família em assuntos de higiene em geral, quando o ambiente do serviço de saúde não for o mais indicado, pois as condições não serão as mesmas;
- Colheita de informações sobre as condições sócio-afectivas da família, através da entrevista e da observação (adaptado de NOGUEIRA, e FONSECA, 1977).

## 2.1 - FACILIDADES E DIFICULDADES NA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

A visitação domiciliária constitui uma actividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade. O seu objectivo é contribuir para a efectivação das premissas de promoção de saúde definidas pela Organização Mundial de Saúde e adoptadas também pelo Serviço Nacional de Saúde Português. Esta actividade é preconizada por profissionais da área de enfermagem de relevo, pelos quais é indicada e reconhecida como estratégia para o trabalho na comunidade, sendo um método eficaz, pois pode despertar na população a preocupação para as questões da sua saúde, orientá-la na articulação com outros serviços para a resolução dos seus problemas e fornecer-lhe subsídios educativos para torná-la independente.

Ainda assim, a visitação domiciliária apresenta vantagens e limitações definidas pelas mesmas autoras anteriormente citadas.

### **As vantagens são as seguintes:**

- Proporcionar aos profissionais o conhecimento sobre o indivíduo, o seu verdadeiro contexto de vida ou meio ambiente, caracterizado pelas condições de habitação, pelas relações socio-afectivas entre os vários membros da família, factores importantes a serem identificados para a prestação da assistência integral à saúde;
- Facilitar a adaptação do planeamento da assistência de enfermagem de acordo com os recursos de que a família dispõe;
- Proporcionar um melhor relacionamento do profissional com a família, por ser um método menos formal e mais sigiloso em relação aos utilizados em outras actividades dos serviços de saúde;
- Proporcionar maior liberdade para os clientes exporem os seus problemas, pois o tempo dedicado a eles é bem maior.

### **As principais limitações são:**

- É um método relativamente caro, comparado com outros, pois depende da utilização de pessoal treinado e, muitas vezes requer transporte;

## *Visitação domiciliar em saúde infantil*

- Pequeno rendimento em relação a outros métodos, pois é gasto muito tempo não só na execução da visita, como também na locomoção do profissional e, posteriormente, na avaliação da visita domiciliar. (adaptado de NOGUEIRA, e FONSECA, 1977).



### **3- VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA EM SAÚDE INFANTIL**

O nascimento de um bebê é um acontecimento saudável. A intenção de implementar um programa de visitação domiciliária em saúde infantil é começar o trabalho no ponto onde a maternidade o deixou, não duplicando nem omitindo quaisquer elementos fundamentais.

Hoje em dia a filosofia orientadora dos cuidados pediátricos centra-se na família e estes cuidados são prestados em parceria com os pais. As crenças e valores que sustentam esta filosofia incluem o reconhecimento dos pais como os melhores prestadores de cuidados à criança. Infelizmente, nem sempre os pais são competentes no cuidar (por falta de conhecimentos, fraco apoio familiar, de amigos ou profissionais de saúde).

Apenas o enfermeiro “prestador de cuidados domiciliários”, de preferência detentor da especialidade de saúde infantil, tem uma perspectiva completa da família, apercebendo-se melhor da dinâmica familiar e das necessidades de cada elemento.

Nos Estados Unidos da América, a Association of Women`s Health, Obstetric and Neonatal Nurses publicou uma declaração de princípios e orientações para os cuidados peri-natais, advogando cuidados domiciliários especializados no pós-parto como componente necessária para satisfazer os objectivos nacionais em cuidados de saúde para famílias com filhos recém-nascidos.

A maior parte dos programas de visitação domiciliária em saúde infantil opera no sentido de reduzir situações de negligência e maus-tratos a crianças provenientes de famílias de risco. As enfermeiras que efectuam a visitação programam estratégias de saúde preventiva, com o propósito de evitar a incidência de lesões intencionais ou não intencionais em crianças, promover um crescimento e desenvolvimento harmoniosos e reduzir a prevalência de doenças evitáveis através da cobertura vacinal.

Com base nas suas observações, as enfermeiras delinham, juntamente com os pais, um plano de cuidados personalizados que facilite as intervenções necessárias ao bem-estar da criança, providenciando também educação para o desenvolvimento das competências parentais, cuidados antecipatórios e assistência na mobilização de recursos de saúde. (SMITH, 2002) A “enfermagem pós-parto” nos EUA tem assim, através da realização da visitação domiciliária, dado um contributo valioso para a recuperação de mães e bebês depois do parto e para o início bem sucedido de novas famílias.

O amadurecimento biológico de um indivíduo resulta de muitos factores interrelacionados. Existem factores genéticos que parecem estabelecer os limites biológicos no ser humano, no entanto estes estão também intimamente ligados ao meio ambiente.

Crescer supõe mudanças físicas e aquisições de valor; o crescimento como pessoa implica mudanças emocionais e sociais, determinadas pela interrelação com o meio ambiente. (DAZA, 1994) Cit. por MARTIN, 1994.p 62.

Os primeiros contactos do ser humano com o ambiente têm lugar no seio da família, composto pelos seus diversos elementos, luzes, cores, ruídos, que vão ter a sua influência positiva ou negativa no desenvolvimento e crescimento do recém-nascido.

“O enfermeiro é o profissional de saúde com melhores condições para desenvolver o seu trabalho no contacto directo com a comunidade, para valorizar o ambiente familiar, o relacionamento entre pais e recém-nascido desde o primeiro momento (...), o enfermeiro sabe avaliar e como actuar sobre factores ambientais nocivos ou benéficos, que rodeiam a criança, e como reduzi-los, no primeiro caso, ou reforçá-los, no segundo caso.” (idem, ibidem 1994).

Reflectindo sobre os conceitos apresentados anteriormente, porque entendo que a visitação domiciliária é uma actividade inerente aos cuidados de alta qualidade que se pretende serem realizados pelos enfermeiros especialistas, tomemos como centro das nossas preocupações a saúde materna e infantil. Qual a realidade que observamos?

- O número de nascimentos tem vindo a diminuir, mas o número de gravidezes de risco e alto risco a aumentar.

- As taxas de mortalidade infantil e a morbilidade, diminuem e alteram-se, elevando-se o número de crianças com doença crónica e deficiência, perspectivando-se uma cada vez maior hospitalização de crianças.

- “O recém-nascido enfrenta condicionantes ligadas aos estilos de vida, que interferem no estabelecimento no vínculo Pais-Filho”. QUEIRÓS, 1991 (*apud* BRAZELTON, 1981).

- As famílias de pais separados são frequentes, crianças e jovens adolescentes enfrentam as suas consequências.

- A epidemiologia actual permite a identificação de factores de risco e de grupos vulneráveis o que torna necessária a utilização de critérios de identificação que considerem as condições de vida da família, as características sócio-culturais, os antecedentes de saúde dos pais, irmãos e da própria criança. (QUEIRÓS, 1991, p.5)

A intervenção do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica insere-se nestas problemáticas, a sua actuação deverá centrar-se no envolvimento com o meio familiar e a comunidade. Indo de encontro a uma expressão do Professor Torrado da Silva, citado por idem, 1997, p.6 “Os melhores técnicos de saúde infantil, são os Pais, eles precisam de ajuda!”

A visitação domiciliária permitirá apoiar, guiar e aconselhar os pais ajudando-os a adquirir atitudes e comportamentos que os tornem mais responsáveis pela sua própria saúde e a dos seus filhos.

O papel do enfermeiro é o de interagir com os pais por forma a contribuir para que adquiram o controle sobre a sua própria família, isto é, aumentar a sua autonomia e auto-responsabilidade em matéria de saúde, avaliando as suas capacidades e necessidades de aprendizagem no que diz respeito a actividades básicas **relacionadas com o cuidar do recém-nascido**, nomeadamente:

- Cuidados de Higiene;
- Cuidados com o cordão umbilical;
- Amamentação;
- Preparação de biberões;
- Como avaliar a temperatura;
- Como manter o ambiente seguro;

**Relacionados com factores de desenvolvimento e crescimento infantis** e que inclui:

- Características da criança;
- Estimulação;
- Sinais de doença;
- Eliminação normal (consistência e aspecto das fezes)
- Eliminação normal (consistência e aspecto das fezes)

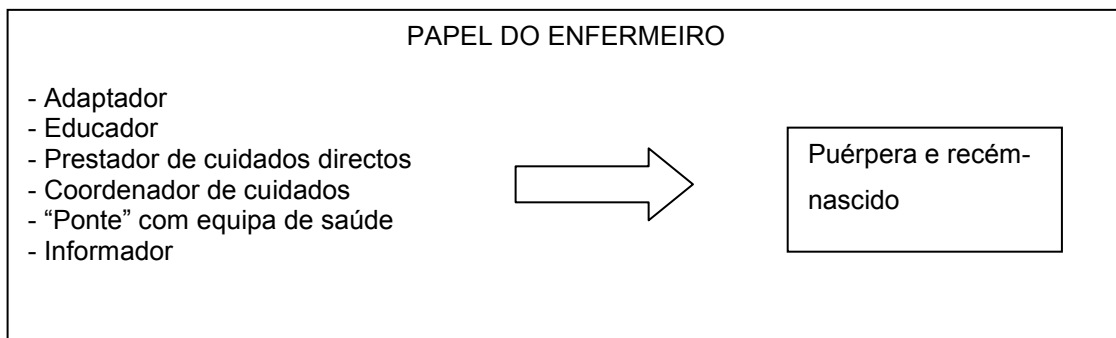
**Relacionados com as necessidades/ sentimentos dos pais** e cujos objectivos são:

- Identificar situações de labilidade emocional ou de “crise familiar” que interfiram na capacidade de estabelecer um vínculo afectivo;

- Proporcionar aos pais uma oportunidade de expressar os seus sentimentos de perda de controle ou inexperiência;
- Reforçar positivamente as capacidades e habilidades dos pais para cuidar do filho recém-nascido;
- Fornecer orientações antecipatórias adequadas;
- Identificar/encaminhar situações.

Esquemáticamente podemos resumir o papel do enfermeiro da seguinte forma:

**FIGURA 1 – Papel do enfermeiro**



Fonte: Adaptado de MARTÍN, López – Papel de la enfermera. *Atención Domiciliaria - Diagnosticos de enfermeria*. Nova York. Interamericana Mc Graw-Hill. 1994. P. 64

Durante a visitação domiciliária, a prioridade é o fortalecimento dos cuidados necessários para a articulação perfeita do binómio pais-filho e o desenvolvimento de conhecimentos e competências que facilitem a adaptação dos pais ao novo componente da família, bem como o favorecimento de vínculos intrafamiliares com este novo ser. (TEIXEIRA et al., 2009, p.48)

A visitação domiciliária deve estar direccionada para a educação em saúde e à consciencialização dos indivíduos com relação aos aspectos de saúde no seu próprio contexto. Portanto, esses conceitos deverão estar sempre presentes, uma vez que o resultado desejado referente à visitação domiciliária deverá ser a mudança de comportamentos realizada a partir de novas convicções que forem sendo adquiridas pelas famílias e comunidade.

A excelência dos cuidados só se atinge se obtivermos da comunidade e particularmente da família o seu activo envolvimento. A visitação domiciliária é, assim, um

## *Visitação domiciliar em saúde infantil*

dos métodos de trabalho mais importantes para assegurar essa participação contribuindo para melhorar a qualidade de vida das crianças e respectivas famílias.



#### **4- OBJECTIVOS DA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA EM SAÚDE INFANTIL**

Concordando com Batalha (2000, p.21) ao reconhecer “os pais como os melhores prestadores de cuidados, a visitação domiciliária proporciona um manancial de informação e oportunidades de intervenção cuidativa na manutenção e promoção da saúde materno-infantil”. É uma actividade que pode revelar-se fundamental na prestação de cuidados pediátricos quando usada criteriosamente pelos enfermeiros.

