



Escola Superior de Saúde Atlântica

Licenciatura em Enfermagem



**“A Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil:
Perspectiva da população visitada.”**

Monografia Final de Curso

Elaborada por: Manuela Castro e Marco Rebelo

Alunos nº 200691332 e 200691340

Orientadora: Rita Kopke

Barcarena

Dezembro 2009

Universidade Atlântica
Escola Superior de Saúde Atlântica
Licenciatura em Enfermagem



**“A Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil:
Perspectiva da população visitada.”**

Monografia Final de Curso

Elaborada por: Manuela Castro e Marco Rebelo

Alunos nº 200691332 e 200691340

Orientadora: Rita Kopke

Barcarena

Dezembro 2009

Os autores são os únicos responsáveis pelas ideias expressas neste trabalho.

Ilustração da capa:

Together family closeness

http://www.artbywicks.com/art_modern_work_prints.htm

Título: Together

Autor: Darnell Wicks

Ano: 2002

*“Todas as grandes personagens começaram por serem crianças,
Mas poucas se recordam disso.”*

Antoine de Saint-Exupéry
(1900-1944)

Agradecimentos

Depois de ultrapassadas as dificuldades sentidas, urge lembrar, e acima de tudo agradecer, apesar de que as palavras são sempre insuficientes para expressar o que sentimos.

Assim pretendemos expressar o nosso agradecimento:

À Professora Rita Kopke pelo incentivo, apoio, sugestões e espírito crítico construtivo fundamental à elaboração e entrega deste trabalho.

Aos restantes Professores do CLE da UATLA, pela disponibilidade demonstrada nos momentos solicitados.

À Enf. Lurdes Neto pela amabilidade, colaboração e sugestões que deram viabilidade a este estudo

À Enf. Ana Faria pela receptividade e franqueza com que nos recebeu.

Aos participantes do nosso estudo, que gentilmente nos receberam tornando possível este trabalho de investigação.

À minha família, por estarem sempre comigo, mesmo quando não pude estar com vocês.

Ao meu JSD.

À minha amiga Laura pelo apoio incondicional.

Manuela

Resumo

“A Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil: Perspectiva da população visitada”

Ao longo dos períodos de Ensino Clínico proporcionados pelo Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, pudemos perceber o descontentamento dos Enfermeiros dos Centros de Saúde em relação ao facto de não se reunirem condições para darem cumprimento às directivas da Direcção Geral de Saúde, relativamente à realização da Visitação Domiciliária no âmbito do programa de Saúde Infantil.

A percepção desta realidade foi o ponto de partida para a realização de um estudo descritivo simples, de paradigma quantitativo, que tem como principal finalidade, evidenciar o contributo prestado às crianças e aos pais que tiveram oportunidade de receber Visitação Domiciliária realizada pelos Enfermeiros do Centro de Saúde da Agualva.

Tendo como principal objectivo descrever a opinião das famílias visitadas perante esta intervenção de enfermagem. Foi realizada uma entrevista estruturada a 30 pais de crianças residentes na área abrangida pelo Centro de Saúde Agualva, constituindo uma amostra através de um processo de amostragem não probabilística por conveniência ou accidental.

Os dados quantitativos recolhidos através do instrumento utilizado foram tratados tendo como principal recurso a estatística descritiva, com a utilização dos programas SPSS 17.0, Word e Excel do Microsoft Office 2007. Os dados qualitativos resultantes das perguntas abertas do guião de entrevista, foram tratados através do recurso à análise qualitativa temática de conteúdo de Bardin.

Dos resultados obtidos pode concluir-se que 86,7% (26) dos participantes referem ter preferência pela Visitação Domiciliária em relação à Vigilância de Saúde Infantil

realizada no Centro de Saúde e que contribuiu para melhorar a relação com o Enfermeiro de Saúde Infantil.

De um modo geral, os participantes estão disponíveis para receber a Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil, tendo 96,7% (29) dos participantes, atribuído um grau de importância de “Importante” ou “Muito Importante” na Vigilância da Saúde da criança.

Conceitos-chave

- ☉ Saúde Infantil;
- ☉ Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil;
- ☉ Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários – Intervenções dos Enfermeiros.

Palavras-chave

- ☉ Enfermagem; Saúde Infantil; Visitação Domiciliária.

Abstract

“Home Visiting in the framework of Child Health: Perspective of the population visited”

During periods of Clinical Training provided by the Degree Course in Nursing at Atlantic, we perceive the displeasure of the Nurses Health Centers for the failure to meet conditions to comply with the directives of the Directorate General of Health for the completion of Home Visiting in the program of Child Health.

The perception of reality was the starting point for carrying out a simple descriptive study of the quantitative paradigm, which mainly aims to highlight the contribution made to children and parents who were able to receive Home Visiting made by Nurses Center Health Agualva.

The main objective to describe the views of families visited before this nursing intervention. We performed a structured interview the parents of 30 children living in the area covered by the Health Center Agualva, a representative sample through a process of non-probability sampling for convenience or accidental.

The quantitative data collected through the instrument used were treated with the primary use of descriptive statistics, using SPSS 17.0, Microsoft Office Word and Excel 2007. Data qualitative open questions arising from the script of the interview, were treated through the use of qualitative thematic analysis of content of Bardin.

From the results it can be concluded that 86,7% (26) of participants reported a preference for Home Visiting in relation to the Child Health Surveillance held at the Health Center, which contributed to improving relations with the Child Health Nurse.

In general, the participants are available to receive Home Visits under the Children's Health, and 96,7% (29) of the participants attributed a degree of importance of "Important" or "Very Important" in Health Surveillance of child.

Key concepts

- ☉ Child Health;
- ☉ Home Visiting in the framework of Child Health;
- ☉ Nursing in Primary Health Care.

Keywords

- ☉ Nursing; Child Health; Home Visiting.

Resumen

"Visitação a Domicilio en el marco de la Salud Infantil: La perspectiva de la población visitada"

Durante los períodos de capacitación clínica proporcionada por la Licenciatura en Enfermería en el Atlántico, se percibe el descontento de los Centros de Salud de Enfermeras para el incumplimiento de las condiciones para cumplir con las directivas de la Dirección General de Salud para la realización de Visitas a Domicilio en el programa de Salud Infantil.

La percepción de la realidad fue el punto de partida para la realización de un estudio descriptivo simple del paradigma cuantitativo, que tiene por objetivo principal poner de relieve la contribución de los niños y padres que pudieron recibir Visitas a Domicilio realizadas por los Enfermeros del Centro Salud Agualva.

El principal objetivo de describir los puntos de vista de las familias visitadas antes de esta intervención de Enfermería. Se realizó una entrevista estructurada a los padres de 30 niños que viven en la zona cubierta por el Agualva Centro de Salud, una muestra representativa a través de un proceso de no probabilístico de muestreo por conveniencia o accidental.

Los datos cuantitativos recogidos por el instrumento utilizado fueron tratados con el uso principal de la estadística descriptiva, utilizando SPSS 17,0, Microsoft Office Word y Excel 2007. Data preguntas cualitativas abiertas derivadas de la secuencia de comandos de la entrevista, fueron tratados mediante el uso de de análisis temático cualitativo de contenido de Bardin.

De los resultados se puede concluir que el 86,7% (26) de los participantes informaron una preferencia por las Visitas a Domicilio en relación con la Vigilancia de la Salud del Niño celebrado en el Centro de Salud, que contribuyó a mejorar las relaciones con la Enfermera de Salud Infantil.

En general, los participantes están disponibles para recibir las visitas domiciliarias en la salud de niños y 96,7% (29) de los participantes atribuyeron un grado de importancia de la "Importante" o "Muy Importante" en la Vigilancia de la Salud de niño pequeño.

Conceptos-clave

- ☉ Salud Infantil;
- ☉ Visitas Domiciliarias, en el marco de la Salud Infantil;
- ☉ Enfermería en la Atención Primaria de Salud.

Palabras-clave

- ☉ Enfermería; Salud Infantil; Visitas Domiciliarias.

Índice Geral

Agradecimentos	ix
Resumo	xi
Conceitos-chave	xii
Palavras-chave	xii
Abstract.....	xiii
Key concepts.....	xiv
Keywords	xiv
Resumen	xv
Conceptos-clave	xvi
Palabras-clave	xvi
Índice de Quadros	xx
Índice de Tabelas	xx
Índice de Gráficos.....	xxi
Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos	xxiii
Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico	5
1.1. Saúde em Portugal	5
1.1.1. Ponto de Partida	5
1.1.2. Objectivos estratégicos.....	5
1.1.3. Estratégias para Obter mais Saúde para Todos	6
1.2. Cuidados de Saúde Primários	9
1.2.1. Educação para a Saúde	9
1.3. Actualidade no âmbito da Saúde Infantil.....	10
1.3.1 Saúde Infantil	17
1.4. Papel da Enfermagem	19
1.4.1. Filosofia de Prestação de Cuidados.....	19
1.4.2. Holismo	20
1.4.3. Família.....	20
1.4.4. Comunicação	21

1.5. Papel do Enfermeiro	21
1.5.1. Papel do Enfermeiro em Saúde Infantil	22
1.5.2. Enfermeiro na Comunidade	23
1.6. Visitação Domiciliária	24
1.6.1. Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil	26
1.7. Estrutura da Visitação Domiciliária no Centro de Saúde de Agualva-Cacém no âmbito da Saúde Infantil	28
1.8. Caracterização da comunidade do Cacém - Agualva	29
2. Decisões Metodológicas	30
2.1. Paradigma e Tipo de Estudo	31
2.2. População alvo, amostra e processo a utilizar para a sua selecção	32
2.3. Variáveis	33
2.3.1. Variáveis Atributos	34
2.3.2. Variável de Investigação	34
2.4. Considerações Éticas	35
2.5. Método de colheita e tratamento de dados.....	36
2.5.1. Pré-teste	37
3. Apresentação, Análise de Dados e Discussão de Resultados	39
3.1. Atributos dos participantes	40
3.1.1. Idade	40
3.1.2. Género	41
3.1.3. Naturalidade e Nacionalidade	42
3.1.4. Escolaridade e Ocupação Profissional	44
3.1.5. Estado civil.....	46
3.1.6. Número de filhos.....	46
3.1.7. Agregado familiar e Tipo de família	47
3.2 Factores de realização da VD	49
3.2.1. Pessoas presentes durante a realização da VD	49
3.2.2. Número de VD's realizadas	50
3.2.3. Experiência anterior de Vigilância de Saúde Infantil sem VD	50
3.3. Focos de atenção/Intervenções de Enfermagem na VD	51

3.3.1. Indicador Prevenção	52
3.3.2. Indicador Cuidados à Criança	54
3.3.3. Indicador Alterações de Saúde	56
3.3.4. Temas identificados pelos participantes.....	59
3.4. Factores referidos pelos pais/cuidadores	61
3.4.1. Preferência pela VD	61
3.4.2. Motivos de preferência pela VD	62
3.4.3. Até que idade realizar a VD	65
3.4.4. Identificação de Desvantagens/Aspectos a melhorar na VD	66
3.4.5. Aspectos a melhorar na VD Identificados.....	66
3.4.6. Contacto posterior com o Enfermeiro que realizou a VD	69
3.4.7. Contributo da VD para melhorar a relação com o Enfermeiro	70
3.4.8. Grau de importância atribuído à VD	71
4. Conclusão	73
5. Implicações e Limitações	77
6. Sugestões	79
7. Referências Bibliográficas.....	81
Apêndices	85
Apêndice A - Cronograma	87
Apêndice B – Pedido de Autorização para Recolha de Dados	91
Apêndice C – Carta Explicativa do Estudo e do Consentimento.....	97
Apêndice D – Consentimento Informado	101
Apêndice E – Instrumento de Recolha de Dados	105

Índice de Quadros

Quadro 1 - Distribuição das questões pelas dimensões e indicadores, para medir a variável em estudo	35
Quadro 2 – Temas identificados pelos participantes	60
Quadro 3 – Outros motivos de preferência pela VD	64
Quadro 4 – Aspectos a melhorar identificados (1)	67
Quadro 5 – Aspectos a melhorar identificados (2)	68

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Idade dos participantes	40
Tabela 2 – Género dos participantes.....	41
Tabela 3 – Naturalidade.....	42
Tabela 4 – Nacionalidade	43
Tabela 5 – Escolaridade.....	44
Tabela 6 – Ocupação profissional	45
Tabela 7 – Estado Civil	46
Tabela 8 – Número de filhos	46
Tabela 9 – Agregado familiar.....	47
Tabela 10 – Tipo de família.....	48
Tabela 11 – Pessoas presentes durante a realização da VD	49
Tabela 12 – Número de VD’s realizadas.....	50
Tabela 13 – Experiência anterior de Vigilância de Saúde Infantil sem VD.....	51
Tabela 14 – Temas do Indicador Prevenção abordados na VD.....	52
Tabela 15 – Grau de Importância atribuído aos temas do Indicador Prevenção	53
Tabela 16 – Temas do Indicador Cuidados à criança abordados na VD.....	54
Tabela 17 – Grau de Importância atribuído aos temas do Indicador Cuidados à criança	55
Tabela 18 – Temas do Indicador Alterações de Saúde abordados na VD.....	56

Tabela 19 – Grau de Importância atribuído aos temas do Indicador Alterações de Saúde	58
Tabela 20 – Preferência pela VD.....	61
Tabela 21 – Motivos de preferência pela VD.....	62
Tabela 22 – Idade até onde os participantes consideram importante ser realizada VD .	65
Tabela 23 – Identificação de Desvantagens/Aspectos a melhorar na VD.....	66
Tabela 24 – Existência de contacto posterior com o Enfermeiro que realizou VD.....	69
Tabela 25 – Reconhecimento de que a VD contribui para melhorar a relação com o Enfermeiro	70
Tabela 26 – Grau de Importância Atribuído à VD	71

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Idade dos participantes	41
Gráfico 2 – Género dos participantes	41
Gráfico 3 – Nacionalidade.....	42
Gráfico 4 – Nacionalidade.....	43
Gráfico 5 – Escolaridade	44
Gráfico 6 – Ocupação profissional	45
Gráfico 7 – Estado Civil	46
Gráfico 8 – Número de Filhos	47
Gráfico 9 – Agregado familiar.....	48
Gráfico 10 – Tipo de família	48
Gráfico 11 – Pessoas presentes durante a realização da VD	49
Gráfico 12 – Número de VD’s realizadas	50
Gráfico 13 – Experiência anterior de Vigilância de Saúde Infantil sem VD	51
Gráfico 14 – Temas do Indicador Prevenção abordados na VD	52
Gráfico 15 – Grau de Importância atribuído aos temas do Indicador Prevenção.....	53
Gráfico 16 – Temas do Indicador Cuidados à criança abordados na VD.....	54
Gráfico 17 – Grau de Importância atribuído aos temas do Indicador Cuidados à criança	55

Gráfico 18 – Temas do Indicador Alterações de Saúde abordados na VD	57
Gráfico 19 – Grau de Importância atribuído aos temas do Indicador Alterações de Saúde	58
Gráfico 20 – Preferência pela VD	62
Gráfico 21 – Motivos de preferência pela VD	63
Gráfico 22 – Idade até onde os participantes consideram importante ser realizada VD	65
Gráfico 23 – Identificação de Desvantagens/Aspectos a melhorar na VD.....	66
Gráfico 24 – Existência de contacto posterior com o Enfermeiro que realizou VD	70
Gráfico 25 – Reconhecimento de que a VD contribui para melhorar a relação com o Enfermeiro	71
Gráfico 26 - Grau de Importância Atribuído à VD	72

Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

CLE	Curso de Licenciatura em Enfermagem
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direcção Geral de Saúde
EPS	Educação para a Saúde
f (a)	Frequência Absoluta
f (aa)	Frequência Absoluta Acumulada
f (r)	Frequência Relativa
f (ra)	Frequência Relativa Acumulada
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
me	Mediana
mo	Moda
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
RN	Recém-Nascido
RRMI	Rede de Referenciação Materno Infantil
S	Desvio Padrão
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UATLA	Universidade Atlântica
UCF	Unidades Coordenadoras Funcionais
USF	Unidades de Saúde Familiar
VD	Visitação Domiciliária
\bar{x}	Média

Introdução

No âmbito do 6º Curso de Licenciatura em Enfermagem, foi-nos proposta a elaboração de uma monografia, que tem como finalidade a obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem e a contribuição para o desenvolvimento da profissão.

O tema seleccionado para este trabalho é “A Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil: Perspectiva da população visitada.”

Durante o Ensino Clínico de Saúde Infantil e Pediátrica identificámos que são sentidas lacunas, por parte dos profissionais de Enfermagem, relativamente às competências dos cuidadores informais na prestação de cuidado à criança, na prevenção de acidentes e na integração do novo membro no contexto familiar.

Estas lacunas poderiam ser atenuadas, com a realização da Visitação Domiciliária em que a deslocação dos Enfermeiros ao ambiente familiar possibilita uma prestação de cuidados individualizada e centrada em problemas reais, que desta forma seriam mais facilmente identificados.

Segundo Mazza (2004) citado por Correia e Loureiro (2007), na Visitação Domiciliária são desenvolvidas acções de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos, para que os indivíduos atendidos tenham condições de se tornarem independentes. Revelando-se acima de tudo como um momento imprescindível para o estabelecimento de uma relação de confiança do Enfermeiro com a família.

“Desde a génese da Enfermagem Comunitária, os Enfermeiros têm sido líderes a melhorar a saúde de indivíduos, famílias e comunidades, através da prestação de um conjunto de cuidados de qualidade. O trabalho na comunidade baseia-se na assistência a famílias, grupos e colectividades, mediante a implementação de programas de saúde, cujo objectivo fundamental é a promoção da saúde. Os referidos programas, centrados na assistência ao indivíduo em função da sua etapa do ciclo

vital e dos principais grupos populacionais, são concretizados no seio das famílias, escolas, colectividades e outras instituições.” (Lavouras, 2007)

Identificámos que a Visitação Domiciliária é uma realidade prevista no programa do Plano Nacional de Saúde e que, se fosse realizada, iria de encontro às necessidades da família e criança. Porém, pelo que foi experienciado em Ensino Clínico e pela posterior pesquisa, esta realidade não está implementada na grande maioria dos Centros de Saúde que, não contemplam a Visitação Domiciliária como actividade de intervenção dos Enfermeiros no âmbito da Saúde Infantil.

Levantam-se questões sobre quais os motivos que impedem a implementação generalizada da Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil. A escassez de recursos humanos e materiais ou a adesão da população à Visitação Domiciliária poderá, ser o motivo para a não implementação deste tipo de cuidados.

O problema de investigação definido para o estudo é o “Desconhecimento da opinião da população portuguesa sobre a Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil”.

O desconhecimento da opinião da população em relação à Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil é um problema para o qual não se obteve resposta. Nos estudos consultados acerca da Visitação Domiciliária em Portugal, não foi encontrado nenhum que abordasse o tema na perspectiva pretendida para o trabalho de investigação e que desse resposta ao problema de investigação. Desta forma delineou-se para este estudo, a seguinte questão de investigação:

“Qual a perspectiva das Famílias visitadas pelos Enfermeiros de Saúde Infantil do Centro de Saúde de Agualva face à Visitação Domiciliária?”

Os objectivos delineados para este estudo são:

Objectivo geral:

- Descrever a opinião das famílias visitadas pelos Enfermeiros de Saúde Infantil do Centro de Saúde de Agualva relativamente à Visitação Domiciliária;

Objectivos específicos:

- ☉ Identificar quais as vantagens referidas pelas famílias que receberam Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil;
- ☉ Salientar os aspectos a melhorar referidos pelas famílias visitadas pelos Enfermeiros de Saúde Infantil.
- ☉ Identificar novos temas de interesse a inserir no programa da Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil;

A metodologia utilizada para a realização do presente estudo segue a filosofia subjacente à corrente positivista lógica enquadrando-se no paradigma quantitativo.

Este trabalho desenvolve-se nas fases, conceptual, metodológica e empírica, e está estruturado em: Introdução; **1.** Enquadramento Teórico; **2.** Decisões Metodológicas; **3.** Apresentação, Análise de Dados e Discussão de Resultados; **4.** Conclusão; **5.** Implicações e Limitações; **6.** Sugestões; **7.** Referências Bibliográficas e Apêndices.

A organização temporal está representada em forma de cronograma (**Apêndice A**).

A redacção segue a regra de apresentação de trabalhos vigente na Universidade Atlântica que utiliza o Sistema de Harvard para referenciação bibliográfica.

