



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
REALIZADA NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Ciências da
Educação

ESPECIALIDADE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Orientador: Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos

Júri:

Presidente

Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos

Vogais

Professora Doutora Isabel Maria Pereira Leal

Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz

Fernanda Manuela Loureiro

2009



Resumo

Estudo de natureza exploratório-descritivo com abordagem quantitativa (questionários) e qualitativa (grupos focais) com o objectivo de perceber quais as percepções dos enfermeiros sobre a Educação para a Saúde realizada em contexto de urgência pediátrica. Concluiu-se que começam por iniciativa própria, inerentes ao desempenho de funções, e por observação de comportamentos inadequados sendo os temas mais abordados, associados ou não ao motivo de recorrência, doenças infantis, puericultura / cuidados gerais à criança, desenvolvimento infantil, prevenção de acidentes e tópicos gerais de saúde. Decorrem em todo o espaço físico especialmente nas salas de triagem e tratamentos e UICD. O momento de início é referido como “procurado” com “muito tacto” surgindo na 1ª abordagem, durante a realização de procedimentos e alta. As metodologias expositivas e demonstrativas foram as mais usadas. Há desvalorização ou ausência de registos embora apreciem a EpS referindo dispêndio médio de 2h30 por turno. Destacam-se como factores influenciadores: a privacidade, a disponibilidade do profissional e da criança / pais (temporal e psicológica), a eficácia e a experiência profissional do enfermeiro. Estabeleceu-se correlação positiva entre a experiência profissional em UUP e as variáveis temas, local, momento, métodos e n.º de horas e correlação negativa com a variável fases de EpS.

Palavras – chave: Educação para a saúde, percepções, enfermeiros, urgência pediátrica, grupos focais, questionários

Abstract

Explorative/descriptive study with both a quantitative view (questionnaires) and a quality view (focus groups), with the intent of understanding what are the nurses' perception of Health Education performed within medical paediatric urgency. It is conclusive that this perception comes naturally. It's inborn while one performs its duty. It is so through means of observation of inadequate behaviours in which the most approached subject-matters are or aren't associated to recurrence, child illnesses, mother craft/general child care, child development, accident prevention and general health topics. These take place in all the physical space and most regularly in triage and treatment rooms and at Observing Room. The starting point is mentioned as 'sought' with 'great care' and it rises on the first approach, while procedures are being followed through and release is pondered. The expositive and demonstrative methodologies were the most exercised. There's depreciation or even a total registry void although the health education is wildly approved showing a 2h30 expenditure per shift. The highlighted influencing factors are: privacy, practitioner and child/parent's availability, nurses' occupational experience and efficiency in medical paediatric urgency; and the subject-matter variables, place, time, methods and number of hours and negative correlation with the various phases of the health education.

Key-words: Health education, perceptions, nurses, medical paediatric emergency, focus groups, questionnaires.

Agradecimentos

Esta dissertação contou com o apoio de familiares, amigos e colegas. Gostaria de deixar uma palavra de agradecimento a todos em particular:

Ao Pedro que nasceu a meio deste trabalho e veio mudar para sempre a minha vida.

Ao Rui com quem partilho a minha vida e todos os meus projectos.

À minha família com quem estive menos tempo mas que ainda assim me apoiou como sempre fazem.

À Prof. Margarida pelas suas orientações que foram imprescindíveis neste trabalho.

Aos amigos Vilelas e Zaida que me inspiram e ajudam mantendo um espírito crítico e de interajuda.

Às colegas e amigas Inês, Rita, Carla e Flor que viveram comigo, mais de perto, as dificuldades em gerir o tempo académico com o tempo profissional e familiar.

Aos enfermeiros que se mostraram disponíveis para colaborar neste estudo e sem os quais o mesmo seria inviável.

Por último, às crianças com quem me cruzo profissionalmente todos os dias e que de uma forma muito particular dão mais cor à minha vida.

Índice

| | P. |
|---|-----------|
| ÍNDICE DE TABELAS | 8 |
| ÍNDICE DE QUADROS..... | 9 |
| ABREVIATURAS E SIGLAS..... | 11 |
| INTRODUÇÃO | 12 |
| CAPÍTULO I - OBJECTO DO ESTUDO | 15 |
| 1 - INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 - ENUNCIADO DO PROBLEMA | 15 |
| 3 - OBJECTIVOS DO ESTUDO | 20 |
| CAPÍTULO II - REVISÃO DA LITERATURA | 22 |
| 1 - INTRODUÇÃO | 22 |
| 2 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE | 22 |
| 2.1 - <i>Definição de Saúde</i> | 23 |
| 2.2 - <i>Definição de Educação para a Saúde</i> | 24 |
| 2.3 - <i>Métodos e Modelos de Educação para a Saúde</i> | 28 |
| 2.4 - <i>Papel dos enfermeiros na EpS</i> | 32 |
| 3 - SERVIÇOS DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA..... | 34 |
| 3.1 - <i>Breve perspectiva histórica</i> | 34 |
| 3.2 - <i>Cuidar do utente pediátrico</i> | 37 |
| CAPÍTULO III - MÉTODOS E PROCEDIMENTOS..... | 42 |
| 1 - INTRODUÇÃO | 42 |
| 2 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA | 42 |
| 3 - PROCEDIMENTOS..... | 43 |
| 3.1 - <i>Tipo de estudo</i> | 43 |
| 3.2 - <i>Instrumentos a aplicar</i> | 43 |
| 3.2.1 - <i>Questionário</i> | 44 |
| 3.2.2 - <i>Entrevista Semi Estruturada</i> | 47 |
| 3.3 - <i>Variáveis em Estudo</i> | 49 |

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS..... | 59 |
| 1 - INTRODUÇÃO | 59 |
| 2 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: QUESTIONÁRIOS | 59 |
| 2.1 - <i>Caracterização Geral da Amostra</i> | 59 |
| 2.2 - <i>Conceito de Educação para a Saúde</i> | 63 |
| 2.3 - <i>Formação EpS</i> | 66 |
| 2.4 - <i>Prática de cuidados</i> | 68 |
| 3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: GRUPOS FOCAIS..... | 82 |
| 3.1 - <i>Caracterização dos entrevistados</i> | 82 |
| 3.2 - <i>Dados obtidos nas entrevistas</i> | 83 |
| CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 88 |
| 1 - INTRODUÇÃO | 88 |
| 2 - SUJEITOS EM ESTUDO | 88 |
| 3 - CONCEITO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE..... | 90 |
| 4 - FORMAÇÃO EM EPS..... | 91 |
| 5 - PRÁTICAS DE EPS..... | 93 |
| CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES..... | 101 |
| CAPÍTULO VII - RECOMENDAÇÕES..... | 106 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 107 |
| APÊNDICES..... | 114 |
| APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO | 115 |
| APÊNDICE II – AUTORIZAÇÕES DOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO | 121 |
| APÊNDICE III – ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS | 125 |

Índice de Tabelas

p.

| | |
|---|----|
| TABELA 1: VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS | 50 |
| TABELA 2: VARIÁVEL "TIPO DE CONCEITO" | 52 |
| TABELA 3: VARIÁVEL "OPINIÃO SOBRE EPS" | 52 |
| TABELA 4: VARIÁVEL "FORMAÇÃO EM EPS DURANTE O CURSO DE BASE" | 53 |
| TABELA 5: VARIÁVEL "PERCEPÇÃO DA PREPARAÇÃO ENQUANTO EDUCADOR PARA A SAÚDE" | 53 |
| TABELA 6: VARIÁVEL "FORMAÇÃO EM EPS APÓS O CURSO DE BASE" | 53 |
| TABELA 7: VARIÁVEL "FORMAÇÃO CONTÍNUA REGULAR NOS ÚLTIMOS 5 ANOS" | 53 |
| TABELA 8: VARIÁVEL "FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO CONTÍNUA REGULAR NOS ÚLTIMOS 5 ANOS" | 54 |
| TABELA 9: VARIÁVEL "FORMAÇÃO EM EPS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS" | 54 |
| TABELA 10: VARIÁVEL "VERTENTE DA FORMAÇÃO EM EPS" | 54 |
| TABELA 11: VARIÁVEL "INÍCIO EPS" | 55 |
| TABELA 12: VARIÁVEL "TEMAS EPS" | 55 |
| TABELA 13: VARIÁVEL "LOCAL " | 56 |
| TABELA 14: VARIÁVEL "MOMENTO DE INÍCIO DA EPS " | 56 |
| TABELA 15: VARIÁVEL "MÉTODOS EPS " | 57 |
| TABELA 16: VARIÁVEL "REGISTOS EM EPS" | 57 |
| TABELA 17: VARIÁVEL "COMPONENTE AFECTIVA DE EPS" | 57 |
| TABELA 18: VARIÁVEL "FASES DE EPS" | 58 |
| TABELA 19: VARIÁVEL "TEMPO DISPENDIDO EM EPS" | 58 |

Índice de Quadros

p.

| | |
|--|----|
| QUADRO 1: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À VARIÁVEL GÉNERO | 60 |
| QUADRO 2: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À VARIÁVEL HABILITAÇÕES ACADÉMICAS..... | 60 |
| QUADRO 3: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À VARIÁVEL CATEGORIA PROFISSIONAL | 61 |
| QUADRO 4: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À VARIÁVEL EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL | 62 |
| QUADRO 5: CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À VARIÁVEL EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UUP..... | 62 |
| QUADRO 6: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA FACE À VARIÁVEL "CONCEITO DE EPS" | 63 |
| QUADRO 7: ANÁLISE FACTORIAL - CONCEITO DE EPS..... | 65 |
| QUADRO 8: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À EPS..... | 66 |
| QUADRO 9: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE À FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO CONTÍNUA NOS ÚLTIMOS 5 ANOS. | 67 |
| QUADRO 10: CARACTERIZAÇÃO DE FREQUÊNCIA DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À VARIÁVEL - INÍCIO EPS ... | 68 |
| QUADRO 11: RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS "EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UUP" E "INÍCIO EPS" | 69 |
| QUADRO 12: CARACTERIZAÇÃO DE FREQUÊNCIA DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À VARIÁVEL - TEMA EPS.... | 70 |
| QUADRO 13: RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS "EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UUP" E "TEMAS EPS"..... | 71 |
| QUADRO 14: CARACTERIZAÇÃO DE FREQUÊNCIA DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À VARIÁVEL - LOCAL EPS .. | 72 |
| QUADRO 15: RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS "EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UUP" E "LOCAL EPS" | 73 |
| QUADRO 16: CARACTERIZAÇÃO DE FREQUÊNCIA DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À VARIÁVEL - MOMENTO DE EPS | 74 |
| QUADRO 17: RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS "EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UUP" E "MOMENTO EPS" | 75 |
| QUADRO 18: CARACTERIZAÇÃO DE FREQUÊNCIA DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À VARIÁVEL - MÉTODO DE EPS | 75 |
| QUADRO 19: RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS "EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UUP" E "MÉTODO EPS" | 76 |
| QUADRO 20: CARACTERIZAÇÃO DE FREQUÊNCIA DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À VARIÁVEL - REGISTOS DE EPS | 77 |
| QUADRO 21: RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS "EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UUP" E "REGISTOS EPS" | 77 |
| QUADRO 22: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À VARIÁVEL - COMPONENTE AFECTIVA EPS 78 | |
| QUADRO 23: RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS "EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UUP" E "COMPONENTE AFECTIVA EPS" | 78 |
| QUADRO 24: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À VARIÁVEL - FASES DE EPS..... | 79 |
| QUADRO 25: RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS "EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UUP" E "FASES EPS" | 80 |
| QUADRO 26: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À VARIÁVEL - HORAS DISPENDIDAS EM EPS. 81 | |
| QUADRO 27: RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS "EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UUP" E "HORAS DISPENDIDAS EM EPS" | 81 |

| | |
|--|----|
| QUADRO 28: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA - GRUPOS FOCAIS. | 82 |
| QUADRO 29: RESUMO DOS DADOS OBTIDOS ATRAVÉS DOS GRUPOS FOCAIS COM RECURSO A ANÁLISE DE CONTEÚDO | 83 |

Abreviaturas e Siglas

BIS – Boletim Individual de Saúde;

CIPE / ICNP – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem / International
Classification for Nursing Practice;

DGS – Direcção Geral de Saúde;

EpS – Educação para a Saúde;

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

SPSS - Statistical Package for Social Sciences;

SO – Serviço de Observação;

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração;

UUP – Unidade de Urgência Pediátrica;

WHO – World Health Organization.

Introdução

O conceito de urgência é relativo e depende de indivíduo para indivíduo. Um sintoma, por exemplo, como a cefaleia pode ser encarado por uns como um problema do dia-a-dia, que exige apenas repouso e eventualmente medicação, enquanto para outros será uma situação potencialmente grave que requer cuidados especializados imediatos. Noutros casos, ainda, o indivíduo terá dificuldade em avaliar a necessidade ou não de recorrer aos serviços de saúde contrapondo os seus sintomas, experiências prévias e os conhecimentos de saúde que detém. No caso dos utentes pediátricos, o critério de urgência é ainda mais ambíguo, não só porque se trata de avaliar a situação de saúde de outra pessoa, mas sobretudo pelo significado familiar e social da criança (Martins, 1991).