Alguns autores apresentam como principais objectivos da visitação domiciliária em saúde infantil:

- Assegurar a prestação de cuidados de enfermagem domiciliários aos recém-nascidos inscritos na Unidade de Saúde;
- Avaliar o estado de saúde do recém-nascido;
- Promover cuidados antecipatórios ao recém-nascido, incentivando o desempenho da função parental e a promoção do bem-estar familiar;
- Assegurar a realização do diagnóstico precoce entre o 3.º e o 6.º dia de vida no seu ambiente familiar às crianças que ainda não tenham realizado na Unidade de Saúde;
- Assegurar a visitação domiciliária conjunta com médico de família nas situações de risco identificadas;
- Promover o aleitamento materno exclusivo até aos três meses de vida dos recém-nascidos;
- Observar e orientar a mamada, destacando a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebé, quando possível;
- Orientar quanto aos cuidados básicos com o recém-nascido (banho, higiene de forma geral, troca de fraldas e prevenção de infecções urinárias, cuidados com o coto umbilical, cólicas, o choro, o sono, regurgitação), proporcionar à puérpera a realização de cuidados práticos com o bebé através de orientações e demonstrações;
- Orientar quanto à importância da vacinação;
- Orientar para a necessidade de inscrição do recém-nascido na Unidade de Saúde, da marcação da consulta de recém-nascido até ao 28º dia de vida de criança e da consulta de revisão de puerpério para a mãe até á 8ª semana de vida da criança;

- Orientar sobre planejamento familiar e activação de um método contraceptivo.

O enfermeiro especialista na área da saúde da criança e do jovem é dos profissionais que mais está em contacto com as crianças nos primeiros anos de vida, interagindo com as famílias com base no conjunto de conhecimentos científicos e técnicos de que dispõe, aliados a elevados valores humanos e relacionais que permitem conquistar a confiança da família, estabelecendo laços fortes que permitem intervenções eficazes, identificando possíveis factores de risco que possam prejudicar o seu desenvolvimento harmonioso e dotando os pais de competências que lhes permitam ser os principais intervenientes no processo do cuidar.

No sentido de atingir os objectivos supracitados, propomos a programação da primeira visita no domicilio a crianças recém-nascidas até aos 15 dias de vida, após recepção da Notícia de Nascimento ou mesmo ainda, alertando as futuras mães no decurso das consultas de saúde materna para a existência desta visitação, e sondando a sua necessidade para realização da mesma.

PARTE II  
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA



## **5- PROGRAMAÇÃO E METODOLOGIA DA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA**

A visitação domiciliária constitui uma antiga estratégia de intervenção cuidativa na maioria dos países industrializados e é efectuada no sentido de facilitar a transição da maternidade para casa, com o objectivo principal de apoiar os pais no cuidar do recém-nascido.

Embora sem uma relação causal estabelecida de forma inequívoca, os países onde foram implementados programas de visitas domiciliárias na área materno-infantil (Dinamarca, França e Inglaterra) têm geralmente uma menor taxa de mortalidade infantil. (BATALHA, 2000, p.22)

Em Portugal, a Visitação domiciliária em saúde infantil como instrumento de trabalho, parece-nos relegada para segundo plano.

As causas são múltiplas, desde a falta de recursos, deficiente coordenação do trabalho em equipa, culminando em algum descrédito como metodologia de trabalho economicamente rentável e primordial para cuidar de pessoas.

Como actividade de enfermagem, a visitação domiciliária deve ser programada segundo uma metodologia científica.

Apesar de a nossa proposta pessoal ser a de efectuar uma visita ao domicilio do recém-nascido até aos 15 dias de vida (extensível a todos os recém-nascidos), este tipo de visitas é defendida e realizada por enfermeiros noutras alturas de vida da criança ou em situações específicas que representem risco real ou potencial para as crianças e suas famílias.

Nesta linha de pensamento consideramos que os momentos ideais para a realização da visita são:

- Logo a seguir ao nascimento (primeiras 72 horas);
- Logo que se receba a informação de alta hospitalar - notícia de nascimento;
- Se a criança não compareceu na Unidade de Saúde até ao 6º dia para realização do Diagnóstico Precoce;
- Se a criança, por algum motivo, não efectuou as primeiras vacinas na maternidade;

- Se os pais, nomeadamente a futura mãe, expressou ainda no decorrer das consultas de vigilância de saúde materna, o interesse em que a visita se realizasse em determinado momento após a chegada da maternidade.

Outros cuidados a serem observados, incluem evitar visitas em dias e horários impróprios. O compromisso do profissional é atender a população levando em consideração a rotina de cada família, esforçando-se a desorganizar, o mínimo possível, o seu quotidiano. Assim, o agendamento preliminar de um ou dois horários em concordância com a pessoa a ser visitada, podem ajudar nesse respeito. Visitas “surpresa” são consideradas desagradáveis e invasivas, além de fazer parte de uma cultura autoritária, fiscalizadora e disciplinar. Os profissionais precisam estar cientes dos direitos dos cidadãos e da importância de respeitar tais direitos, como o da autonomia na decisão de tratamentos de saúde.

Através da visita domiciliária podemos racionalizar recursos pela autonomia e responsabilidade de cada utente/família na sua saúde, pois estamos com eles inseridos no seu meio. Contudo, as VD só serão efectivamente úteis quando os enfermeiros respeitarem os valores da criança/ família, tiverem um conhecimento do meio onde desenvolvem a sua acção, e sejam criteriosos no seu planeamento e execução. Para o sucesso de uma visita domiciliar é necessário planeamento, execução, registo de dados e avaliação.

Os registos deverão ser uma realidade permanente como garantia da continuidade de cuidados e investigações futuras.

“Os enfermeiros especialistas em Saúde infantil e Pediátrica têm a sua razão de ser centrada na família, na defesa dos seus interesses e na interacção com todos os que nascem, crescem e se desenvolvem procurando a beleza, o equilíbrio e uma qualidade de vida cada vez mais harmoniosa” (QUEIRÓZ, 1991, p.14).

Nesta perspectiva, a actuação dos enfermeiros tem alcançado resultados significativos, dada a visão holística da pessoa dentro do contexto em que está inserida e a compreensão da dinâmica familiar.

O factor que pesa significativamente nesta estratégia é o equilíbrio entre a execução e o custo versus benefício. Se por um lado a visita domiciliária exige preparação profissional, predisposição pessoal e disponibilidade de tempo na sua execução, por outro, é um serviço prestado dentro do próprio contexto, parece agradar à maioria da população e pode diminuir a demanda nas instituições de saúde, reduzindo custos familiares e do sector saúde.

## *Visitação domiciliar em saúde infantil*

As visitas domiciliares quando bem utilizadas podem mesmo reduzir custos hospitalares através da prestação de cuidados antecipatórios ou melhorar o prognóstico dos pacientes, em alguns casos. Temos a oportunidade preciosa de educar não só o paciente, mas também a família, ou seja, seus cuidadores.



## **6 – METODOLOGIA**

Metodologia é definida por BARROS e LEMFELDE (1986), como o estudo da melhor forma de abordar determinados problemas, no estado actual dos conhecimentos do investigador, não procurando soluções, mas ajudando a encontrá-las, integrando os conhecimentos a respeito dos métodos regentes nas diferentes disciplinas científicas e filosóficas.

No decorrer da fase metodológica “o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. É necessário escolher um “desenho” apropriado segundo se trata de descrever um fenómeno, de examinar associações ou diferenças, ou de verificar hipóteses. O investigador define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita de dados” (FORTIN, 2000, p. 40).

Assim, este capítulo engloba as opções metodológicas e inclui a conceptualização do problema em estudo, a população e amostra, instrumento e procedimentos de colheita de dados e por fim o método de tratamento de dados.

A investigação deriva da inquietação do ser Humano, que procura gerar novos conhecimentos, numa busca incansável de uma construção que seja a mais fidedigna possível da realidade. Inevitavelmente, a investigação dá origem a novos conhecimentos.

De acordo com FORTIN (2000, p. 31), “a investigação desempenha um papel importante na prática dos cuidados”.

### **6.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Uma investigação ou pesquisa inicia-se com uma questão para a qual o pesquisador procura dar resposta, ou um problema que gostaria de solucionar: o denominado problema de pesquisa ou questão de investigação. A elaboração de um problema de pesquisa constitui essencialmente um processo criativo que evidencia o interesse do pesquisador por uma determinada área ou assunto. O assunto deve ter valor científico, não ser demasiado extenso ou muito restritivo e ser bem delineado.

De acordo com MAZZA, (2009, p. 668), “uma das principais estratégias em cuidados de saúde primários é a visitação domiciliária, proporcionando ao profissional de saúde penetrar no espaço familiar, e assim identificar as suas necessidades e potencialidades”.

A visitação domiciliária permite ao enfermeiro ter uma visão real da vida da família, através do conhecimento do seu quotidiano, da sua cultura, dos seus costumes e crenças. É um método perfeitamente adequado para trabalhar com indivíduos, neste caso recém-nascidos, crianças e adolescentes e suas famílias, pois permite o conhecimento das dinâmicas familiares.

A valorização dos cuidados antecipatórios como factor de promoção da saúde, capacitando os pais com os conhecimentos necessários para um melhor desempenho parental é uma das principais preocupações do enfermeiro com especialidade na área da saúde infantil, como é o nosso caso.

Partindo do pressuposto de que o enfermeiro que exerce a sua actuação nos cuidados de saúde primários é um dos profissionais que mais contactos têm com as famílias, e um dos que melhor conhece a sua realidade, visto que tem ao seu dispor conhecimentos e competências privilegiadas que lhe permitem a “invasão” regrada deste espaço íntimo do indivíduo, achámos interessante questionar os profissionais da equipa de enfermagem e equipa médica, bem como os principais beneficiários directos da actuação de enfermagem (famílias de utentes) acerca das necessidades demonstradas por ambos os grupos (profissionais e utentes) face à realização da visitação domiciliária em saúde infantil, bem como acerca da opinião destes últimos em relação às informações fornecidas em âmbito da consulta de enfermagem de saúde infantil e saúde materna.

Assim, através das informações colhidas, pretendemos contribuir para a reflexão sobre estratégias e dinâmicas no sentido de melhorar os cuidados de saúde ao recém-nascido.

## 6.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Segundo FORTIN (2000, p.101) a questão de investigação é um enunciado claro e não equívoco que delimita o tema de estudo, precisa os conceitos a examinar, especifica a população-alvo, comporta uma questão pivô e sugere a investigação empírica. É “um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”.

No presente estudo definimos as seguintes questões de investigação:

- Será que os ensinamentos de enfermagem realizados nas consultas de vigilância de saúde materna e saúde infantil da UCSP contribuíram para que as mães se sentissem aptas a cuidar dos seus filhos recém-nascidos no domicílio?
- Será que os ensinamentos de enfermagem efectuados na maternidade contribuíram para desenvolver nas mães competências na área do cuidar do recém-nascido?
- Quais foram os ensinamentos efectuados mais referidos pelas mães?
- Qual a opinião dos pais sobre os conhecimentos e dificuldades que apresentam no cuidar do RN?
  - Qual a opinião dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos da UCSP) e mães com crianças até um ano de vida acerca da necessidade de realização da visita de enfermagem em saúde infantil até aos 15 dias de vida?
  - Que razões apontaram para a necessidade da sua realização ou não?
  - Que interesse demonstra a equipa de enfermagem e médica para levar a cabo um projecto relacionado com a visita domiciliária em saúde infantil?

### 6.3 - OBJECTIVOS DO ESTUDO

O objectivo de um estudo indica a justificação da necessidade de investigação sobre o tema apresentado, enunciando as variáveis, a população alvo e a orientação de toda a investigação.