1. Enquadramento Teórico

Neste capítulo, vão ser expostos os conteúdos essenciais, que permitem fundamentar este estudo de investigação.

De acordo com os conceitos-chave definidos: Saúde Infantil, Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil e Enfermagem nos Cuidados de saúde Primários – Intervenção dos Enfermeiros, e uma vez que o tema abordado abrange várias temáticas, a revisão de literatura está estruturada de forma a permitir uma abordagem clara e não exaustiva das diferentes áreas que integram a Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil.

1.1. Saúde em Portugal

1.1.1. Ponto de Partida

De acordo com a Direcção Geral de Saúde (2004a: 29), “as orientações e actividades identificadas estão pensadas no contexto do Programa do XV Governo Constitucional e das respectivas Grandes Opções do Plano (GOP), do que se conhece sobre a saúde e o sistema de saúde em Portugal, de um anterior documento sobre as estratégias da saúde, do Programa de Saúde Pública da União Europeia (UE), das orientações da OMS sobre *Health for All*, do mais recente Vol. II da OMS sobre saúde na Europa e do trabalho relevante que tem vindo a ser desenvolvido pela OCDE.”

1.1.2. Objectivos estratégicos

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2004a: 19), são definidas orientações estratégicas com a finalidade de sustentar, política, técnica e financeiramente, uma vontade nacional, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e intercolaboração dos múltiplos sectores que contribuem para a saúde.

São visados três grandes objectivos estratégicos:

- Ⓢ Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença;

Utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados;

Garantir os mecanismos adequados para a efectivação do Plano, através de uma cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do Plano.

É, por conseguinte, um documento de alcance vasto que pretende a formatação de políticas intersectoriais concertadas, cujo reflexo administrativo será a cooperação interministerial, numa lógica de impacto global para a melhoria da Saúde.

1.1.3. Estratégias para Obter mais Saúde para Todos

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2004a: 53), de forma a obter mais saúde para todos, privilegiam-se duas estratégias:

- Ⓢ Centrar as intervenções na família e no ciclo de vida;
- Ⓢ Abordar os problemas de saúde através de uma aproximação à gestão da doença.

Segundo o Ministério Saúde (2007), o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 define um conjunto de indicadores, distribuídos ao longo das fases do ciclo de vida do indivíduo, que reflectem as necessidades de saúde e a situação epidemiológica das várias faixas etárias populacionais, tendo sido construído com base na família e no ciclo de vida do cidadão.

Aprovado em 2004 depois de uma ampla participação e debate públicos, o Plano Nacional de Saúde (PNS) encontra-se em fase de implementação, sob a direcção do

Alto Comissariado da Saúde. Para além de um guia de acção, o PNS define as orientações estratégicas, prioridades e metas a alcançar para o período de 2004-2010, pelo que constitui um instrumento necessário para o planeamento em saúde e para a utilização racional dos meios disponíveis, com o objectivo de obter “ganhos em saúde”, através da promoção da saúde e da prevenção da doença. (Ministério da Saúde, 2008a)

Segundo o Ministério da Saúde (2008b), os Programas Nacionais de Saúde são instrumentos para aplicação do PNS. A responsabilidade pela sua execução é de todos, estando deste modo entre os principais instrumentos para aplicação do mesmo. Tem carácter nacional e tradução a nível regional e local, devendo ser executados por todos os intervenientes no sistema de saúde, incluindo os cidadãos.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema. No programa do actual governo, é afirmado explicitamente que os cuidados primários de saúde são o pilar central do sistema de saúde e que os centros de saúde são a base institucional daqueles cuidados. Para que esta visão se concretize, é necessário alterar o actual modelo de prestação, tornando-o mais acessível, adequado às necessidades e mais eficiente, só assim, se podendo satisfazer as expectativas dos cidadãos e também dos profissionais de saúde.

Portugal foi um dos primeiros países europeus a adoptar uma estratégia integrada de cuidados de saúde primários, através do desenvolvimento de uma rede de centros de saúde cobrindo a generalidade do território nacional.

Os centros de saúde constituem um património institucional que importa não só preservar, como modernizar e desenvolver. Desde logo, porque continuam a ser, reconhecidamente, o meio mais acessível e eficiente para proteger e promover a saúde da população. Estamos todos conscientes das suas muitas limitações e carências. Todos reconhecemos a crónica escassez de recursos humanos, de que os médicos de família são apenas a face mais visível.

Neste momento, está em curso uma reestruturação que irá abranger oito grandes áreas de intervenção:

- ⊕ Reconfiguração e autonomia dos centros de saúde;
- ⊕ Implementação de Unidades de Saúde Familiar;
- ⊕ Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública;
- ⊕ Outras dimensões da intervenção na comunidade;
- ⊕ Implementação de Unidades Locais de Saúde;
- ⊕ Desenvolvimento dos recursos humanos;
- ⊕ Desenvolvimento do Sistema de Informação;
- ⊕ Mudança e desenvolvimento de competências.

A fase inicial consiste na criação de Unidades de Saúde Familiar (USF), que são compostas por pequenas equipas constituídas por três a oito médicos de família, igual número de Enfermeiros de família e um número variável de profissionais administrativos, abrangendo uma população entre os quatro mil e os 14 mil indivíduos. Estas equipas terão autonomia organizativa funcional e técnica e um sistema retributivo sensível ao desempenho, que permitirá premiar a produtividade, a acessibilidade e, sobretudo, a qualidade.

As USF têm por missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por elas abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade. São serviços de saúde de proximidade, de pequena dimensão, inseridos na comunidade, de contacto fácil e afável na relação que estabelecem com os utilizadores. (Ministério da Saúde, 2006)

O Conselho de Ministros criou, na dependência directa do Ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a responsabilidade de conduzir o projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar.

A MCSP está empenhada em demonstrar, aos cidadãos e aos profissionais de saúde, que a reforma dos cuidados de saúde constitui uma oportunidade ímpar de melhoria dos cuidados e das condições em que estes são prestados. (Ministério da Saúde, 2006)

1.2. Cuidados de Saúde Primários

1.2.1. Educação para a Saúde

Segundo Lavouras (2007), na Declaração de Munique apela-se às autoridades da Organização Mundial de Saúde (OMS) da Região Europeia que intensifiquem a sua acção, no sentido de reforçar os cuidados de Enfermagem através: da garantia da participação dos Enfermeiros na tomada de decisão a todos os níveis de desenvolvimento e implementação das políticas de saúde; da procura de oportunidades para estabelecer e suportar programas e serviços de Enfermagem comunitária centrados na família; do reforço do papel dos Enfermeiros em saúde pública, na promoção da saúde e no desenvolvimento comunitário.

A Educação para a Saúde (EPS) é descrita como uma actividade desenvolvida e valorizada pelos Enfermeiros de CSP. Na verdade, os clientes e família solicitam, frequentemente, a estes profissionais informação relacionada com a saúde, sendo variadíssimas, as oportunidades que os Enfermeiros têm para efectuar EPS, uma vez que interactivam/assistem os clientes em vários contextos como na consulta, no domicílio, na escola e nos locais de trabalho.

A prevenção primária é também um aspecto relevante no que respeita à organização do sistema prestador, havendo descrições acerca da sua importância advindas, maioritariamente, dos Enfermeiros de CSP. A preocupação com a defesa prioritária da saúde está quase sempre presente no seu discurso. Outro aspecto que os diferencia relaciona-se com o facto de estarem preparados para ir ao encontro das necessidades dos clientes. Portanto, para eles, a sua função sobreleva-se à demanda dos clientes.

Em síntese, pensar sobre o Enfermeiro de CSP implica: uma mudança de paradigma na organização da prestação de cuidados de saúde, um trabalho conjunto para a necessária reestruturação dos serviços de saúde, uma definição aprimorada de competências nesta área e um efectivo trabalho de complementaridade entre os diferentes membros da equipa multidisciplinar (Ministério da Saúde, 2006).

1.3. Actualidade no âmbito da Saúde Infantil

Segundo o programa Crescer em Segurança (do período pós-neonatal aos 10 anos de idade) da DGS (2004b: 28-30):

Existe uma elevada cobertura, porém verifica-se uma fraca articulação entre serviços:

- ⊗ É relativamente elevada a cobertura por serviços de saúde dirigidos às crianças.
- ⊗ A cobertura do programa nacional de vacinação é elevada.
- ⊗ O Programa Tipo de Vigilância da Saúde, recentemente actualizado, necessita maior implementação.
- ⊗ Nos grupos de centros de saúde onde as unidades coordenadoras funcionais (UCF) têm sido actantes, constata-se uma melhoria na acessibilidade e na qualidade dos cuidados prestados e uma melhor articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, para a qual tem contribuído a RRMI.
- ⊗ A linha telefónica pediátrica Saúde 24 - Dói, Dói, Trim, Trim - dirigida ao grupo etário dos 0-14 anos, tem tido aceitação crescente por parte dos pais e tem demonstrado diminuir o afluxo aos serviços de urgência por parte da população que a ela recorre.

Melhoria contínua da Saúde Infantil e da criança e emergência de novos problemas

- ⊗ É de realçar que, no difícil contexto laboral português, 50% das mães amamentam para lá do terceiro mês de vida.

- ☉ Mantém-se a tendência decrescente da mortalidade infantil: 61% da mortalidade infantil ocorre no período neonatal (primeiros 27 dias de vida).
- ☉ As doenças infecciosas diminuíram drasticamente na infância e nos primeiros 10 anos de vida.
- ☉ Entre o 1 e os 4 anos de idade, começam a emergir as causas externas e os tumores malignos como causas significativas da mortalidade, sendo, no entanto, de assinalar o decréscimo observado na mortalidade associada às primeiras.
- ☉ As causas externas envolvem questões sociais difíceis de prevenir entre as crianças e têm vindo a adquirir maior peso relativo na morbimortalidade reconhecida neste grupo etário.
- ☉ Orientações estratégicas e intervenções necessárias. (DGS, 2004b: 28-30)

Melhorar a articulação entre serviços:

- ☉ Apoiar-se-ão as UCF, pilares da RRMI, para que assumam o seu papel fundamental na avaliação das necessidades, definição das prioridades locais e desenvolvimento de medidas concretas, que promovam a complementaridade dos serviços e a qualidade dos cuidados;
- ☉ Reforçar-se-á a necessidade de a primeira consulta se realizar ainda nos primeiros dias de vida;
- ☉ Generalizar-se-á o Projecto de Reestruturação das Urgências Pediátricas.

Promover a Saúde Infantil:

- ☉ Incentivar-se-á o aleitamento materno;
- ☉ Desenvolver-se-ão intervenções intersectoriais para reduzir a morbilidade e mortalidade por acidentes;
- ☉ As crianças portadoras de deficiência ou que estão em risco de atraso grave de desenvolvimento exigem uma atenção especializada que deve enquadrar-se com o reforço da intervenção precoce e a implementação dos Centros de Desenvolvimento Infantil;

Settings prioritários:

☉ Os *Settings* a privilegiar nesta fase do ciclo de vida incluem a família, o infantário, as amas, o local de trabalho, as instituições de acolhimento e as unidades de saúde.

As UCF têm o objectivo de promover a articulação entre os dois níveis de prestação de cuidados, garantir a circulação recíproca de informação, avaliar as necessidades e prioridades de formação e intervenção em saúde materna, infantil e dos adolescentes, na sua área de influência, e propor medidas concretas de actuação para a resolução desses problemas (Despachos n.º 12917/98 e 6/91).

As orientações técnicas da Direcção Geral de Saúde (2005: 5) realçam que a saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados, salientando como factor determinante a influência do ambiente – social, biofísico e ecológico.

No entanto, é indiscutível o impacto das acções de Vigilância da Saúde Infantil e juvenil pertinentes e de qualidade. A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças são, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços.

“O apoio às crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados são aspectos prioritários. O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento da função parental e tornam possível que os pais e a família a assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-la e promovê-la.” (DGS, 2005: 5)

Genericamente, o Programa-tipo obedece às seguintes linhas-mestras:

☉ Calendarizações das consultas para «idades-chave», correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, como sejam as etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade.

- ⊗ Harmonização destas consultas com o esquema cronológico de vacinação, de modo a reduzir o número de deslocações ao Centro de Saúde.
- ⊗ Valorização dos cuidados antecipatórios como factor de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.
- ⊗ Detecção precoce e encaminhamento de situações passíveis de correcção e que possam afectar negativamente a saúde da criança.
- ⊗ Apoio à responsabilização progressiva e auto-determinação em questões de saúde das crianças e jovens.

Importa desenvolver os meios que possibilitem a Visitação Domiciliária, essencialmente pelo Enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como «de risco». (DGS, 2005: 5-6)

Os Exames de Saúde têm como objectivos:

1. Avaliar o crescimento e desenvolvimento, e registar, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, os dados antropométricos e outros do desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento psicossocial.

2. Estimular a opção por comportamentos saudáveis, entre os quais os relacionados com:

- ⊗ A nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, prevenindo práticas alimentares desequilibradas;
- ⊗ A prática regular de exercício físico, a vida ao ar livre e em ambientes despoluídos e a gestão do stress;
- ⊗ A prevenção de consumos nocivos e a adopção de medidas de segurança, reduzindo assim o risco de acidentes.

3. Promover:

- ☉ O cumprimento do Programa Nacional de Vacinação;
- ☉ A suplementação vitamínica e mineral, nas idades e situações indicadas;
- ☉ A saúde oral;
- ☉ A prevenção de acidentes e intoxicações;
- ☉ A prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar;
- ☉ A prevenção das perturbações da esfera psicoafectiva.

4. Detectar precocemente e encaminhar situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente, como: malformações congénitas (doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, testículo não descido), perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estaturoponderal e psicomotor, alterações neurológicas, alterações de comportamento e do foro psicoafectivo.

5. Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde.

6. Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes nos cuidados a estas crianças.

7. Assegurar a realização do aconselhamento genético, sempre que tal esteja indicado.

8. Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de violência ou negligência, qualquer que seja o seu tipo.

9. Promover a auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. Prevenir situações disruptivas ou de risco acrescido.

10. Apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar.

Periodicidade das consultas de Saúde Infantil:

Primeiro ano de vida

- | | | | |
|---|-------------------|---|---------|
| ☉ | 1ª semana de vida | ☉ | 4 meses |
| ☉ | 1 mês | ☉ | 6 meses |
| ☉ | 2 meses | ☉ | 9 meses |

1 - 3 Anos

- | | | | |
|---|----------|---|--------|
| ☉ | 12 meses | ☉ | 2 anos |
| ☉ | 15 meses | ☉ | 3 anos |
| ☉ | 18 meses | | |

As idades referidas não são rígidas – se uma criança se deslocar ao Centro de Saúde, por outro motivo, poderá ser feito o exame indicado para a idade mais aproximada. Com este tipo de actuação – “Exames de Saúde oportunistas” – reduz-se o número de deslocações e alarga-se o número de crianças cuja saúde é vigiada com regularidade.

De igual modo, a periodicidade recomendada deverá adequar-se a casos particulares, podendo ser introduzidas ou eliminadas algumas consultas. (DGS, 2005: 7-9)

Em todas as consultas deve-se avaliar:

- ☉ As preocupações dos pais ou do próprio, no que diz respeito à saúde;
- ☉ Intercorrências desde a consulta anterior, frequência de outras consultas, medicação em curso;
- ☉ A frequência e adaptação ao infantário, ATL, escola;
- ☉ A prática de actividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres;
- ☉ A dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando as curvas de crescimento e os aspectos do desenvolvimento psicossocial;

☉ O cumprimento do calendário vacinal, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação.

Para cada consulta são referidas as acções a efectuar para detecção precoce de situações rastreáveis, sem prejuízo da observação completa da criança/adolescente. O termo “desenvolvimento” refere-se, de um modo geral, ao desenvolvimento psicomotor e psicoafectivo, que será objecto de publicação específica posterior.

Relativamente aos cuidados antecipatórios, os temas sugeridos poderão ser abordados individualmente ou em grupo, em diferentes contextos, nomeadamente em actividades a desenvolver, por exemplo, na sala de espera – distribuição de material informativo (folhetos, vídeos) e em sessões de informação/educação para a saúde dirigidas aos pais ou outros prestadores de cuidados. Algumas destas actividades poderão ser dinamizadas pela Saúde Escolar, envolvendo activamente os próprios, sobretudo a partir do 1º ciclo.

A avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sócio familiar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/família. No primeiro ano de vida há que prestar uma especial atenção ao estado emocional da mãe, encaminhando precocemente quaisquer alterações, que poderão interferir no desenvolvimento da criança.

Sempre que se necessite de recorrer a outros serviços ou nível de cuidados, encaminhar a criança, em colaboração estreita com o serviço de referência. (DGS, 2005: 10-11)

As crianças com necessidades especiais de saúde exigem atenção redobrada e estratégias de intervenção de acordo com essas necessidades ou com probabilidades de ocorrência de acontecimentos indesejáveis (crianças em situação de risco).

Não é possível enumerar estas situações, nem estabelecer um programa único de actuação. Cabe à equipa de saúde identificar as necessidades especiais de cada criança e definir um programa individual de vigilância e promoção da saúde que facilite o desenvolvimento das capacidades e potencialidades.

As crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e as suas famílias deverão beneficiar de programas de intervenção precoce, de acordo com o Despacho Conjunto n.º 891/99, de 19.10.1999.

As crianças com perturbações do desenvolvimento, deficiência ou doença crónica exigem também cuidados acrescidos, nomeadamente a continuidade de intervenção dos vários serviços, e que seja assumida a função de “charneira”, de preferência pelo médico assistente.

Para além do programa-tipo, poderá ser necessário ajustar a periodicidade e os conteúdos das consultas, bem como outras intervenções – nomeadamente Visitação Domiciliária – de acordo com as necessidades especiais de cada criança (DGS, 2005: 20)

1.3.1 Saúde Infantil

Como comumente referido, as crianças não são adultos em ponto pequeno, necessitam de cuidados adequados à sua etapa de desenvolvimento, necessidades, ambiente familiar e condição social. De acordo com Neto (2009b: 8), as crianças, quanto mais novas, mais vulneráveis a atrasos de desenvolvimento, como danos causados por alimentação inadequada e falta de cuidados de saúde. A identificação de factores predisponentes de origem biológica, socioeconómica e afectiva na criança considerando-a na sua vulnerabilidade, é fundamental para a prevenção de situações de risco para a sua saúde e para a sua vida, promovendo o seu desenvolvimento harmonioso.

Os cuidados de saúde devem ser assegurados a todas as crianças, em tempo oportuno e de acordo com as características e necessidades individuais (Neto, 2009a: 15).

Citando Batalha (2000: 21), “A filosofia orientadora dos cuidados pediátricos centra-se na família e 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 conhecimento, fraco apoio familiar, de amigos ou profissionais de saúde).”

O desenvolvimento das competências maternas e paternas é um processo gradual de aprendizagem, de acordo com Neto (2009a: 2), a construção do conhecimento, habilidades, comportamentos e atitudes permite aos pais desenvolver competências como cuidadores, adquirindo gradualmente autonomia para cuidarem do seu filho. Considerando que os pais são os primeiros prestadores de cuidados de saúde, torna-se fundamental promover a autonomia familiar relativamente aos cuidados de saúde a prestar à criança. Conseguir-se este objectivo estimulando os pais de forma que dentro das suas possibilidades, capacidades, através do aumento do nível de conhecimentos e motivação, assumam através do exercício dos direitos e deveres, a responsabilidade das decisões que sejam referentes à saúde dos seus filhos.

Citando Wong (1997: 535), “A prática da Enfermagem centrada na família é construída sobre uma base de colaboração entre pais e profissionais, a qual representa um deslocamento das relações unidireccionais tradicionais entre os profissionais de saúde e as famílias.”

O nascimento de uma criança provoca mudança na família, que se transforma, se reestrutura, para se adaptar ao novo membro e aos novos papéis que têm de desempenhar. A adaptação a uma nova realidade, a adaptação à mudança que se espera aconteça naturalmente, leva a que se levantem novas dúvidas, incertezas e expectativas.

Segundo Neto (2009a: 5), a vulnerabilidade do recém-nascido e a sua dependência natural dos cuidados parentais tornam-se importantes, pois determinam o seu bem-estar não só físico mas também psicossocial. Reconhece-se que a família é o elemento constante na vida da criança, e é nela que deve ser o maior investimento.