As crianças representam o futuro, nelas são depositadas esperanças e sonhos. Qualquer alteração de saúde, é valorizada pela família e sentida como uma ameaça à vida. Neste contexto o recurso à urgência é uma solução fácil, rápida e, espera-se, eficaz.

Uma vez na urgência deparam-se com profissionais que questionam as suas opções e cuidados. São realizadas intervenções que visam a aquisição de competências em educação para a saúde por parte dos cuidadores e crianças em áreas tão diversas como a reanimação ou a promoção de hábitos saudáveis. São explicados, demonstrados e aferidos conceitos, atitudes e comportamentos adequados em relação a situações patológicas específicas ou cuidados gerais. Para a família, o recurso à urgência representa uma crise na medida em que vem pôr em causa as rotinas familiares (Jorge,

2004). Por outro lado, sabe-se que os profissionais de saúde nos hospitais têm um impacto importante, influenciando o comportamento de utentes e familiares que, respondem melhor, às intervenções na área da saúde em situações de doença aguda (WHO, 2005). A equipa de enfermagem surge como um grupo de referência e de acesso fácil a quem são solicitados cuidados na área da educação para a saúde. A investigação em EpS é escassa e essencialmente debruça-se sobre os cuidados de saúde primários. Contudo, o meio hospitalar é um ambiente excepcionalmente rico para o desenvolvimento destas intervenções.

Assim, este estudo pretende descrever as percepções dos enfermeiros sobre EpS na urgência de pediatria. Trata-se de um tema pertinente, útil e actual que visa a melhoria da qualidade dos cuidados e pode por isso, constituir um momento de reflexão que motive os enfermeiros a desenvolver as suas práticas educativas.

Sistematiza-se em sete capítulos.

No capítulo I define-se o estudo de uma forma sumária, enunciando a problemática e os objectivos. São também definidos os principais conceitos inerentes a este trabalho.

No capítulo II efectua-se uma revisão da literatura enquadrando o trabalho nos referenciais teóricos nas áreas de educação para a saúde e de urgência em pediatria. Ao nível da EpS procurou-se definir o conceito, abordar os diferentes métodos e modelos bem como o enquadramento do papel do profissional de enfermagem.

No capítulo seguinte apresentam-se os métodos e procedimentos científicos que foram efectuados para a operacionalização do estudo quer, termos de escolha e construção dos instrumentos, quer em termos da sua aplicação. São ainda definidas e enunciadas as variáveis.

No IV capítulo apresenta-se de uma forma sumária os resultados mais relevantes obtidos com recurso a quadros e sistematizados em função das duas técnicas usadas: questionário e grupos focais.

No capítulo V os dados obtidos são comparados a outros estudos encontrados e à bibliografia sobre a área.

Apresentam-se seguidamente, no capítulo VI, as conclusões atendendo aos objectivos inicialmente formulados e por fim no último capítulo encontram-se as recomendações que têm em conta o desenrolar do presente estudo e podem ser úteis como guia para novas pesquisas.

Capítulo I - Objecto do Estudo

1 - Introdução

O primeiro capítulo debruça-se sobre o problema em estudo neste trabalho de investigação. Procurou-se definir a problemática e delimitar os objectivos.

2 - Enunciado do Problema

A EpS é, actualmente, um dos temas centrais no âmbito dos cuidados de saúde. O enfoque principal passa pela promoção de hábitos de vida saudáveis como forma de dotar os indivíduos e comunidades de ferramentas que lhes permitam uma vida com maior qualidade.

A nível internacional, os dois marcos fundamentais que levaram ao desenvolvimento dos países em matéria de saúde remontam às conferências internacionais de Alma-Ata (1978) e Ottawa (1986). A nível nacional, a lei de bases da saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto) refere que a promoção da saúde envolve todos os profissionais de saúde.

A EpS é um dos pilares mais importantes desta estratégia e Rochon (1996) citado por Rodrigues, Pereira & Barroso (2005) refere que “educação para saúde pode definir-se genericamente, como toda a combinação de experiências de aprendizagem planeada, destinada a facilitar as mudanças voluntárias para uma vida saudável” (p.17).

Sendo que, os espaços onde decorre são variados: universidades, escolas, hospitais, farmácias, zonas comerciais, organizações comunitárias, organizações voluntárias de

saúde, locais de trabalho, igrejas, prisões, serviços de saúde, assim como as actividades que incluem: aconselhamento a doentes, formação em serviço, educação formal, campanhas publicitárias, trabalho comunitário de intervenção programada (Russel, 1996).

Nesta panóplia de cenários, o meio hospitalar é um dos locais mais ricos, quer pela presença de profissionais de saúde formados nas mais variadas áreas, quer pela presença de utentes que procuram cuidados especializados. Os enfermeiros surgem como um grupo privilegiado dada a natureza do trabalho que desenvolvem.

A enfermagem é a profissão que tem por objectivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital e, segundo a Ordem dos Enfermeiros o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou grupo que pode ser constituído pela família ou comunidade (2003).

Segundo Rodrigues *et al* (2005) “ no contexto das disciplinas e grupos profissionais que contribuem para a eficácia da EpS, o grupo profissional dos enfermeiros parece estar bem posicionado para desempenhar um papel de relevo, considerando a sua predisposição histórica para o apoio às pessoas e comunidades bem como a sua experiência educativa resultante da arte do cuidar, quer numa perspectiva curativa quer preventiva” (p.48).

Não só aos técnicos compete a EpS, também a família aqui ocupa um lugar essencial. Além dos profissionais de saúde e dos professores, sobretudo os pais e as famílias desempenham um papel determinante na promoção e EpS. A criança é dependente dos seus pais nos assuntos de saúde. Cabe a estes fornecerem-lhes os cuidados mais adequados mas também inculcá-lhes hábitos saudáveis.

Contudo, para que este processo se verifique é necessário que as famílias detenham estes saberes e atitudes. O desconhecimento leva ao recurso aos serviços de saúde e sobretudo à urgência sendo a criança particularmente sensível.

A recorrência a um serviço de urgência pediátrica, é efectuada num ambiente de grande ansiedade. Deve-se, não só, à situação clínica mas, sobretudo, ao significado social no seio da família e sociedade do utente pediátrico.

A criança representa o futuro, a continuidade, o bem mais precioso pelo que, uma alteração no estado de saúde é encarada como uma ameaça a estes valores levando, frequentemente, a uma má utilização do serviço de urgência. Além do desconhecimento do verdadeiro significado de urgência, também a organização do sistema de saúde e sobretudo da sua acessibilidade facilitam esta situação. Sem forma de recorrer a especialistas e com os serviços de saúde altamente concentrados nos hospitais, os utentes utilizam a urgência como forma de resolução rápida e acesso a meios técnicos e humanos diferenciados.

Esta forma de estar e de agir está de tal forma enraizada na população que a urgência surge como primeira opção. A EpS neste contexto revela-se uma intervenção difícil de efectuar. Contudo, é um local de elevada solicitação à equipa, sobretudo aos enfermeiros. Enquanto técnicos especializados, os enfermeiros assumem um papel relevante, sendo procurados pelos pais enquanto profissionais acessíveis. Mas como percebem os enfermeiros a EpS neste contexto?

De acordo com Quivy & Campenhoudt (2005) deve-se “enunciar o projecto de investigação na forma de uma pergunta de partida, através do qual o investigador tenta

expressir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor” (p.32). Coloca-se então, a pergunta de partida para este trabalho:

Quais são as percepções dos enfermeiros face à EpS realizada na urgência pediátrica?

O critério utilizado na selecção do tema e problema a investigar foi um critério pessoal pois como referem Carmo & Ferreira (1998) “ é vantajoso que o trabalho a empreender se enraíze na experiência anterior do investigador” sendo que a “selecção do campo e do tema específico da investigação deva resultar de uma forte motivação pessoal”(p.45). No entanto, a orientação do pensamento e investigação, neste caso particular, tem em conta a urgência pediátrica enquanto espaço de ensino da criança e família no contexto do sistema de saúde.

Assim, contextualiza-se a EpS no ambiente procurando ser integradora ou seja está subjacente o paradigma ecológico que tem por base o modelo ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979). De acordo com este autor, o desenvolvimento da pessoa processa-se com influência de diferentes sistemas: micro-sistema, exo-sistema e macro-sistema (Rodrigues *et al*, 2005).

Tendo em conta a temática escolhida, esta insere-se num modelo interpretativo uma vez que as percepções são subjectivas e vivenciadas segundo a perspectiva pessoal tendo por isso como base as construções pessoais.

Para uma melhor delimitação do problema em estudo definem-se alguns conceitos essenciais neste estudo: percepção, saúde e educação para a saúde.

De acordo com o dicionário etimológico, percepção deriva do latim *perceptione* e significa acto ou efeito de perceber, combinação dos sentidos no reconhecimento de um

objecto, recepção de um estímulo, faculdade de conhecer independentemente dos sentidos, sensação, acto ou operação da inteligência, representação intelectual, ideia, mensagem, recebimento, receita, arrecadação. Neste trabalho considerou-se percepção tal como definido na CIPE/ICNP® (2000): tipo de cognição com as características específicas de “registo mental consciente de um estímulo sensorial, consciência de objectos ou de outros dados através dos sentidos” (p. 49).

O conceito de saúde foi definido pela Organização Mundial de Saúde, em 1946, como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Trata-se de um conceito antigo mas ainda muito utilizado diariamente. Desde então muitos outros têm surgido, em 1993, Déjours define saúde como a “capacidade de cada homem, mulher ou criança criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar” (p.9). A definição deste conceito é importante na medida em que influencia a perspectiva sobre a EpS, estando ambos os conceitos, relacionados.

O conceito de EpS não é unânime entre os autores consultados. Citado por Carvalho & Carvalho (2006) Tones e Tilford, em 1994, definem EpS como “toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida” (p.25). Trata-se de uma actividade que se pode aplicar a vários contextos, e, que visa dotar a população de ferramentas que lhes permita promover a saúde e adquirir hábitos de vida saudáveis não só para si mas também para a família enquanto unidade básica. O conceito de promoção de saúde surge muitas vezes aliado

ao de EpS. Segundo Russel (1996) “ muitas vezes é dado à Educação para Saúde outro significado e talvez confundida com Promoção de Saúde. Esta tem vindo a diferenciar-se da EpS como sendo mais ampla, pois que alguns dos métodos da promoção de saúde não contêm uma “filosofia educacional” (p.5).

3 - Objectivos do Estudo

Definida a questão de partida e os principais conceitos envolvidos formula-se, então o objectivo geral desde estudo:

-Descrever as percepções dos enfermeiros sobre EpS na urgência de pediatria atendendo à experiência profissional na área, conceito pessoal, formação e práticas de cuidados de enfermagem.

Traçaram-se assim, os seguintes objectivos específicos:

-Identificar os tipos de conceito de EpS dos enfermeiros da urgência pediátrica;

-Caracterizar a formação efectuada em EpS pelos enfermeiros;

-Caracterizar as práticas de EpS dos enfermeiros da urgência pediátrica;

-Relacionar as práticas de cuidados de enfermagem na área da EpS com a experiência profissional em urgência pediátrica;

A EpS é, enquanto área de investigação, recente na literatura. Os estudos neste âmbito são restritos, sobretudo a nível nacional, pelo que o desenvolvimento de mais trabalhos de investigação é útil para uma melhor compreensão do fenómeno. Por outro lado, o facto de se desenvolver o estudo em contextos de trabalho induz à reflexão dos

profissionais sujeitos ao estudo possibilitando a compreensão sobre o que os enfermeiros pensam sobre este assunto com a perspectiva de usar este conhecimento no quotidiano implementando ou reformulando práticas.

Capítulo II - Revisão da Literatura

1 - Introdução

No capítulo que se segue identificam-se as principais contribuições encontradas na literatura sobre o tema em estudo.

2 - Educação para a Saúde

A EpS é uma estratégia das ciências da educação mas também das ciências da saúde. É muito abrangente e pode ser desenvolvida por uma multiplicidade de profissionais nos mais variados cenários. Tem como objectivo principal a promoção da saúde através da educação dos indivíduos sendo considerada uma ferramenta básica (Bienert, Barranco & Herrero, 2001).

Enquanto instrumento de trabalho, consiste na implementação de intervenções que visem desenvolver habilidades e competências conducentes à melhoria da saúde individual e comunitária (WHO, 1998). O conceito de EpS vai, necessariamente influenciar a forma como as intervenções são desenvolvidas assim como a importância atribuída. Por outro lado, a conceptualização de EpS é condicionada pela definição de saúde que tem sofrido alterações significativas nos últimos anos.

Embora os termos saúde e educação para a saúde tenham já sido definidos, no capítulo I, é importante perceber os contributos que os autores introduziram na conceptualização dos termos. Este percurso é essencial para compreender o trajecto de investigação já efectuado.

2.1 - Definição de Saúde

Enquanto “*bem mais precioso*” a saúde tem sido definida em vários contextos e por uma multiplicidade de profissionais levando a diversas concepções de saúde mas também de doença.

A definição mais conhecida surge pela OMS, em 1946, como um estado de completo bem estar e não a mera ausência de doença. Embora antigo, este conceito é dos mais utilizados mas, também dos mais discutidos porque perspectiva saúde de uma forma positiva o que representou uma inovação para a época.