Como refere FORTIN (2000, p. 100), o objectivo de um estudo é “um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

A nossa finalidade consiste em criar evidências científicas que justifiquem a necessidade e vantagens da realização da visita domiciliária em saúde infantil até aos quinze dias de vida, na perspectiva dos profissionais de saúde e das mães beneficiárias dos cuidados. Pretendemos também sensibilizar a equipa para participar num projecto deste calibre, uma vez que, como enfermeira com especialidade na área da saúde infantil, ambicionamos implementar a visita domiciliária até aos 15 dias de vida a todos os nasciturnos e não só apenas aos que se encontram em situação de risco.

Os objectivos que norteiam a presente investigação são os seguintes:

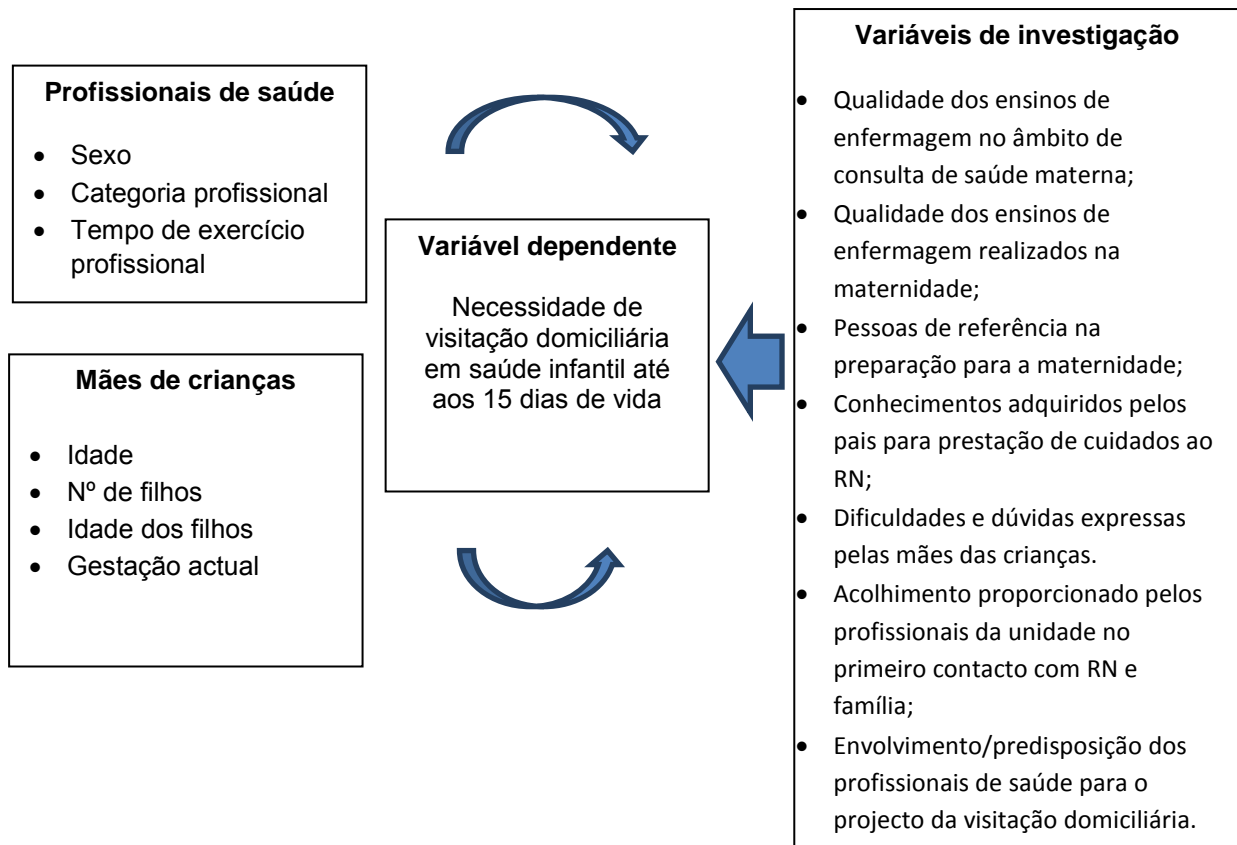
- Explorar a opinião das mães em relação à pertinência e qualidade dos ensinamentos de enfermagem efectuados nas consultas de saúde infantil e materna da UCSP;

- Avaliar se os ensinamentos efectuados na maternidade contribuíram para que as mães se sentissem aptas para cuidar dos seus filhos recém-nascidos em casa;
- Identificar as principais necessidades/dificuldades expressas pelas mães no que diz respeito ao cuidar de um recém-nascido;
- Analisar a eficácia do trabalho efectuado pelos enfermeiros no âmbito da consulta de saúde infantil, apontando para um outro momento de educação para a saúde, como seja a visitação domiciliária;
- Compreender a opinião dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos da Unidade) acerca da necessidade e vantagens da visitação domiciliária em saúde infantil até aos 15 dias de vida.

#### 6.4 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Atendendo à literatura consultada, elaboramos o desenho de investigação que se segue, e onde podem ser observadas as relações entre as variáveis.

**Figura 2 – Desenho de investigação**



## **7. PARTICIPANTES**

O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade (FORTIN, 2000).

Em termos metodológicos colocou-se a interrogação de que tipo de estudo iríamos efectuar?

Optamos por recorrer à investigação quanti-qualitativa com uma abordagem exploratória, descritiva e transversal. Definimos como um estudo exploratório, visto que estes são utilizados na existência de pouco ou nenhum conhecimento em relação a um fenómeno particular; servindo para descobrir, descrever, ou ainda, categorizar um grande conceito, de modo a classificar ou conceptualizar as situações. É uma investigação de cariz descritivo, porque se pretende criar uma estrutura descritiva e factual do fenómeno em estudo. Por último, consideramos como transversal porque retrata a realidade num determinado momento.

### **7. 1 - POPULAÇÃO E AMOSTRA**

De acordo com FORTIN (2000, p. 202), a população é “uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios”. A mesma autora define amostra como sendo “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”, representando uma réplica em miniatura da população que se pretende estudar, possuindo todas as suas características (idem, ibidem, p. 202).

A população-alvo em estudo é constituída pelos profissionais de saúde da equipa de enfermagem e equipa médica que exercem funções na UCSP e pelas mães das crianças que frequentam a consulta de saúde infantil na mesma unidade. A amostra é constituída por oito profissionais e vinte e cinco mães.

Consideramos como critérios de inclusão referente ao grupo das mães, o ser mãe de pelo menos uma criança até à idade de um ano, frequentadora das consultas de vigilância em saúde infantil na UCSP ou ter uma gestação actual seguida por um médico da UCSP. Estes critérios foram assim definidos por pensarmos que uma mulher que tenha sido mãe recentemente será mais capaz de relatar dificuldades sentidas no cuidar do recém-nascido e de exprimir necessidades de acompanhamento ou de partilha de conhecimentos que poderão ser colmatadas na visitação domiciliária. A amostra das mães utilizada neste estudo representa 35,7%, retirado de um universo de 70 mulheres que frequentaram as consultas de saúde materna e/ou infantil no período entre 01 de Janeiro de 2010 e 31 de Julho de 2011.

Relativamente ao grupo dos profissionais, todos se mostraram disponíveis para participar, pelo que todos foram incluídos.

O tipo de amostragem utilizado foi amostragem por critério ou intencional. Segundo POLIT e HUNGLER (1993, p.358) "(...) é um tipo de amostragem não-probabilístico em que o pesquisador selecciona os sujeitos para o estudo, com base em algum juízo pessoal, acerca do qual alguns serão mais representativos ou produtivos".

No que diz respeito à selecção de mães de crianças pertencentes à mesma unidade de saúde, considereei uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência ou acidental, uma vez que os sujeitos-alvo foram seleccionados pela sua disponibilidade.

## 7. 2- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

### **7.2.1 Dados dos profissionais de saúde**

#### **Sexo e Categoria Profissional**

A amostra referente ao grupo dos profissionais de saúde é constituída por oito elementos, sendo que seis deles são do sexo feminino, correspondendo a 75% da amostra, e dois do sexo masculino, o que corresponde a 25% da amostra. No que diz respeito á categoria profissional, três dos elementos constituem a equipa de enfermagem, enquanto que os restantes cinco constituem a equipa médica (Tabela 1).

**TABELA 1- Distribuição da amostra de acordo com o sexo e categoria profissional**

Sexo Cat. Profiss.	Masculino N	Feminino N	Total	
			N	%
Enfermeiro	0	3	3	37,5
Médico	2	3	5	62,5
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>

### **Tempo de exercício profissional (em anos)**

Em relação ao tempo de exercício profissional, verifica-se que três dos elementos da equipa de saúde exercem a sua actividade profissional no intervalo entre 0 e 20 anos (37,5%). Quatro dos elementos exercem funções no intervalo entre mais de 20 anos e menos de 30 anos (50%), e um dos profissionais exerce funções há mais de 30 anos e menos de 40 anos, sendo o elemento que exerce funções há mais tempo (12,5%). O tempo mínimo de exercício profissional é de 3 anos e o Máximo é de 32 anos. A média de tempo de exercício profissional é de 13,33 anos para a equipa de enfermagem, com um desvio padrão de 19,79 e um Coeficiente de variação de 148,46%, o que corresponde a uma dispersão elevada. Para a equipa médica, a média de tempo de serviço é de 23,8 anos, com um desvio padrão de 2,12 e um coeficiente de variação de 8,90%. Os dados obtidos podem ser observados nas Tabelas 2 e 3.

**TABELA 2- Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício profissional**

Tempo serviço (anos)	N	%
[0-20[	3	37,5
[20-30[	4	50
[30-40[	1	12,5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>

**TABELA 3- Distribuição da amostra segundo o tempo de exercício e categoria profissional**

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>Cv (%)</b>
<b>Enfermeiros</b>	4	32	13,33	19,79	148,46
<b>Médicos</b>	3	31	23,8	2,12	8,90

### **7.2.2 Dados das mães**

#### **Idade**

Em relação às idades das mães que foram alvo deste questionário, verifica-se que a idade mínima é de 20 anos e a máxima de 40 anos. A média das idades é 31,12 anos, o desvio padrão é 7,07 e o coeficiente de variação é 22,71%, o que corresponde a uma dispersão média, conforme pode ser observado nas Tabelas 4 e 5.

**TABELA 4 – Distribuição da amostra em função da idade**

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>[20-25[</b>	4	16
<b>[25-30[</b>	6	24
<b>[30-35[</b>	7	28
<b>[35-40]</b>	8	32
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**TABELA 5 – Indicadores estatísticos de avaliação da amostra em função da idade**

<b>Idades</b>	<b>Min.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>Cv(%)</b>
<b>[20-40]</b>	20	40	31,12	7,07	22,71

#### **Número de filhos e suas idades**

Como podemos observar através da tabela abaixo, a maior parte da amostra (40%) tem apenas um filho, o que corresponde a 10 das mães inquiridas. Das restantes inquiridas, 36% têm dois filhos, 12% tem 3 filhos e apenas 1 (4%) tem 4 filhos. Na altura das entrevistas, duas das inquiridas encontravam-se em período de gestação do primeiro filho. A média de idades das crianças é de 7,5 anos. As idades variam entre um Min. de 21 dias e um Máx. 19 anos.