Face à mudança das estruturas familiares, é essencial que o profissional de Enfermagem identifique o principal cuidador da criança, que pode ser a mãe, o pai, a avó ou até mesmo uma ama. (Wong, 1997: 190)

1.4. Papel da Enfermagem

1.4.1. Filosofia de Prestação de Cuidados

A prática de Enfermagem é encarada como uma disciplina multidimensional, baseada no conhecimento e, segundo Doenges e Moorhouse (1999: 1), é simultaneamente uma ciência e uma arte e, como tal, relaciona-se com as preocupações físicas, psicológicas, sociológicas culturais e espirituais do indivíduo. É entendida como uma ciência que dirige a sua acção ao ser humano no seu todo, prestando cuidados a indivíduos de todas as idades, em contexto mutáveis, quaisquer que sejam os locais, em que as necessidades ligadas à saúde se façam sentir, quer em situações de total autonomia, quer integrada em equipas multidisciplinares.

Enquanto disciplina do conhecimento, a Enfermagem tem por objecto as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida. O cuidado de Enfermagem tem como foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive, persegue e procura, ao longo de todo o ciclo vital, promover a saúde, prevenir a doença e promover os processos de adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores, enfatizando os processos de aprendizagem da pessoa e a máxima independência na realização das actividades da vida.

Segundo Price (1993), citado por Wong (1997: 11), “O estabelecimento de um relacionamento terapêutico é o fundamento essencial para o provimento de um cuidado de Enfermagem de qualidade.

A Enfermagem envolve mais do que conhecimentos científicos e competências clínicas. Para atingir a excelência dos cuidados, os profissionais de Enfermagem, deverão ter presente e incorporar outras competências, como a compaixão, a ternura e o pensamento intuitivo nos cuidados, respondendo às diversas necessidades - fisiológica, emocional, cultural e espiritual - da criança e da família, só desta forma se atinge o objectivo de prestar cuidados de excelência a todas as crianças e famílias, sem olhar a raça, crenças, religião e nível sócio-cultural.

1.4.2. Holismo

A perspectiva holística da Enfermagem reconhece o desenvolvimento individual ao longo do ciclo de vida. O planeamento e a prestação de cuidados de Enfermagem holísticos exigem, pois, aos profissionais de Enfermagem, a compreensão das questões relacionadas com as características e necessidades das pessoas em todas as etapas de vida. Múltiplos factores, como experiências pessoais, condição de saúde e expectativas culturais, influenciam o crescimento e desenvolvimento pessoais e a forma como cada indivíduo responde às situações, deste modo, as opções que as pessoas possam fazer relativamente aos comportamentos de saúde, são, altamente determinados por estes factores.

De acordo com Edelman e Mandle (1998), citados por Potter e Perry (2006: 4), “saúde holística é a visão abrangente da pessoa, como um ser biopsicossocial e espiritual. O objectivo deste modelo é permitir que os utentes se empenhem no seu próprio processo de cura.” De acordo com o referido, Potter e Perry (2006: 5), salientam o papel do Enfermeiro que, “ao usar intervenções de saúde holística envolve o seu utente no processo de cura.” Os profissionais de Enfermagem com uma visão holística estão a integrar estas terapêuticas na prática, para tratarem as necessidades fisiológicas, psicológicas e espirituais do doente.

1.4.3. Família

Para Neto (2009a: 4), citando Hanson (2005: 6), “Família refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos.”

A família contribui para a saúde dos seus membros individuais através do apoio ao seu desenvolvimento biofísico e psicossocial. É dentro da unidade familiar que os seus membros desenvolvem o conceito de saúde e adquirem hábitos de saúde.” (Stanhope;

Lancaster, 1999:503). Surge desta forma a família como modelo, influenciando toda a vida futura dos seus membros.

1.4.4. Comunicação

O significado das palavras e o modo como são empregues podem afectar vários grupos culturais de forma diferente, pelo que deve ser dada particular atenção à comunicação.

Citando Wong (1997: 536), “A comunicação com a família não deve ser invasiva.” Segundo a autora, não é necessário recolher informações da família que possam ser obtidas a partir dos registos da criança devendo o profissional de Enfermagem explicar os motivos para as perguntas, principalmente aquelas que a família possa achar intrusivas, informando a família de quem terá acesso às informações, assegurando o respeito pelo sigilo em relação aos dados colhidos.

1.5. Papel do Enfermeiro

O papel do profissional de Enfermagem é fundamental na abordagem à família e criança. A prestação de cuidados de Enfermagem enfatiza o planeamento, a educação e a continuidade dos cuidados, sendo valorizado a integração da família nestes processos.

Para Wong (1997: 11), o Enfermeiro deve trabalhar com os familiares, identificando as suas metas e necessidades, planeando as intervenções que melhor solucionem os problemas definidos.

Neste sistema os Enfermeiros, inseridos em equipas multidisciplinares, prestam, coordenam e avaliam cuidados de saúde em colaboração. Os cuidados centrados na família propiciam um clima ameno e acolhedor para as crianças e suas famílias, possibilitando aos Enfermeiros desafios interessantes, como a orientação e a coordenação de cuidados.

De acordo com Neto (2009b: 7-8), junto das famílias os cuidados de Enfermagem devem centralizar-se na promoção da saúde implementando programas acessíveis e flexíveis, que respondam adequadamente às necessidades emocionais, económicas e sociais, respeitando a família na sua individualidade, capacitando-as e apoiando-as no estabelecimento dos seus projectos de vida. Pela sua proximidade, o Enfermeiro que presta cuidados na comunidade, está capacitado e é responsável pelas intervenções que visem promover a saúde dos indivíduos membros de uma família, inseridos numa comunidade e pertencendo a uma sociedade.

É necessário que haja uma avaliação de Enfermagem que inclua a história de saúde familiar e individual assim como padrões e estilos de vida. O conhecimento das necessidades familiares, permite ao Enfermeiro identificar problemas que possam interferir com as capacidades parentais, formulando o plano de cuidados e intervenções mais adequadas, avaliando os seus resultados e alterando-os sempre que se justifique (Neto, 2009a: 5).

1.5.1. Papel do Enfermeiro em Saúde Infantil

Para Wong (1997: 9), a Enfermagem de lactentes e crianças condiz com a definição de Enfermagem como diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais. A definição incorpora quatro aspectos essenciais da prática de Enfermagem contemporânea:

- ⊗ Atenção à ampla faixa de experiências e respostas humanas, à saúde e à doença, sem restrição à orientação focalizada no problema;
- ⊗ Integração de dados objectivos com o conhecimento alcançado a partir de compreensão da experiência subjectiva do cliente ou grupo;
- ⊗ Aplicação do conhecimento científico ao processo de diagnóstico e tratamento;
- ⊗ Estímulo ao estabelecimento de uma relação terapêutica facilitadora da promoção da saúde, prevenção da doença e tratamento.

O nascimento de uma criança exige adaptação de todos os elementos familiares. De acordo com Neto (2009a: 5), o Enfermeiro tem a capacidade de supervisionar e/ou promover essa mudança dentro da família para que ela se dê da maneira mais adequada para aquela família/criança.

Citando Batalha (2000: 21), “O Enfermeiro que trabalha na área dos cuidados de saúde primários é responsável pela prestação de cuidados globais ao indivíduo, família e comunidade. Ao desenvolver a sua acção em Saúde Infantil terá necessariamente de encarar a criança inserida no seu seio familiar e social.”

O papel do Enfermeiro passa pelo estabelecimento de uma relação de ajuda com a família da criança, no sentido de sensibilizar e incentivar a formação dos pais no seu novo papel social. Segundo Neto (2009a: 2-3), o Enfermeiro deve promover a escuta activa e empenhar-se na aplicação das suas competências profissionais para que os pais adquiram confiança e se sintam acompanhados nesta nova fase de sua vida promovendo todos em conjunto um desenvolvimento harmonioso da criança no seio da sua família. Todavia, Wong (1997: 536) salienta que podem surgir discordâncias entre os profissionais de Enfermagem e os pais em relação aos procedimentos apropriados para o cuidado da criança, sendo que em qualquer situação que não comporte risco ou perigo para a criança, os profissionais deverão respeitar as preferências paternas.

1.5.2. Enfermeiro na Comunidade

O Enfermeiro surge como um elemento privilegiado no contacto com a população, de todos os profissionais de saúde surge como o que mais tempo passa com os doentes, daí a relevância que assume no contacto com as populações, sendo um ambiente onde se insere naturalmente.

De acordo com Neto (2009b: 7), o Enfermeiro na comunidade tem capacidade para identificar os factores predisponentes, avaliar as populações vulneráveis e intervir de forma a quebrar o “...ciclo da vulnerabilidade” (Stanhope; Lancaster, 1999:694). A colheita de dados, elaboração de objectivos, planos de actuação, execução e avaliação

das actividades estão ao alcance do Enfermeiro na comunidade como forma de promover a saúde individual e colectiva prevenindo situações de doença.

É importante criar programas de saúde na comunidade com abordagem centrada na família. Segundo Neto (2009a: 4), para tal ser possível é fundamental haver um conhecimento da realidade, através do “diagnóstico de saúde” da comunidade onde se pretende intervir. Reconhecendo a família como essencial no seu papel de promotora da saúde e bem-estar dos indivíduos de uma comunidade, apoiá-la revela-se como fundamental para a acção do Enfermeiro. Como expresso por Hanson (2005:111). “... O termo “saúde familiar” refere-se à saúde dos membros individuais da família e à família como um todo.”

Segundo Neto (2009a: 2-3), para a relação Enfermeiro/cliente, neste caso específico, Enfermeiro/família, o valor de cuidar torna-se um pilar fundamental, sendo esperado do Enfermeiro, capacidades que lhe permitam cuidar da família e, sobretudo, torná-la autónoma no acto de cuidar da criança.

1.6. Visitação Domiciliária

A Visita Domiciliária é um momento excepcional para o ensino, permitindo ao Enfermeiro avaliar as necessidades, possibilitando apoiar a família na adaptação ao novo elemento.

Nunes, Ribeiro e Valido (2006: 36), referem que “a Visitação Domiciliária visa a prestação de cuidados de Enfermagem no domicílio, quando esta for conveniente para o utente, para a família e para o serviço de saúde quer sobre o aspecto económico, social ou psicológico.”

Segundo Stanhope e Lancaster (1999:532) a Visitação Domiciliária proporciona ao Enfermeiro a oportunidade de efectuar uma colheita de dados mais exacta sobre a estrutura e organização familiar. Permite também a troca de informação entre o Enfermeiro e a família, e desta forma mais realista, a promoção dos cuidados no seio

familiar. Entende-se que “...uma Visita Domiciliária pode ser mais do que um simples lugar alternativo para prestar cuidados; pode ser uma modalidade de intervenção” (Neto: 2009a: 3).

De acordo com Navalhas (1997), citado por Nunes, Ribeiro e Valido (2006: 37), “ Os cuidados domiciliários constituem uma das actividades básicas a realizar pelas equipas de cuidados de saúde primários, destacando-se a figura do profissional de Enfermagem na sua função educativa e na prestação de cuidados de saúde.”

De acordo com Wong (1997: 536), “No lar a família é um parceiro em cada etapa do processo de Enfermagem.” Para tal a utilização de instrumentos de avaliação formal de auto-relato pode ajudar as famílias a identificar as necessidades que possam ter sobre informações, treino, serviços e meios de suporte. A avaliação também deverá incidir sobre as características e recursos da família. As observações realizados pelos profissionais de Enfermagem “são compartilhadas com neutralidade, sem julgamento de valor e de modo a preservar a própria função da família no processo de tomada de decisão.” Como tal, o profissional de Enfermagem deverá ter capacidade para reconhecer, que a percepção da família nas suas necessidades mais primordiais orientará o seu comportamento, e consumirá as suas atenções e energias, devendo por este modo ser as necessidades da família a orientar o processo de planeamento da Visitação Domiciliária.

Citando Wong (1997: 535-36), “O respeito pelas várias estruturas familiares e pelas diversidades raciais, étnicas, culturais, espirituais e socioeconómicas entre as famílias é essencial nos cuidados domiciliários.” Para tal ser possível, a autora refere a importância do papel do profissional de Enfermagem, que trabalha em íntima relação com os membros da família, no próprio domínio familiar, respeitando a base familiar, assim como as escolhas em relação ao seu estilo de vida.

1.6.1. Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil

De acordo com Nunes, Ribeiro e Valido (2006: 37), a prestação de cuidados ao recém-nascido e criança em contexto familiar nem sempre constitui uma tarefa fácil, uma vez que existem determinadas limitações, tais como:

- ☉ O custo das deslocações a famílias que habitam longe;
- ☉ A disponibilidade de profissionais de Enfermeiros com formação específica;
- ☉ Preocupações acerca da segurança no acesso a famílias que habitam em áreas problemáticas.

Nunes, Ribeiro e Valido (2006: 37-38), baseando-se em Daza (1994) e Rice (2004), estabelecem alguns objectivos e aspectos a ter em consideração aquando do planeamento e realização da Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil:

- ☉ Prevenção de acidentes que podem ocorrer em casa;
- ☉ Levantamento precoce dos factores de risco;
- ☉ Avaliação da habitação;
- ☉ Conhecimento dos hábitos familiares;
- ☉ Detecção precoce de doenças específicas;
- ☉ Diminuição da angústia materna e familiar em geral;
- ☉ Acréscimo dos conhecimentos sobre higiene, alimentação, psicologia evolutiva e desenvolvimento psicomotor de recém-nascido.

“Na sociedade em que vivemos tem-se verificado alterações acentuadas na estrutura familiar, em que se passou de famílias numerosas (onde todos os membros da família participavam na educação do novo elemento e eram transmitidos conhecimentos acerca do puerpério e cuidados com o recém-nascido de geração em geração) para famílias nucleares (em que, na maioria das vezes, tudo é uma novidade para os pais e, não tendo suporte familiar, reina a inexperiência em assuntos como o puerpério ou cuidados ao recém-nascido). Por outro lado, o período de internamento nos serviços de obstetrícia tem vindo a diminuir. Logo, o aconselhamento é realizado num menor espaço de tempo, ou seja, é transmitida

muita informação num curto período e são raras as ocasiões em que os ensinamentos são validados com a puérpera e família. Torna-se então imprescindível o acompanhamento da família no seu domicílio, pois apenas deste modo esta conseguirá ultrapassar as suas dúvidas, problemas e necessidades, ...” (Nunes, Ribeiro e Valido, 2006: 36)

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 cuidadores/pais, pois é a altura em que estes se confrontam pela primeira vez com muitas dificuldades relacionadas com o cuidar do recém-nascido, desta forma Wong (1997: 188-190), refere que o facto do período de internamento ter diminuído significativamente, acarreta que o planeamento da alta, as recomendações e a Visitação Domiciliária sejam importantes componentes dos cuidados à criança e família.

Segundo Stanhope e Lancaster (1999: 53) citados por Neto (2009a: 3), embora sendo o nascimento de uma criança um acontecimento “normativo”, exige aquisição de novas competências por parte da família que vê alterados os seus papéis sociais e exige mudança na estrutura familiar. Estes factos dão origem a momentos de tensão, nomeadamente se não houver compreensão em relação à dependência natural do recém-nascido. A Visitação Domiciliária torna-se neste caso “...uma forma importante de prestação de cuidados de Enfermagem.”

Para avaliar e satisfazer estas necessidades, o ensino deve ter início precoce, de preferência antes do nascimento, não apenas pelo curto período de admissão e pós-parto uma vez que, as mães se encontram em fase de recuperação, em que demonstram comportamentos passivos e dependentes, podendo não serem capazes de absorver grandes quantidades de informação.

Segundo Nunes, Ribeiro e Valido (2006: 36), “Os cuidados de saúde primários devem ter um papel fundamental na preparação dos pais após o nascimento de um filho”. Para tal fundamentam-se citando Queiroz (1998), que refere que “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 dos seus filhos.”

Citando Batalha (2000: 21), “ A visita domiciliária constitui uma estratégia de intervenção cuidativa na maioria dos países industrializados. (...) Na comunidade científica não existe ainda um consenso generalizado quanto à recomendação programa de Visitação Domiciliária como política de saúde de âmbito nacional. Todavia nos países em que estes programas foram implementados, (...), a melhoria de saúde das crianças foi uma realidade.”

1.7. Estrutura da Visitação Domiciliária no Centro de Saúde de Agualva-Cacém no âmbito da Saúde Infantil

Para o desenvolvimento do trabalho é importante caracterizar como estava estruturada a VD realizada à população alvo, no momento da realização do estudo.

A VD no Centro de Saúde Agualva – Cacém, desenvolvia-se através das directrizes preconizadas pelo programa tipo da DGS (2005: 5-6), contudo, tratava-se de uma consulta flexível e personalizada indo ao encontro às necessidades detectadas ou sentidas pela família.

A VD realizava-se, após a notificação de nascimento ou referenciação da família à equipa de Saúde Infantil, porém, por atraso na notícia de nascimento, o momento inicial do contacto entre o Enfermeiro e os cuidadores, aconteceu com frequência na primeira deslocação ao Centro de Saúde para realização do diagnóstico precoce. Nesse momento era feita uma avaliação inicial da família e criança, permitindo um planeamento individual da Visitação Domiciliária, nas outras situações a VD realizava-se indo ao encontro às necessidades identificadas no momento.

Os temas abordados na VD eram personalizados, incidindo essencialmente no programa tipo da DGS, de acordo com as idades pediátricas, sendo adaptada à realidade e dificuldades sentidas pela família.

O momento da realização do estudo coincide com uma altura de grande reestruturação nos Cuidados de saúde Primários, em que com a criação das USF's, os Enfermeiros de Saúde Infantil dos CS abordados (CS Olival e CS Agualva), referiram uma elevada carência de profissionais, o que implicou a suspensão de programas como a VD e a Saúde Escolar,

1.8. Caracterização da comunidade do Cacém - Agualva

A cidade do Cacém pertence ao concelho de Sintra e ao distrito de Lisboa. Em 12 de Julho de 2001, foi erigida a cidade, sendo composta por quatro freguesias civis: Agualva, Cacém, Mira Sintra e São Marcos.

De acordo com dados da Junta de Freguesia de Agualva, a rede de equipamento social é manifestamente insuficiente aliando-se a este problema o desenraizamento cultural, a falta de identidade local, a insuficiência de redes de solidariedade e de espaços comuns de lazer, dificultando o processo de integração social e espacial que é potenciado pelo crescimento rápido da população.

Dados estatísticos de 2001, registam 42372 habitantes, sendo 20597 do sexo masculino, com 49% e 21775 indivíduos do sexo feminino, com 51%. Dados estatísticos da Junta de Freguesia da Agualva dão-nos a indicação que desde do ano 2001 ao ano presente, a população terá aumentado, aproximadamente para 50.000 indivíduos residentes na freguesia da Agualva.

Segundo o último Censos existe uma maior percentagem da população com a escolaridade do 1º Ciclo de Ensino Básico e do 3º Ciclo do Ensino Básico, comparativamente ao 2º Ciclo de Ensino Básico, Ensino Secundário, Curso médio e Curso Superior. É também observável uma taxa de analfabetismo na freguesia de Agualva, representando 12,3% da população.

2. Decisões Metodológicas

Neste capítulo são expostas as decisões metodológicas tomadas para a realização deste estudo.

“É incontestável que a investigação é essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões.” (Fortin, 2003: 23)

Segundo Fortin (2003: 18), “...pela investigação numa dada disciplina visa-se a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão. Assim, a investigação consiste em alargar o campo dos conhecimentos na disciplina a que diz respeito e a facilitar o desenvolvimento desta como ciência...”

Segundo Fortin (2003:26), a investigação em Enfermagem provém da investigação sistemática: esta pode incidir sobre a prática dos cuidados e sobre os seus efeitos junto dos clientes, das suas famílias, da comunidade; quer seja ainda sobre o estudo dos contextos de cuidados. Os contextos de cuidados englobam tanto a prestação e a organização como a avaliação do conjunto dos meios onde os cuidados podem ser prestados. O objecto da investigação em Enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de Enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina. Este saber organiza-se em torno de conceitos, de modelos e de teorias que estão na base da investigação e da prática em Enfermagem.

Para este estudo delineou-se a seguinte questão de investigação:

“Qual a perspectiva das Famílias visitadas pelos Enfermeiros de Saúde Infantil do Centro de Saúde de Agualva face à Visitação Domiciliária?”

Segundo Fortin (2003: 51), “Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica.”