Com o decorrer dos anos e aliado às sucessivas transformações o conceito foi modificando-se e outros autores têm introduzido diferentes ideias como a capacidade de funcionamento do ser humano (Terris, 1980, citado por Carvalho & Carvalho, 2006), a construção de um projecto de vida (Déjour, 1993) e a importância das emoções e sentimentos (Damásio, 1998). Honoré (2002) entende saúde como “como um estado em que nos encontramos quando não sofremos de doença, nem de deficiência, nem incapacidade, de desvantagem ou dependência” (p.29). Este autor mantém a palavra estado e enfatiza a ausência de outras condicionantes.

Assiste-se, assim, a uma concepção multidimensional com factores objectivos e subjectivos. Nos dias de hoje é indiscutível que a saúde é um recurso para a vida e não um objectivo de vida, é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais tal como as capacidades físicas (WHO, 1998). Este conceito, mais actual enfatiza para além dos aspectos físicos, os aspectos psicológicos identificando a saúde como um recurso para a vida.

No âmbito da pediatria a saúde assume especial relevância dado que se trata de um período particularmente sensível e que vai condicionar e influenciar todo o desenvolvimento na idade adulta.

2.2 – Definição de Educação para a Saúde

A definição de EpS não é simples e muito menos consensual. Tem sofrido alterações ao longo dos tempos tal como a definição de saúde. De facto, a EpS integra o conceito de saúde mas também o de educação. Por outro lado, vai buscar contributos às ciências da saúde que determinam os comportamentos mais adequados em saúde, às ciências do comportamento que explicam como se processam as mudanças e às ciências da educação que ajudam na determinação das melhores estratégias e intervenções (Rodrigues, *et al*, 2005).

EpS era inicialmente definida como a soma de experiências e impressões que influenciam favoravelmente os hábitos, atitudes e conhecimentos de saúde. Green (1984) refere-se à EpS como combinação de experiências planeadas que induzem uma mudança voluntária de comportamentos e Seppilli em 1989 (citado por Carvalho & Carvalho, 2006) introduz a ideia de processo de comunicação interpessoal. Mais recente e aceite como mais consensual, de acordo com os mesmo autores, é a definição proposta por Tones e Tilford (1994) que identificam a EpS como “toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença” (p.11).

Rodrigues *et al* (2005) refere que pelo facto da EpS ter implícito a intencionalidade e a mudança voluntária se destaca de outro tipo de actividades como a propaganda, a publicidade ou a coacção.

Sendo a EpS uma área tão vasta pode, de uma forma geral e até histórica, ser subdividida em três vertentes: EpS na escola, EpS na comunidade e EpS centrada no paciente (Green, 1984). Na óptica do paciente a EpS pode ser dirigida para a promoção de saúde ou numa perspectiva de doença enquanto promotora de comportamentos adequados, adesão ao tratamento e potenciadora de saúde.

Numa outra perspectiva e, de acordo com o Instituto Nacional de Saúde e da Pesquisa Médica em França, existem duas concepções de EpS, a primeira advém das ciências da saúde e coloca a ênfase na aprendizagem de competências favoráveis ao bom funcionamento do organismo humano em todas as suas vertentes (biológica, mental e social). A segunda concepção deriva das ciências da educação e vê EpS como um aspecto da educação geral para a vida. Os dois pontos de vista parecem legítimos embora as suas implicações práticas sejam dispares e em alguns aspectos opostas (Arwidson *et al*, 2001).

Os conceitos de EpS, promoção de saúde / prevenção surgem frequentemente associados e para alguns autores são mesmo sinónimos (Glanz, 1999). Manderscheid (1994) refere que a prevenção utiliza três meios: legal, técnico e incitamento dos cidadãos enquanto a educação para a saúde se situa na mesma abordagem sem utilizar contudo obrigatoriamente estes meios.

Em 1994 Tones e Tilford (citados por Carvalho & Carvalho, 2006) distinguem promoção de saúde de EpS referindo que a primeira é mais geral e não tem em si uma preocupação educativa, enquanto Green (1984) refere que alguns aspectos relacionados com o comportamento em saúde requerem intervenções que não são consistentes com uma filosofia e metodologia educacional.

A nível nacional, a EpS, tem sido alvo de estudos a vários níveis ainda que muito se possa investigar neste campo.

Carvalho & Carvalho (2006) desenvolveram um estudo descritivo e transversal com aplicação de questionários e entrevistas com o objectivo de diagnosticar as dificuldades, carências e progressos sentidos pelos enfermeiros da Sub-região de Saúde de Vila Real nas suas práticas de EpS e as necessidades de formação em EpS. Estes autores categorizam o conceito de EpS em tradicional e participativo. O conceito tradicional refere-se a um conceito que tem por base a EpS orientada para a transmissão de informações em que o sujeito / comunidade é passivo. Este limita-se a receber informação e esta perspectiva parte da premissa que estando informado o sujeito irá alterar o seu comportamento. O conceito de tipo participativo encara a EpS como um processo dinâmico. Nesta óptica existe interacção e o sujeito é activo no processo. Concluíram que o conceito dominante entre os enfermeiros era um conceito de tipo participativo nos enfermeiros sujeitos a questionários já nas entrevistas o conceito dominante foi o tradicional havendo dificuldade na “expressão de conceitos próprios de EpS” (p.121).

Madeira (2004), num estudo transversal e descritivo, em que procurou identificar as capacidades que os estudantes de enfermagem adquirem para serem educadores para a saúde, constata que o conceito é fortemente influenciado pela formação. Verificou que “a caracterização das concepções de EpS (...) revela um conhecimento fortemente alicerçado no desenvolvimento pessoal do estudante” sendo a “variável ano de curso” fundamental (p.100). Os estudantes do 1º ano de curso tinham uma visão muito centrada nos aspectos informativos em matéria de saúde com fraca valorização para os factores influenciadores dos comportamentos. Os alunos de 4º ano revelavam uma concepção de

EpS mais integrativa, para os aspectos do planeamento educacional, da aprendizagem dos comportamentos e do respeito pela diversidade da pessoa. Araújo (2006) procurou saber como definem saúde, doença e EpS os estudantes da área de saúde (Curso de Licenciatura em Enfermagem). Saúde foi relacionada com bem-estar enquanto doença surge como um desequilíbrio. EpS foi “entendida com “EEEI” (ensinar, educar, esclarecer, informar) e que pode ser individualizado ou em grupo, com a finalidade de se obter resultados positivos, dependendo estes das competências do agente interveniente e o interesse / envolvimento dos educandos” (p.15).

Na óptica dos serviços de saúde e concretamente da urgência de pediatria Coffman, Martin, Prill & Langley (1998) desenvolveram um estudo de tipo descritivo com o objectivo de determinar as percepções, comportamentos de segurança e necessidades de aprendizagem dos pais que levavam os filhos ao serviço de urgência. Concluíram que menos de metade dos cuidadores (pais) inquiridos consideravam que os acidentes que ocorrem com os seus filhos podem ser prevenidos. Percebeu-se, ainda, que as necessidades de aprendizagem referidas tendem a ser espelho do motivo que os levou ao departamento de urgência. Nesta óptica, consideram as autoras que os profissionais devem de promover o ensino aos pais sobre a relação entre o desenvolvimento infantil e acidentes e que esta medida pode ser efectuada na urgência. Aqui os pais estão altamente motivados e receptivos pelo que os profissionais de saúde devem usar estas potencialidades para promover intervenções educativas.

A urgência é, portanto, reconhecida pelos pais como um espaço onde se concentram profissionais altamente qualificados e assim o grau de motivação para a aprendizagem é elevado. A forma como a EpS pode ser efectuada com eficácia não é clara e necessita de estudo mais aprofundado. No entanto, é claro que os alicerces para uma boa saúde na

idade adulta são construídos na fase pré natal e durante a infância pelo que todas as oportunidades de apoio à criança e família devem ser maximizadas (Rodrigues *et al*, 2005).

2.3 - Métodos e Modelos de Educação para a Saúde

O desenvolvimento de estratégias na área da EpS é suportado pelos achados teóricos adquiridos ao longo de anos nas áreas da saúde, do comportamento e da educação. A teoria tem, então, a função de auxiliar no planeamento, implementação e avaliação das intervenções.

Na área da EpS, os esquemas que servem de base aos procedimentos de planeamento de um programa, podem ser variados sendo o mais encontrado na literatura o modelo PRECEDE. Este, foi desenvolvido por Green, Kreuter, Deeds e Partridge em 1980 (Rodrigues *et al*, 2005), assenta no princípio de que a mudança duradoura nos comportamentos de saúde deve ser voluntária. Implica que os indivíduos devem ter papel activo nas decisões, escolhendo as soluções mais saudáveis. A sigla PRECEDE significa: predispor, reforçar, capacitar, causas, diagnóstico e avaliação educacional. Este modelo prima por apresentar um planeamento sistematizado, que parte dos resultados para o sentido inverso, com o objectivo de determinar qual a melhor intervenção para levar a esses mesmos resultados.

No âmbito da EpS existem várias teorias que procuram explicar o comportamento dos indivíduos e, a partir destas explicações, desenvolver modelos de intervenção. Estes podem incidir ao nível individual ou de grupo, junto das comunidades e população em

geral. É no entanto de referir que nenhuma teoria domina por si só a prática de EpS e que os métodos e modelos que se apresentam resultam do contributo de variadas áreas.

Russel (1996) refere que os modelos de EpS se podem categorizar em modelos de intervenção com grupos ou na comunidade (teoria sobre as fases de adopção e difusão das inovações, trabalho comunitário), modelos de comportamento interpessoal de saúde (teoria da aprendizagem social) e modelos de comportamento individual de saúde (modelo das crenças na saúde, teoria da acção racional, modelo do processamento de informação).

Navarro (2000) de uma forma mais simplificada separa os modelos de EpS em Tradicionais e Modernos. De acordo com esta autora os modelos mais tradicionalistas assumem que a EpS tem como objectivo aumentar os conhecimentos sobre doenças e factores de risco enquanto os modelos modernos têm um objectivo mais abrangente. Visam não só o aumento de conhecimentos já referido, mas sobretudo investir ao nível do bem estar e condições sociais e políticas focando-se ainda nas atitudes e comportamentos.

O individuo é o nível mais básico no estabelecimento de intervenções de EpS e também com quem os profissionais de saúde gastam grande parte do seu tempo (Glantz, 1999). A este nível a EpS pode ser centrada na saúde do paciente, na educação do paciente em relação ao seu problema de saúde e na educação terapêutica do paciente (Buttet, 2003).

Na UUP a EpS ocorre a um nível mais individual pelo que se apresentam de seguida, de uma forma sumária, os modelos e métodos que de acordo com Russel (1996) são mais adaptados.

A **teoria da aprendizagem social** desenvolvida por Bandura em 1997, explica o comportamento humano através de um modelo recíproco em que há interação do comportamento, de factores pessoais e influências ambientais. Sugere que o indivíduo aprende por observação das acções do outro, o modo de comportamento (Russel, 1996). Tem subjacentes conceitos de comportamento, reciprocidade, determinação, expectativas, auto-eficácia, observação e reforço. Sugere que se os comportamentos podem ser aprendidos também podem ser alterados ou desaprendidos e que é necessário uma participação e envolvimentos activo e técnicas de alteração comportamental para que tal aconteça (DGS, 2001).

O **modelo das crenças na saúde** foi originalmente concebido para explicar os comportamentos relacionados com a saúde e assenta em quatro princípios: susceptibilidade percebida, gravidade percebida, benefícios percebidos e obstáculos percebidos. Foi desenvolvido nos anos 50 por Hochbaum e Rosenstock embora ao longo dos anos outros autores tenham introduzido outros conceitos no modelo. De uma forma geral enuncia que a pessoa vai agir de forma a evitar ou controlar uma situação de saúde / doença se compreender a sua susceptibilidade à mesma, ocorrerem várias consequências, existir uma acção apropriada que reduza a sua susceptibilidade à ameaça ou à gravidade da situação e se acreditar que as possíveis barreiras serão inferiores aos benefícios (Russel, 1996; Couto, 1998; Glanz, 1999; DGS, 2001). Como críticas a este modelo surge a falta de referência a factores ambientais ou sócio-económicos e à importância do grupo na adopção de comportamentos de mudança (Rodrigues *et al*, 2005).

A **teoria da acção racional** sugere que existe relação entre opinião, atitudes e comportamento dos indivíduos. Refere que as intenções de alguém podem ser

previsíveis se se conhecer a sua atitude e norma subjectiva (Russel,1996). As normas são entendidas como a percepção de uma pessoa acerca das opiniões de outras pessoas no que diz respeito a comportamentos definidos.

O **modelo do processamento da informação**, também designado por estratégia para a aprendizagem da mensagem, ocorre por fases (exposição à mensagem, compreensão da mesma, aceitar as conclusões e reter a informação de forma continuada) que são influenciadas pelos componentes da comunicação: mensagem, receptor, canal e fonte (Russel,1996). Ao compreender os conceitos chave e os processos neste modelo os educadores de saúde podem perceber porque é que as pessoas usam ou não informações de saúde e programarem assim estratégias (Glanz, 1999).