TABELA 6 – Distribuição da amostra segundo o número de filhos

Nº de Filhos	N	%
0	2	8
1	10	40
2	9	36
3	3	12
4	1	4
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

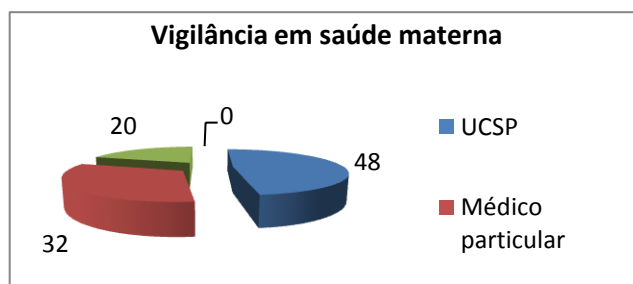
### Frequência das consultas de vigilância em saúde materna

Verifica-se em relação á frequência das consultas de vigilância que a maioria das mães questionadas (48%), frequenta/frequentou a consulta na UCSP, 20% frequenta/frequentou simultaneamente as consultas na UCSP e no médico particular e 32% frequentou apenas médico particular. Não houve nenhuma mulher que não fizesse qualquer tipo de vigilância, este era, aliás, um critério de inclusão na amostra (tabela 5 e gráfico 1).

TABELA 7– Distribuição da amostra segundo a instituição em que frequentou as consultas de saúde materna

Vigilância em S. materna	N	%
UCSP	12	48
Médico particular	8	32
UCSP+ particular	5	20
Não fez vigilância	0	0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

GRÁFICO 1 – Distribuição da amostra segundo a instituição em que frequentou as consultas de saúde materna





## **8 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

Segundo FORTIN (2000, p. 245), o instrumento de colheita de dados permite “colher informações junto dos participantes relativos aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes.

Para a elaboração deste estudo, foram utilizados como instrumento de colheita de dados dois questionários, por nós elaborados, que se encontram em anexo, (Anexos 2 e 3), no final deste trabalho. O questionário elaborado para os profissionais de saúde consta de um total de nove questões, sendo na sua quase maioria perguntas fechadas. O questionário elaborado para as mães contém uma série de perguntas dicotómicas e perguntas abertas, perfazendo um total de vinte e seis questões. As primeiras questões referem-se à caracterização sócio demográfica da amostra em estudo. As restantes foram elaboradas no intuito de dar resposta às nossas questões de investigação.

Após a elaboração do instrumento foi efectuado um pré-teste a duas mães que frequentam as consultas na UCSP, com a finalidade de validar o conteúdo e a clareza das questões formuladas, pois segundo FORTIN (2000, pag.225), deve-se “assegurar que o instrumento de medida é representativo do domínio que ele deseja avaliar”. Após a aplicação do pré-teste do questionário dirigido às mães, surgiu a necessidade de esclarecer melhor quais os assuntos mais abordados nas consultas de enfermagem, quais as dúvidas que permanecem mesmo após a alta da maternidade, que conhecimentos foram adquiridos através dos ensinamentos de enfermagem e de que forma as mães se sentem mais aptas para cuidar do recém-nascido. Surgiram, então, três novas questões.



## **9. PROCEDIMENTOS**

Toda e qualquer investigação que envolva seres Humanos, só deve ser realizada se os direitos e liberdades fundamentais das pessoas inquiridas não forem postos em causa. A colheita de dados e a discussão dos resultados obtidos podem e devem dar o seu contributo para a evolução científica, contudo a sua utilização indevida pode ultrapassar os limites que resguardam os direitos do ser Humano.

Segundo POLIT e HUNGLER (1993), qualquer pesquisa com indivíduos constitui algum tipo de intromissão nas suas vidas pessoais. Logo torna-se pertinente que o pesquisador assegure que a pesquisa não será mais invasiva que o necessário garantindo a privacidade e o anonimato. Numa primeira fase deste estudo, foi solicitada autorização ao Director Executivo do ACES Dão Lafões III para a aplicação do instrumento de colheita de dados, bem como feito o pedido ao Coordenador da UCSP e à Enf. Responsável pela equipa de enfermagem da mesma Unidade (Anexo 1).

Com o intuito de obtermos a colaboração dos profissionais de saúde e utentes e garantir a participação voluntária no preenchimento dos questionários, dirigimo-nos pessoalmente e esclarecemos previamente sobre a finalidade e os objectivos do estudo. Foi igualmente assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

No que diz respeito aos questionários preenchidos pelas mães, foram entregues em mão própria e preenchidos aquando da consulta de saúde infantil, condição que provocou algum constrangimento devido à escassez de tempo para o preenchimento.

A recolha dos dados processou-se maioritariamente durante o mês de Junho de 2011.



## 10. ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise estatística dos dados quantitativos foi utilizado o suporte informático Microsoft Office Excel 2010. Tendo como referência os objectivos do estudo, optamos por efectuar uma análise descritiva dos dados, utilizando os seguintes indicadores:

Frequências: Absolutas (n); Relativas (%).

Medidas de tendência Central: Média.

Medidas de dispersão: Desvio padrão (Dp); Coeficiente de variação (Cv).

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis, para tal seleccionamos como graus de dispersão desta medida os apresentados por PESTANA e GAGEIRO (2003):

$CV \leq 15\%$  – dispersão fraca;

$15\% < CV \leq 30\%$  – dispersão média;

$CV > 30\%$  – dispersão elevada.

Em relação aos dados qualitativos emergentes da análise do questionário aplicado às mães, optamos por desenvolver os procedimentos da técnica de análise de conteúdo. Num primeiro momento efectuámos uma leitura flutuante das respostas às perguntas abertas do questionário, da qual emergiram algumas categorias. De seguida, procedemos à selecção das unidades de registo ou significação correspondentes a essas categorias.

Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos em ambos os questionários, cada um dos questionários relativos aos profissionais de saúde foi identificado com a letra **P** (referente a profissionais), e um número de **1** até **8** (total de questionários). Da mesma forma, os questionários referentes às mães foram identificados com a letra **M** e um número de **1** a **25**. As questões de cada um dos questionários foram também codificadas com uma letra **Q** (referente a questão) e um número correspondente ao total de questões existentes em cada questionário.



## 11. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De acordo com POLIT e HUNGLER (1993, p.225), “os dados colectados no decorrer da pesquisa não respondem, em si e por si, às indagações de pesquisa nem testam suas hipóteses. Esses dados precisam de ser processados e analisados, de alguma forma estatística, de modo a que possam ser detectadas tendências e padrões”.

Neste capítulo, os dados colhidos serão submetidos à análise descritiva e exploratória, destacando os mais relevantes para os nossos objectivos. Tivemos como preocupação a objectividade e clareza na apresentação dos mesmos.

Primeiramente, serão apresentados os dados obtidos através dos questionários preenchidos pelos profissionais de saúde, e seguidamente os obtidos através dos questionários preenchidos pelas mães.

### Opinião dos profissionais de saúde em relação à necessidade de VD

Relativamente às opiniões dos profissionais de saúde da equipa, verificamos que a maioria considera oportuna a realização de visitação domiciliar em saúde infantil, representando 62,5% e constituindo um total de três enfermeiros e dois médicos.

**TABELA 8- Distribuição da amostra segundo a categoria profissional e a avaliação da necessidade de VD em saúde infantil até ao 15º dia de vida**

Necessidade de VD	Categoria Profissional				Total	
	Enfermeiro		Médico			
	N	%	N	%	N	%
Sim	3	100	2	40	5	62,5
Não	0	0	3	60	3	37,5
Total	3	100	5	100	8	100

Os inquiridos que não consideram oportuna a realização de visitação domiciliar apontam como razões “só se deve realizar se a organização da consulta prever tal situação”(P2, Q5), “só em casos especiais se justifica, (...) se a organização da consulta requerer tais pressupostos” (P5, Q5).

Quando questionados sobre as principais razões para efectuar a VD, 62,5% consideram em primeiro lugar que **“Traduz-se em ganhos para a saúde da criança e família”**. **“Constitui um indicador importante para os objectivos da equipa e desempenho profissional”** surge em primeiro lugar referido por 37,5%. **“Constitui um indicador importante de visibilidade e credibilidade para a instituição”** aparece referido em terceiro lugar de importância por 100% dos inquiridos.

À questão 7: **“Considera que a visitação domiciliária deve ser feita por um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica”** Apenas dois dos inquiridos responderam que sim (25%) e seis inquiridos responderam negativamente (75%). Ao observar as justificações apresentadas, verifica-se que os inquiridos que consideram que a VD deve ser realizada por um enfermeiro especialista apontam como principal razão “ser possuidor de maiores conhecimentos” **(P1, Q7) (P6, Q7)**. Ao passo que os que responderam que não é necessário ser realizada por um enfermeiro especialista referem que:

- “Seria o ideal, mas nem todas as instituições têm enfermeiros especialistas nesta área (...), todos os enfermeiros de cuidados de saúde primários têm obrigação de ter conhecimentos e capacidades para a realização desta VD”. **(P3, Q7)**
- “Qualquer enfermeiro deveria estar habilitado para detectar sinais de alerta, quer de saúde quer sociais ou outros que possam comprometer o bem-estar da criança.” **(P7, Q7)**
- “O enfermeiro que trabalha em Cuidados de saúde primários tem conhecimentos suficientes para realizar os ensinamentos adequados (...) identificar as situações que necessitem de uma intervenção mais especializada, e nestes casos encaminhar para um enfermeiro especialista na área (...)”. **(P8, Q7)**

No entanto, quando questionados **“em que medida o enfermeiro especialista (...) tem competências para identificar as dificuldades com que se deparam os recentes pais na abordagem do recém-nascido, bem com aproveitar, de modo assertivo, as oportunidades para realizar educação para a saúde relativa a cuidados neo-natais”** (questão 8), as respostas são peremptórias, aparecendo como única escolha a resposta:

- “Melhor do que outro enfermeiro”.

Isto reflecte sem dúvida, que apesar de os membros da equipa médica e de enfermagem considerarem que todos os enfermeiros têm competências e conhecimentos que lhes permitem levar a cabo a visitação domiciliária em saúde

infantil, a situação ideal seria se esta fosse realizada por um enfermeiro com especialidade na área.

A **questão 9** era apenas dirigida aos profissionais da equipa médica e pedia que escolhessem a frase que melhor se adaptava à sua opinião, no que diz respeito ao acompanhamento do enfermeiro para efectuar VD a uma criança/família. Pela análise das respostas obtidas verificamos que 80% respondeu que “acompanho sempre que se justifique a situação”, revelando grande abertura em acompanhar o enfermeiro na realização da visitação domiciliária, pondo apenas como condição que a situação da criança/família justifique a sua presença. Isto justifica o que se passa actualmente pois que o acompanhamento médico só é realizado em situações de crianças com doença crónica, ou em casos de famílias de risco. As outras 20% das respostas encaminharam-se para a opção “acompanho sempre que autorizado” o que também não nos surpreende pois que estará implícito a necessidade ou justificação da presença do médico na visitação domiciliária.

Após uma análise aprofundada dos questionários respondidos pelas mães, e considerando as questões colocadas, foi possível identificar três categorias de análise: **I)** Ensinos de enfermagem no âmbito das consultas de saúde materna; **II)** Ensinos de enfermagem realizados na maternidade e **III)** Preparação para a maternidade.

As unidades de registo resultantes do recorte dos questionários permitiram identificar várias subcategorias que foram posteriormente integradas nas diferentes categorias.

**FIGURA 3 – Categorias de análise**



Segue-se a análise de cada uma destas dimensões, apresentada sob a forma de quadros. Nestes é omitida a fonte, dado que resultam das entrevistas efectuadas.

#### **CATEGORIA I - Ensinos de enfermagem no âmbito das consultas de saúde materna**

Na categoria I pretendo analisar de que forma os ensinos de enfermagem realizados em âmbito de consulta de saúde materna, foram úteis e pertinentes em termos de conteúdo, contribuindo para a aquisição de conhecimentos que permitissem o cuidar do recém-nascido no domicilio.