Para responder à questão de investigação delinear-se os seguintes objectivos:

Objectivo geral:

- ☉ Descrever a opinião das famílias visitadas pelos Enfermeiros de Saúde Infantil do Centro de Saúde de Agualva relativamente à Visitação Domiciliária;

Objectivos específicos:

- ☉ Identificar quais as vantagens referidas pelas famílias que receberam Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil;
- ☉ Salientar os aspectos a melhorar referidos pelas famílias visitadas pelos Enfermeiros de Saúde Infantil.
- ☉ Identificar novos temas de interesse a inserir no programa da Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil;

2.1. Paradigma e Tipo de Estudo

O objectivo do estudo é conhecer a opinião das famílias visitadas pelos Enfermeiros de Saúde Infantil do Centro de Saúde de Agualva relativamente à Visitação Domiciliária, o que nos dirige para uma recolha de dados objectivos e quantificáveis, pelo que, se seleccionou o paradigma quantitativo para o desenvolvimento deste estudo.

Segundo Ouellet (1990) citado por Fortin (2003: 21), “um paradigma é um esquema fundamental que orienta a perspectiva que o investigador dá ao seu estudo. Assim o investigador pode seguir um esquema em harmoniza com as suas crenças, os seus valores, a sua percepção das coisas e orientar o seu problema de investigação e a sua metodologia nesse sentido.”

Segundo Fortin (2003: 22), “O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Assim, esta abordagem reflecte um processo

complexo, que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível. O investigador adopta um processo ordenado, que o leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema à obtenção de resultados. A objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem. O método de investigação quantitativa tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos.”

Visto este tema ser pouco explorado e não termos encontrado estudos anteriores, o tipo de estudo desenvolvido é um estudo descritivo simples.

2.2. População alvo, amostra e processo a utilizar para a sua selecção

Segundo Haber e LoBiondo-Wood (2001: 141), “Uma população é um conjunto bem definido que tem certas propriedades específicas.”

De acordo com Fortin (2003: 41), “A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo.” Sobre este assunto, é preciso distinguir entre a população alvo e a população acessível. A população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar. A população acessível é a porção da população alvo que está ao alcance do investigador. Pode ser limitada a uma região, a uma cidade, a um estabelecimento etc. Uma amostra é um subconjunto de sujeitos ou elementos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica, em miniatura, da população alvo.

Pretendendo conhecer a opinião das famílias que receberam Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil, característica que identifica a nossa população alvo, seleccionamos como população acessível a totalidade da população que recebeu Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil no Centro de Saúde de Aqualva.

A selecção deste Centro de Saúde deve-se ao facto de, por um lado, ter sido alvo de um estudo realizado pela enfermeira Lurdes Neto (2008/09), existindo um total de 56 sujeitos que receberam Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil. Por outro lado, o Centro de Saúde de Aigualva é um habitual campo de estágio habitual para os alunos de Enfermagem do curso de licenciatura da Universidade Atlântica.

O critério de elegibilidade para a seleccionar a população é ter recebido Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil.

Segundo Haber e LoBiondo-Wood (2001: 142), a amostragem é um processo de seleccionar uma porção da população designada para a representar. Uma amostra é um conjunto de sujeitos que formam a população; um elemento é a unidade mais básica sobre as quais as informações são colhidas, sendo o a pessoa o elemento mais comum na pesquisa de Enfermagem.

A amostra foi seleccionada a partir de uma lista onde constam todos os sujeitos da população acessível, utilizando um processo de amostragem não probabilística por conveniência ou acidental, de onde foram identificados 30 sujeitos acessíveis e disponíveis a participar no estudo.

2.3. Variáveis

“As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças.” (Fortin, 2003:36)

Assim sendo, e de acordo com, Beck, Hungler e Polit (2004: 46), “A variável é, então, qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação, que varia ou assume diferentes valores, geralmente, valores numéricos.”

Citando Fortin (2003: 37), “As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização numa investigação.”

Os tipos de variáveis que irão ser consideradas para este estudo são as variáveis atributo e a variável de investigação. (Côté, Filion e Fortin, 2009: 171)

2.3.1. Variáveis Atributos

Segundo Fortin (2003: 37), “As variáveis atributos são as características dos sujeitos do estudo. (...) A escolha das variáveis atributo é determinada em função das necessidades do estudo. Uma vez colhidos os dados, a informação serve para traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra.”

Para o nosso estudo consideramos as seguintes variáveis atributos:

- ☉ Idade
- ☉ Género
- ☉ Naturalidade
- ☉ Nacionalidade
- ☉ Escolaridade
- ☉ Ocupação profissional
- ☉ Estado Civil
- ☉ N° de filhos
- ☉ Agregado familiar

2.3.2. Variável de Investigação

A variável de investigação identificada para este estudo é a “Perspectiva da população sobre a Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil”.

Segundo Côté, Filion e Fortin (2009: 171), “As variáveis de investigação são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas. Não há variáveis independentes a manipular nem relações de causa e efeito a examinar”.

As dimensões da variável de investigação estudadas estão identificadas no quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição das questões pelas dimensões e indicadores, para medir a variável em estudo

Dimensão	Indicadores	Questão
Factores de realização da Visitação Domiciliária	☉ Número de VD experienciadas	10
	☉ Pessoas presentes durante a realização da VD	11
	☉ Experiência de Vigilância de Saúde Infantil sem VD	12
Focos de atenção/Intervenções de Enfermagem	☉ Prevenção	15.1, 15.2, 15.3, 15.4
	☉ Cuidados à criança	15.5, 15.6, 15.7
	☉ Alterações de saúde	15.8, 15.9, 15.10, 15.11, 15.12, 15.13
Factores referidos pelos pais/cuidadores	☉ Preferência VD em relação a consulta no CS	13
	☉ Motivos da preferência da VD em relação a consulta no Centro de Saúde	14
	☉ Grau de importância atribuído aos temas abordados na VD	15B
	☉ Novos temas a abordar na VD	15.16
	☉ Importância da continuidade e disponibilidade para receber VD	16
	☉ Desvantagens/ aspectos a melhorar da VD	17, 18
	☉ Atendimento/Relacionamento com o profissional de Enfermagem	19, 20
☉ Importância da VD	21	

2.4. Considerações Éticas

O objecto de estudo são pessoas, pelo que, e de acordo com Beck, Hungler e Polit, (2004: 84-90), é fundamental respeitar os diferentes princípios éticos. Princípio da beneficência, nas suas diferentes dimensões, integridade, garantia contra a exploração e relação risco/benefício. Princípio da justiça, onde se engloba o direito ao tratamento justo, o direito à privacidade. Princípio do respeito pela dignidade humana, salvaguardando o direito à autodeterminação, o direito à revelação total e o consentimento.

Segundo Beck, Hungler e Polit, (2004: 86-87), “O consentimento significa que os participantes têm informações adequadas em relação à pesquisa; compreendem a informação e têm o poder da livre escolha, podendo assim participar voluntariamente na pesquisa ou declinar a participação.” Os investigadores podem documentar o processo de consentimento, fazendo com que os participantes assinem um formulário de consentimento. Este formulário inclui informações sobre a finalidade do estudo, as expectativas específicas relativas à participação, a natureza voluntária da participação e os riscos e benefícios potenciais (Apêndice D).

Foi elaborado um pedido de autorização (Apêndice B) para realização do estudo na qual se anexou uma carta explicativa do estudo e do consentimento (Apêndice C), dirigido à Dra. Clara Pais, directora do ACES Cacém – Queluz.

Os sujeitos foram informados sobre a finalidade e objectivos do estudo, assim como forma garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

2.5. Método de colheita e tratamento de dados

O método de colheita de dados que serve de forma mais adequada este estudo é uma entrevista estruturada, por se tratar de um método viável que poderá reduzir o enviesamento provocado por dificuldade na leitura e interpretação das questões.

Segundo Fortin (2003: 245), “A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.”

De acordo com Fortin (2003: 46), “A entrevista estruturada é a que requer o máximo controlo sobre o conteúdo, o desenvolvimento, a análise e a interpretação da medida.”

A entrevista pode ter lugar face a face ou pelo telefone. É geralmente não estruturada. As questões permitem fazer ressaltar os pontos de vista dos participantes e ter uma ideia mais precisa do que constitui a sua experiência (Côté, Filion e Fortin, 2009: 300).

Requer questões fechadas, isto é, questões cujas respostas são determinadas anteriormente. Para tal é necessário redigir um guião de entrevista que deverá ser examinado, quanto ao método e ao conteúdo, por um perito. Posteriormente deverá ser pré-testado junto de um grupo de sujeitos semelhantes aos da amostra do estudo. (Fortin, 2003: 246)

O guião de entrevista está estruturado em 3 partes, a primeira parte corresponde às primeiras 9 questões, pretende caracterizar os participantes. A segunda parte corresponde às questões 10, 11 e 12, tem como objectivo identificar os factores de realização da VD. A terceira parte que se estende entre a 13ª e a 21ª questão tem como objectivo conhecer a perspectiva dos participantes em relação à VD no âmbito da Saúde Infantil. O guião de entrevista tem na sua maioria questões fechadas contendo questões abertas para permitir identificar a perspectiva dos participantes reduzindo os condicionamentos.

O guião de entrevista (**Apêndice E**) foi analisado por duas peritas em Saúde Infantil, a Professora Rita Kopke, orientadora deste trabalho de monografia, e pela Enfermeira de Saúde Infantil do CS de Agualva, Lurdes Neto, investigadora do estudo a que foi submetida anteriormente a população.

2.5.1. Pré-teste

Segundo Beck, Hungler e Polit, (2004), o pré-teste constitui-se como uma tentativa para determinar se o instrumento de recolha de dados está constituído de uma forma clara, livre de tendências e adequada aos objectivos estabelecidos para o estudo. De acordo com Fortin, (2003), serve para corrigir ou modificar o instrumento de recolha de dados, avaliando a eficácia a pertinência do instrumento de recolha de dados tendo em conta a compreensão semântica, a pertinência das questões o tempo necessário para o seu preenchimento e a ambiguidade das questões.

Para avaliar o guião de entrevista, foram realizadas cinco entrevistas. Após a avaliação das 2 primeiras foram realizadas alterações na estrutura de duas questões e

acrescentadas outras duas de forma a ser possível de uma forma estruturada colher os dados necessários à realização deste estudo. Os restantes 3 validaram a pertinência das alterações realizadas.

3. Apresentação, Análise de Dados e Discussão de Resultados

Neste capítulo são apresentados e analisados os dados obtidos no estudo, e discutidos os resultados.

A colheita de dados decorreu durante os meses de Outubro e Novembro, das 30 entrevistas realizadas, a maioria 60,0% (18), foram efectuadas presencialmente, tendo as restantes sido realizadas telefonicamente por indisponibilidade dos participantes em reunir com os investigadores.

Para o tratamento de dados foi utilizado o processo estatístico, recorrendo ao programa SPSS 17.0, Word e Excel do Microsoft Office 2007, tendo a apresentação sido efectuada através de gráficos e tabelas, de forma a facilitar a sua análise que, de acordo com Lakatos (2002: 157), a disposição gráfica, facilita a sua observação tornando-os mais compreensíveis.

Para permitir atingir os objectivos propostos, sem condicionar a perspectiva dos participantes foram colocadas 3 questões abertas, tendo sido realizado o tratamento dos dados obtidos através da técnica de análise de conteúdo de Bardin.

A análise de conteúdo implica um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1977: 31).

Este capítulo está estruturado em 4 subcapítulos: **3.1.** Atributos dos participantes; **3.2.** Factores de realização da VD; **3.3.** Focos de atenção/Intervenções de Enfermagem e **3.4.** Factores referidos pelos pais/cuidadores. A apresentação, análise de dados e discussão de resultados é realizada no fim de cada um deles, de forma a agrupar a informação recolhida, permitindo uma mais clara e coerente interpretação dos resultados.

3.1. Atributos dos participantes

3.1.1. Idade

Segundo o que se pode observar na tabela e gráfico 1, as idades dos participantes variam entre 17 e 45 anos, sendo 27 e 32 anos, as idades que registam maior frequência com 13,3% (4) dos participantes.

Tabela 1 – Idade dos participantes

Idade	f (a)	f (r)	f (aa)	f (ra)
17	1	3,3%		
22	2	6,7%	3	10,0%
23	1	3,3%	4	13,3%
24	2	6,7%	6	20,0%
26	2	6,7%	8	26,7%
27	4	13,3%	12	40,0%
31	3	10,0%	15	50,0%
32	4	13,3%	19	63,3%
33	2	6,7%	21	70,0%
35	1	3,3%	22	73,3%
36	3	10,0%	25	83,3%
37	2	6,7%	27	90,0%
38	1	3,3%	28	93,3%
44	1	3,3%	29	96,7%
45	1	3,3%	30	100,0%
Total	30	100,0		

\bar{x}	30,77
me	31,50
mo	27 e 32
S	6,490

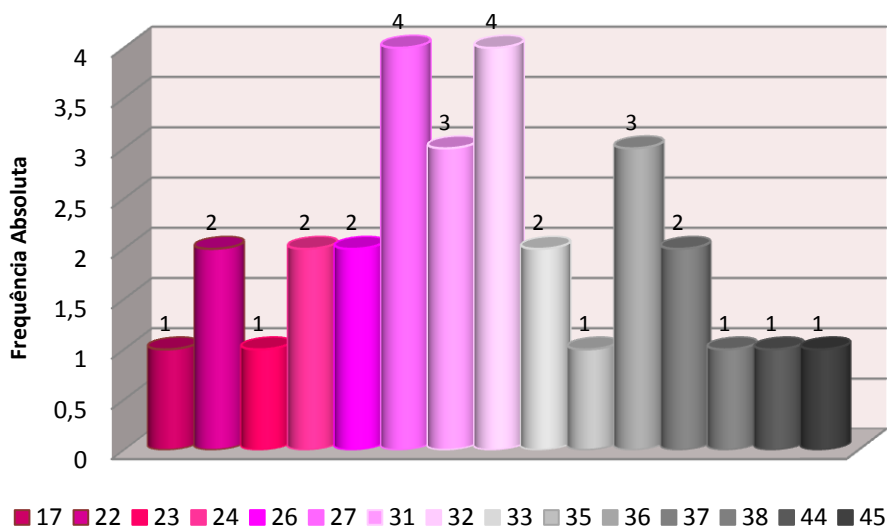


Gráfico 1 – Idade dos participantes

3.1.2. Género

Das entrevistas realizadas, 93,3% (28) participantes são do género feminino sendo apenas 6,7% (2) dos participantes do género masculino, como é possível observar na tabela e gráfico 2.

Tabela 2 – Género dos participantes

Género	f (a)	f (r)
Masculino	2	6,7%
→ Feminino	28	93,3%
Total	30	100,0%

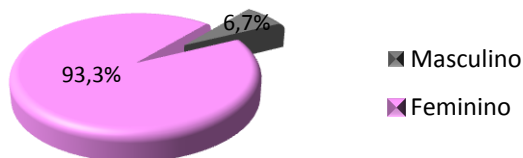


Gráfico 2 – Género dos participantes

3.1.3. Naturalidade e Nacionalidade

Em relação à Naturalidade, é possível verificar-se através da tabela e gráfico 3, que a maioria dos participantes, 66,7% (20), são naturais de cidades Portuguesas, verificando-se uma frequência mais elevada, 43,3% (13) de participantes naturais de Lisboa. Os restantes participantes, 33,3% (10), são naturais de cidades Africanas, verificando-se uma frequência mais elevada, 13,3% (4) de participantes naturais de Luanda.

Tabela 3 – Naturalidade

Naturalidade	f (a)	f (r)
→ Lisboa	13	43,3%
Oeiras	3	10,0%
AlhosVedros	1	3,3%
Anadia	1	3,3%
Castelo Branco	2	6,7%
Santiago	2	6,7%
São Vicente	1	3,3%
Luanda	4	13,3%
Bissau	2	6,7%
Dakar	1	3,3%
Total	30	100,0%

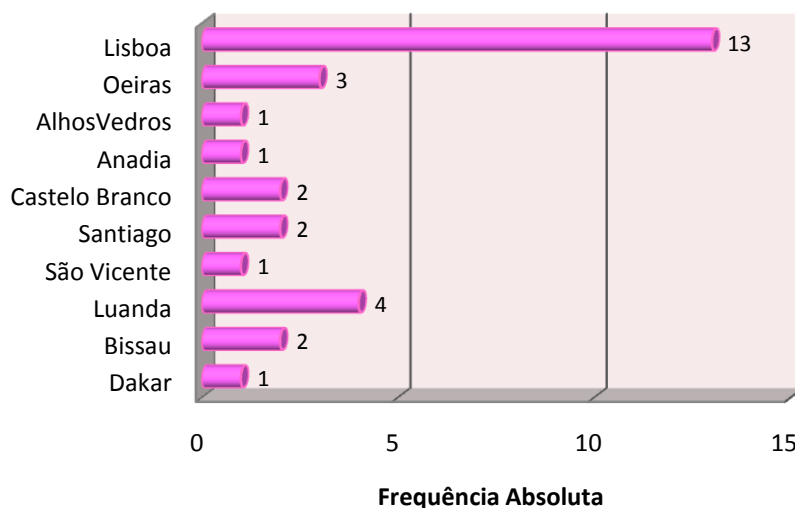


Gráfico 3 – Nacionalidade

Verifica-se que a maioria, 76,7% (23) dos participantes são de nacionalidade Portuguesa, sendo os restantes, 23,3% (7) provenientes de diversos países Africanos, como é possível observar na tabela e gráfico 4.

Tabela 4 – Nacionalidade

Nacionalidade	f (a)	f (r)
Portuguesa	23	76,7%
Cabo-verdiana	2	6,7%
Angolana	3	10,0%
Senegalesa	1	3,3%
Guineense	1	3,3%
Total	30	100,0%

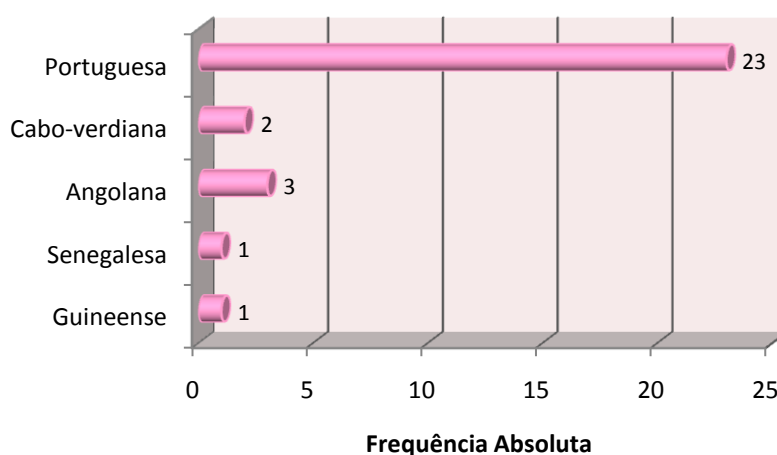


Gráfico 4 – Nacionalidade

Comparando os dados da tabela e gráfico 3 com os da tabela e gráfico 4, consta-se que 10% (3) dos participantes que, à data da entrevista, têm nacionalidade Portuguesa são provenientes de países Africanos, Cabo Verde, Angola e Guiné.

Através da análise dos dados apresentados constata-se que está presente uma grande diversidade cultural, em que um terço dos participantes, apesar de proveniente do Continente Africano é oriundo de diferentes regiões, pelo que divergem significativamente no que diz respeito à cultura, tradições, crenças e língua de origem.

3.1.4. Escolaridade e Ocupação Profissional

Através da leitura da tabela e gráfico 5 é possível verificar que a escolaridade mais comum entre os participantes, 43,3% (13) é o Ensino Secundário, seguida do 3º Ciclo do Ensino Básico com 26,7% (8) dos participantes e do 1º Ciclo do Ensino Básico e do Ensino Superior, ambas com 13,3% (4).