A EpS deve incluir estratégias que impliquem a mudança de comportamento, de estilos de vida, a capacitação através do envolvimento e cooperação entre profissionais e clientes. Embora existam vários modelos e teorias este não podem ser entendidos de forma isolada pelo que se devem considerar os diferentes contributos teóricos e adaptar à situação específica (Rodrigues *et al*, 2005; Russel, 1996).

É também consensual que a informação por si só não é geradora de atitudes e que os comportamentos na área da saúde são multifactoriais (WHO, 1988; Navarro, 2000) pois como referem Sousa e Frias (2002) “para além do contributo dos técnicos, é importante ter presente que a aprendizagem resulta em sentido lato da soma de todas as influências que colectivamente determinam os conhecimentos, as crenças, as atitudes e os comportamentos relacionados coma a promoção, manutenção e recuperação de saúde” (p.50).

Ao nível do indivíduo, em EpS, o aconselhamento, também chamado de ensino individual é uma das abordagens mais frequentemente utilizadas e que depende da comunicação e das capacidades relacionais do educador de saúde (WHO, 1988). Implica a intervenção directa junto do indivíduo ao que a criança e cuidador são particularmente sensíveis. Tem como objectivo encorajar a pensar sobre os problemas e sobretudo sobre as causas dos mesmos. O ensino individual é a forma que melhor permite estabelecer uma relação de confiança entre profissionais de saúde e esta é essencial nas intervenções individuais de EpS (Sousa & Frias, 2002). Também a psicologia da saúde pode ser importante no sentido de otimizar a EpS (Andrade, 2001) pois a melhor compreensão dos fenómenos inerentes à tomada de decisão em matéria de saúde facilita a delimitação de estratégias por parte dos educadores.

2.4 - Papel dos enfermeiros na EpS

Tradicionalmente, EpS associa-se a cuidados de saúde primários. Embora estes se possam aplicar em diversos sectores o palco mais comum é o centro de saúde.

De acordo com a Ordem dos enfermeiros, em 2008 existiam 56859 enfermeiros dos quais 13,27% exerciam funções nos Centros de Saúde, em cuidados de saúde primários e 59,8% trabalham nos hospitais, em cuidados de saúde diferenciados. Dada a percentagem de enfermeiros que trabalha a nível hospitalar, e, atendendo a que o regulamento profissional do exercício da profissão de enfermagem estabelece como objectivos fundamentais: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social, facilmente se compreende que, também no meio hospitalar se assiste a EpS.

De acordo com Redman (2001) os serviços de EpS são prestados directamente durante os cuidados pelos profissionais de saúde sendo que neste caso “os enfermeiros são frequentemente chamados a assumir um papel importante (...) pela sua formação, experiência e competência diferenciada em diversas dimensões dos cuidados de saúde” (Rodrigues *et al*, 2005, p. 73). Os enfermeiros têm um contacto permanente com o utente, inerente às funções que desempenham, pelo que são actores privilegiados neste campo.

Entre os enfermeiros colocam-se algumas dúvidas sobre a EpS. Quer enquanto conceito quer enquanto intervenção de enfermagem. No estudo descritivo de Carvalho & Carvalho (2006) verificou-se que “quase todas as entrevistadas apresentam uma visão tradicionalista da EpS, normativa, muito centrada na transmissão de informação e na mudança de comportamentos” (p.121). Ainda os mesmos autores relacionam este facto com o tempo de experiência uma vez que as entrevistadas incluíam apenas enfermeiras com mais de 10 anos de actividade profissional.

Bienert *et al* (2001) identificam o meio hospitalar como um lugar excepcionalmente importante para a EpS. Parece ser unânime entre os autores consultados que a EpS é efectuada em contexto hospitalar no qual o serviço de urgência se inclui.

Pestana (1996) num trabalho em que estudou a formação dos enfermeiros e a EpS num contexto multicultural verificou que “a EpS foi considerada a base da actividade da profissão, oscilando entre momentos de informação e esclarecimento, e a oportunidade de identificar as principais necessidades dos utentes, aspectos mais verbalizados pelas enfermeiras dos serviços de internamento em confronto com a intervenção a nível de prevenção, mais sentido pelas enfermeiras do centro de saúde” (p.152). Constatou ainda

que “o facto de terem considerado a EpS como base de actividade da profissão, as enfermeiras foram unânimes em afirmar que deve ser feita uma actividade prioritária e oportuna em todos os momentos, embora considerem que a nível hospitalar esta actividade assume um papel secundário, havendo profissionais que sobrepõem as tarefas e rotinas não encontrando tempo para a EpS, para os ensinamentos. Remetendo alguma responsabilidade para as instituições e suas chefias, à política e às estratégias adoptadas” (p.153).

Enquanto parte integrante de um hospital a urgência assume-se como palco de EpS enquanto espaço formativo. O caso particular da urgência pediátrica merece neste âmbito especial enfoque.

3 – Serviços de Urgência Pediátrica

As urgências pediátricas, enquanto sector de um hospital existem à relativamente pouco tempo, contudo rapidamente se afirmaram enquanto unidade de saúde. Associado a este facto encontra-se a própria história da pediatria.

3.1 – Breve perspectiva histórica

A Pediatria enquanto medicina teve os seus inícios entre os séculos XVIII e XIX como ramo dirigido à saúde das crianças, grupo específico com necessidades e características particulares. A 14 de Julho de 1877 nasce o primeiro hospital pediátrico Português – Hospital Dona Estefânia em Lisboa (Coelho, 1996). Pouco a pouco a criança foi adquirindo importância no contexto social e foram crescendo as necessidades de adaptar o sistema de saúde à população infantil com preocupações crescentes pelo processo de hospitalização. Nos últimos 50 anos assistiu-se à abertura de unidades de urgência

pediátrica um pouco por todo o país criando espaços próprios e adaptados ao utente pediátrico e instituídas medidas que visam diminuir o impacto da hospitalização na infância (Fontes, 2006).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística a taxa de natalidade tem vindo a diminuir passando de 12,2% em 1987 para 10% em 2006 (INE, 2007), contudo apesar da redução da população pediátrica a utilização do serviço de urgência tem vindo a aumentar. Este facto prende-se com razões de natureza sócio cultural. Situações clínicas banais, ou mesmo variantes do “normal”, geram ansiedade quer para pais jovens, quer para outros familiares mais experientes que, não conseguem suportar a mínima dúvida sobre o potencial de gravidade de um episódio de doença.

Aliado a esta insegurança, é ainda perfeitamente compreensível que a família recorra ao local onde se encontram os meios para resolução mais económica (monetária e temporalmente) possível (Coelho, 1996). Por outro lado, a atitude cada vez mais consumista e a transmissão veiculada pelos meios de comunicação social com informação pouco rigorosa são também factores que levam ao recurso despropositado dos serviços de urgência em pediatria (Caldeira *et al*, 2006).

Segundo Melo (1999) “ a procura dos serviços de saúde aumentou nos últimos anos, devido fundamentalmente à melhoria das condições sócio-económicas das populações, à redução de barreiras geográficas e à valorização da saúde e prevenção da doença” verificando-se “actualmente uma procura crescente de cuidados de saúde diferenciados, designadamente pediátricos, com recurso indiscriminado dos serviços de urgência” (p. 59). A mesma autora num estudo descritivo realizado no Hospital Pediátrico de Coimbra onde analisou algumas variáveis que interferem com a acessibilidade e

utilização da urgência constatou que a procura ocorre na maior parte dos casos por iniciativa própria sendo motivada pela proximidade ao hospital, pelo atendimento por técnicos especializados e pela possibilidade de recurso a meios complementares de diagnóstico.

Conscientes desta realidade, as autoridades de saúde nacionais promoveram, recentemente, a reestruturação dos serviços de urgência pediátrica. De acordo com estas directivas as unidades deveriam adaptar-se localmente com os centros de saúde e receber apenas crianças referenciadas, situações de emergência e crianças até aos 6 meses. Em simultâneo, teve início o funcionamento da linha telefónica Saúde 24, em Fevereiro de 1999 (Soares, Aido, Rodrigues & Guimarães, 2006), que pretendia dar resposta às necessidades de esclarecimento e encaminhamento dos pais. Contudo, verificou-se que estas medidas não foram inteiramente bem sucedidas e continua-se a verificar uma afluência de situações não urgentes à UUP (Caldeira *et al*, 2006).

Num estudo desenvolvido em urgências pediátricas dos hospitais de Lisboa com o objectivo de conhecer as opiniões de pais e profissionais de saúde em relação à reestruturação dos serviços de urgência pediátrica, Curado (2004) concluiu que a grande maioria, quer pais, quer profissionais de saúde, concordam com o processo de reestruturação salientando no entanto a carência de pessoal técnico e um incumprimento de regras. Este tem a ver com razões institucionais e comportamentais. Do ponto de vista institucional não houve um acréscimo de recursos humanos e técnicos que pudesse suportar esta reestruturação. Do ponto de vista comportamental os profissionais depararam-se com uma perturbação ao normal funcionamento dos serviços com a qual não conseguem lidar e vêm-se frustrados com a falta de meios.

3.2 – Cuidar do utente pediátrico

A urgência pediátrica é local de recorrência para utentes que necessitam apenas de informação e ensinamentos, facto mais frequentemente associado a crianças com idade inferior a 12 meses. Habitualmente deslocam-se à urgência no período nocturno ou de madrugada revelando uma noção desajustada de urgência e deficiente informação (Coelho, 1996).

Este facto coloca em risco não só as crianças em situação de facto urgente ou emergente como as que recorrem em situação de doença aguda. Cabe à equipa de saúde, e sobretudo aos enfermeiros dar resposta a estas situações inculcando noções de saúde de forma a promover uma utilização mais correcta e eficiente dos serviços. O serviço de urgência tem uma conotação negativa associada frequentemente a longos tempos de espera, processos de doença e insatisfação (Pereira, 2008).

Cuidar do utente neste contexto torna-se um processo complexo. Num estudo que pretendia investigar a satisfação dos pais face aos cuidados prestados aos seus filhos em unidade de pediatria, Ammentrop, Mainz & Sabroe (2006) verificaram que: a confiança que estabelecem nos médicos, ter respostas às questões sobre cuidados aos seus filhos e comportamentos adequados por parte dos médicos e enfermeiros foram identificados como factores determinantes para elevados níveis de satisfação por parte dos pais.

A presença conjunta de pais e filhos nos serviços hospitalares é recente e resulta dos estudos científicos na área da hospitalização infantil. A família é integrada pelos enfermeiros como parte essencial da equipa e parceira no cuidar da criança.

A presença de familiares tornam a UUP um local rico para promover a EpS enquanto prática útil para dotar os pais de suporte no cuidar da criança e cabe aos profissionais de saúde implementar esta ferramenta (Queiróz, 2006). Tem como peça fundamental o processo de aprendizagem que é constituído por várias etapas: identificação de necessidades, estabelecimento de objectivos, seleccionar métodos, implementar o plano educativo e avaliação (Pacheco & Cunha, 2006).

É importante, neste contexto, estabelecer a diferença entre EpS e ensino de saúde. Segundo Redman (2001) estes são conceitos distintos ainda que possam coexistir. EpS tem como filosofia a utilização de informação e de competências independentemente da finalidade pretendida visando indivíduos, famílias e outros grupos. No ensino de saúde pretende-se a mudança de comportamento para promoção da saúde e conformidade com o regime médico visando populações específicas. Na urgência pediátrica pretende-se promover hábitos saudáveis que visem a manutenção do estado de saúde das crianças pois, como já foi referido a maioria das recorrências resulta de situações não urgentes ou sequer de alteração efectiva do estado de saúde.

Os enfermeiros assumem um papel primordial pois são os técnicos mais solicitados e acessíveis pela própria natureza dos cuidados de enfermagem mas também pela sua formação, experiência e competência diferenciada em diversas áreas (Rodrigues *et al*, 2005).

A Ordem dos Enfermeiros (2003) definiu as competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Dos domínios apresentados: prática profissional, ética e legal, prestação e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional, as intervenções na área da promoção da saúde destacam-se.

De facto, é da competência dos enfermeiros: a participação nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença contribuindo para a sua avaliação (competência 35), aplicar os conhecimentos sobre recursos existentes na promoção da saúde e educação para a saúde (competência 36), actuar de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis (competência 37), fornecer informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação (competência 38), demonstrar compreender as práticas tradicionais nos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades (competência 39), proporcionar apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente (competência 40), reconhecer o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem (competência 41), aplicar o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interacções com os indivíduos, famílias e comunidades (competência 42) e avaliar a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde (competência 43). Sendo competências generalistas são também transversais a todos os contextos de trabalho onde a urgência pediátrica se inclui.

Ubbes, Black & Ausherman destacam que a arte da EpS é saber qual a ferramenta educacional a usar, quando e com quem (1999). No desempenho das suas funções os enfermeiros são constantemente observados quer pelos doentes quer pelos familiares. Num serviço de pediatria esta questão é potenciada pela presença permanente de cuidadores. Torna-se pois essencial que encontrem no profissional de enfermagem um modelo credível e acessível.