Esta categoria é decorrente das questões:

- ***Considera pertinentes os ensinos de enfermagem realizados no âmbito das consultas de vigilância em saúde materna?***
- ***Se respondeu não, justifique a sua resposta.***
- ***Obteve toda a informação de que necessitava para cuidar do seu fillho Recém-nascido?***
- ***Quais os assuntos mais abordados nas consultas?***

Pelas respostas obtidas e unidades de registo seleccionadas, cheguei às seguintes subcategorias:

- Utilidade e pertinência;
- Assuntos abordados;
- Quantidade de informação recebida;
- Não existiram.
- Da resposta à questão: **“Considera pertinentes e úteis os ensinamentos de enfermagem realizados no âmbito das consultas de vigilância de saúde materna?”** verifiquei que apenas 8% (2 inquiridas) responderam negativamente. Estas senhoras não tinham “sido alvo” de ensinamentos de enfermagem, conforme referiram, por ter sido seguida na consulta de risco **(M24)** e ter sido seguida particularmente por um obstetra **(M2)**. Apesar da resposta desta última ser negativa, o que se verificou foi que, mesmo as restantes senhoras que tinham sido seguidas particularmente por um obstetra consideravam úteis e pertinentes os ensinamentos de enfermagem. As unidades de registo com maior relevância para a obtenção das sub-categorias estão apresentadas no **Quadro 1**.
- As mães que durante as suas consultas de saúde materna tiveram ensinamentos de enfermagem de educação para a saúde, na área da saúde materna, referiram que estes eram de grande utilidade, nomeadamente se se tratava de uma situação de primeiro filho, ou mesmo sendo mães de mais crianças, como a evolução das coisas implicava a actualização dos seus conhecimentos para melhor cuidar dos seus filhos.
- Os ensinamentos mais relatados foram os relacionados com as técnicas de amamentação e alimentação da criança, os cuidados de higiene, (nomeadamente o banho), a prevenção de cólicas, a prevenção de acidentes, entre outros. Apesar das informações fornecidas pela enfermagem, algumas das mães não viram esclarecidas as suas dúvidas, ou porque não houve oportunidade de as colocarem na altura, ou porque estas ainda não existiam durante o desenvolvimento da gestação.

**QUADRO 1 – Categoria de análise: Ensinos de enfermagem no âmbito das consultas de saúde materna e saúde infantil**

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	UE
Ensinos de enfermagem no âmbito das consultas de saúde materna	Utilidade e pertinência	“Principalmente úteis para ajudar mães adolescentes a cuidar dos seus bebés” (M14, Q6). “Da maior utilidade para mães de primeira viagem como eu” (M8, Q6)	2
	Assuntos abordados	“Cuidados de higiene, prevenção cólicas, amamentação”(M6,Q10) “Alimentação, preparação para a amamentação”(M20,Q10) “transporte automovel, prevenção de acidentes”. (M25, Q10)	3
	Quantidade de informação recebida	“Não houve tempo para ver esclarecidas todas as minhas dúvidas”(M1, Q9). “(…)Só agora me surgiram dúvidas e não durante a gravidez”(M8, Q9) “Tive muita informação” (M9, Q9) “Gostava que me tivessem informado acerca dos subsídios para grávidas, licença de maternidade e direitos do pai”. (M19, Q9)	4
	Não Existiram	“Adorava ter passado pela enfermagem, mas fui seguida na consulta de risco por causa da idade...” (M24, Q7) “Como fui seguida no particular, não tive ensinos de enfermagem... É o inconveniente do particular.” (M2, Q7)	2

## **CATEGORIA II – Ensinos de enfermagem realizados na maternidade**

Na segunda categoria de análise “Ensinos de enfermagem realizados na maternidade”, procuramos saber quais os ensinos mais efectuados e de que forma estes contribuíram para tornar mais aptas as mães para o cuidar do RN no domicilio. Esta categoria emergiu das questões:

- ***Durante a sua estadia na maternidade, foram realizados ensinos de enfermagem direccionados para o cuidar do recém-nascido?***
- ***Que ensinos considera ter sido os mais importantes?***
- ***Após a alta da maternidade, considera que se sentia apta para cuidar do seu filho recém-nascido?***
- ***Se respondeu não, porquê?***
- ***Que dúvidas teve em casa?***
- ***Que conhecimentos adquiriu acerca das características do recém-nascido, que lhe permitiram cuidar melhor do seu filho no domicilio?***

Pelas respostas obtidas e unidades de registo seleccionadas, cheguei às seguintes subcategorias:

- Assuntos abordados;
- Preparação para cuidar do recém-nascido;
- Conhecimentos que levou para o domicílio,
- Dúvidas que levou para o domicílio.

O período pós-parto é considerado um momento privilegiado para a realização de acções de promoção de saúde, quer colectivas, quer individuais. É preciso dotar os pais de conhecimentos e competências suficientes para viver o período pós-parto de forma adequada e sadia. Se os conhecimentos transmitidos através dos ensinamentos de enfermagem efectuados nas consultas não foram suficientes, de certo os ensinamentos efectuados na maternidade irão colmatar algumas dúvidas existentes. Mesmo assim, os relatos das mães inquiridas apontam para alguma ineficácia na transmissão de informações respeitantes ao cuidar do recém-nascido, quer pela grande quantidade de informação fornecida, quer pelo pouco tempo utilizado para transmiti-la.

Apesar da existência de conteúdos informativos, referenciado pela totalidade (100%) das mães inquiridas, e da pertinência dos mesmos, algumas das mães continuaram a referir que levaram dúvidas para o domicílio e referiram que se sentiam pouco preparadas para lidar com determinadas situações como “(...) **não conseguir saciar o meu bebé**”(M23), ou “ **o cordão umbilical afligia-me**” (M8). As principais unidades de registo aparecem referenciadas no **Quadro 2**.

**QUADRO 2 – Categoria de análise: Ensinos de enfermagem realizados na maternidade**

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	UE
Ensinos de enfermagem realizados na maternidade	Assuntos abordados	<p>“amamentação, higiene do bebé” (M1, Q12).</p> <p>“como dar a mama correctamente para o bebé não ter cólicas”(M2, Q12)</p> <p>“como sentar o bebé na cadeira quando se sai da maternidade”(M12, Q12).</p> <p>“deitar sempre o bebé de barriga p´ra cima com a carita p´ró lado” (M13, Q12).</p>	4
	Preparação para o cuidar do recém-nascido	<p>“muitas das minhas dúvidas surgiram após a alta da maternidade” (M1, Q14).</p> <p>“Para uma mãe é sempre complicado (...)não se consegue captar todas as informações em 10 minutos, mas ajudou muito” (M11, Q14)</p> <p>“quando se é mãe pela primeira vez nunca se está preparada, existem muitos receios” (M22, Q14)</p> <p>“Quando fui para casa tive de ler muitas coisas e consultar a internet” (M25, Q14)</p>	4
	Conhecimentos que levou para o domicílio	<p>“(…) desde uma simples muda de fralda(...), até como socorrer o bebé em caso de engasgamento”(M11, Q16)</p> <p>“poucos, tive imensas dificuldades, o meu bebé não engordava” (M23, Q16)</p> <p>“já tinha um filho, já sabia ver se estava tudo bem, para prevenir acidentes”(M24, Q16)</p> <p>“fiquei a perceber que os recém-nascidos não são assim tão frágeis como parecem, as coisas devem ser tratadas com naturalidade" (M 7, Q16)</p> <p>“todos os ensinos feitos na maternidade vieram completar o que me tinham dito no centro de saúde”(M14, Q16)</p>	5
	Dúvidas que levou para o domicilio	<p>“Tinha muito medo de não o conseguir calar se ele chorasse”(M25, Q15)</p> <p>“Dar o banho era um dos meus maiores medos, ele era muito pequenino”(M22, Q15)</p> <p>“o cordão umbilical afligia-me”(M8, Q15)</p> <p>”o meu bebé estava sempre bem, nunca me deram muita atenção”(M25, Q15)</p>	4

### **CATEGORIA III- Preparação para a maternidade**

Esta categoria emerge das perguntas:

- “De que forma os ensinamentos de enfermagem efectuados nas consultas e na maternidade contribuíram para que se sentisse mais apta a cuidar do seu filho?”
- “Neste momento considera-se apta para cuidar do seu bebé?”

Pelas respostas obtidas e unidades de registo seleccionadas, cheguei às seguintes subcategorias:

- Sentimentos relatados;
- Percepção do nível de preparação. (Quadro 3)

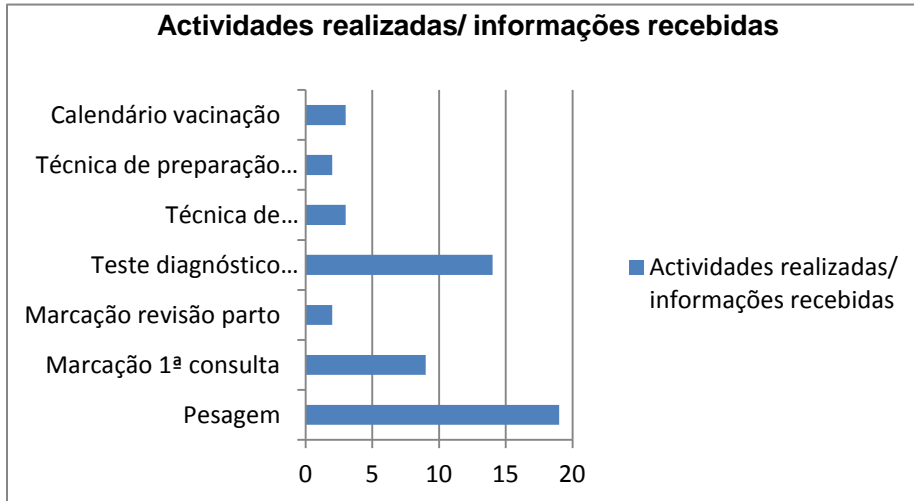
**QUADRO 3 – Categoria de análise: Preparação para a maternidade**

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	UE
Preparação para a maternidade	Sentimentos relatados	“(...) transmitem mais segurança, maior preparação para o cuidado do bebé”(M22, Q21) “Pela proximidade com as enfermeiras consegui recolher todas as informações necessárias” (M23, Q21) “sinto-me confiante com o que me dizem. Pode sempre surgir alguma dúvida, nunca se sabe tudo...” (M24, Q21) “preferi contar sempre mais com a minha mãe e com o que lia, o que me diziam era contraditório” (M25, Q21)	4
	Percepção do nível de preparação	“Sinto-me segura devido à minha grande experiência” (M6, Q23) “(...) as dúvidas que possam surgir tiro-as uma vez por semana, todas as semanas quando vou ao peso” (M16, Q23) “com os ensinamentos sobre a técnica da mamada e preparação do suplemento consegui saciar o meu filho” (M8, Q23) “A transmissão de conhecimentos ajuda muito mesmo se já se tem mais filhos, as coisas estão sempre a mudar” (M9, Q23) “Para uma mãe é sempre complicado (...) a equipa de enfermagem fez um belíssimo trabalho, não se consegue captar todas as informações mas ajudou muito.” (M 11, Q23)	5

Para além destes dados, e ainda dentro da categoria “**preparação para a maternidade**” convém mencionar as informações obtidas através das respostas às questões relacionadas com o encaminhamento inter-institucional e primeiro contacto com os Cuidados de Saúde Primários. Assim, verifica-se que, quando questionadas acerca da existência de encaminhamento para a UCSP, a totalidade das inquiridas respondeu afirmativamente (100%), referindo como informações recebidas/actividades realizadas na primeira visita as seguintes, conforme demonstra o **Gráfico 2**. As actividades/informações mais referidas foram a pesagem (N=19), marcação da consulta de recém-nascido (N=9) e

realização do diagnóstico precoce (N=14), e as menos referidas a marcação da consulta de revisão do parto (N=2) e a técnica de preparação de biberões (N=2).