Tabela 5 – Escolaridade

Escolaridade	f (a)	f (r)
1º Ciclo do Ensino Básico	4	13,3%
2º Ciclo do Ensino Básico	1	3,3%
3º Ciclo do Ensino Básico	8	26,7%
➔ Ensino Secundário	13	43,3%
Ensino Superior	4	13,3%
Total	30	100,0%

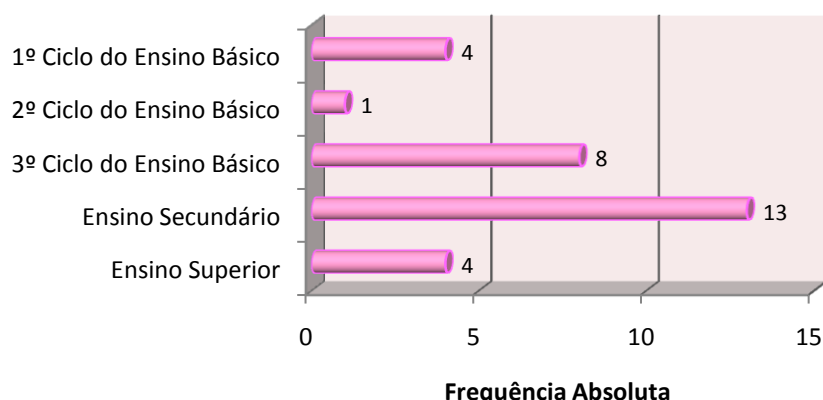


Gráfico 5 – Escolaridade

A ocupação profissional dos participantes foi analisada segundo a Classificação Nacional de Profissões (IEFP, 2009), que agrupa as actividades profissionais nos grandes grupos apresentados na tabela e gráfico 6.

Através da leitura da tabela e do gráfico 6, verifica-se que 30,0% (9) dos participantes estão desempregados, sendo o grupo do “Pessoal de Serviços e Vendedores” o mais comum, com 46,7% (14), seguido do grupo “Técnicos e Profissionais de Nível

Intermédio” com 10,0% (3) e do grupo “Pessoal Administrativo e Similares” com 6,7% (2).

Tabela 6 – Ocupação profissional

Ocupação Profissional	f (a)	f (r)
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	3	10,0%
Pessoal Administrativo e Similares	2	6,7%
➔ Pessoal dos Serviços e Vendedores	14	46,7%
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	1	3,3%
Trabalhadores Não Qualificados	1	3,3%
Desempregados	9	30,0%
Total	30	100,0%

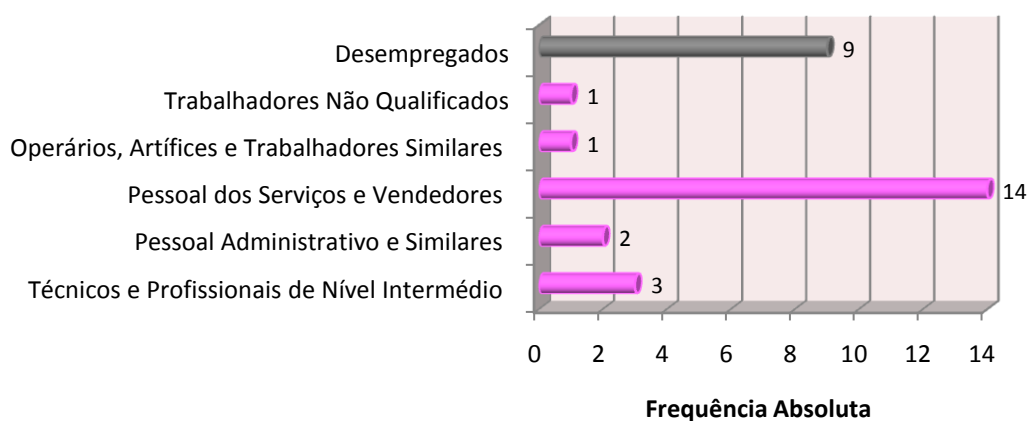


Gráfico 6 – Ocupação profissional

Confrontando os dados da tabela e gráfico 5 com os da tabela e gráfico 6, constata-se que apesar da maioria dos participantes, 56,7% (17), terem escolaridade igual ou superior à escolaridade obrigatória (à data da entrevista o 9º ano de escolaridade), encontram-se desempregados, 30,0% (9), ou referem desempenhar funções pouco diferenciadas, essencialmente no sector da prestação de serviços.

3.1.5. Estado civil

Verifica-se que a maioria, 70,0% (21), dos participantes são casados, 20,0% (6) são solteiros e 10,0% (3) divorciados, como é possível observar na tabela e gráfico7.

Tabela 7 – Estado Civil

Estado Civil	f (a)	f (r)
Solteiro(a)	6	20,0%
Casado(a)	21	70,0%
Divorciado(a)	3	10,0%
Total	30	100,0%

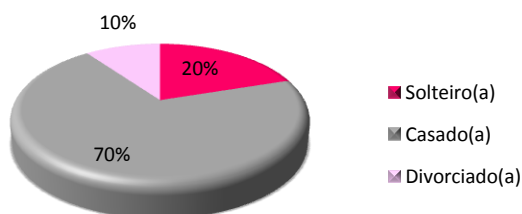


Gráfico 7 – Estado Civil

3.1.6. Número de filhos

Relativamente ao número de filhos, verifica-se através da tabela e gráfico 8, que a maioria, 60,0% (18) dos participantes, tem apenas 1 filho, 26,7% (8) tem 2 filhos, seguindo-se 10,0% (3) com 3 filhos e apenas 3,3% (1) com 4 filhos.

Tabela 8 – Número de filhos

Número de filhos	f (a)	f (r)	f (aa)	f (ra)
1	18	60,0%		
2	8	26,7%	26	86,7%
3	3	10,0%	29	96,7%
4	1	3,3%	30	100,0%
Total	30	100,0%		

\bar{x}	1,57
me	1,00
mo	1
S	,817

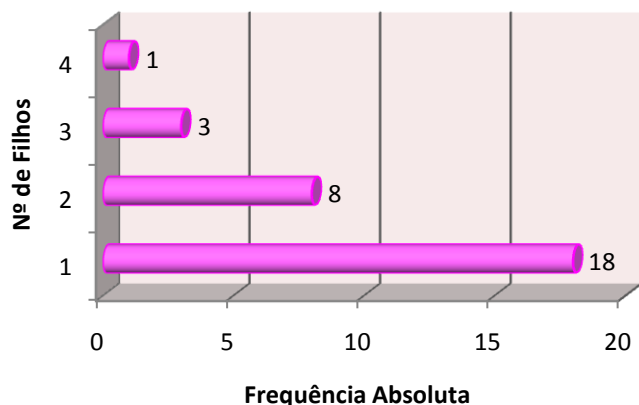


Gráfico 8 – Número de Filhos

Através da análise dos dados colhidos, verifica-se que a maioria das VD's, 60,0% (18), foi realizada a primíparas.

3.1.7. Agregado familiar e Tipo de família

Verifica-se através da tabela e gráfico 9 que o agregado familiar mais comum entre os participantes, com 46,7% (14) tem 3 elementos, seguido de agregados familiares com 4 e 5 elementos, ambos com 20,0% (6) dos participantes.

Tabela 9 – Agregado familiar

Agregado familiar	f (a)	f (r)	f (aa)	f (ra)	
2	2	6,7%			
→ 3	14	46,7%	16	53,3%	
4	6	20,0%	22	73,3%	
5	6	20,0%	28	93,3%	\bar{x} 3,80
6	1	3,3%	29	96,7%	me 3,00
8	1	3,3%	30	100,0%	mo 3
Total	30	100,0%			S 1,270

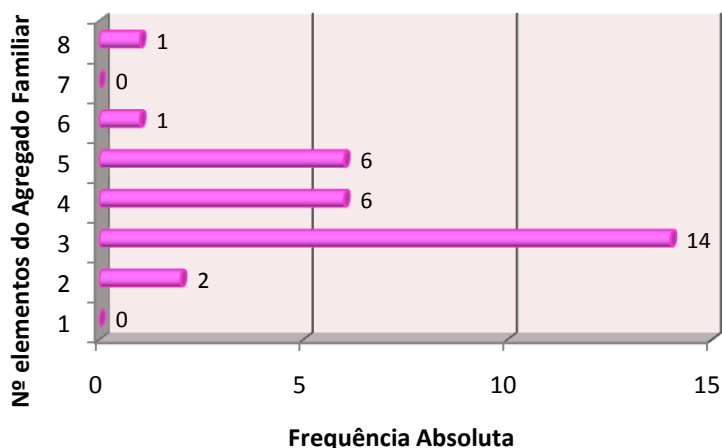


Gráfico 9 – Agregado familiar

Verifica-se que a família nuclear é a mais comum, onde se inserem a maioria dos participantes, 70,0% (21), seguida da família monoparental e alargada ambas com, 13,3% (4) dos participantes.

Tabela 10 – Tipo de família

Tipo de Família	f (a)	f (r)
Família Nuclear	21	70,0%
Família Monoparental	4	13,3%
Família Alargada	4	13,3%
Outra	1	3,3%
Total	30	100,0%

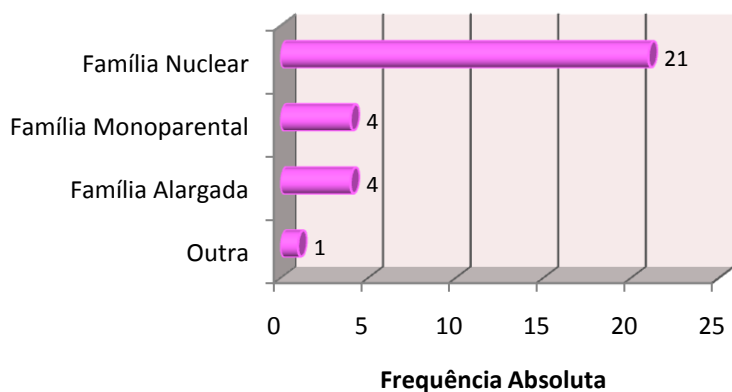


Gráfico 10 – Tipo de família

3.2 Factores de realização da VD

3.2.1. Pessoas presentes durante a realização da VD

Verifica-se que em 46,7% (14) das VD's realizadas ao RN, estava apenas presente a mãe, em 33,3% (10) das visitas estavam presentes a mãe e o pai, e em 20,0% (6) das visitas estava presentes a mãe acompanhada de um dos seus ascendentes.

Tabela 11 – Pessoas presentes durante a realização da VD

Pessoas presentes na VD	f (a)	f (r)
→ Mãe	14	46,7%
Mãe e Pai	10	33,3%
Mãe e Avós	6	20,0%
Total	30	100,0%

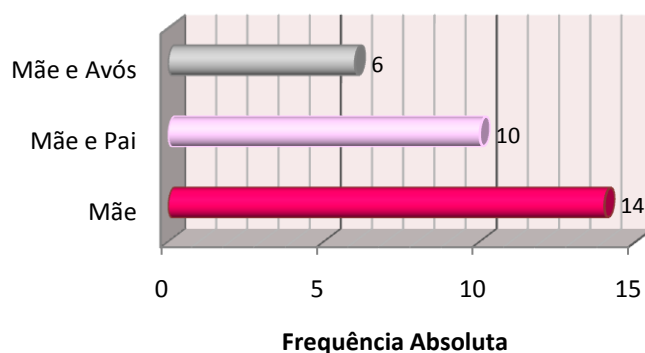


Gráfico 11 – Pessoas presentes durante a realização da VD

Através dos dados colhidos, observa-se que na maioria das VD's, 53,3% (16) realizadas à criança, estavam presentes outros elementos para além da mãe, sendo o pai o elemento mais presente, 33,3% (10), o que demonstra uma preocupação acrescida do envolvimento de ambos os membros do casal no acolhimento do novo membro.

O nascimento de uma criança exige adaptação de todos os elementos familiares e, de acordo com Neto (2009a: 5), o Enfermeiro tem a capacidade de supervisionar e/ou promover essa mudança dentro da família para que ela se dê da maneira mais adequada.

Face à mudança das estruturas familiares, é essencial que o profissional de Enfermagem identifique o principal cuidador da criança, que pode ser a mãe, o pai, a avó ou até mesmo uma ama. (Wong, 1997: 190)

3.2.2. Número de VD's realizadas

Verifica-se que a maioria dos participantes, 90,0% (27) só teve uma VD, tendo 10,0% (3) dos participantes recebido 2 VD's, como se pode observar na tabela e gráfico 12.

Tabela 12 – Número de VD's realizadas

Número de VD	f (a)	f (r)	\bar{x}	1,10
1	27	90,0%	me	1,00
2	3	10,0%	mo	1
Total	30	100,0%	S	,305

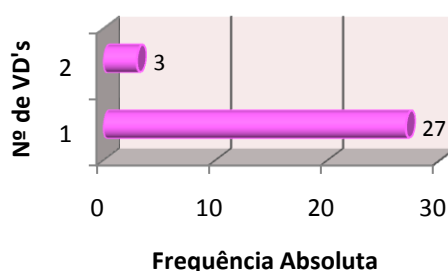


Gráfico 12 – Número de VD's realizadas

3.2.3. Experiência anterior de Vigilância de Saúde Infantil sem VD

Através da leitura da tabela e gráfico 13, verifica-se que, a maioria dos participantes, 60,0% (18), são primíparas, logo não têm experiência anterior de Vigilância Infantil. Dos restantes participantes, 40,0% (12) referem não ter experiência anterior de Vigilância de Saúde Infantil com VD em filhos anteriores, tendo sido a(s) criança(s) acompanhada(s) exclusivamente no Centro de Saúde.

Tabela 13 – Experiência anterior de Vigilância de Saúde Infantil sem VD

Experiência de VSI com VD em filhos anteriores	f (a)	f (r)
Primípara	18	60,0%
Sim	0	0,0%
Não	12	40,0%
Total	30	100,0%

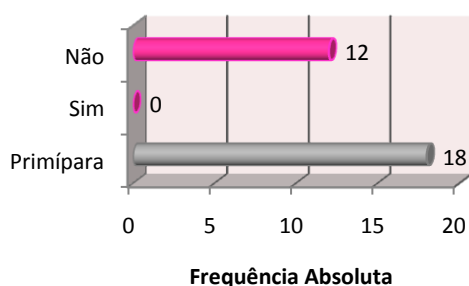


Gráfico 13 – Experiência anterior de Vigilância de Saúde Infantil sem VD

Constata-se que nenhum dos participantes experienciou a VD anteriormente, 60,0% (18) dos participantes são primíparas, tendo os restantes 40,0% (12) realizado a Vigilância de Saúde Infantil do(s) filho(s) anterior(es) exclusivamente no Centro de Saúde.

Tendo os participantes um total de 47 filhos, verifica-se que 30 crianças receberam VD, tendo apenas 3 delas sido visitadas 2 vezes.

3.3. Focos de atenção/Intervenções de Enfermagem na VD

Neste subcapítulo são apresentados os temas a abordar na realização da VD. Encontram-se agrupados em 3 indicadores que correspondem à dimensão Foco de atenção/Intervenções de Enfermagem. Após serem identificados os abordados na VD realizada, apresenta-se o grau de importância atribuído pelos participantes a cada um deles.

3.3.1. Indicador Prevenção

Através da observação da tabela e gráfico 16 verifica-se que, a Vacinação foi abordada em 86,7% (26) das VD's, a Segurança/Prevenção de Acidentes foi referida em 83,3% (25), o Diagnóstico Precoce foi abordado em 76,7% (23) e a Colocação da cadeira no carro foi abordada em 43,3% (13) das VD's.

Tabela 14 – Temas do Indicador Prevenção abordados na VD

Indicador Prevenção	Frequência	Sim	Não	Total
→ Vacinação	f (a)	26	4	30
	f (r)	86,7%	13,3%	100,0%
Segurança/Prevenção de Acidentes	f (a)	25	5	30
	f (r)	83,3%	16,7%	100,0%
Diagnóstico Precoce	f (a)	23	7	30
	f (r)	76,7%	23,3%	100,0%
Colocação da cadeira no carro	f (a)	13	17	30
	f (r)	43,3%	56,7%	100,0%

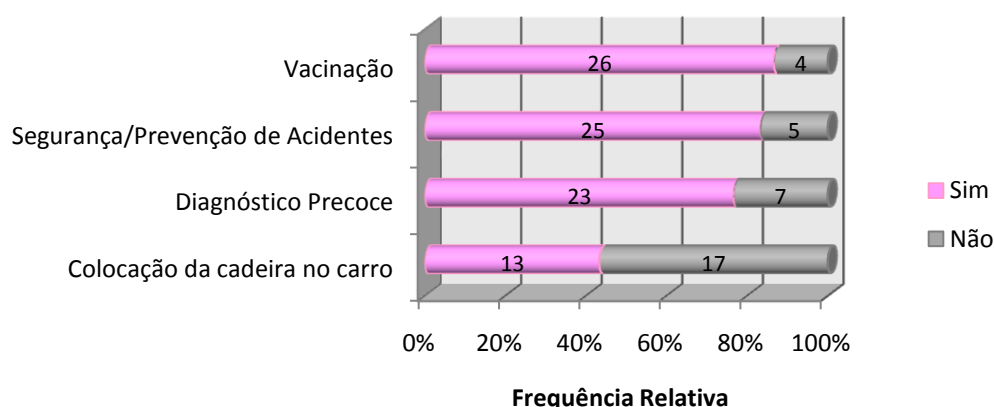


Gráfico 14 – Temas do Indicador Prevenção abordados na VD

Através da leitura da tabela e gráfico 15 verifica-se que, 90% (27) dos participantes considera a Vacinação “Muito Importante”, 6,7% (2) considera o tema “Importante” e 3,3% (1) “Relativamente Importante”.

A maioria dos participantes, 73,3% (22) consideram “Muito Importante” abordar a Segurança/Prevenção de Acidentes, 16,7% (5) considera o tema “Importante” e 3,3% (1) “Pouco Importante”.

Quanto ao diagnóstico precoce, verifica-se que a maioria dos participantes, 80% (24) considera o tema “Muito Importante”, 16,7% (5) considera o tema “Importante” e 3,3% (1) “Pouco Importante”.

A Colocação da cadeira no carro é um tema considerado “Muito Importante” para a maioria dos participantes, 70,0% (21), “Importante” para 23,3% (7), e “Relativamente Importante” e “Pouco Importante”, ambos com 3,3% (1).

Tabela 15 – Grau de Importância atribuído aos temas do Indicador Prevenção

Indicador Prevenção	Frequência	Nada Importante	Pouco Importante	Relativamente Importante	Importante	Muito Importante	Total
➔ Vacinação	f (a)	0	0	1	2	27	30
	f (r)	0,0%	0,0%	3,3%	6,7%	90,0%	100%
Segurança/Prevenção de Acidentes	f (a)	0	1	2	5	22	30
	f (r)	0,0%	3,3%	6,7%	16,7%	73,3%	100%
Diagnóstico Precoce	f (a)	0	1	0	5	24	30
	f (r)	0,0%	3,3%	0,0%	16,7%	80,0%	100%
Colocação da cadeira no carro	f (a)	0	1	1	7	21	30
	f (r)	0,0%	3,3%	3,3%	23,3%	70,0%	100%

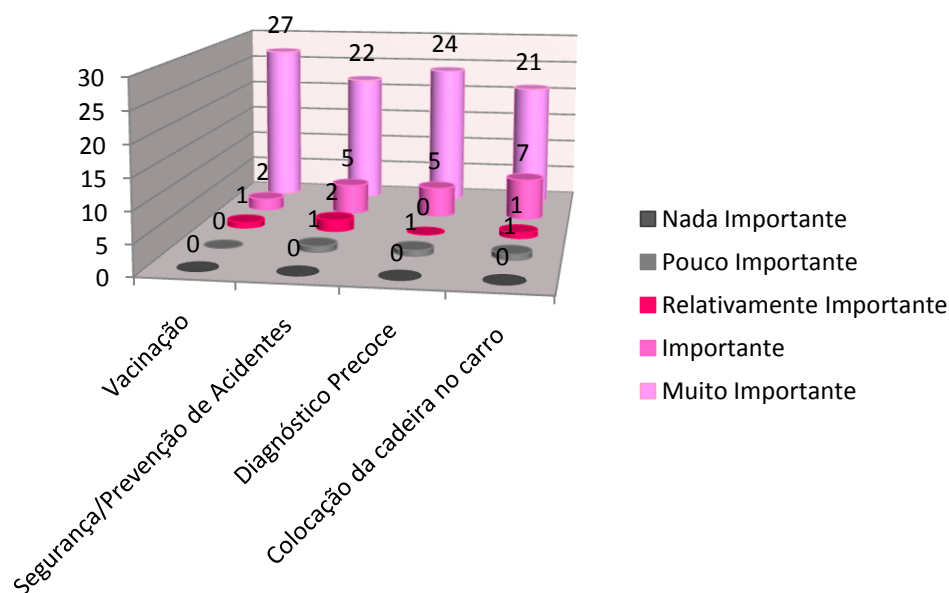


Gráfico 15 – Grau de Importância atribuído aos temas do Indicador Prevenção

Analisando o Indicador Prevenção verifica-se a Vacinação foi o tema mais abordado, sendo também aquela a que os participantes atribuem maior grau de importância. Estes dados estão de acordo com o previsto pela DGS (2005), que valoriza os cuidados antecipatórios como factor de promoção da saúde e de prevenção da doença.