Scott & Black (1999) procuraram estudar as percepções de estudantes de educação para a saúde sobre a sua responsabilidade de servirem como modelos no âmbito dos

comportamentos de saúde. Concluíram que os estudantes inquiridos reportavam uma forte inclinação positiva neste sentido. É portanto importante que o educador de saúde mostre consistência entre as suas indicações e o seu comportamento pessoal servindo este aspecto como motivação para a mudança / aprendizagem por parte dos utentes.

Por outro lado é inculcido desde cedo, inerente à arte de cuidar, que o cliente assume um papel activo e fulcral. A aprendizagem e as intervenções educativas devem ser efectuadas no sentido de dotar os indivíduos de autonomia (Rodrigues *et al*, 2005). Não podemos esquecer que uma experiência hospitalar positiva é a melhor preparação para experiências posteriores do mesmo tipo (Barros, 1998).

Mulle (2000) realizou um estudo qualitativo com recurso a entrevistas e posterior análise de conteúdo com o objectivo de conhecer as percepções de uma equipa de enfermagem sobre permanência conjunta e respectivas implicações educacionais. Concluiu que os profissionais gostam de trabalhar com as crianças, sentem-se gratificadas e consideram este momento como fonte de aprendizagem contínua sendo unânimes em concordar e aprovar a permanência das famílias com os seus filhos, embora sabendo que existem situações problemáticas passíveis de serem trabalhadas.

A permanência de pais e filhos nos serviços hospitalares pediátricos é também ela recente. Deve-se em grande parte à investigação científica que identificou o papel essencial dos pais na regulação e recuperação da saúde dos filhos.

No âmbito da enfermagem a metodologia de trabalho tem subjacente o modelo da parceria de cuidados desenvolvido por Casey em 1988. Defende que para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de

protecção, estímulo e amor assim sendo ninguém melhor que os pais para os prestar (Mano, 2002).

Assenta em duas ideias principais que promovem a abordagem em parceria: os cuidados devem ser centrados na criança e família e os cuidados devem ser negociados. Tem implícito que se deve dar informação e “poder” à família como forma de a capacitar para a tomada da decisão. Por outro lado, ao inculcar cuidados negociados fomenta um plano mais adaptado e participativo. As etapas deste processo são a apreciação, o planeamento, a execução e a avaliação. Na apreciação identificam-se as necessidades da família e as suas habilidades para cuidar. No planeamento formula-se o plano de cuidados com vista à alta, na execução prestam-se os cuidados planeados. Por fim na avaliação a equipa (enfermeiro, criança e família) reajustam as suas necessidades com o objectivo da independência (Casey, 1993).

Mano (2002) num estudo de natureza exploratório e descritivo com o objectivo de identificar comparativamente a predisposição dos enfermeiros e dos pais das crianças hospitalizadas no Hospital Pediátrico de Coimbra para aderir ao modelo de parceria de cuidados, concluiu que os valores inerentes aos modelo são partilhados por ambos os grupos sendo que os enfermeiros valorizam as componentes de apreciação e execução e os pais o planeamento e a apreciação.

Capítulo III - Métodos e Procedimentos

1 - Introdução

No capítulo que se segue são apresentados os métodos e procedimentos que foram efectuados neste estudo de investigação.

2 - Caracterização da População e Amostra

A população é formada pelos enfermeiros que exercem funções em serviços de urgência pediátrica no Hospital de São Bernardo (Setúbal), Hospital Nossa Senhora do Rosário (Barreiro) e Hospital Garcia de Orta (Almada) com uma dimensão de 62 sujeitos de ambos os sexos (22, 14 e 26 enfermeiros respectivamente).

Inicialmente a amostra coincidia com a população ($n = N$) uma vez que todos os enfermeiros tinham probabilidade de entrar no estudo. Contudo depois da aplicação do questionário verificou-se que houve retorno de um número menor de questionários. Assim, a amostra de tipo probabilístico ficou com uma dimensão de 53 indivíduos ($n=53$) que correspondem a 21 sujeitos da UUP do Hospital de São Bernardo, 12 do Hospital Nossa Senhora do Rosário e 20 do Hospital Garcia de Orta. Nas entrevistas semi estruturadas com recurso ao método de grupos focais utilizou-se uma dimensão menor ($n = 9$ o que representa 16,98% da amostra) e intencional. Neste caso, a amostra é de tipo não probabilística de conveniência.

3 - Procedimentos

3.1 - Tipo de estudo

A investigação permite alargar o campo de conhecimentos da disciplina a que diz respeito e facilitar o desenvolvimento desta como ciência. Por outro lado ao serem realizados estudos sistemáticos sobre os fenómenos há aumento dos saberes específicos. Fortin (1999) refere que “considera-se que um corpo profissional é credível quando os seus membros são reconhecidos por outros profissionais como sendo peritos num domínio particular de conhecimentos e da prática” (p.18).

Tendo em conta que foram encontrados poucos estudos similares ao que se apresenta o tipo de estudo a efectuar será de natureza exploratório-descritivo pois como referem Carmo & Ferreira (1998) nestes estudos pretende-se “proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade” (p.47).

Fortin (1999) refere que num **estudo exploratório-descritivo** em que existem poucos conhecimentos o investigador visa “acumular a maior quantidade de informações possíveis” (p.240). Por outro lado, as percepções individuais são muito variáveis e pessoais pelo que para a operacionalização deste estudo optou-se por uma triangulação de métodos com **abordagem quantitativa e qualitativa**.

3.2 - Instrumentos a aplicar

Utilizaram-se assim, 2 instrumentos distintos: o questionário e a entrevista semi-estruturada (com recurso ao método de grupos focais).

3.2.1 - Questionário

De acordo com Fortin (1999) podem ser utilizados questionários já publicados desde que autorizado pelos respectivos autores. Neste caso fez-se a adaptação de um questionário já construído para um grupo de enfermeiros portugueses e publicado (Carvalho & Carvalho, 2006). Foi efectuado contacto com o autor que autorizou a utilização do mesmo. Procederam-se às adaptações necessárias e construíram-se questões especificamente para este estudo.

Foi, então, sujeito a pré teste junto de um grupo de 10 enfermeiros do serviço de pediatria do Hospital de São Bernardo, o que representa 16,13% da população que se pretende estudar. Segundo Fortin (1999) “ esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões” (p.253). O grupo foi escolhido por apresentar características semelhantes aos sujeitos da amostra, estarem familiarizados com a linguagem utilizada e com a realidade da urgência de pediatria. O questionário não sofreu alterações após a aplicação do pré teste (Apêndice I).

Após a construção do questionário e aplicação do pré teste procedeu-se aos pedidos de autorização formal nos hospitais (Apêndice II). Inicialmente foi feito um contacto pessoal com cada uma das enfermeiras chefe dos respectivos serviços para apresentar o estudo e solicitar autorização posteriormente junto dos conselhos de administração hospitalares. Após a obtenção da autorização o questionário foi entregue às enfermeiras responsáveis de cada serviço a fim de ser distribuído pela equipa e foi também agendada uma data para recolha dos mesmos por parte da investigadora.

É composto por 11 questões fechadas subdivididas em 4 grupos.

O primeiro grupo inclui a caracterização geral e é constituído por 6 itens que pretendem caracterizar a amostra no que se refere a: idade, género, habilitações académicas, categoria profissional, experiência profissional e experiência profissional em urgência pediátrica.

O segundo grupo inclui 2 questões relativas ao conceito de EpS. A questão 1 foi adaptada de Carvalho & Carvalho (2006) e pretende perceber qual o conceito de EpS dos inquiridos utilizando afirmações ilustrativas de um conceito de tipo tradicional ou participativo segundo uma escala de concordância tipo Likert com 5 opções de escolha. A questão n.º 2 aborda a importância atribuída pelos sujeitos à EpS segundo uma escala de gradação e foi também adaptada do mesmo questionário.

O terceiro grupo inclui 1 questão com 7 alíneas fechadas sobre formação em EpS. As alíneas a, b e c são questões dicotómicas referem-se à formação em EpS durante o curso de base, preparação adequada enquanto educador de saúde e formação após o curso de base. As alíneas d (questão dicotómica), e (questão de escolha fixa), f (questão dicotómica) e g (questão de escolha múltipla) foram também adaptadas de Carvalho & Carvalho (2006) e referem-se à formação contínua sobre EpS.

O quarto e último grupo inclui 9 questões fechadas sobre a EpS nos cuidados diários que foram construídas propositadamente para este estudo. Os inquiridos respondem mediante uma escala de frequência tipo Likert sobre diferentes aspectos da EpS. A questão n.º 4 aborda a forma como tem início a EpS e para a selecção destes momentos teve-se em conta o trajecto do utente na UUP. Na questão n.º 5 visam-se os temas abordados, tendo sido usado como recurso o estudo de Coffman (1998) sobre necessidades de formação dos pais que recorrem a serviços de emergências pediátricas.

A questão n.º 6 refere-se ao local da urgência onde decorre e para a sua construção teve-se em conta a estrutura física das urgências onde o estudo foi aplicado. Na questão n.º7 questiona-se sobre o momento mais oportuno durante o contacto com a criança e família no percurso na UUP para a realização de actividades de EpS. A questão n.º8 refere-se ao método (expositivo, demonstrativo, interrogativo e activo) empregue em actividades de EpS e na questão n.º 9 aborda-se os registos efectuados pela equipa no âmbito da EpS. As questões 4, 5, 6, 7, 8 e 9 são, como já foi referido são perguntas fechadas com escala de frequência. A questão n.º 10 aborda o aspecto afectivo no desenvolvimento de EpS e pretende perceber se os inquiridos apreciam desenvolver estas actividades através de uma escala de gradação. Na questão 11 aborda-se as fases numa actividade de EpS (diagnóstico, planeamento, execução e avaliação) em função de uma escala de concordância. Por último a questão n.º 12 permite quantificar o número de horas dispendido em EpS numa escala quantificada contínua (o intervalo considera um turno de 8 horas).

Os questionários foram aplicados em simultâneo nos três hospitais durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2009. Foram distribuídos 62 questionários tendo sido devolvidos 53 o que corresponde a um retorno de 85,48%. Foram recolhidos e analisados durante o mês de Março.

O tratamento e análise, dos dados quantitativos foram efectuados com recurso ao programa estatístico Statistical Package for Social Sciences versão 17.0 dado que se trata de uma ferramenta com elevada capacidade de cálculo. Os dados são apresentados por meio de quadro para facilitar a compreensão dos dados obtidos. Em relação ao tipo de análise recorreu-se a análise de frequência e estatística descritiva bem como análise factorial e teste correlacional de Spearman.

3.2.2 - Entrevista Semi Estruturada

O segundo método escolhido foi utilizado após a análise dos questionários e teve como objectivo abordar directamente os profissionais para melhor compreender o tema em estudo.

De acordo com Matos, Gaspar, Vitória & Clemente (2003) “um grupo focal é uma entrevista semi - estruturada, que envolve uma discussão e que utiliza respostas simultâneas no sentido de obter informação sobre determinado assunto “foco”. O objectivo é chegar perto das opiniões, crenças, valores, discurso e compreensão dos participantes sobre o assunto da investigação, partindo do princípio que toda a informação dada pelos participantes é válida” (p.32).

Foram contactadas as enfermeiras responsáveis por cada um dos 3 serviços e foi-lhes solicitado que contactassem um grupo de enfermeiros do serviço que estivesse mais disponível para colaborar, sendo assim, a escolha do grupo intencional (Ressel, Gualda & Gonzales,2002). Procedeu-se então à marcação das sessões.

Foram efectuadas 3 sessões (1 por cada serviço de urgência onde o estudo foi aplicado) com 3 enfermeiros (por sessão) durante o mês de Abril de 2009. As sessões decorreram no espaço físico dos serviços onde o estudo foi aplicado. A apresentação do pesquisador ao grupo de colaboradores foi efectuada por um dos enfermeiros do serviço.

As sessões tiveram início com uma breve introdução sobre o estudo de forma a tornar o ambiente mais relaxado e propício à conversação. Foi também explicado que não existem contributos ou respostas erradas dado que o objectivo é precisamente o de obter diferentes percepções e pontos de vista individuais. Foi assegurado o anonimato e a confidencialidade assim como o reforço de que os dados recolhidos (idade, género e experiência profissional em urgência pediátrica) se destinariam unicamente a uma

melhor caracterização do grupo e das diferentes opiniões. Foi ainda explicada a utilização de suporte para registo áudio com o objectivo de facilitar o trabalho de registo e análise do investigador assim como tornar a sessão mais breve e interactiva. A referir ainda que 2 sessões decorreram sem qualquer intercorrência havendo no entanto, uma que foi interrompida por necessidade urgente do serviço mas dado que já tinham sido abordados todas as áreas pretendidas optou-se por não repetir a sessão.

Tiveram uma duração média de 16 minutos e o registo áudio da sessão foi posteriormente transcrito e para a sua análise usou-se como estratégia a análise de conteúdo. Esta é uma técnica de investigação “que permite fazer uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação” (Berelson, 1968 citado por Carmo & Ferreira, 1998,p.251). Bardin (1977) salienta que a esta técnica não deve ser utilizada apenas para se proceder a uma descrição do conteúdo das mensagens pois a sua principal finalidade é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção com ajuda de indicadores.