**GRÁFICO 2 – Atividades realizadas Informações recebidas no primeiro contacto UCSP**

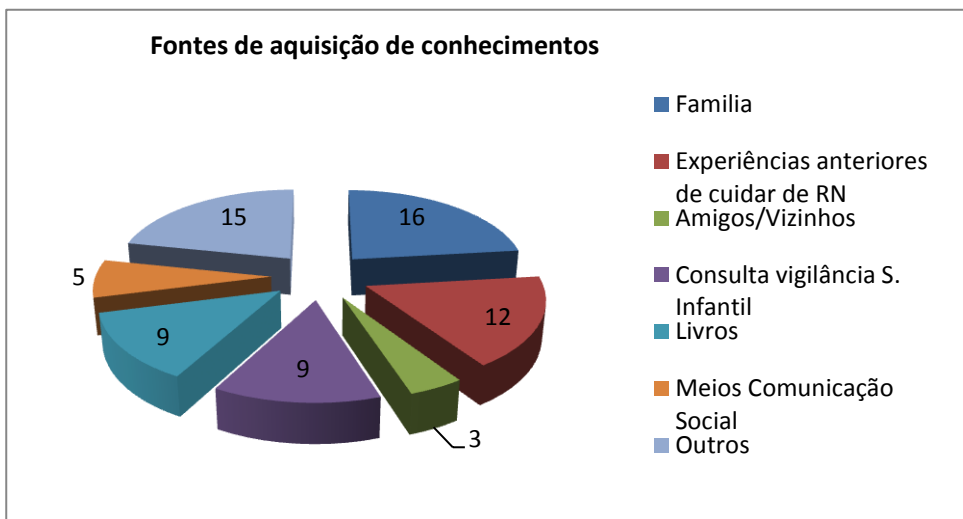


As inquiridas referem em relação às atividades de enfermagem existentes no âmbito da saúde infantil:

- Ficaram esclarecidas (76%)
- Não ficaram esclarecidas (24%)

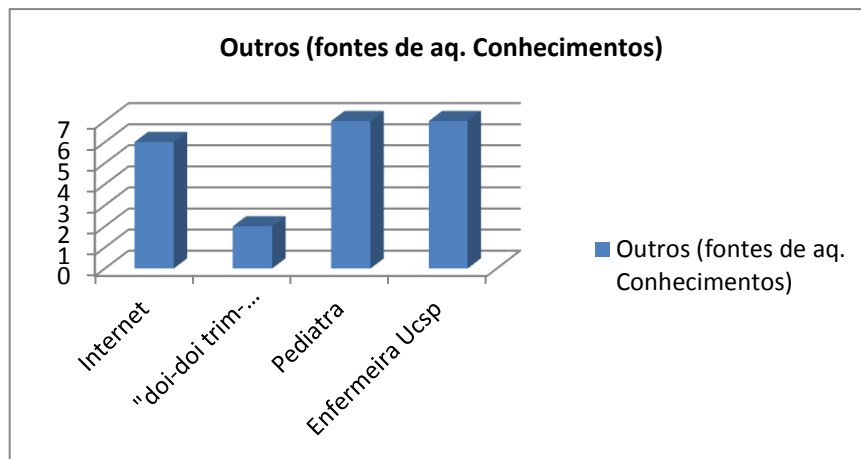
Perguntei às inquiridas se, apesar de todos os ensinamentos de enfermagem realizados na maternidade e no âmbito das consultas da UCSP, tinham tido a necessidade de adquirir mais conhecimentos e quais as fontes que tinham utilizado. Existia mais do que uma hipótese de resposta, e cada senhora podia assinalar mais do que uma alternativa. Apresentam-se os resultados no **Gráfico 3**.

**GRÁFICO 3 – Fontes de aquisição de conhecimentos**



Como se pode verificar pela análise do gráfico 3, a **Família** aparece referida em 1º lugar por 16 das mães inquiridas como fonte de aquisição de conhecimentos, partilha de experiências. As **Experiências anteriores de cuidar do RN** parecem também ter peso como fonte de aquisição de conhecimentos. Apesar de algumas mudanças verificadas no cuidar do recém-nascido, devidas sem dúvida aos avanços da medicina e provadas pela diminuição das taxas de morbidade e mortalidade infantis, algumas noções do cuidar são consensuais e intemporais. Neste pressuposto, verifica-se que esta opção de resposta aparece nomeada apenas por mulheres que já tinham mais filhos. Convém referir as respostas assinaladas pelas inquiridas na opção **Outros**, (referidas por 15 mães), apresentadas a seguir no **GRÁFICO 4**.

**GRÁFICO 4 – Outros (Fonte de aquisição de conhecimentos)**

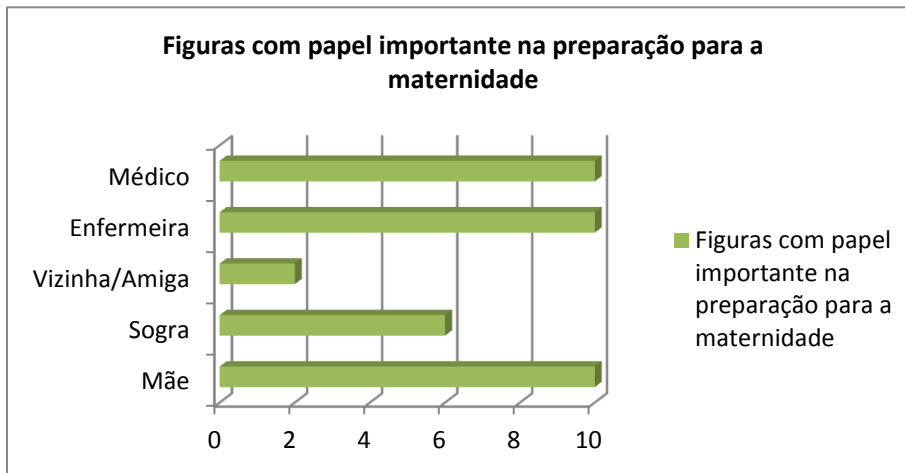


As mães foram ainda questionadas acerca de quem consideravam ter tido um papel importante na sua preparação como futura mãe. Mais uma vez, havia mais do que uma hipótese de resposta, e cada senhora podia assinalar mais do que uma alternativa. As hipóteses mais assinaladas foram **mãe** (N=10) em *exe-quo* com **enfermeira** (N=10) e **médico** (N=10), em segundo lugar aparece **sogra**, referenciado seis vezes. Na opção **outros** verificamos como respostas:

- Pai do bebé – 2 respostas
- Eu mesma – 2 respostas, e como justificação **“eu lia muito”** (M25).

Apresento os resultados no **Gráfico 5**.

**GRÁFICO 5 – Figuras com papel importante na preparação para a maternidade**



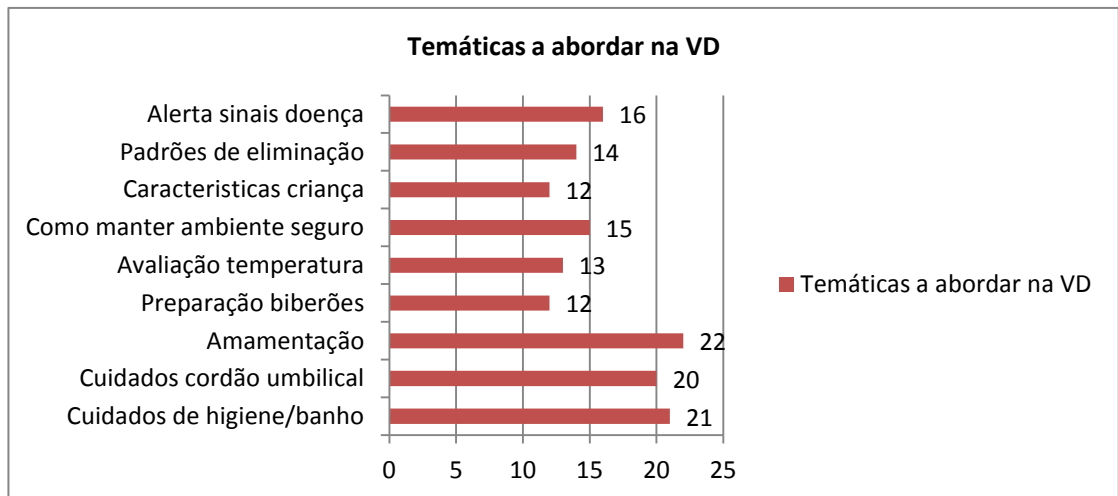
A questão final relacionava-se com o tema principal do trabalho e pedia às mães que referissem se consideravam pertinente que existisse uma visita de enfermagem ao domicílio das crianças recém-nascidas (até ao 15º dia de vida), no sentido de avaliar as dificuldades com que se deparam os recentes pais na abordagem ao recém-nascido, bem como uma oportunidade para realizar educação para a saúde relativa a cuidados com o recém-nascido.

As respostas obtidas foram:

- Sim – 92%
- Não – 8%, aparecendo como justificações as respostas **“desde que exista um espaço para esclarecer as dúvidas que vão surgindo, visto não haver hora certa para as ter”** (M8, Q25) e **“depois de quatro filhos já há pouco que me possam ensinar, e este também já é o último...”** (M12, Q25)

Em relação às temáticas que as mães gostariam de ver abordadas, os Cuidados de higiene (N=21), Cuidados com o cordão umbilical (N=20) e Amamentação (N=22), ocupam a categoria de respostas mais dadas, conforme é visível no **gráfico 6**. As outras temáticas apresentadas são também referidas pelas mães, embora menos vezes, o que significa talvez que lhes seja atribuída menor importância.

**GRÁFICO 6 – Temáticas a abordar na VD**



Na hipótese de escolha **outros**, foi pedido que referissem quais as temáticas, aparecendo como respostas:

- ***“ensinar o pai a ajudar nas actividades relacionadas com o bebé, como por exemplo, o banho”*** (M1)
- ***“como transportar a criança no carro e roupa para vestir adequada ao tempo que faz”*** (M10)
- ***“uma enfermeira é sempre uma mais valia, uma presença especial para ajudar”*** (M14)
- ***“as características do desenvolvimento normal das crianças, cuidados a ter com os utensílios da casa, e tudo o que for importante para um bom desenvolvimento psíquico e motor”*** (M16)
- ***“posição para dormir no berço e transporte no automóvel”*** (M19)



## **12 - CONCLUSÕES E PROPOSTAS**

Dentro das práticas desenvolvidas nos Cuidados de Saúde Primários, a estratégia prioritária de trabalho é a visitação domiciliária às famílias. A visitação domiciliária é uma das actividades imprescindíveis para que a realidade esteja sempre presente e seja possível intervir no sentido profissional e pessoal que aproxima cada enfermeiro dos seres humanos que o rodeiam.

Ao longo dos tempos, e devido às especificidades da população portuguesa, a visitação domiciliária foi alvo de uma descaracterização, passando de uma actividade de carácter preventivo para uma actividade de carácter curativo. No entanto, em algumas das Unidades de Saúde do país, (extintos Centros de Saúde), os profissionais de enfermagem continuam a ter um papel activo como agentes educacionais e promotores da Saúde Infantil. Em outras Unidades de Saúde, existem novos projectos que visam a implementação desta actividade de enfermagem.

No final desta investigação promotora de evidências sobre o tema da visitação domiciliária em saúde infantil, é nossa intenção que contribua para a afirmação e reconhecimento da Enfermagem e se traduza na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Consideramos fundamental que os enfermeiros valorizem mais os aspectos da promoção dos cuidados antecipatórios em saúde infantil, pois estes visam reflectir estratégias e dinâmicas que contribuem no sentido da melhoria dos cuidados prestados ao recém-nascido, e concomitantemente para a melhoria da saúde das crianças e jovens.