A Segurança/Prevenção de Acidentes e a Colocação da cadeira no carro, são medidas preventivas preconizadas pela DGS (2004b), que prevê o desenvolvimento de intervenções intersectoriais para reduzir a morbilidade e mortalidade por acidentes, porém, verificou-se que foram os temas menos valorizados pelos participantes.

3.3.2. Indicador Cuidados à Criança

Através da observação da tabela e gráfico 16, verifica-se que, segundo os participantes, a Amamentação foi abordada em 96,7% (29) das VD's, a Alimentação em 90,0% (27), e os Cuidados de Higiene em 86,7% (26) das VD's realizadas.

Tabela 16 – Temas do Indicador Cuidados à criança abordados na VD

Indicador Cuidados à criança	Frequência	Sim	Não	Total
→ Amamentação	f (a)	29	1	30
	f (r)	96,7%	3,3%	100,0%
Alimentação	f (a)	27	3	30
	f (r)	90,0%	10,0%	100,0%
Cuidados de higiene	f (a)	26	4	30
	f (r)	86,7%	13,3%	100,0%

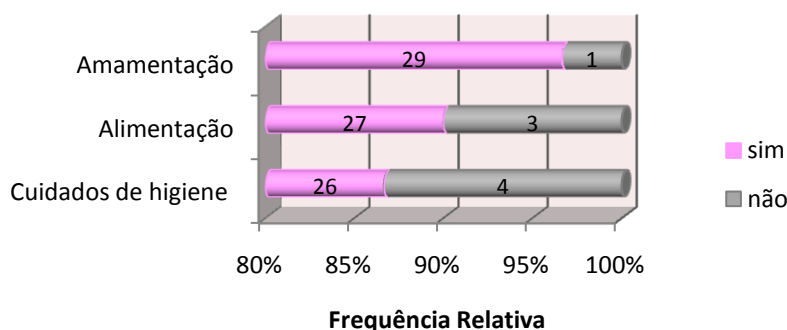


Gráfico 16 – Temas do Indicador Cuidados à criança abordados na VD

Através da leitura da tabela e gráfico 17 verifica-se que a maioria dos participantes, 93,3% (28) considera a Amamentação “Muito Importante” e 6,7% (2) considera o tema “Importante”.

A maioria dos participantes, 80,0% (24) consideram “Muito Importante” abordar a Alimentação, sendo o tema “Importante” para os restantes 20,0% (6)

A maioria dos participantes, 76,6% (23) consideram “Muito Importante” abordar os Cuidados de Higiene, 20,0% (6) considera o tema “Importante” e 3,3% (1) “Relativamente Importante”.

Tabela 17 – Grau de Importância atribuído aos temas do Indicador Cuidados à criança

Indicador Cuidados à Criança	Frequência	Nada Importante	Pouco Importante	Relativamente Importante	Importante	Muito Importante	Total
➔ Amamentação	f (a)	0	0	0	2	28	30
	f (r)	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	93,3%	100%
Alimentação	f (a)	0	0	0	6	24	30
	f (r)	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	100%
Cuidados de higiene	f (a)	0	0	1	6	23	30
	f (r)	0,0%	0,0%	3,3%	20,0%	76,7%	100%

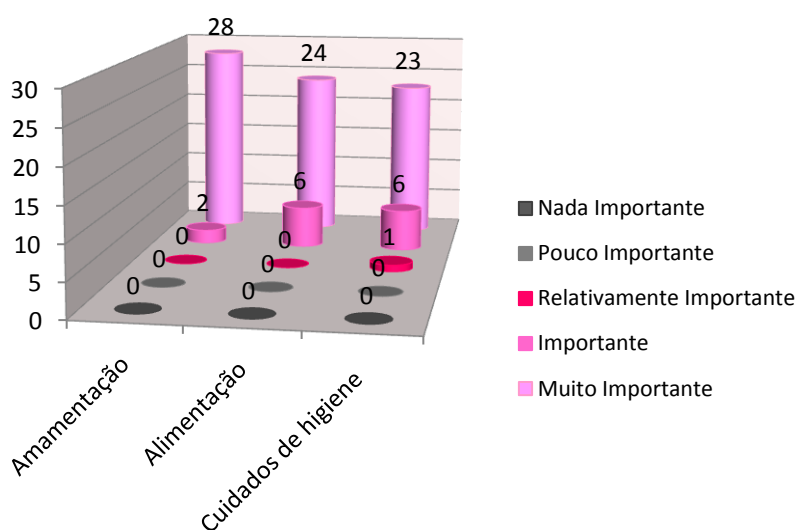


Gráfico 17 – Grau de Importância atribuído aos temas do Indicador Cuidados à criança

Analisando os dados recolhidos sobre o indicador Cuidados à Criança, verifica-se que são temas muito presentes na realização da VD, tendo-lhes sido atribuído elevado grau

de importância pelos participantes, destacando-se a Amamentação, aspecto valorizado pela DGS (2004b) que pretende incentivar o aleitamento materno.

Durante a realização das entrevistas foi evidente a importância dada aos cuidados à criança, sendo a maioria dos participantes primíparas, foi mencionada como relevante a informação sobre como cuidar da criança, que pela etapa de vida em que se encontra, é frágil e totalmente dependente dos seus cuidadores.

3.3.3. Indicador Alterações de Saúde

Através da leitura da tabela e gráfico 18, verifica-se que o tema Obstipação/Cólicas foi abordado em 90,0% (27) das VD's, o tema Febre/Arrefecimento foi abordado em 66,7% (20), os Vômitos/Diarreia em 63,3% (19), o Descongestionamento Nasal em 56,7% (17) sendo os temas menos abordados nas VD's a Desobstrução da Via Aérea com 43,3% (13) e as Convulsões com 36,7% (11).

Tabela 18 – Temas do Indicador Alterações de Saúde abordados na VD

Indicador Alterações de Saúde	Frequência	Sim	Não	Total
➔ Obstipação/Cólicas	f (a) f (r)	27 90,0%	3 10,0%	30 100,0%
Febre/Arrefecimento	f (a) f (r)	20 66,7%	10 33,3%	30 100,0%
Vômitos/Diarreia	f (a) f (r)	19 63,3%	11 36,7%	30 100,0%
Descongestionamento nasal	f (a) f (r)	17 56,7%	13 43,3%	30 100,0%
Desobstrução da via aérea	f (a) f (r)	13 43,3%	17 56,7%	30 100,0%
Convulsões	f (a) f (r)	11 36,7%	19 63,3%	30 100,0%

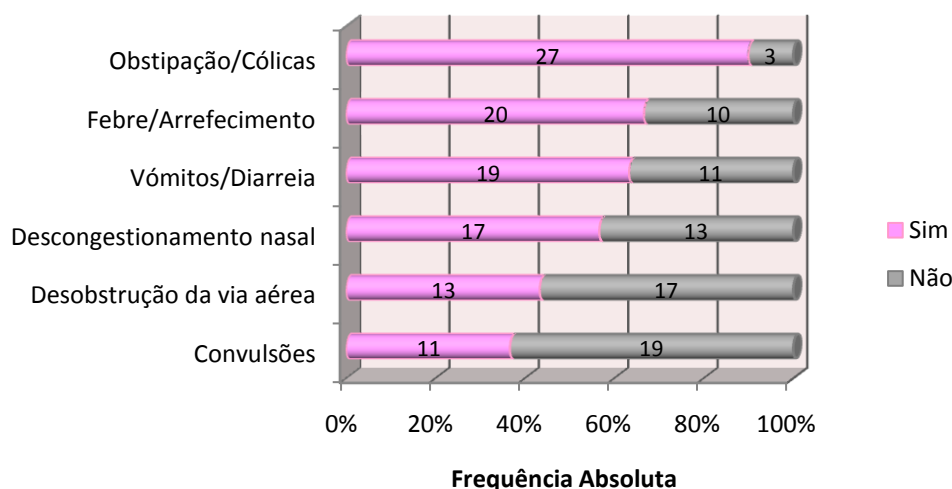


Gráfico 18 – Temas do Indicador Alterações de Saúde abordados na VD

Através da leitura da tabela e gráfico 19 verifica-se que a maioria dos participantes, 66,7% (20) considera o tema Obstipação/Cólica “Muito Importante”, 30,0% (9) considera o tema “Importante” e 3,3% (1) “Relativamente Importante”.

A maioria dos participantes, 76,7% (23) consideram “Muito Importante” abordar o tema Febre/Arrefecimento, 20,0% (6) consideram “Importante”, e o tema é “Relativamente Importante” para 3,3% (1).

Quanto ao tema Vómitos/Diarreia, a maioria dos participantes, 66,7% (20) consideram o tema “Muito Importante”, 30,0% (9) considera o tema “Importante” e 3,3% (1) “Relativamente Importante”.

A maioria dos participantes, 56,7% (17) consideram “Muito Importante” abordar o tema Descongestionamento Nasal, 40,0% (12) consideram o tema “Importante”, sendo “Relativamente Importante” para 3,3% (1).

A Desobstrução da Via Aérea é um tema “Muito Importante” para 83,3% (25) dos participantes, sendo considerado um tema “Importante” para os restantes 16,7% (5).

Quanto ao tema Convulsões, 76,7% (23) dos participantes consideraram o tema “Muito Importante” e 23,3% (7) consideram o tema “Importante”.

Tabela 19 – Grau de Importância atribuído aos temas do Indicador Alterações de Saúde

Indicador Alterações de Saúde	Frequência	Nada Importante	Pouco Importante	Relativamente Importante	Importante	Muito Importante	Total
Obstipação/Cólicas	f (a)	0	0	1	9	20	30
	f (r)	0,0%	0,0%	3,3%	30,0%	66,7%	100%
Febre/Arrefecimento	f (a)	0	0	1	6	23	30
	f (r)	0,0%	0,0%	3,3%	20,0%	76,7%	100%
Vómitos/Diarreia	f (a)	0	0	1	9	20	30
	f (r)	0,0%	0,0%	3,3%	30,0%	66,7%	100%
Descongestionamento Nasal	f (a)	0	0	1	12	17	30
	f (r)	0,0%	0,0%	3,3%	40,0%	56,7%	100%
Desobstrução da Via Aérea	f (a)	0	0	0	5	25	30
	f (r)	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	83,3%	100%
Convulsões	f (a)	0	0	0	7	23	30
	f (r)	0,0%	0,0%	0,0%	23,3%	76,7%	100%

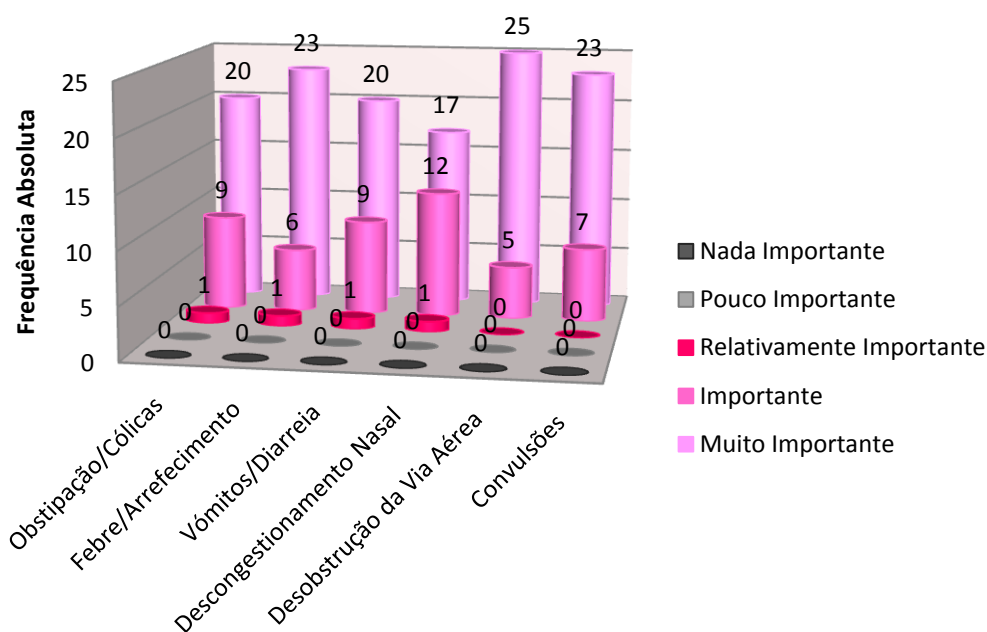


Gráfico 19 – Grau de Importância atribuído aos temas do Indicador Alterações de Saúde

Analisando os aspectos referidos com mais frequência, observa-se que as Alterações de Saúde são temas muito abordados pelos Enfermeiros e valorizadas pelos participantes

tendo sido referidas como motivo de inquietude e preocupação para os cuidadores informais.

A DGS (2005) menciona que o exame de saúde tem como objectivo prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde.

A Desobstrução da Via Aérea e as Convulsões são interrupções de saúde que, pelo seu carácter agudo e risco de vida, são apontadas pela totalidade, 100,0% (30), dos participantes como “Importante” e “Muito Importante”. Porém identificámos que são os temas menos abordados pelos Enfermeiros na realização da VD, não estando presentes em 56,7% (17) e 63,3% (19), respectivamente.

Os outros temas incluídos no indicador Alterações de Saúde são, de um modo geral, mais abordados na VD tendo 96,7% (29) dos participantes atribuído um grau de importância “Importante” e “Muito Importante”.

De acordo com Neto (2009b) a criança é um ser vulnerável sendo fundamental a prevenção de situações de risco para a sua saúde e vida promovendo o seu desenvolvimento harmonioso.

3.3.4. Temas identificados pelos participantes

Após a resposta aos temas definidos no guião de entrevista, foi dada oportunidade aos participantes para identificarem outros temas a desenvolver na realização da VD.

No quadro 2 identificam-se 4 unidades de contexto, de forma decrescente em relação às unidades enumeração: **Aspectos relacionados com as interrupções de saúde da criança, Aspectos relacionados com o vestuário infantil, Aspectos relacionados com o desenvolvimento infantil e Aspectos relacionados com os cuidados prestados à criança.**

As unidades de contexto com maior número de unidades de enumeração foram: **Aspectos relacionados com as interrupções de saúde da criança** com 4 unidades de enumeração, **Aspectos relacionados com o vestuário infantil** com 3 unidades de enumeração.

Quadro 2 – Temas identificados pelos participantes

Unidades de Contexto	Unidades de registo	Unidades de Enumeração
☉ Aspectos relacionados com interrupções de saúde da criança.	E 14-“Não falaram sobre as doenças do recém-nascido” E 15-“Deveria ter abordado as doenças próprias dos bebés” E 6-“Devia-se falar das alergias das crianças” E 28-“Deviam ter falado das doenças do RN”	4
☉ Aspectos relacionados com vestuário infantil.	E 10-“Deviam falar das roupinhas” E 24-“Podiam falar das roupinhas do bebe” E 29-“Deveriam falar sobre a quantidade de roupa que lhes devemos vestir nos primeiros tempos”	3
☉ Aspectos relacionados com o desenvolvimento infantil.	E 3-“Era bom que explicassem as etapas do desenvolvimento da criança”	1
☉ Aspectos relacionados com os cuidados prestados à criança.	E 11-“Deviam explicar como o devia deitar”	1

Relativamente aos temas identificados com maior frequência, através da análise do Quadro 2, conclui-se que temas relacionados com interrupções de saúde são os mais mencionados pelos participantes. Durante as entrevistas verificou-se que os participantes que referiram estes temas são pais de crianças que tiveram sujeitos a interrupções de saúde.

A maioria dos participantes são primíparas, e foi elevada a frequência de presença dos 2 elementos do casal durante a realização da VD, tendo sido evidente a importância mencionada sobre a generalidade dos temas abordados, reforçando o facto de que o nascimento de uma criança exige adaptação de todos os elementos familiares. De acordo com Neto (2009a), o nascimento de uma criança provoca mudança na família,

que se transforma, se reestrutura, para se adaptar ao novo membro e aos novos papéis que têm de desempenhar. A adaptação a uma nova realidade, a adaptação à mudança que se espera aconteça naturalmente, implica que se levantem novas dúvidas, incertezas e expectativas, relativamente às alterações de saúde e à prestação de cuidados à criança.

Constata-se que aspectos relacionados com o vestuário infantil foram mencionados, tendo os participantes atribuído relevância ao tema. A totalidade dos participantes que identificaram este tema recebeu a VD no seu primeiro e, à data do estudo, único filho sendo nestas situações mais evidente a necessidade de informação, de forma a se sentirem mais seguros no acolhimento da criança no seio familiar.

A análise dos dados vai ao encontro do referido pelo Ministério da Saúde (2006) que reconhece a Educação para a Saúde como uma actividade desenvolvida e valorizada pelos Enfermeiros, em que os clientes e família solicitam, frequentemente, informação relacionada com a saúde.

3.4. Factores referidos pelos pais/cuidadores

3.4.1. Preferência pela VD

Através da interpretação da tabela e gráfico 20, observa-se que a maioria dos participantes, 86,7% (26), tem preferência pela VD, tendo somente 13,3% (4) dos participantes preferido a Vigilância de Saúde Infantil em CS.

Tabela 20 – Preferência pela VD

Preferência pela VD	f (a)	f (r)
→ Sim	26	86,7%
Não	4	13,3%
Total	30	100,0%

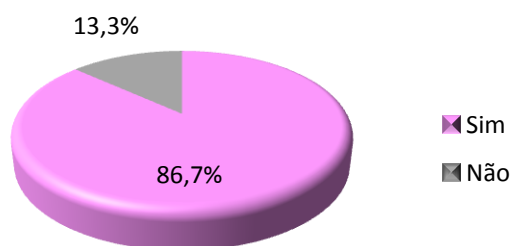


Gráfico 20 – Preferência pela VD

3.4.2. Motivos de preferência pela VD

Através da observação da tabela e gráfico 21 os participantes identificam como motivos de preferência pela VD, a ausência de deslocações com 76,7% (23), o atendimento individualizado e a disponibilidade do Enfermeiro, ambos com 73,3% (22) e as características da consulta com 56,7% (17).

Tabela 21 – Motivos de preferência pela VD

Motivos de Preferência	Frequência	Não tem preferência pela VD	Sim	Não	Total
➔ Ausência de deslocações	f (a)	4	23	3	30
	f (r)	13,3%	76,7%	10,0	100%
Atendimento Individualizado	f (a)	4	22	4	30
	f (r)	13,3%	73,3%	13,3	100,0%
Disponibilidade do Enfermeiro	f (a)	4	22	4	30
	f (r)	13,3%	73,3%	13,3	100,0%
Características da consulta	f (a)	4	17	9	30
	f (r)	13,3%	56,7%	30,0	100,0%

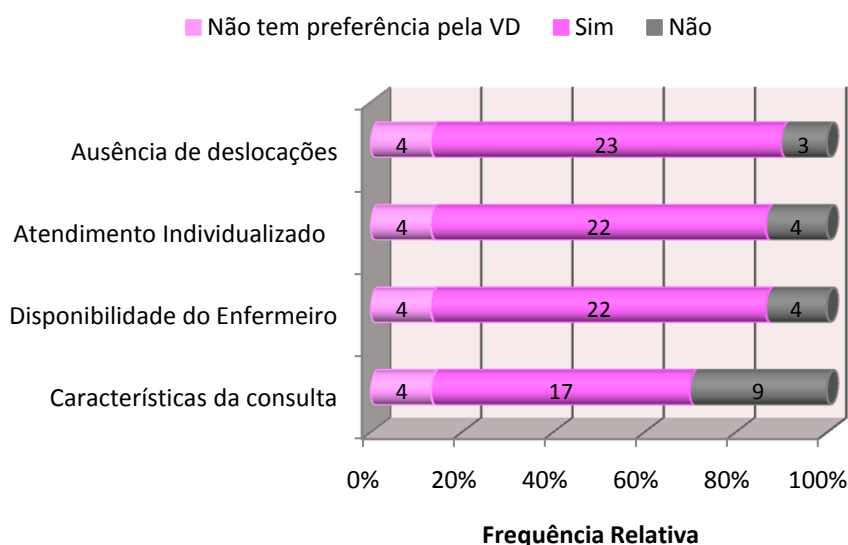


Gráfico 21 – Motivos de preferência pela VD

Para além dos motivos mencionados no guião de entrevista, foi sugerido aos participantes, identificarem, outros motivos para a preferência da VD.