Carmo & Ferreira (1998) identificam etapas a percorrer nesta análise: definição dos objectivos e do quadro de referência teórico, constituição de um corpus, definição de categorias, definição de unidades de análise, quantificação e interpretação dos resultados obtidos. A primeira etapa é essencial em qualquer processo de investigação. O corpus é o conjunto dos documentos que vão ser analisados e a escolha dos mesmos deve de obedecer a certas regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Bardin, 1977). Quanto às categorias, estas podem ser efectuadas à priori ou a posteriori sendo que na escolha das mesmas se deve ter em conta as seguintes

características: exaustividade, exclusividade, objectividade e pertinência (Carmo & Ferreira, 1998).

Neste caso, uma vez que as sessões foram precedidas da aplicação e análise dos questionários as categorias foram previamente definidas e procurou-se analisar o discurso atendendo às referidas categorias. Os entrevistados foram identificados com a letra E seguida do seu tempo de experiência profissional em UUP. A análise encontra-se descrita no Capítulo IV e em Apêndice III.

3.3 - Variáveis em Estudo

De acordo com Quivy & Campenhoudt (2005) “construir um conceito consiste primeiro em determinar as dimensões que o constituem, através das quais dá conta do real (...) em seguida precisar os indicadores graças aos quais as dimensões podem ser medidas” (p.122) Neste sentido torna-se necessário operacionalizar os conceitos em estudo. Fortin (1999) refere que “quando um conceito é colocado em acção numa investigação ele toma o nome de variável” e as variáveis podem ser “quantidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação” (p.36). Assim, procedeu-se então à operacionalização das variáveis, tendo por base componentes e indicadores.

Definiram-se 4 grupos de variáveis. As primeiras referem-se a variáveis de tipo sócio-demográfico que permitem caracterizar a população no que concerne a aspectos de caracterização geral. O segundo grupo de variáveis refere-se ao conceito de EpS. O terceiro grupo refere-se à formação desenvolvida pelos sujeitos em EpS e por fim o

quarto grupo de variáveis diz respeito às percepções dos enfermeiros sobre as práticas diárias de cuidados.

Relativamente às variáveis sócio demográficas foram colhidos dados relativos à idade, género, habilitações académicas, categoria profissional e experiência profissional quer enquanto enfermeiro quer especificamente na área de prestação de cuidados em urgência pediátrica conforme se pode verificar na tabela 1.

Benner (2005) identifica cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes níveis têm por base a aplicação do modelo de aquisição de competências desenvolvido por Dreyfus em 1981. De acordo com este modelo, o enfermeiro atinge o nível de competente por volta do 3º ano de exercício da profissão e pode manter-se neste estadio ou evoluir para os níveis de proficiente e perito. Sempre que um enfermeiro, independentemente da experiência profissional que possua, transita de área de saúde (por exemplo passar de um serviço de adultos para um serviço de pediatria) este reinicia a aquisição de competências. Neste caso a passagem a outro nível de competência depende das características do próprio enfermeiro e do serviço / local que o acolhe.

| Variável | Componente | Indicador |
|------------------------------|------------------------------|--|
| Idade | Idade | Anos |
| Género | Sexo | Feminino Masculino |
| Habilitações Académicas | Grau Académico | Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento |
| Categoria Profissional | Categoria Profissional | Enfermeiro Enfermeiro Graduado Enfermeiro Especialista Enfermeiro Chefe |
| Experiência Profissional | Experiência Profissional | Anos |
| Experiência Profissional UUP | Experiência Profissional UUP | Anos |

Tabela 1: Variáveis Socio-demográficas

Relativamente ao segundo grupo de variáveis pretendem caracterizar o tipo de conceito dos enfermeiros assim como a importância que atribuem à prática de actividades de EpS.

A variável “Tipo de Conceito” refere-se ao conceito que cada sujeito detém de EpS. Um conceito é, de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa, tudo o que concebe; opinião. Como já foi referido esta questão foi adaptada de um questionário publicado e, portanto, utilizaram-se também os tipos de conceito emergentes do mesmo estudo (Carvalho & Carvalho, 2006). Considerou-se um conceito de tipo tradicional sempre que os inquiridos apresentem como resposta “concordo totalmente” ou “concordo” em todas as alíneas de tipo tradicional e, em simultâneo, resposta “discordo” ou “discordo totalmente” em todas as alíneas de tipo participativo. Considerou-se conceito de tipo participativo sempre que os enfermeiros respondem “discordo” ou “discordo totalmente” em todas as alíneas de tipo tradicional e, em simultâneo resposta “concordo totalmente” ou “concordo” na alíneas de tipo participativo. Considerou-se um conceito tendencialmente tradicional sempre que apresentam resposta “concordo” ou “concordo totalmente” em pelo menos 3 das alíneas de tipo tradicional simultaneamente com resposta “discordo” ou “discordo totalmente” em pelo menos 4 das alíneas de tipo participativo. Considera-se que os enfermeiros têm um conceito tendencialmente participativo sempre que respondam “discordo” ou “discordo totalmente” em pelo menos 3 das alíneas de tipo tradicional e também resposta “concordo” ou “concordo totalmente” em pelo menos 4 das alíneas de tipo participativo. Para todas as outras combinações de resposta considerou-se um “conceito misto”. As categorias referidas podem ser mais facilmente visualizadas na tabela 2.

| Variável | Componente | Indicador |
|----------------------|---------------------------------|---------------------------|
| Tipo de Conceito EpS | Conceito Tradicional | Concordo totalmente |
| | Conceito Participativo | Concordo |
| | Conceito Misto | Não concordo nem Discordo |
| | Predominantemente tradicional | Discordo |
| | Predominantemente participativo | Discordo Totalmente |

Tabela 2: Variável "Tipo de Conceito"

Uma opinião, de acordo com o dicionário etimológico, define-se como “um modo pessoal de ver, opinião, juízo”. A variável “Opinião sobre EpS” reporta-se à opinião dos enfermeiros sobre a importância atribuída às actividades de EpS relativamente a actividades de tratamento como se pode verificar na tabela 3.

| Variável | Componente | Indicador |
|-------------------|---|---|
| Opinião sobre EpS | Importância atribuída à EpS pelos enfermeiros | Não é um processo importante |
| | | Menor importância que actividades de tratamento |
| | | Igual importância que actividades de tratamento |
| | | Maior importância que actividades de tratamento |
| | | Pode vir a substituir actividades de tratamento |

Tabela 3: Variável "Opinião sobre EpS"

Segue-se o terceiro grupo de variáveis que dizem respeito à formação efectuada pelos sujeitos na área da EpS.

A primeira variável deste grupo, reporta-se à ocorrência de formação na área da EpS durante o curso base de enfermagem (bacharelato ou licenciatura) como se verifica na tabela 4. O curso de enfermagem confere actualmente o grau de licenciado e entre o programa curricular há formação na área da EpS.

| Variável | Componente | Indicador |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------|
| Formação em EpS durante curso de base | Conteúdos ministrados | Sim |
| | | Não |

Tabela 4: Variável "Formação em EpS durante o curso de base"

A variável seguinte, que se encontra na tabela 5, reporta-se à opinião do enfermeiro relativamente à sua preparação enquanto educador de saúde face aos conteúdos ministrados nesta área durante o curso de base. O educador para a saúde pode ser entendido como o profissional de saúde que faz o diagnóstico de problemas relacionados com saúde e ajuda a solucioná-los mediante a escolha e utilização de métodos educacionais adequados às necessidades (Green, 1998).

| Variável | Componente | Indicador |
|--|--|-----------|
| Percepção da preparação enquanto educador para a saúde | Preparação adequada na área de EpS durante curso de base | Sim |
| | | Não |

Tabela 5: Variável "Percepção da preparação enquanto educador para a saúde"

Definiu-se então uma nova variável sobre a formação efectuada pelos sujeitos na área da EpS após o curso de base como se pode verificar na tabela 6.

| Variável | Componente | Indicador |
|------------------------------------|--|-----------|
| Formação em EpS após curso de base | Existência de formação em EpS após curso de base | Sim |
| | | Não |

Tabela 6: Variável "Formação em EpS após o curso de base"

A variável seguinte reporta-se à existência de formação contínua regular nos últimos 5 anos que se encontra esquematizada na tabela 7.

| Variável | Componente | Indicador |
|--|--|-----------|
| Formação contínua regular nos últimos 5 anos | Existência de Formação contínua regular nos últimos 5 anos | Sim |
| | | Não |

Tabela 7: Variável "Formação contínua regular nos últimos 5 anos"

Ao responder “não” à questão anterior o inquirido é remetido para o grupo seguinte. Ao grupo de inquiridos que apresenta como resposta “sim” questionou-se sobre a frequência da formação compondo-se, assim uma nova variável como se verifica na tabela 8.

| Variável | Componente | Indicador |
|--|--|--------------------|
| Frequência de formação contínua regular nos últimos 5 anos | Existência de frequência de formação contínua regular nos últimos 5 anos | < 5 horas / ano |
| | | 5-12 horas / ano |
| | | 13-50 horas / ano |
| | | 51-100 horas / ano |
| | | > 100 horas /ano |

Tabela 8: Variável "Frequência de formação contínua regular nos últimos 5 anos"

Seguidamente questionam-se os enfermeiros sobre a existência de formação na área específica da EpS mais concretamente nos últimos 5 anos (tabela 9). Sempre que a resposta é “não” o inquirido é remetido para o grupo seguinte de questões.

| Variável | Componente | Indicador |
|------------------------------------|--|-----------|
| Formação em EpS nos últimos 5 anos | Existência de formação em EpS nos últimos 5 anos | Sim |
| | | Não |

Tabela 9: Variável "Formação em EpS nos últimos 5 anos"

Para os enfermeiros que respondem “sim” à questão anterior coloca-se uma nova questão. A variável seguinte, esquematizada na tabela 10, reporta-se às vertentes em que foi desenvolvida a formação em EpS e foi também adaptada de Carvalho & Carvalho (2006).

| Variável | Componente | Indicador |
|-----------------------------|-------------------------|---|
| Vertente da formação em EpS | Área de formação em EpS | No âmbito da transmissão de conhecimentos (técnico-científicos); |
| | | No âmbito dos processos de ensino-aprendizagem (pedagogia); |
| | | No âmbito dos comportamentos das pessoas (psico-sociologia); |
| | | No âmbito da planificação de actividades de Educação para a saúde; |
| | | No âmbito do desenvolvimento de actividades de Educação para a Saúde; |
| | | Outra |

Tabela 10: Variável "Vertente da formação em EpS"

Por fim o quarto e último grupo de variáveis reporta-se às percepções dos enfermeiros sobre as práticas diárias de EpS.

A primeira variável (tabela 11) deste grupo diz respeito ao início das actividades de EpS. Início significa “dar início a, começar” e pretende-se, portanto, perceber como se iniciam ou começam as actividades de EpS na urgência.

| Variável | Componente | Indicador |
|------------|---|-----------|
| Início EpS | Solicitação dos pais; | 1 |
| | Iniciativa do enfermeiro; | 2 |
| | Observação de comportamentos inadequados; | 3 |
| | Prescrição clínica; | 4 |
| | Inerente à realização de procedimentos; | 5 |

Tabela 11: Variável "Início EpS"

A variável que se segue reporta-se ao tema de EpS. Um tema é um assunto que se quer desenvolver. Para a escolha dos temas foi usado um estudo de Coffman (1998) que faz a descrição dos temas mais abordados em urgência de pediatria conforme se pode verificar na tabela 12.

| Variável | Componente | Indicador |
|-----------|--|-----------------------|
| Temas EpS | Reanimação (Por exemplo: manobras de desobstrução); | 1 2 3 4 5 |
| | Doenças infantis (Por exemplo: febre, diarreia, vômitos, quadro respiratório); | |
| | Puericultura / Cuidados gerais à criança; | |
| | Primeiros socorros; | |
| | Desenvolvimento Infantil; | |
| | Prevenção de acidentes | |
| | Tópicos de saúde gerais (Por exemplo: alimentação); | |
| | Outro (Qual? _____). | |

Tabela 12: Variável "Temas EpS"

A terceira variável deste grupo diz respeito ao espaço físico onde decorrem as intervenções de EpS. Para a sua construção teve-se em conta a estrutura física e

organizacional dos três serviços onde o estudo foi implementado. Assim, os espaços identificados e, que compõem esta variável, dizem respeito às áreas comuns aos 3 serviços que se encontram na tabela 13.

| Variável | Componente | Indicador |
|----------|---------------------|-----------|
| Local | Triagem | 1 |
| | Sala de Tratamentos | |
| | Sala de Aerossóis | |
| | Gabinetes Médicos | |
| | Sala de Espera | |
| | UICD | |
| | Outro | |

Tabela 13: Variável "Local "

Na variável “momento mais oportuno no início da EpS” pretende-se perceber qual é o momento no percurso do utente pediátrico na urgência em que as intervenções de EpS ocorrem com maior frequência (tabela 14).

| Variável | Componente | Indicador |
|--------------------------|--|-----------|
| Momento de início da EpS | Na 1ª abordagem à criança / família; | 1 |
| | Durante a realização de procedimentos; | |
| | Enquanto a criança / família aguardam resultados de exames complementares de saúde ou resposta a tratamento; | |
| | No momento da alta; | |
| | Outra | |
| | | |

Tabela 14: Variável "Momento de início da EpS "