Abordar a visitação domiciliária em saúde infantil dá-nos uma visão ampla das condições reais de vida da família e possibilita a interacção do enfermeiro no ambiente sócio familiar, através do conhecimento do quotidiano, da cultura, das crenças, e que torna essas vivências enriquecedoras para ambos (DRULLA, 2009), e é um método perfeitamente adequado para iniciar o trabalho com as crianças, suas famílias e comunidade onde se inserem.

De facto, uma das ferramentas que se encontra ao nosso dispor como enfermeiros especialistas em saúde da criança e do jovem (ou mesmo sem curso de especialização) é a visitação domiciliária em saúde infantil, tantas vezes ignorada, ou apenas realizada em situações de risco presente ou iminente.

Com o nascimento de um filho, cada um dos elementos do casal constrói uma nova identidade do outro, deixando de ser apenas marido e mulher, mas também pai e mãe do recém-nascido que nasceu. Tomar consciência dos padrões de referência para a formação da nova identidade de cada um dos cônjuges, aceitar a nova identidade do outro e aperceber-se das suas responsabilidades está associado ao desempenho dos novos papéis de pai e mãe.

Muitas vezes o turbilhão de emoções vivenciadas após o parto é tão grande, que os sentimentos se tornam confusos e a aceitação dos novos papéis requer ajuda por parte de profissionais treinados e especializados. É aqui que entra o enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem. É muito vulgar constatar nas nossas experiências quotidianas como enfermeiros, e tal foi verificado no nosso estudo, que embora os pais sejam “bombardeados” com informações respeitantes ao cuidar do recém-nascido, quer nas consultas de saúde materna ou até mesmo na maternidade aquando do nascimento da criança, que apresentam dúvidas que apenas surgem aquando da ida para o domicílio ou quando têm que ser os progenitores a prestar os cuidados “sózinhas”.

O papel do enfermeiro especialista revela-se então de extrema importância, uma vez que é detentor de conhecimentos capazes de dotar os pais de competências parentais que lhes permitem desempenhar o seu papel de cuidadores com maior segurança e capacidade.

A primeira parte deste estudo, através da pesquisa bibliográfica e elaboração da fundamentação teórica, permitiu-nos compreender e aprofundar conhecimentos neste campo, ao mesmo tempo tão pouco explorado e valorizado e, fundamentar a segunda parte, referente à componente prática. Nesta parte, procedemos a todo o caminho metodológico o qual culminou com as conclusões e sugestões. Reconhecemos limitações neste campo pelo facto de termos utilizado uma pequena amostra. Contudo, dado que estudamos um contexto concreto no qual queremos intervir, cremos que os dados são satisfatórios para a elaboração do trabalho a que nos propusemos inicialmente e à obtenção das seguintes conclusões.

**Relativamente aos profissionais de saúde inquiridos:**

- A amostra foi constituída por oito elementos, sendo que seis deles são do sexo feminino e dois do sexo masculino. No que diz respeito à categoria profissional, três dos elementos constituem a equipa de enfermagem, enquanto que os restantes cinco constituem a equipa médica. O tempo mínimo de exercício profissional é de 3 anos e o máximo é de 32 anos.

- Verificamos que a maioria dos profissionais de saúde considera oportuna a realização de visitação domiciliária em saúde infantil, sendo referido como principal motivo “Traduz-se em ganhos para a saúde da criança e família”. Dos inquiridos que consideraram importante a realização da visitação domiciliária, três pertencem ao grupo profissional de enfermagem, e dois são médicos.
- Quando questionados acerca da realização da visitação domiciliária, por um enfermeiro com especialidade na área, os membros da equipa médica e de enfermagem consideraram que todos os enfermeiros têm competências e conhecimentos que lhes permitem levar a cabo a visitação domiciliária em saúde infantil, embora a situação ideal seria se esta fosse realizada por um enfermeiro com especialização em saúde infantil e pediatria.
- Os profissionais da equipa médica revelaram abertura e disponibilidade em acompanhar os enfermeiros na realização da visitação domiciliária, sempre que a situação o justificasse.

**Relativamente às mães das crianças inquiridas:**

- Verificamos que a idade mínima era de 20 anos e a máxima de 40 anos. A média das idades situa-se nos 31,12 anos. A maior parte das mães tem apenas um filho e foram seguidas maioritariamente nas consultas de saúde materna da UCSP.
- As mães que durante as suas consultas de saúde materna tiveram ensinamentos dirigidos para as questões e necessidades relacionadas com a gravidez, parto e recém-nascido, referiram que estes eram de grande utilidade e pertinência, nomeadamente se se tratava de uma situação de primeiro filho. Da mesma forma, as mães que frequentaram o obstetra durante a gravidez, referiram a falta dos ensinamentos de enfermagem.
- Apesar das informações fornecidas pelas enfermeiras, algumas das mães não viram esclarecidas as suas dúvidas, ou porque não houve oportunidade de as colocarem na altura, ou porque estas ainda não existiam durante o desenvolvimento da gestação ou pós-parto imediato, surgindo apenas aquando da ida para o domicílio.

- Apesar da existência de conteúdo informativo de qualidade, algumas das mães referiram a necessidade de adquirirem mais conhecimentos, recorrendo à família, aos *media* e informação científica de referência na área. Houve inclusive mães que relataram a existência de alguma controvérsia no conteúdo dos ensinamentos proporcionados.
- Verificámos que os “profissionais de saúde” (enfermeira e médico) representaram para as mães inquiridas pessoas com um papel importante na sua preparação como futuras mães, sendo referidos com a mesma frequência que “a própria mãe” da senhora em questão.
- Quando questionadas acerca da necessidade de realização de visitação domiciliar, em saúde infantil até aos quinze dias de vida, a resposta foi invariavelmente sim para 92% das inquiridas, tendo estas manifestado grande interesse em que esta se realiza-se, quer fossem mães pela primeira vez, quer já fossem mães de mais crianças.

No que concerne aos objectivos deste trabalho, cujo pressuposto assentou em saber o que os profissionais de saúde e os pais pensam sobre a necessidade de realização de visitação domiciliar em saúde infantil até aos quinze dias de vida e em analisar de que forma as práticas mobilizadas pelos enfermeiros, no desempenho das suas funções, podem ir de encontro às necessidades de aquisição de mais conhecimentos e capacidades para o desenvolvimento de competências parentais, consideramos que os mesmos foram atingidos.

As questões de investigação emergentes dos objectivos tiveram cabal resposta no decorrer da parte empírica. Por outro lado, pensamos que o tema abordado pela sua actualidade e importância para a saúde do recém-nascido e pais, pode ser considerado de grande pertinência, sobretudo se houver interesse em resolver alguns problemas existentes nos centros de saúde e conseqüentemente em melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Um agradecimento muito especial pela disponibilidade dos profissionais de saúde da UCSP e das mães inquiridas, sem os quais seria impossível a sua realização.

Como proposta, consideramos fundamental sensibilizar as instituições de saúde para a necessidade de criar e desenvolver estratégias de articulação eficazes entre a gravidez, parto e puerpério, para um apoio mais sistémico e organizado que englobe a mulher, o filho, o cônjuge e a família alargada, para que desta forma toda a família se consiga adaptar mais facilmente à nova realidade após o nascimento de uma criança.

Constatamos que as mães valorizam os apoios existentes no centro de saúde, nomeadamente, a promoção de saúde que é efectuada pela enfermeira no âmbito da vigilância de saúde materno-infantil, mas solicitam o aparecimento de novos recursos de apoio na comunidade, conforme se viu quando questionadas acerca da possibilidade de se efectuar visitação domiciliária e saúde infantil até aos quinze dias de vida.

As VD não são a panaceia para a resolução de todos os problemas, mas conjuntamente com outras medidas, e quando integradas nos planos de vigilância de saúde infantil, é nossa convicção que contribuirão de forma decisiva.

Impõem-se por isso, um esforço suplementar de todos, a começar por um ensino que se distancie do modelo tradicional de cuidados, dando ênfase à protecção e promoção da saúde, envolvendo a comunidade, concretamente a família, (apenas possível conhecendo o seu habitat) e que valorize a VD como metodologia de trabalho.

Poderá ser por aqui que a enfermagem consolide a sua ambicionada autonomia prática.

A estratégia da “Saúde para Todos” coloca a enfermagem perante uma nova dimensão e deposita nos enfermeiros uma responsabilidade que nos leva a pensar que também relativamente à visitação domiciliária e aos obstáculos reais existentes à sua realização, os enfermeiros saberão enfrentar o desafio (BATALHA, 2000).

Por tudo o que foi apresentado e analisado ao longo deste estudo, consideramos essencial a realização de outros trabalhos sobre a mesma temática, que possam envolver não só maior número de participantes, como também, que estudem outro tipo de variáveis. Esperamos que este trabalho possa dar frutos no futuro, sendo nosso propósito submeter esta proposta aos dirigentes da UCSP para que a prática da realização da visitação domiciliária seja uma realidade e que se traduza em ganhos para a saúde das nossas crianças jovens e suas famílias.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Adriana, MAGALHÃES, Maria - **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Maio 2009, vol.25, nº5. ISSN 0102-311X. p 1103-1112.

BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1995. 281p. ISBN 978-9724-415-062.

BARROS, Aidil; LEHFELD, Neide – **Fundamentos de Metodologia.** São Paulo: Edição Mc Graw-Hill, 1986. ISBN85-268-0105-8.

BATALHA, Luis. - **Implementação das visitas domiciliárias em saúde materno-infantil.** Revista Nursing. nº143. Lisboa. 2000. p 21-23.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – **Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos.** Porto: Porto Editora. 1994. 336p. ISBN 978-972-8036-96-6.

BRANCO, António; RAMOS, Victor - **Cuidados de Saúde Primários em Portugal..** Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático II. 2001. ISO 214.

CESAR, Juraci [ et al.] - **Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Nov 2008, vol.24, nº.11. ISSN 0102-311X. p.2614-2622

COSTA, Pollyana; ALMEIDA, Aline; ALMEIDA; Thais – **A prática assistencial em visitas domiciliárias a recém-nascidos da USF Gabriela I em Feira de Santana BA: Um relato de experiência.** [em linha]. Feira de Santana.2010 [Consult. em 16 Fev. 2011].

CRUZ; Fátima [et al.] - **Vulnerabilidades na gravidez e no pós-parto: contributos.** Corrente Dinâmica. Formação e eventos. 2010. 463p. ISBN: 978 – 989 – 966 – 17 – 0 7.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação.** 2.a edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002. 48 p. (Orientações Técnicas; 12). Revoga a Circular Normativa n.o 9/DSI, de 06/10/92. ISBN 972-675-084-9. ISSN 0871-2786.

DRULLA [et al.] - **A Visita domiciliar como ferramenta ao cuidar..** Revista Cogitare Enfermagem 14(4). p 667-74. Out/Dez. 2009.

EGRY, Emiko; FONSECA, Rosa - **A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva.** Revista da Escola Enfermagem USP, v. 34, n.3, p. 233-9. Setembro 2000. ISSN 0080-6234.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de Investigação.** Loures: Lusociência, Lda. 2000. 388p. ISBN 978-9728-383-107.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU/ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU – **Guia de orientação de trabalhos escritos.** Viseu: [s.n.], 2009. 59 f. Acessível na biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu.

KITZMAN, Harriet – **Programas eficazes de desenvolvimento infantil: intervenções de visita domiciliar durante a gravidez e primeira infância.** Enciclopédia sobre desenvolvimento na primeira infância. [em linha]. Montreal.[consult.20 Jan. 2011]. Disponível em <http://www.encyclopediacrianca.com/documents/KitzmanPRTxp1-Visita.pdf>.

LIMA; Margarida; VIEIRA, Cristina; OLIVEIRA, Albertina – **Metodologia de investigação científica: Cadernos de apoio às aulas práticas.** 4ª edição. Coimbra. 1996.116 p. Manual de apoio para as Licenciaturas em Psicologia, Ciências da educação e Desporto e Educação física.