Os dados colhidos foram analisados e apresentados no Quadro 3, onde surgem 5 unidades de contexto, de forma decrescente em relação às unidades enumeração: **Aspectos relacionados com a protecção da criança, Aspectos relacionados com o tempo de espera da consulta, Aspectos relacionados com a identificação de necessidades da criança e Aspectos relacionados com o ambiente da criança.**

Todas as unidades de contexto referem-se a razões identificadas pelos participantes como motivo de preferência da VD.

As unidades de contexto com maior número de unidades de enumeração foram: **Aspectos relacionados com a protecção da criança** com 5 unidades de enumeração, **Aspectos relacionados com o tempo de espera**, com 4 unidades de enumeração, **Aspectos relacionados com a identificação de necessidades da criança** e **Aspectos relacionados com o ambiente da criança**, ambas com 1 unidades de enumeração.

Quadro 3 – Outros motivos de preferência pela VD

Unidades de Contexto	Unidades de registo	Unidades de Enumeração
☉ Aspectos relacionados com protecção da criança.	E 5-“assim as crianças estão mais isoladas das doenças” E 6-“ as crianças estão protegidas dos utentes que estão no CS doentes” E 10-“As crianças não têm de ir tão pequenas para ao pé de outras pessoas” E 13-“os miúdos não precisam de ir para a fila no CS e apanhar doenças” E 27-“tem melhores condições de realização do que no centro”	5
☉ Aspectos relacionados com o tempo de espera da consulta.	E 4-“não tem tempo de espera” E 7-“não implica esperar pela consulta...” E 8-“Não é preciso ir para o posto esperar” E 10-“ não é preciso espera.”	4
☉ Aspectos relacionados com a identificação de necessidades da criança.	E 26-“é importante porque identifica situações de necessidade e risco para a criança”	1
☉ Aspectos relacionados com o ambiente da criança.	E 23-“faz-se no ambiente familiar do bebé”	1

Relativamente aos aspectos com maior frequência, é possível analisar que a maioria dos participantes, 86,7% (26), considera ter preferência por efectuar a Vigilância de Saúde, através da realização da Visitação Domiciliária em detrimento da realizada exclusivamente no CS.

O enfoque dos participantes relativamente à protecção da criança, em que, com a realização de VD não necessita de se deslocar ao CS onde esta fica exposta, aumentando o risco de infecção. Associado a este aspecto, foi mencionado, durante a realização das entrevistas, que o risco de infecção pelo vírus H1N1 surgiu como motivo de identificação deste aspecto.

Outro motivo identificado pelos participantes, relaciona-se com o tempo de espera, tendo sido mencionado, que mesmo estando a consulta calendarizada, o tempo de espera no CS de Aqualva é significativo. Esta situação está associada ao já anteriormente

referido condicionamento do número de profissionais de Enfermagem na área da Saúde Infantil.

3.4.3. Até que idade realizar a VD

Questionou-se os participantes sobre até que idades consideram importante realizar-se a VD no âmbito a Saúde Infantil. As idades referidas foram apresentadas na tabela e gráfico 22, tendo sido identificadas as seguintes etapas de vida da criança, RN (1mês), Lactente (1mês a 1 ano), Toddler (1 aos 3 anos), Pré-escolar (3 aos 6 anos), Escolar (6 aos 11 anos), Pré-adolescente (11 aos 13 anos) e Adolescente (13 aos 18 anos).

Tabela 22 – Idade até onde os participantes consideram importante ser realizada VD

Idades pediátricas	f (a)	f (r)	f (aa)	f (ra)
RN	1	3,3%		
➔ Lactente	10	33,3%	11	36,7%
Toddler	9	30,0%	20	66,7%
Pré-escolar	9	30,0%	29	96,7%
Escolar	0	0,0%	29	96,7%
Pré-adolescente	1	3,3%	30	100,0%
Adolescente	0	0,0%	30	100,0%
Total	30	100,0%		

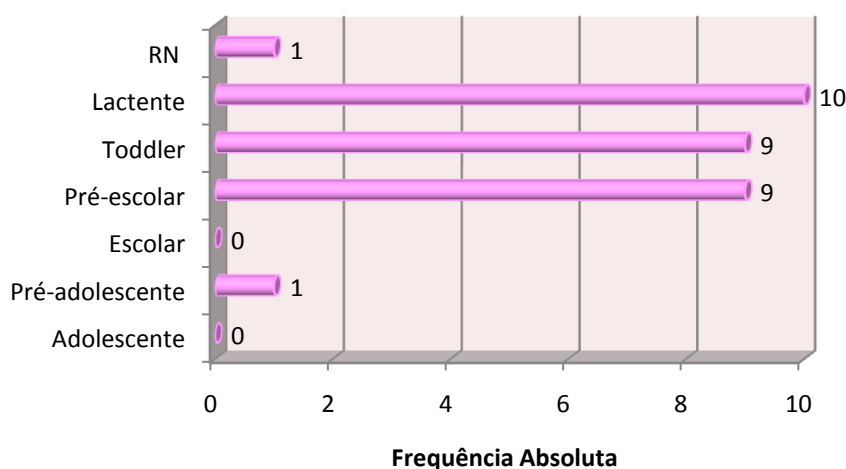


Gráfico 22 – Idade até onde os participantes consideram importante ser realizada VD

Verifica-se que 36,7% (11) dos participantes refere ser benéfico receber VD até ao primeiro ano de vida. 30,0% (9) dos participantes consideram ser importante receber VD até à idade pediátrica “Toddler”, identificando o mesmo número de participantes, 30,0% (9) a idade pediátrica “Pré-escolar”, como a indicada para existir VD, tendo sido mencionado por estes últimos, que após este período, a criança fica abrangida pela Saúde Escolar.

3.4.4. Identificação de Desvantagens/Aspectos a melhorar na VD

Através da observação da tabela e gráfico 23, os participantes identificaram que a VD no âmbito da Saúde Infantil tem desvantagens/aspectos a melhorar, em que 66,7% (20) dos participantes identifica que tem aspectos a melhorar e 33,3% (10) não apontam qualquer aspecto passível de ser melhorado demonstrando satisfação com modelo seguido.

Tabela 23 – Identificação de Desvantagens/Aspectos a melhorar na VD

VD tem Desvantagens/Aspectos a Melhorar	f (a)	f (r)
Sim	20	66,7%
Não	10	33,3%
Total	30	100,0%

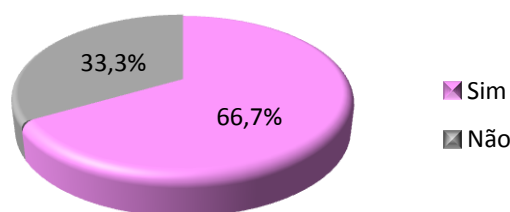


Gráfico 23 – Identificação de Desvantagens/Aspectos a melhorar na VD

3.4.5. Aspectos a melhorar na VD Identificados

Da resposta à questão aberta proposta aos participantes, para identificarem aspectos a melhorar na VD no âmbito da Saúde Infantil realizada pelos Enfermeiros do CS de Agualva, através da análise de conteúdo apresentada no quadro 4 e 5, surgem 6

unidades de contexto, de forma decrescente em relação às unidades enumeração: **Aspectos relacionados com maior frequência de realização da VD, Aspectos relacionados com a realização de VD em horário pós-laboral, Aspectos relacionados com realização de consulta em situação de urgência, Aspectos relacionados com entrega de informação em suporte escrito, Aspectos relacionados com realização de avaliação antropométrica e Aspectos relacionados com a barreira linguística.**

As unidades de contexto com maior número de unidades de enumeração foram: **Aspectos relacionados com maior frequência de realização da VD**, com 11 unidades de enumeração e **Aspectos relacionados com a realização de VD em horário pós-laboral** com 4 unidades de enumeração.

Quadro 4 – Aspectos a melhorar identificados (1)

Unidades de Contexto	Unidades de registo	Unidades de Enumeração
<p>☉ Aspectos relacionados com maior frequência de realização da VD.</p>	<p>E 2-“Podia vir mais vezes” E 3- “Deveria fazer a consulta mais vezes” E 4- “Deveria ser mais vezes” E 6- “As consultas deviam ser mais frequentes” E 12-“Deveria ser durante mais tempo” E 16-“ e é pena ser só uma consulta” E 21-“Acho que deveria ser durante mais tempo” E 23-“Devia existir durante mais tempo” E 25-“Uma não chega...” E 27-“Só vieram uma vez, se fossem mais...” E 29- “Não deve ser feita só uma única vez.”</p>	11
<p>☉ Aspectos relacionados com a realização de VD em horário pós-laboral.</p>	<p>E 1-“Acho que deve ter horário pós-laboral e aos Sábados!” E 5-“O horário é muito reduzido...” E 8-“O horário é reduzido...” E 22-“Deviam poder vir à tarde e aos fins-de-semana”</p>	4
<p>☉ Aspectos relacionados com realização de consulta em situação de urgência.</p>	<p>E 7-“Deveria haver consultas de recurso, nas situações de urgência” E 13-“Falta a consulta em situação de urgência e acho que isso era muito importante haver.”</p>	2

Quadro 5 – Aspectos a melhorar identificados (2)

Unidades de Contexto	Unidades de registo	Unidades de Enumeração
☉ Aspectos relacionados com entrega de informação em suporte escrito.	E 9-“As Enfermeiras deviam deixar panfletos” E 16-“Deveria ser facultada mais informação,... deixar papéis...”	2
☉ Aspectos relacionados com realização de avaliação antropométrica.	E 11-“Não têm balança nem fita métrica...” E 13-“Não trouxe aparelhos para medir o bebé...”	2
☉ Aspectos relacionados com a barreira linguística.	E 5-“Era bom que falasse outras línguas, às vezes é muito difícil perceber, e há coisas que só digo em francês...”	1

Analisando os aspectos mais referidos, observa-se que a frequência da realização da VD foi o mais mencionado. Esta situação justifica-se pelo facto de que 90,0% (27) dos participantes receberam apenas uma VD, sentindo a necessidade de voltarem a ser visitados, já que a maioria, 80,0% (24) dos participantes atribuiu o grau de importância “Muito Importante” à VD.

De acordo com as orientações técnicas preconizadas pela DGS (2005), é prevista a realização até ao primeiro ano de vida, de cerca de 6 consultas de Vigilância em Saúde Infantil, cabendo à equipa de saúde identificar as necessidades especiais de cada criança e definindo um programa individual de vigilância e promoção da saúde que facilite o desenvolvimento das capacidades e potencialidades.

Outro aspecto identificado pelos participantes, relacionado com a realização da VD em horário pós-laboral, é motivado pelo facto de 70,0% (21) da população se encontrar activa, com ocupação profissional.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2004a: 53), de forma a obter mais saúde para todos, entre outras, privilegia-se centrar as intervenções na família e no ciclo de vida.

A fraca adesão às respostas abertas, observada durante a realização do estudo, é indicadora da fraca percepção que os participantes têm em relação à VD.

O facto de 90,0% (27) dos participantes referirem ter recebido uma única VD, condiciona a sua compreensão global da mesma, não permitindo perceber as vantagens e potencialidades apontadas pelos profissionais. Embora a maioria dos participantes, 80,0% (24) considere a VD “Muito Importante”, não conseguem diferenciar a Vigilância de Saúde Infantil em CS, da Visitação Domiciliária.

Segundo Stanhope e Lancaster (1999:532), a Visitação Domiciliária proporciona ao Enfermeiro a oportunidade de efectuar uma colheita de dados mais exacta sobre a estrutura e organização familiar. Permite também a troca de informação entre o Enfermeiro e a família, e desta forma mais realista, a promoção dos cuidados no seio familiar. Entende-se que “...uma visita domiciliária pode ser mais do que um simples lugar alternativo para prestar cuidados; pode ser uma modalidade de intervenção” (Neto: 2009a: 3).

3.4.6. Contacto posterior com o Enfermeiro que realizou a VD

Através da observação da tabela e gráfico 24, verifica-se que a maioria dos participantes, 93,3% (28), referiu ter contactado posteriormente o Enfermeiro que realizou a VD para o esclarecimento de dúvidas, tendo apenas 6,7% (2) dos participantes referiu não ter tido novo contacto com o Enfermeiro que se deslocou ao domicílio.

Tabela 24 – Existência de contacto posterior com o Enfermeiro que realizou VD

Contacto posterior com o Enfermeiro que realizou a VD	f (a)	f (r)
→ Sim	28	93,3%
Não	2	6,7%
Total	30	100,0%

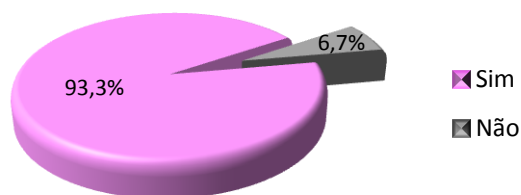


Gráfico 24 – Existência de contacto posterior com o Enfermeiro que realizou VD

Os dados demonstram que a maioria dos participantes, 90,0% (27) só teve uma VD, porém, foi referido pelos participantes que houve uma continuidade dos cuidados tendo quase a totalidade dos participantes, 93,3% (28), tido contacto posterior com o Enfermeiro que realizou a VD. Foi mencionado pelos participantes uma maior proximidade com o Enfermeiro que realizou a VD, com quem estabeleceram contactos telefónicos, e visitas não programadas ao CS para esclarecimento de dúvidas, tendo sido sentida efectivamente uma melhor acessibilidade ao Enfermeiro.

Segundo a DGS (2005), é indiscutível o impacto das acções de Vigilância da Saúde Infantil e juvenil pertinentes e de qualidade. A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças são um imperativo para os profissionais e para os serviços.

3.4.7. Contributo da VD para melhorar a relação com o Enfermeiro

Através da tabela e gráfico 25, a maioria dos participantes, 86,7% (26), refere sentir que a VD contribuiu para melhorar a relação com o Enfermeiro de Saúde Infantil, 13,3% (4) refere achar que a VD não contribuiu para melhorar a relação com o Enfermeiro de Saúde Infantil.

Tabela 25 – Reconhecimento de que a VD contribuiu para melhorar a relação com o Enfermeiro

A VD contribuiu para melhorar a relação com o Enfermeiro	f (a)	f (r)
→ Sim	26	86,7%
Não	4	13,3%
Total	30	100,0%

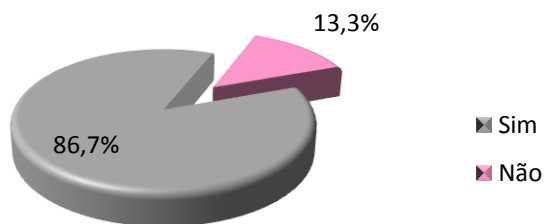


Gráfico 25 – Reconhecimento de que a VD contribui para melhorar a relação com o Enfermeiro

Independentemente da resposta dada a esta questão, todos os participantes referiram ter uma boa relação com o Enfermeiro de Saúde Infantil, tendo os 13,3% (4) que responderam não, mencionado que a VD não contribuiu para melhorar a relação com o Enfermeiro porque já existia uma relação de proximidade, anterior à realização da VD.

Conclui-se que de um modo geral, a VD no âmbito da Saúde Infantil contribui para o estreitamento de laços entre os participantes e os Enfermeiros.

3.4.8. Grau de importância atribuído à VD

Através da observação da tabela e do gráfico 26, verifica-se que a maioria dos participantes, 80,0% (24), considera a VD “Muito Importante”, 16,7% (5) dos participantes considera a VD “Importante” e apenas 3,3% (1) dos participantes considera a VD “Pouco Importante”.

Tabela 26 – Grau de Importância Atribuído à VD

Grau de Importância da VD	f (a)	f (r)
Nada Importante	0	0,0%
Pouco Importante	1	3,3%
Relativamente Importante	0	0,0%
Importante	5	16,7%
→ Muito Importante	24	80,0%
Total	30	100,0%

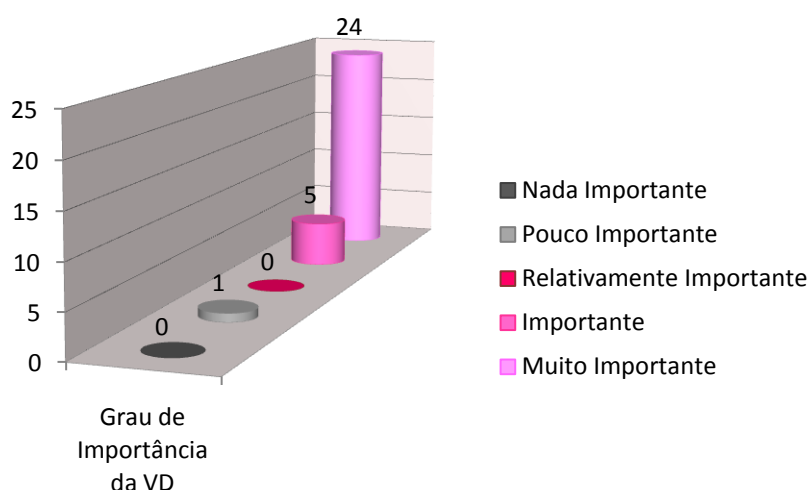


Gráfico 26 - Grau de Importância Atribuído à VD

Podemos constatar, através da observação do gráfico que a VD tem elevado grau de importância para os participantes no estudo.

A maioria das VD's, 60,0% (18), foi realizada a primíparas, que atribuíram elevado grau de importância à VD. Porém as múltiparas que foram visitadas, e sendo que para elas a maternidade não era uma experiência nova, também atribuíram elevada importância à existência de VD.

Foi mencionado pelos participantes que a VD surgiu como um apoio importante numa altura de elevada necessidade e transformação, referindo que esta promove a Saúde Infantil, advindo daí ganhos em saúde para a criança e família.

Segundo a DGS (2005), importa desenvolver os meios que possibilitem a Visitação Domiciliária, essencialmente pelo Enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade.

O que está planeado na VD, realizada pelos Enfermeiros de Saúde Infantil do CS de Agualva está de acordo com as necessidades sentidas pela população e de acordo com as principais directrizes preconizadas pela DGS. Estes aspectos são fundamentados pelo elevado grau de importância que os participantes do estudo lhe atribuíram.

4. Conclusão

Os momentos especiais do ciclo de vida, como o nascer, representam oportunidades para a educação e promoção de saúde. A abordagem centrada nas famílias e no ciclo de vida permite uma visualização mais integrada dos problemas de saúde prioritários nesta etapa de vida.

A implementação de Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil é fundamentalmente importante para assegurar uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domiciliário, uma vez que as consultas durante a gravidez 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 a mulher ter necessidade de ajustar as suas expectativas e os seus ritmos de vida às características do recém-nascido e à satisfação das suas necessidades, coincide o período de tempo em que ainda se está a recuperar do stress físico e psicológico da gravidez e do trabalho de parto.

As acções de promoção de saúde pertinentes e de qualidade desenvolvidas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, são fundamentais porque visam facultar aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.

Ao contrário do que considerámos na fase inicial do estudo e apesar de ser uma realidade prevista no programa de Saúde Infantil, a Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil não se verifica com a desejada frequência, tendo os profissionais contactados referido vários motivos, quer associados à falta de profissionais de Enfermagem disponíveis, quer a condicionamentos monetários e temporais para a deslocação que a mesma implica.

A VD apresenta-se como uma eficaz forma de aproximação, criando um ambiente de confiança que possibilita a real avaliação da criança e família. A comunicação e disponibilidade do Enfermeiro, associado à proximidade que se cria com o ambiente familiar permitem ir de encontro às necessidades identificadas.

Dada a importância que reconhecemos na VD, com a elaboração deste estudo, ambicionámos descrever a perspectiva da população visitada no âmbito da Saúde Infantil. Fundamentando-nos com a importância da intervenção precoce com acompanhamento desde o nascimento, e desejando evidenciar a importância do papel do Enfermeiro nos Cuidados de Saúde Primários, pretendemos dar resposta ao problema de investigação e aos objectivos delineados, assim como a sua exequibilidade e relevância para a Enfermagem.

Os participantes do estudo são na sua maioria, 93,3% (28), mulheres, 60,0% (18) primíparas tendo 90,0% (27) recebido uma única VD realizada por Enfermeiros do CS Agualva. Maioritariamente, 76,7% (23) têm nacionalidade Portuguesa, 63,3% (19), possuem escolaridade superior à mínima obrigatória, à data do estudo, contudo 30,0% (9) estão desempregados e 46,7% (14) desempenham funções pouco diferenciadas, essencialmente no sector da prestação de serviços.