Na variável “Métodos de EpS”, esquematizada na tabela 15, são considerados os principais métodos de EpS ao nível individual. Um método é “uma forma ordenada de proceder” e, para esta variável tiveram-se em conta métodos de formação definidos por Ferrão & Rodrigues (2000).

| Variável | Componente | Indicador |
|-------------|---|-----------------------|
| Métodos EpS | Método expositivo (transmissão de informação); | 1 2 3 4 5 |
| | Método demonstrativo (executa o procedimento ou técnica); | |
| | Método interrogativo (questiona a criança e família sobre os seus conhecimentos); | |
| | Método activo (fomenta a participação activa dos pais nos cuidados à criança) | |
| | Outro | |

Tabela 15: Variável "Métodos EpS "

Registo define-se como “uma relação, um rol, um livro, uma inscrição” e no que concerne a este estudo criou-se a variável “Registos EpS” que se pode visualizar na tabela 16, que se reporta à realização ou não de registos assim como o local onde os mesmos são efectuados.

| Variável | Componente | Indicador |
|--------------|---|-----------------------|
| Registos EpS | No processo de urgência da criança / Notas de enfermagem; | 1 2 3 4 5 |
| | No boletim individual de saúde; | |
| | Em folhetos / impressos próprios; | |
| | Não regista; | |
| | Outro | |

Tabela 16: Variável "Registos em EpS"

A componente emocional do ser humano influencia todas as suas intervenções pelo que foi questionado aos inquiridos se gostam ou não de desenvolver actividades de EpS. A esta variável atribuiu-se a designação de “Componente afectiva de EpS” e encontra-se esquematizada na tabela 17.

| Variável | Componente | Indicador |
|----------------------------|--|-----------|
| Componente afectiva de EpS | Gostar de desenvolver actividades de EpS | 1 |
| | | 2 |
| | | 3 |
| | | 4 |
| | | 5 |

Tabela 17: Variável "Componente afectiva de EpS"

A variável “Fases da EpS” diz respeito às diferentes etapas no desenvolvimento de actividades de EpS ao nível individual e para a sua definição teve-se em consideração aquelas que são as etapas essenciais em qualquer procedimento científico como se pode visualizar na tabela 18.

| Variável | Componente | Indicador |
|--------------|----------------------------------|---|
| Fases de EpS | Diagnóstico | Concordo totalmente Concordo Não concordo nem Discordo Discordo Discordo Totalmente |
| | Planeamento | |
| | Execução: adequação da linguagem | |
| | Execução: estar à vontade | |
| | Execução: momento adequado | |
| | Avaliação | |

Tabela 18: Variável "Fases de EpS"

Por fim a variável “tempo dispendido em EpS”, que se encontra na tabela 19, reporta-se à duração média em horas percebida pelos inquiridos sobre o desenvolvimento de actividades de EpS.

| Variável | Componente | Indicador |
|-------------------------|--------------------------------|-----------|
| Tempo dispendido em EpS | N.º de Horas dispendido em EpS | 0 |
| | | 1 |
| | | 2 |
| | | 3 |
| | | 4 |
| | | 5 |
| | | 6 |
| | | 7 |
| | | 8 |

Tabela 19: Variável "Tempo dispendido em EpS"

Capítulo IV - Apresentação dos Resultados

1 - Introdução

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos através da aplicação dos questionários bem como os dados obtidos nos grupos referindo os achados mais significativos.

2 - Apresentação dos Resultados: Questionários

2.1 - Caracterização Geral da Amostra

Idade

Em relação à variável “Idade” verifica-se que a amostra é constituída por enfermeiros com idades compreendidas entre 23 (valor mínimo) e 54 anos (valor máximo) com valores de média e moda de 33 e 26 anos respectivamente e desvio padrão de 8,463 anos. A mediana coincide com os 31 anos ou seja, metade da amostra estudada encontra-se entre os 23 e os 31 anos. O desvio padrão é de 8,5 anos ou seja, a média varia entre 41,5 (33 + 8,5 anos) e 24,5 anos (33 – 8,5 anos).

Género

Relativamente ao género a amostra é constituída maioritariamente por enfermeiros do género feminino (n=45; 84,9% da amostra) como se verifica no quadro 1.

| Gênero | Frequência | Percentagem |
|-----------|------------|-------------|
| Feminino | 45 | 84,9% |
| Masculino | 8 | 15,1% |
| Total | 53 | 100% |

Quadro 1: Caracterização da Amostra em relação à variável Gênero

Habilitações Acadêmicas

Através do quadro 2 podemos constatar que entre a amostra estudada verificou-se a existência de 3 níveis acadêmicos: bacharelato (n=6; 11,3%), licenciatura (n=43; 81,1%) e mestrado (n=4; 7,5%).

| Grau | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|-------------|
| Bacharelato | 6 | 11,3% |
| Licenciatura | 43 | 81,1% |
| Mestrado | 4 | 7,5% |
| Total | 53 | 100% |

Quadro 2: Caracterização da Amostra em relação à variável Habilitações Acadêmicas

Categoria Profissional

Pelos dados representados no quadro 3 podemos salientar que 26 enfermeiros, o que corresponde a 49,1% da amostra, se situam na categoria de enfermeiro, 20 enfermeiros (37,7%) na categoria de enfermeiro graduado e 6 enfermeiros (11,3%) na categoria de especialista salientando ainda a existência de 1 enfermeiro chefe.

| Categoria | Frequência | Porcentagem |
|-------------------------|------------|-------------|
| Enfermeiro | 26 | 49,1% |
| Enfermeiro Graduado | 20 | 37,7% |
| Enfermeiro Especialista | 6 | 11,3% |
| Enfermeiro Chefe | 1 | 1,9% |
| Total | 53 | 100% |

Quadro 3: Caracterização da Amostra em relação à variável Categoria Profissional

Experiência Profissional

Entre a amostra em estudo verificou-se uma média de tempo de experiência profissional de cerca de 11 anos com um desvio padrão de 8,15 e uma moda de 4 anos seguidas de 1 ano, 14 e 18 anos com uma frequência de 4 cada. A referir, ainda, que o mínimo de experiência profissional é 1 ano e o máximo 35 anos.

Experiência Profissional em Urgência Pediátrica

Na amostra estudada verificam-se valores mínimo de 1 e máximo de 24 com média de tempo de 6,74 anos, desvio padrão de 5,7 anos e uma moda de 1 ano como se pode verificar nos quadros 4 e 5.

| N.º de Anos | Frequência | Percentagem | Percentagem Acumulada |
|--------------|------------|-------------|-----------------------|
| 1 | 9 | 17% | 17% |
| 2 | 4 | 7,5% | 24,5% |
| 3 | 7 | 13,2% | 37,7% |
| 4 | 7 | 13,2% | 50,9% |
| 5 | 3 | 5,7% | 56,6% |
| 6 | 2 | 3,8% | 60,4% |
| 7 | 1 | 1,9% | 62,3% |
| 8 | 3 | 5,7% | 68% |
| 9 | 1 | 1,9% | 69,9% |
| 10 | 2 | 3,8% | 73,7% |
| 11 | 1 | 1,9% | 75,6% |
| 12 | 1 | 1,9% | 77,5% |
| 14 | 4 | 7,5% | 85% |
| 15 | 3 | 5,7% | 90,7% |
| 16 | 1 | 1,9% | 92,6% |
| 17 | 1 | 1,9% | 94,5% |
| 18 | 1 | 1,9% | 96,4% |
| 24 | 1 | 1,9% | 98,3% |
| Não responde | 1 | 1,9% | 100% |
| Total | 53 | 100% | |

Quadro 4: Caracterização da Amostra em relação à Variável Experiência Profissional

| Variável: “Experiência Profissional em UUP” | |
|--|-------|
| Média | 6,74 |
| Mediana | 4 |
| Moda | 1 |
| Desvio Padrão | 5,721 |
| Valor Mínimo | 1 |
| Valor Máximo | 24 |

Quadro 5: Caracterização da Amostra em relação à variável Experiência Profissional em UUP.

De referir ainda que, 28,3% dos inquiridos (n=15) têm um tempo de experiência profissional em UUP inferior a 3 anos, 69,81 % (n=37) apresenta 3 ou mais anos de experiência profissional e 1 dos enfermeiros não respondeu (1,89%).

2.2 - Conceito de Educação para a Saúde

Relativamente ao conceito de EpS, as respostas obtidas foram muito variáveis como se pode constatar através do quadro 6.

| AFIRMAÇÕES | Resultados | | | | | |
|--|------------------------|--------------|---------------------------|--------------|---------------------|--------------|
| | Escala de Concordância | | | | | |
| | Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente | Não responde |
| É uma palestra em que se transmite conhecimentos sobre saúde / doença; | - | 32,1% (n=17) | 17% (n=9) | 28,3% (n=15) | 22,6% (n=12) | - |
| É um processo interactivo no qual a criança / família detém uma participação activa; | 49,1% (n=26) | 45,3% (n=24) | 3,8% (n=2) | 1,9% (n=1) | - | - |
| É um processo de transmissão de conhecimentos para um público passivo; | - | 9,4% (n=5) | 7,5% (n=4) | 54,7% (n=29) | 28,3% (n=15) | - |
| É uma actividade intencional que incita a criança / família a pensar e a decidir sobre si mesma; | 30,2% (n=16) | 58,5% (n=31) | 7,5% (n=4) | 1,9% (n=1) | - | 1,9% (n=1) |
| É uma actividade planeada; | 22,6% (n=12) | 60,4% (n=32) | 15,1% (n=8) | 1,9% (n=1) | - | - |
| É uma actividade dirigida por profissionais; | 18,9% (n=10) | 56,6% (n=30) | 17% (n=9) | 3,8% (n=2) | 1,9% (n=1) | 1,9% (n=1) |
| É uma actividade na qual se trabalha para a comunidade; | 47,2% (n=25) | 39,6% (n=21) | 13,2% (n=7) | - | - | - |
| É uma actividade que deve privilegiar o desenvolvimento da autoestima e a autocapacitação das pessoas; | 37,7% (n=20) | 52,8% (n=28) | 7,5% (n=4) | - | 1,9% (n=1) | - |
| É uma actividade que deve ter em conta os interesses e as necessidades dos indivíduos; | 60,4% (n=32) | 37,7% (n=20) | - | - | - | 1,9% (n=1) |
| Pressupõe num primeiro momento a observação/escuta activa das pessoas; | 35,6% (n=19) | 52,8% (n=28) | 7,5% (n=4) | 1,9% (n=1) | - | 1,9% (n=1) |
| É uma actividade de ensino ocasional; | 1,9% (n=1) | 17% (n=7) | 26,4% (n=14) | 43,4% (n=23) | 11,3% (n=6) | - |
| É um processo em que se procura clarificar valores. | 7,5% (n=4) | 30,2% (n=16) | 41,5% (n=22) | 15,1% (n=8) | 3,8% (n=2) | 1,9% (n=1) |

Quadro 6: Caracterização da Amostra face à Variável "Conceito de EpS"

Efectuando uma análise à totalidade dos questionários verificou-se que dos conceitos inicialmente estabelecidos nenhum dos inquiridos apresentou um conjunto de respostas que fossem indicativas de conceitos de tipo tradicional, participativo ou tendencialmente tradicional. Dos 53 questionários analisados $n=19$ (35,85%) apresentaram respostas indicativas de um conceito tendencialmente participativo enquanto, os restantes inquiridos ($n=34$;64,11%), apresentaram respostas indicativas de um conceito misto.

Face a estes resultados procedeu-se então a uma análise factorial das respostas. Esta é uma técnica de análise que pretende, a partir de um conjunto total encontrar um subconjunto interrelacionado de modo a construir uma escala de medida de factores que controlam as variáveis originais. Atribuem-se assim, scores a factores que não são directamente observáveis e que vão permitir identificar relações que, de outra forma, passariam despercebidas (Maroco, 2003).

Foi, então, efectuada a análise factorial com rotação varimax. Para o teste KMO obteve-se um valor de 0,557 o que indica que a análise pode ser feita. No teste de esfericidade de Bartlett obteve-se um valor de $X^2 = 146,652$ com 66 graus de liberdade. Dado que o nível de significância é inferior a 0,05 ($p=0,000$) conclui-se que as variáveis são correlacionáveis.

A análise factorial, permitiu uma primeira extracção de 4 componentes com valor próprio superior a 1 que explicam 62,8% da variância dos dados iniciais. Analisaram-se diferentes soluções factoriais, nomeadamente a 2 e 3 factores na tentativa de encontrar uma solução mais representativa e clara. Procedeu-se a análise factorial comparando os

resultados com e sem rotação varimax. Verificou-se que as soluções a 2 e 3 componentes permitiam explicar 41,6% e 53,7% da variância total respectivamente.