LOPEZ [et al.] - **Atencion domiciliária.** *Manual de atencion primária: organização y pautas de actuação en la consulta*, 2ª ed. Barcelona, Doyma, 1990, p. 231-242.

MARTÍN, López – **Atención domiciliaria: Diagnosticos de enfermeria.** Madrid: Interamericana McGraw-Hill. 1994. p 61-157. ISBN 84-486-0076-2.

MAZZA, Márcia. - **A Visita domiciliaria como instrumento de assistência à saúde.** 1994. [em linha]. [Consult. 16 Fev. 2011]. Disponível em <http://www.fsp.usp.br/MAZZA.htm>.

NOGUEIRA, Maria; FONSECA; Rosa- **A visita domiciliaria como método de assistência á familia.** Revista Escola de enfermagem USP. Vol 11 nº1. 1997. P28-50.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem.** Lisboa. 2010. 5p. Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em 18/9/2010.

PESTANA, Maria; GAGEIRO, João – **Análise de Dados para Ciências Sórias: A Complementaridade do SPSS.** Lisboa: Edições Silabo, 3ªedição. 2003. 727p. ISBN 972-618-297-2.

POLIT, Denise; HUNGLER, Brnardette – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 4ª ed. Porto Alegre; Artes Médicas, 1995. 391p. ISBN 85-7307-101-x.

QUEIROZ, Ana Mª. - **A visita domiciliaria como forma de intervenção em saúde materno-infantil: Acção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.** Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. 1991. Provas de concurso para professor assistente.

RAMALHO, Anabela – **Redacção de estudos e projectos de revisão sistemática.** Coimbra: Formasau – Formação e saúde, Lda. 2005. 110p. ISBN 972-8485-54-9.

REIS, Elisabeth – **Estatística descritiva.** Lisboa: Edições Silabo. 5ª edição. 2000. 245p. ISBN 972-618-230-1.

RICE, Robyn – **Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação**. 3ª edição. Lusociência. p 411-432. ISBN 978-0-323-00912-6

RODRIGUES; Dafne [et al.] – **O domicílio como espaço educativo para o auto-cuidado de puérperas: o binómio mãe**. Florianópolis: Texto contexto enfermagem. 2006. 286p.

SAKATA, Karen – **Concepções da equipa de saúde da família sobre a visita domiciliar**. Revista brasileira de enfermagem. São Paulo. Vol.60 nº 6 Nov/Dez 2007. ISSN 0034-7167. p659-664.

SILVA, Rafaela - **A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família: um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. 2009. 138p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

SMITH, Donna - **Guidelines and Training Manual for the Prenatal-5 Nurse Home Visiting Program**. Utah Department of Health Division of Community and Family Health Services. Maternal and Child Health Bureau .Child, Adolescent and School Health Program. 2001.

TORRE, M<sup>a</sup> Augusta- **Assistência em cuidados de enfermagem à puérpera numa perspectiva antropológica**. Porto: Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. 2001.151p. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

TEIXEIRA, Júlio [et al.] – **Visita domiciliar puerperal**. Saúde colectiva. Brasil. ISSN 1806-3365. Vol. 28, nº 6. Março 2009, p 47-53.

WHALEY, Lucile; WONG, Donna. – **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva**. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 5ª Ed, 1997. 96p.

## ANEXOS



## ANEXO I

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO  
DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS







ANEXO II  
QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE





## ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

### 1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

### ESTUDO SOBRE VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA EM SAÚDE INFANTIL

**Caro(a) Senhor(a) Enfermeiro (a) ou médico(a):**

- No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde de Viseu, e no pressuposto subjacente à necessidade de realizar uma investigação de suporte à tese de mestrado, venho solicitar a vossa colaboração para o preenchimento deste questionário.
- A informação colhida destina-se a uma investigação que tem como tema **“Visitação domiciliária em Saúde Infantil”**, sob orientação da Professora Doutora Ernestina Silva, e tem como objectivo conhecer a opinião dos enfermeiros e médicos sobre a necessidade da visitação domiciliária efectuada no âmbito da saúde infantil. É nossa finalidade contribuir para reflectir estratégias e dinâmicas, no sentido da melhoria dos cuidados domiciliários ao recém-nascido.
- Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois que os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional. Solicitamos, pois que não escreva o seu nome em qualquer parte do questionário.
- Siga sempre as instruções específicas de cada grupo de questões. Se tiver alguma dúvida ou pergunta pode solicitar os esclarecimentos que desejar.
- Desde já agradecemos o tempo disponibilizado e o seu precioso contributo para a realização deste estudo.

## QUESTIONÁRIO AOS ENFERMEIROS E MÉDICOS

1 – Sexo: Feminino   
Masculino

2 – Categoria profissional \_\_\_\_\_

3 – Tempo de exercício no Centro de Saúde \_\_\_\_\_ anos

4 - Na sua opinião considera oportuna a realização de visitação domiciliária em crianças até ao 15º dia de vida e que pertencem a esta unidade de saúde?

Sim   
Não

5- Se respondeu negativamente justifique a sua resposta.....

.....

6 – Na sua opinião, qual a principal razão que justifica a visitação domiciliária nesta faixa etária? (Atribua o nº 1 ao mais importante e seguintes por ordem decrescente)

- Traduz-se em ganhos para a saúde da criança/família
- Constitui indicador importante para os objectivos da equipa e desempenho profissional
- Constitui indicador importante de visibilidade e credibilidade da instituição

Outra (especifique)-----  
-----

7 - Considera que a visitação domiciliária deve ser feita por um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica?

Sim   
Não

Justifique a sua resposta

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8 – Em que medida o enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria tem competências para identificar as dificuldades com que se deparam os recentes pais na abordagem ao

recém-nascido, bem como aproveitar, de modo assertivo, as oportunidades para realizar educação para a saúde relativa aos cuidados neo-natais.

- Melhor que outro enfermeiro
- Da mesma maneira que outro enfermeiro
- Pior que outro enfermeiro
- Outro motivo (especifique) -----  
-----

**A PERGUNTA 9 É SÓ PARA MÉDICOS**

9 - Se lhe fosse solicitado que acompanhasse o enfermeiro na visitação domiciliária a uma criança/família do seu ficheiro, como reagiria? (Escolha a frase que melhor se adequa à sua opinião)

- Acompanhamento sempre que autorizado superiormente
- Acompanhamento sempre que se justifique a situação
- Acompanhamento se me for disponibilizado horário para o efeito
- Não acompanhamento (especifique porquê)-----  
-----

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO III  
QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS MÃES



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

ESTUDO SOBRE VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA EM SAÚDE INFANTIL

Caro (a) Senhor (a):

- No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde de Viseu, e no pressuposto subjacente à necessidade de realizar uma investigação de suporte à tese de mestrado, venho solicitar a vossa colaboração para o preenchimento deste questionário.
- A informação colhida destina-se a uma investigação que tem como tema “Visitação domiciliária em Saúde Infantil”, sob orientação da Professora Doutora Ernestina Silva, e tem como objectivo conhecer a opinião das mães sobre a necessidade da visitação domiciliária efectuada no âmbito da saúde infantil. É nossa finalidade contribuir para reflectir estratégias e dinâmicas, no sentido da melhoria dos cuidados domiciliários ao recém-nascido.
- Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois que os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional. Solicitamos, pois que não escreva o seu nome em qualquer parte do questionário.
- Siga sempre as instruções específicas de cada grupo de questões. Se tiver alguma dúvida ou pergunta pode solicitar os esclarecimentos que desejar.
- Desde já agradecemos o tempo disponibilizado e o seu precioso contributo para a realização deste estudo.

QUESTIONÁRIO ÀS MÃES

1-Idade .....

2-Nº de filhos .....

3-Idades dos seus filhos.....

4-Gestação actual

SIM.....

NÃO.....

5-Frequentou/Frequenta as consultas de vigilância em saúde materna:

Na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Canas de Santa Maria.....

No seu médico particular.....

Outro.....

Não fez/faz vigilância.....

6- Considera pertinentes e úteis os ensinamentos de enfermagem realizados no âmbito das consultas de vigilância de saúde materna?

SIM.....

NÃO.....

7-Se respondeu NÃO, Justifique a sua resposta.

.....  
.....

8-Na sua opinião, sentiu que obteve toda a informação de que necessitava para cuidar do seu filho recém- nascido?

SIM.....

NÃO.....

9- Se respondeu não, justifique a sua resposta.

.....  
.....

10 - Quais os assuntos mais abordados nas consultas?.....

.....

**SE ESTÁ GRÁVIDA, A SUA PARTICIPAÇÃO ACABA AQUI. RESPONDA APENAS ÀS PERGUNTAS 24, 25 e 26.**

**SE NÃO ESTÁ, POR FAVOR, CONTINUE.**

11- Durante a sua estadia na maternidade, foram realizados ensinamentos de enfermagem direccionados para o cuidar do recém-nascido?

SIM.....

NÃO.....

12- Que ensinamentos considera ter sido os mais importantes?

.....  
.....

13- Após a alta da maternidade, considera que se sentia apta para cuidar do seu filho recém-nascido?

SIM.....

NÃO.....

14- Se respondeu não, justifique a sua resposta.

.....  
.....

15 - Quais as principais dúvidas que teve em casa?

.....  
.....

16- Que conhecimentos adquiriu acerca das características e necessidades do recém –nascido que lhe permitiram cuidar do seu filho quando foi para o domicílio?.....  
.....

17- Aquando da alta da Maternidade/Hospital procederam ao seu encaminhamento para esta Unidade de Saúde?

SIM.....

NÃO.....

18- Que informações recebeu/que actividades foram realizadas na sua primeira visita á Unidade de Saúde com o seu filho recém-nascido?

.....  
.....

19- Acha que foi suficientemente esclarecida em relação ás várias actividades de enfermagem existentes no âmbito da Saúde Infantil (consultas, vacinação, pesagens,...)?

.....  
.....

20 – Teve necessidade de adquirir mais conhecimentos? Quais as fontes que utilizou?

- Família
- Experiências anteriores de cuidar de RN
- Amigos/Vizinhos
- Consultas de Vigilância da Gravidez
- Curso de Preparação para o Parto
- 1ª Consulta de Vigilância do RN
- Livros Especializados
- Meios Comunicação Social
- Outros

Quais?.....

21- De que forma os ensinamentos de enfermagem efectuados nas consultas e na maternidade contribuíram para que se sentisse mais apta a cuidar do seu filho no domicílio?.....  
.....  
.....

22- Quem considera ter tido um papel mais importante na sua preparação como futura mãe?  
(pode assinalar mais do que uma alternativa)

Mãe..... Enfermeira.....

Sogra.....Médico.....

Vizinha/amiga..... Outro (qual).....

23 – Neste momento considera-se apta para cuidar do seu bebé? Justifique.

.....

24- Considera pertinente que existisse uma visita de enfermagem ao domicílio das crianças recém-nascidas (até ao 15º dia de vida), no sentido de avaliar as dificuldades com que se deparam os recentes pais na abordagem ao recém-nascido, bem como uma oportunidade para realizar educação para a saúde relativa a cuidados com o recém-nascido?

SIM.....

NÃO.....

25 - Se respondeu NÃO, justifique a sua resposta.....

26-Se respondeu SIM, que temáticas gostaria de ver abordadas? Coloque uma cruz.

- Cuidados de higiene/banho.....
- Cuidados com o cordão umbilical.....
- Amamentação.....
- Preparação de biberões.....
- Como avaliar a temperatura.....
- Como manter o ambiente seguro.....
- Características da criança.....
- Eliminação normal (consistência e aspecto das fezes).....

- Alerta para sinais de doença.....

- Outros.....

Refira quais.....

.....

Obrigado pela sua colaboração!