A maioria dos participantes, 70,0% (21), são casados pertencendo a famílias nucleares. 96,7% (29) dos participantes valorizaram a importância da VD na VSI referindo achar pertinente esta manter-se até à idade escolar, tendo os graus de importância “Importante” e “Muito Importante” sido atribuídos aos temas abordados em 96,9% das entrevistas.

Quanto aos objectivos específicos, identificaram-se novos temas de interesse a inserir no programa da Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil, tendo sido indicados 4 temas, sendo mais referidos aspectos relacionados com as interrupções de saúde da criança e com o vestuário infantil, tendo sido mencionados por 4 e 3 participantes respectivamente.

Reuniram-se as vantagens relacionadas com a VD identificadas pelos participantes, tendo sido a ausência de deslocações a vantagem mais mencionada com 76,7% (23) seguida do atendimento individualizado e disponibilidade do Enfermeiro ambas com 73,3% (22) dos 86,7% (26) participantes que têm preferência pela VD em relação com VSI exclusiva em CS.

Salientaram-se como aspectos a melhorar na VD, a escassa frequência com que se realiza e o horário restrito, pontos mencionados por 11 e 4 participantes respectivamente.

A população estudada mostrou-se receptiva, identificando a importância do papel do Enfermeiro e da Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil.

Apesar dos participantes, na sua maioria, terem recebido apenas uma visita por parte do Enfermeiro de Saúde Infantil, esta foi considerada, como um benefício, mostrando-se disponíveis para implementação regular da Visitação Domiciliária em Saúde Infantil que tem, como pontos fundamentais o cliente, a família, a dinâmica familiar, o contexto domiciliar e a equipa multidisciplinar, permitindo uma visão mais abrangente da criança e família, facilitando uma visão holística e a prestação de cuidados de excelência.

A realização deste trabalho de investigação, permitiu-nos, enquanto alunos, reflectir sobre a importância dos Cuidados de Saúde Primários e da Visitação Domiciliária, aprofundar conhecimentos no âmbito da Saúde Infantil, adquirir competências na área de Investigação e contribuir para desenvolvimento da Enfermagem.

5. Implicações e Limitações

De acordo com Fortin (2003), a exequibilidade de um estudo de Investigação assenta num conjunto de recursos que compreendem a disponibilidade dos participantes, o seu consentimento, o tempo requerido para a sua realização, o equipamento e o espaço, a colaboração de outros investigadores, e a sua experiência.

Foram vários os condicionamentos experienciados, destacando dificuldades na pesquisa, na acessibilidade e disponibilidade dos participantes, e circunstâncias espaço-temporais.

Depois de vários contactos informais efectuados com Enfermeiros a leccionar e a trabalhar na área de Saúde Infantil, tendo nós, preferência por desenvolver o estudo num local onde a UATLA realizasse Ensino Clínico, foi-nos referenciado o CS do Olival. Após reunião com a Enfermeira Ana Faria, responsável pela Saúde Infantil do referido CS, constatámos que por carência de Enfermeiros, já não era realizada a VD no âmbito da Saúde Infantil, tendo as VD's realizadas anteriormente, incidido em situações identificadas com algum tipo de risco, sendo a população de difícil acesso. Face a esta situação fomos encaminhados, para o CS de Agualva, onde se realizava a VD no âmbito pretendido.

No CS de Agualva fomos recebidos pela Enfermeira de Saúde Infantil Lurdes Neto, onde constatamos que pelo mesmo motivo referido anteriormente também não se realizavam VD's no âmbito da Saúde Infantil, contudo, havia um número significativo de famílias (56) que tinham recebido VD, o que nos permitia seleccionar esta população, para a realização do estudo. Como o número de famílias visitadas era relativamente limitado optamos por aplicar o pré-teste na população, que tinha sido visitada, pelos Enfermeiros do CS do Olival.

Durante a realização do pré-teste, constatou-se que a população visitada pelos Enfermeiros do CS do Olival, era de facto pouco acessível, pelo que sentimos várias dificuldades, para a realização dos mesmos.

O acesso à amostra foi difícil, apesar dos participantes se terem mostrado acessíveis à colaboração no estudo, foram sentidas dificuldades nos contactos, quer por mudanças, de residência, de número de telefone, ou por se terem verificado barreiras pontuais ao nível da comunicação, essencialmente linguísticas.

Os recursos temporais foram manifestamente insuficientes, devendo estar salvaguardado que a realização da monografia não depende exclusivamente da disponibilidade dos discentes. A fase empírica do trabalho é abrangida pela época de Verão, período em que os serviços têm menor número de profissionais disponíveis, dificultando a progressão do processo. Terminado o Verão deu-se início ao 1º semestre do 4º ano, que é temporalmente curto e exigente em conteúdos curriculares. Estas condicionantes obrigam à utilização de todo o tempo concedido, para a realização do trabalho de monografia, pelo que a sua finalização é coincidente com um momento de Ensino Clínico, que é sempre um período extremamente exigente e trabalhoso para o estudante, dificultando todo o processo.

A carência de recursos materiais também não facilitou os investigadores, tendo este estudo implicado um significativo dispêndio monetário, nomeadamente pelas inúmeras deslocações para o CS, entrevistas, contactos telefónicos e despesas associadas à impressão das versões em suporte papel.

Face ao problema de investigação, foi sentida dificuldade, na identificação das dimensões e dos indicadores das variáveis em estudo de forma a operacionalizar o guião de entrevista.

A inexperiência dos investigadores limita uma análise mais aprofundada dos resultados obtidos, assim como a exploração dos programas de tratamento de dados SPSS, Word e Excel do Microsoft Office 2007.

6. Sugestões

Considerando fundamental promover a imagem da profissão de Enfermagem e realçar a importância do Enfermeiro na manutenção e educação para a saúde, num paradigma em que a manutenção da saúde assume cada vez maior importância, surge como fundamental investir-se cada vez mais, nos Cuidados de Saúde Primários.

Estando os cuidados centralizados na pessoa, esta assume cada vez mais um papel activo, na busca e adopção de hábitos de vida saudáveis, pelo que a realização de estudos que envolvam os cuidados de saúde primários, permitem ir de encontro ao paradigma que finalmente se pretende implementar. Na actualidade, a implementação das USF, permitirá criar as condições necessárias, para o Enfermeiro assumir o seu papel nos cuidados à família.

Estando previsto a responsabilização da pessoa e família pela saúde e cuidados à criança, é fundamental munir os cuidadores de conhecimento que permita adoptar hábitos de vida saudáveis, resultando visíveis ganhos em saúde, pois uma criança saudável tende a desenvolver-se num adulto saudável.

A Visitação Domiciliária é uma área que permite dar visibilidade à Enfermagem, possibilitando alcançar elevados níveis de satisfação, por ser uma área autónoma, de elevado reconhecimento por parte da população. Perspectivando que os Cuidados de Saúde Primários, são uma área em elevada expansão, permitirá aumentar a empregabilidade dos Enfermeiros.











Sendo reconhecida a importância da Visitação Domiciliária, estando demonstrada a disponibilidade e o interesse da população, emerge a necessidade de sensibilizar os decisores com a pertinência da implementação da Visitação Domiciliária de uma forma global e regular, durante as diferentes etapas de vida da criança.









Numa sociedade que visa o papel da pessoa, cliente de cuidados, achamos importante dar a conhecer, a perspectiva da população, consumidora de serviços de saúde. Após a







análise e discussão dos resultados obtidos, consideramos que a implementação regular da Visitação Domiciliária traria ganhos em saúde à população em geral.

Por fim sugerimos a continuação da exploração desta área considerando que seria importante conhecer a perspectiva dos profissionais de Enfermagem prestam Cuidados Primários no âmbito da Saúde Infantil, permitindo dar continuidade ao processo de investigação nesta área.

7. Referências Bibliográficas

-  Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
-  Batalha, L. M. C. (2000). ‘Implementação das visitas domiciliárias em saúde materno-infantil’. *Nursing*. **12**, 143, pp. 21;
-  Beck, C. T., Hungler, B. P. e Polit, D. F. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed;
-  Correia. N. e Loureiro. E. (2008) *Visitação Domiciliária – Uma estratégia para o sucesso do aleitamento materno*. <http://www.jornaldocentrodesaude.pt/Jcs/NotCorpo.asp?Id=218>. Último acesso em 18-04-2009;
-  Direcção Geral da Saúde (DGS). (2004a). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos, Vol. I – Prioridades*. Lisboa: Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde;
-  Direcção Geral da Saúde (DGS). (2004b) *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos, Vol. II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde;
-  Direcção Geral da Saúde – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. (2005). *Saúde Infantil e Juvenil – Programa tipo de actuação*. Orientações Técnicas 12 (2ª ed.). Lisboa: Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde;
-  Doenges, M. E. e Moorhouse, M. F. (1999). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um Texto Interactivo*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed;
-  Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação*. (3ª ed.). Loures: Lusociência;
-  Côté, J. e Filion, F., Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência;

-  Haber, J. e LoBiondo-Wood, G. (2001). *Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A;
-  Instituto de Emprego e Formação Profissional – IEFP (2009) *Classificação Nacional de Profissões – CNP* Disponível *on-line* em: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>. Último acesso em 7-12-2009;
-  Lakatos, E. e Marconi, M. (2002). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Atlas;
-  Lavouras, H. (2007). *O Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários*. Disponível *on-line* em: <http://www.ordemEnfermeiros.pt/index.php?page=72&pag=3#article379>. Último acesso em 16-04-2009;
-  Ministério da Saúde (2006) – *A Saúde em Portugal - Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. Disponível *on-line* em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/grandes+opcoes+do+plano+para+a+saude/reforma+csp.htm>. Último acesso em 11-04-2009;
-  Ministério da Saúde (2007) – *A Saúde em Portugal - Indicadores e metas do PNS - Microsite*. Disponível *on-line* em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/plano+nacional+de+saude/indicadores+metas+pns.htm>. Último acesso em 11-04-2009;
-  Ministério da Saúde (2008a) – *A Saúde em Portugal - Plano Nacional de Saúde*. Disponível *on-line* em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/plano+nacional+de+saude/PNS.htm>. Último acesso em 11-04-2009;
-  Ministério da Saúde (2008b) – *A Saúde em Portugal - Programas Nacionais de Saúde*. Disponível *on-line* em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programas+nacionais/programas+nacionais.htm>. Último acesso em 11-04-2009;

-  Neto, L. P. E. (2009a). *Relatório de Ensino Clínico I – Vol. I*. Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária. Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária. Barcarena: UATLA;
-  Neto, L. P. E. (2009b). *Projecto “Implementar Visitação Domiciliaria ao Recém-Nascido no Centro de Saúde da Agualva Com Vista a Identificar Situações de Risco ” – Vol. II*. Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária. Barcarena: UATLA;
-  Nunes, C., Ribeiro, I. e Valido, S. (2006). ‘Visitação Domiciliária à puérpera e ao recém-nascido: concepções e percepções’. *Enfermagem (2ª Série) – Publicação da Associação Portuguesa de Enfermeiros*, 41, pp.35-38;
-  Perry. A. G. e Potter. P. A. (2006) *Fundamentos de Enfermagem (5ª ed.)*. Loures: Lusociência;
-  Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo. *In* Pinto, J. M. e Silva, A. S. *Metodologia das Ciências Sociais*. 9º ed. (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento;
-  Wong, D. L. (1997). *Enfermagem Pediátrica*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A;

Apêndices

Apêndice A – Cronograma

Apêndice B – Pedido de Autorização para Recolha de Dados

Apêndice C – Carta Explicativa do Estudo e do Consentimento

Apêndice D – Consentimento Informado

Apêndice E – Instrumento de Recolha de Dados

Apêndice A - Cronograma

Cronograma													
Ano		2008	2009									2010	
Mês		Outubro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Fevereiro
Actividades	Seleção do tema												
	Estabelecimento do Grupo de Trabalho												
	Apresentação do tema		18										
	Revisão da Literatura												
	Decisões Metodológicas												
	Reuniões com a Orientadora			9; 16									
	Elaboração do Projecto												
	Entrega do Projecto de Monografia			20									
	Apresentação do Projecto de Monografia												
	Estabelecimento de contacto com a instituição												
	Estabelecimento de contacto com os participantes												
	Aplicação do instrumento de recolha de dados												
	Tratamento de dados												
	Entrega da Monografia											18	
	Apresentação da Monografia												1

Apêndice B – Pedido de Autorização para Recolha de Dados

Ex. Ma Sra. Dra. Clara Pais

Directora do ACES Cacém - Queluz

Barcarena, 17 de Julho de 2009

Assunto: Pedido de autorização para a recolha de dados para elaboração de Monografia Final de Curso de Licenciatura em Enfermagem

Manuela Fernanda Marta de Castro, aluna n.º 200691332 e Marco Alexandre de Sousa Rebelo, aluno n.º 200691340, discentes do 6º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, vêm no âmbito da realização da Monografia de Licenciatura em Enfermagem a efectuar um estudo com o tema “A Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil: Perspectiva da população visitada.” Que tem como finalidade descrever a opinião das famílias visitadas pelos Enfermeiros de Saúde Infantil do Centro de Saúde do Cacém relativamente à Visitação Domiciliária.

Os objectivos delineados para o estudo são:

Objectivo geral:

- ☉ Descrever a opinião das famílias visitadas pelos Enfermeiros de Saúde Infantil do Centro de Saúde do Cacém relativamente à Visitação Domiciliária.

Objectivos específicos:

- ☉ Identificar quais as vantagens referidas pelas famílias que receberam Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil;
- ☉ Salientar os aspectos a melhorar referidos pelas famílias visitadas pelos Enfermeiros de Saúde Infantil;
- ☉ Identificar novos temas de interesse a inserir no programa da Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil.

A metodologia utilizada para a realização do estudo segue a filosofia subjacente à corrente positivista lógica enquadrando-se no paradigma quantitativo. A recolha de dados será efectuada através da realização de uma entrevista estruturada.

A participação é inteiramente voluntária e gratuita, pelo que será requerida a assinatura de um consentimento.

Face ao exposto, vimos por este meio solicitar a autorização e colaboração de V. Ex^{as}. para a recolha de informação e posterior contacto das famílias que receberam Visitação Domiciliária por parte dos Enfermeiros de Saúde Infantil do Centro de Saúde do Cacém.

Os resultados do estudo estarão acessíveis mediante a solicitação dos mesmos.

Estaremos disponíveis através dos contactos infracitados para qualquer esclarecimento.

Pede deferimento,

Atenciosamente,

Discente: Manuela Marta de Castro

Discente: Marco de Sousa Rebelo

Prof. Orientadora: Rita Kopke

Contactos:

Manuela Marta de Castro

Telemóvel: 965 666 774

e-mail: manuelamcastro@gmail.com

Marco de Sousa Rebelo

Telemóvel: 968 376 339

e-mail: marcobvc@sapo.pt

Apêndice C – Carta Explicativa do Estudo e do Consentimento

Carta Explicativa do Estudo e do Consentimento

Manuela Fernanda Marta de Castro e Marco Alexandre de Sousa Rebelo, discentes do 6º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, solicitam a sua participação num estudo que tem como finalidade descrever a opinião das famílias visitadas pelos Enfermeiros de Saúde Infantil do Centro de Saúde do Cacém relativamente à Visitação Domiciliária, pelo que o seu contributo será de extrema importância.

A recolha de dados será efectuada através da realização de uma entrevista estruturada, que tem uma duração estimada de 30 minutos, podendo haver necessidade de outro posterior contacto.

Garantimos a salvaguarda da Integridade, Confidencialidade e Sigilo pelo que o nome dos participantes será codificado, e a sua identificação não será inserida em nenhuma base de dados informatizada ou facultada a terceiros.

Os dados recolhidos destinam-se apenas a este estudo. Os participantes poderão consultar o estudo sempre que o solicitarem e poderão se desejarem ter acesso aos resultados do mesmo.

A participação é inteiramente voluntária e gratuita, pelo que será requerida a assinatura de um consentimento.

Os participantes mesmo após assinarem o consentimento poderão abandonar o estudo a qualquer altura sem sofrerem qualquer tipo de retaliação, sendo-lhes garantido o direito ao tratamento justo.

Agradecemos a colaboração dispensada.

Discente: Manuela Marta de Castro

Discente: Marco de Sousa Rebelo

Apêndice D – Consentimento Informado

Identificação

Consentimento Informado

Eu, _____,
declaro que fui informado(a) e esclarecido(a) sobre todos os aspectos contidos na Carta Explicativa do Estudo e do Consentimento pelo que aceito voluntária e gratuitamente participar no estudo com o tema “A Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil: Perspectiva da população visitada.”

Sei que apesar de assinar o consentimento posso abandonar o estudo a qualquer momento sem sofrer qualquer tipo de retaliação.

Poderei, em qualquer altura, ter acesso ao estudo e ao resultado do mesmo mediante solicitação aos entrevistadores, através dos contactos que me foram facultados previamente.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / _____

Contacto: _____

Contactos

Manuela Marta de Castro

Telemóvel: 965 666 774

e-mail: manuelamcastro@gmail.com

Marco de Sousa Rebelo

Telemóvel: 968 376 339

e-mail: marcobvc@sapo.pt

Apêndice E – Instrumento de Recolha de Dados

Guião de Entrevista Estruturada

Identificação

Pessoa(s) presente(s) na entrevista:

1 Mãe; 2 Pai; 3 Avós; 4 Outros cuidadores.

1. Idade

2. Género 1 Masculino; 2 Feminino.

3. Naturalidade _____

4. Nacionalidade _____

5. Escolaridade _____

6. Profissão _____

7. Estado Civil

1 Solteiro (a); 2 Casado (a); 3 Divorciado (a); 4 Viúvo(a).

8. Nº de filhos

9. Agregado familiar

9.1. Progenitor(a)

9.2. Descendentes

9.3. Ascendentes

9.4. Outros

10. Quantas visitas domiciliárias no âmbito da Saúde Infantil tiveram?

11. Quem esteve presente na Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil?

1 Mãe; 2 Pai; 3 Avós; 4 Outros cuidadores.

12. Caso tenha outros filhos, experienciou uma realidade diferente, em que as consultas eram programadas apenas para serem realizadas no Centro de Saúde?

1Prímipara ; **2**Sim **3**Não

13. No âmbito da Saúde Infantil, tem preferência pela Visitação Domiciliária em relação às consultas no Centro de Saúde? **1**Sim ; **2**Não

14. Se respondeu sim à questão anterior identifique os motivos:

Motivos	1 Sim	2 Não	Motivos	1 Sim	2 Não
14.1 Atendimento Individualizado			14.4 Disponibilidade		
14.2 Ausência de deslocações			14.5 Outros:		
14.3 Características da consulta (VD)			14.6 Outros:		

15. Que temas foram abordados? E que grau de importância lhes atribui?

	Temas	15 A		15 B				
		Temas Abordados		Grau de Importância Atribuído				
		1 Sim	2 Não	1	2	3	4	5
15.1	Teste do pezinho							
15.2	Vacinação							
15.3	Segurança/Prevenção de acidentes							
15.4	Colocação da cadeira no carro							
15.5	Amamentação							
15.6	Alimentação							
15.7	Cuidados de higiene							
15.8	Descongestionamento nasal							
15.9	Obstipação/Cólicas							
15.10	Vómitos/Diarreia							
15.11	Febre/Arrefecimento							
15.12	Convulsões							
15.13	Desobstrução da via aérea							
15.14	Outros:							
	Outros:							
	Outros:							
	Outros:							

Grau de Importância Atribuído				
1	2	3	4	5
Nada importante	Pouco importante	Relativamente importante	Importante	Muito importante

16. Até que idade considera ser importante existir Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil? Meses; Anos

17. Considera que a Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil tem desvantagens/aspectos a melhorar? 1 Sim ; 2 Não

18. Que desvantagens/aspectos a melhorar existem para si na Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil?

Desvantagens/Aspectos a melhorar

19. Contactou a enfermeira que realizou a Visitação Domiciliária para o esclarecimento de dúvidas? 1 Sim ; 2 Não

20. Considera que a Visitação Domiciliária contribuiu para melhorar a sua relação com a enfermeira de Saúde Infantil? 1 Sim ; 2 Não

21. De um modo geral, qual o grau de importância que atribui a Visitação Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil.

Grau de Importância Atribuído				
1	2	3	4	5

Grau de Importância Atribuído				
1	2	3	4	5
Nada importante	Pouco importante	Relativamente importante	Importante	Muito importante