Considerou-se a solução a 2 componentes a mais satisfatória uma vez que permite uma análise coerente dos factores e evita o aparecimento de factores com apenas 2 ou 3 itens. Para cada subescala escolheu-se apenas os valores superiores a 0,40 como se pode visualizar no quadro 7.

| Alíneas | Componente | |
|--|------------|---------|
| | 1 | 2 |
| É um processo interactivo no qual a criança/família detém uma participação activa; | 0,636 | |
| É uma actividade dirigida por profissionais; | 0,653 | |
| É uma actividade na qual se trabalha para a comunidade; | 0,598 | |
| É uma actividade que deve privilegiar o desenvolvimento da autoestima e a autocapacitação das pessoas; | 0,753 | |
| É uma actividade que deve ter em conta os interesses e as necessidades dos indivíduos; | 0,632 | |
| Pressupõe num primeiro momento a observação/escuta activa das pessoas; | 0,526 | |
| É uma palestra em que se transmite conhecimentos sobre saúde/doença; | | 0,797 |
| É uma actividade de ensino ocasional; | | 0,430 |
| É um processo de transmissão de conhecimentos para um público passivo; | | 0,697 |
| É uma actividade intencional que incita a criança/família a pensar e decidir sobre si mesma; | | - 0,475 |
| É um processo em que se procura clarificar valores; | | ,522 |

Quadro 7: Análise factorial - Conceito de EpS

Seleccionou-se então cada subescala e procedeu-se ao teste de consistência interna. Para a 1ª e 2ª sub escalas obtiveram-se valores de Alpha de Crohbach de 0,677 e 0,378 respectivamente. A 1ª subescala é composta por 6 itens (4 de tipo participativo e 2 de

tipo tradicional) e explica 26% da variância e a 2ª sub escala é composta por 5 itens (3 de tipo tradicional e 2 de tipo participativo) e explica 15,6% da variância observada.

Importância atribuída à EpS

Relativamente à importância que os enfermeiros atribuem à EpS constata-se que 50,9% (n=27) dos enfermeiros consideram que a EpS é um processo importante mas de igual importância que actividades de tratamento, por outro lado, 43,4% (n=23) consideram que a EpS é de tal forma importante que pode mesmo vir a substituir as actividades de tratamento como se pode verificar pelo quadro 7.

| | Frequência | Percentagem |
|---|------------|-------------|
| Não é um processo importante | 1 | 1,9% |
| EpS é importante mas de igual importância que actividades de tratamento | 27 | 50,9% |
| EpS é importante mas de maior importância que actividades de tratamento | 1 | 1,9% |
| EpS é de tal modo importante que pode vir a substituir as actividades de tratamento | 23 | 43,4% |
| Total | 52 | 98,1% |
| Não Responde | 1 | 1,9% |
| Total | 53 | 100% |

Quadro 8: Distribuição da Amostra relativamente à Importância atribuída à EpS.

2.3 - Formação EpS

Em relação há existência de formação na área da educação para a saúde durante o curso base de enfermagem, 94,3% (n=50) dos inquiridos responderam “Sim”, 2 responderam “Não” e 1 dos inquiridos não respondeu. Mas quando questionados sobre a sua opinião em relação ao facto da mesma os preparar para serem educadores para a saúde, 47,2% (n=25) consideraram que “Sim” enquanto 52,8% (n=28) consideraram que “Não”.

Quando questionados sobre a frequência ou não de formação (após o curso de base) na área da educação para a saúde 60,4% (n=32) referiram não ter efectuado formação nesta área enquanto 39,6% (n=21) referem ter feito.

Em relação à frequência de formação contínua nos últimos 5 anos, 79,2% (n=42) respondem “Sim” enquanto 18,9% (n=10) respondem “Não” terem efectuado formação contínua regular.

Aos que responderam “Sim” foi então questionado sobre a duração anual da mesma. Destaca-se, como se pode verificar pelo quadro 8 que: 38,1% (n=16) referiram frequentar formação com uma duração 13 a 50 horas / ano enquanto 23,8% (n=10), responderam com uma duração 51 a 100 horas/ano e 21,4% (n=9) referiu ainda uma frequência superior a 100 horas / ano como se pode verificar no quadro 9.

| N.º de horas | Frequência | Percentagem |
|------------------|------------|-------------|
| < 5 horas/ano | 1 | 2,4% |
| 5-12 horas/ano | 6 | 14,3% |
| 13-50 horas/ano | 16 | 38,1% |
| 51/100 horas/ano | 10 | 23,8% |
| > 100 horas/ano | 9 | 21,4% |
| Total | 42 | 100% |

Quadro 9: Distribuição da Amostra relativamente à Frequência de Formação Contínua nos últimos 5 anos.

Quando questionados sobre a frequência de formação que permita o desenvolvimento de actividades na área da EpS 57,1% (n=24) referiram ter efectuado formação enquanto 42,9% (n=18) responderam “Não” e 1 dos inquiridos não respondeu.

Ao grupo que respondeu “Sim” foi solicitado que na questão seguinte identificasse as áreas em que desenvolveu formação. Verificou-se 62,5% (n=15) identificaram a 1ª

opção “No âmbito da transmissão de conhecimentos (técnico-científicos)”, 45,8% (n=11) optaram pela 2ª opção (no âmbito dos processo de ensino-aprendizagem), a 3ª opção (no âmbito dos comportamentos das pessoas) e a 4ª opção (planificação de actividades de EpS) foi identificada pelo mesmo nº de inquiridos: 29,2% (n=7) e por fim, 25% (n=6) escolheram a opção “No âmbito do desenvolvimento de actividades de EpS”.

2.4 - Prática de cuidados

Práticas de cuidados – Início da EpS

Em relação à forma como se iniciam as práticas de EpS foram colocadas cinco opções (solicitação dos pais, iniciativa do enfermeiro, observação de comportamentos inadequados, prescrição clínica e inerente à realização de procedimentos). Os resultados encontram-se resumidos no quadro 10.

| RESULTADOS | | | | | | |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| Opções | Percentagens | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Não responde |
| Por solicitação dos pais; | 13,2% (n=7) | 15,1% (n=8) | 53,8% (n=28) | 7,5% (n=4) | 9,4% (n=5) | 1,9% (n=1) |
| Por iniciativa do enfermeiro; | - | 1,9% (n=1) | 11,3% (n=7) | 47,2% (n=25) | 37,7% (n=20) | 1,9% (n=1) |
| Por observação de comportamentos inadequados; | - | 1,9% (n=1) | 13,2% (n=7) | 39,6% (n=21) | 45,3% (n=24) | - |
| Por prescrição clínica; | 30,2% (n=16) | 32,1% (n=17) | 20,8% (n=11) | 11,3% (n=6) | 3,8% (n=2) | 1,9% (n=1) |
| Inerente à realização de procedimentos; | - | - | 17% (n=9) | 43,4% (n=23) | 37,7% (n=20) | 1,9% (n=1) |

Quadro 10: Caracterização de Frequência da Amostra em relação à variável - Início EpS

Dos resultados apresentados destacam-se, com elevados níveis de frequência (4 e 5) as opções “por iniciativa dos enfermeiros” (84,9%; n= 45), “por observação de comportamento inadequados” (84,9%; n=45) e “inerente à realização de procedimentos” (81,1%; n= 43). Com baixos níveis de frequência (1 e 2) destaca-se a opção “por prescrição clínica” (62,3%; n=33). Na opção “por solicitação dos pais” verifica-se que 53,8% (n=28) seleccionou o valor intermédio 3, na escala de frequência. Salienta-se ainda que nenhum dos inquiridos referiu outras opções

Analisando as variáveis “experiência profissional em UUP” e “início EpS” efectuado o teste estatístico de Spearman é de admitir que não existe relação entre estas duas variáveis ($p>0,05$) conforme se pode verificar pelo quadro 11.

| Teste de Spearman | | Experiência Profissional em UUP | |
|-------------------|---|---------------------------------|---------|
| | | Coefficiente de Correlação | |
| | Solicitação dos Pais; | Coefficiente de Correlação | - 0,133 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,352 |
| | Iniciativa do Enfermeiro; | Coefficiente de Correlação | - 0,021 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,883 |
| | Observação de Comportamentos Inadequados; | Coefficiente de Correlação | - 0,023 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,873 |
| | Prescrição Clínica; | Coefficiente de Correlação | - 0,099 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,488 |
| | Inerente à Realização de Procedimentos; | Coefficiente de Correlação | - 0,055 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,699 |

Quadro 11: Relação entre variáveis "experiência profissional em UUP" e "Início EpS"

Práticas de cuidados – Temas de EpS

Relativamente aos temas abordados, foram colocadas como opções: reanimação, doenças infantis, puericultura / cuidados à criança, primeiros socorros, desenvolvimento

infantil, prevenção de acidentes e tópicos de saúde geral. Os resultados obtidos encontram-se sintetizados no quadro 12.

| RESULTADOS | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| Opções | Percentagens | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Não responde |
| a) Reanimação; | 26,4% (n=14) | 26,4% (n=14) | 22,6% (n=12) | 15,1% (n=8) | 3,8% (n=2) | 5,7% (n=3) |
| b) Doenças Infantis; | - | 1,9% (n=1) | 7,5% (n=4) | 18,9% (n=10) | 71,7% (n=38) | - |
| c) Puericultura / cuidados gerais; | 5,7% (n=3) | 11,3% (n=6) | 24,5% (n=13) | 35,8% (n=19) | 20,8% (n=11) | 1,9% (n=1) |
| d) Primeiros socorros; | 11,3% (n=6) | 34% (n=18) | 28,3% (n=15) | 15,1% (n=8) | 5,7% (n=3) | 5,7% (n=3) |
| e) Desenvolvimento Infantil; | 15,1% (n=8) | 35,8% (n=19) | 30,2% (n=16) | 13,2% (n=7) | 3,8% (n=2) | 1,9% (n=1) |
| f) Prevenção de acidentes; | 5,7% (n=3) | 9,4% (n=5) | 37,7% (n=20) | 26,4% (n=14) | 18,9% (n=10) | 1,9% (n=1) |
| g) Tópicos gerais de saúde; | - | 17% (n=9) | 30,2% (n=16) | 35,8% (n=19) | 13,2% (n=7) | 3,8% (n=2) |
| h) Outros: Endocrinologia e diabetes; | - | - | 1,9% (n=1) | - | - | - |

Quadro 12: Caracterização de Frequência da Amostra em relação à variável - Tema EpS

Relativamente à variável “tema de EpS” destaca-se com elevados níveis de frequência (4 e 5) os temas: “doenças infantis” (90,6%; n=48), “puericultura / cuidados gerais” (56,6%; n= 30), “prevenção de acidentes” (45,3%; n=24) e “tópicos gerais de saúde” (49%; n=26). Por outro lado com baixos níveis de frequência (1 e 2) destacam-se os temas: “reanimação” (52,8%; n= 28), “primeiros socorros” (45,3%; n=24) e “desenvolvimento infantil” (50,9%; n=27). Ainda a referir que 1 dos inquiridos (1,9%) referiu o tema “endocrinologia e diabetes” como outro tema atribuindo-lhe uma frequência de 3.

Analisando as variáveis “experiência profissional em UUP” e “temas de EpS” podemos verificar que existe relação entre a experiência profissional e alguns dos componentes da variável. Assim, em relação ao tema “Reanimação” obteve-se $r = 0,282$ e $p = 0,049$ assim como em relação ao tema desenvolvimento infantil. Neste caso, $r = 0,334$ e $p = 0,017$.

| | | Experiência Profissional em UUP | |
|-------------------|---|---------------------------------|-------|
| Teste de Spearman | Reanimação; | Coeficiente de Correlação | 0,282 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,049 |
| | Doenças infantis (ex: febre, diarreia, vômitos, quadro respiratório); | Coeficiente de Correlação | 0,046 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,745 |
| | Puericultura/cuidados gerais à criança; | Coeficiente de Correlação | 0,253 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,073 |
| | Primeiros Socorros; | Coeficiente de Correlação | 0,215 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,139 |
| | Desenvolvimento Infantil; | Coeficiente de Correlação | 0,334 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,017 |
| | Prevenção de Acidentes; | Coeficiente de Correlação | 0,253 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,073 |
| | Tópicos de Saúde Gerais (ex: alimentação); | Coeficiente de Correlação | 0,064 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,660 |

Quadro 13: Relação entre variáveis "experiência profissional em UUP" e "Temas EpS"

Práticas de cuidados – Local EpS

Na variável “Local EpS” que se refere ao espaço físico onde decorrem as intervenções de educação para a saúde foram colocadas como opções: triagem, sala de tratamentos, sala de aerossóis, gabinetes médicos, sala de espera e UICD enquanto áreas comuns a todas as urgências pediátricas onde o estudo foi aplicado. Os resultados obtidos encontram-se no quadro 14.

| RESULTADOS | | | | | | |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| Opções | Percentagens | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Não responde |
| a) Triagem; | - | 3,8% (n=2) | 3,8% (n=2) | 34% (n=18) | 56,6% (n=30) | 1,9% (n=1) |
| b) Sala de Tratamentos; | 3,8% (n=2) | 7,5% (n=4) | 13,2% (n=7) | 49,1% (n=26) | 22,6% (n=12) | 3,8% (n=2) |
| c) Sala de aerossóis; | 7,5% (n=4) | 26,4% (n=14) | 28,3% (n=15) | 30,2% (n=16) | 5,7% (n=3) | 1,9% (n=1) |
| d) Gabinetes médicos; | 45,3% (n=24) | 17% (n=9) | 17% (n=9) | 3,8% (n=2) | 3,8% (n=2) | 13,2% (n=7) |
| e) Sala de espera; | 79,2% (n=42) | 5,7% (n=3) | 1,9% (n=1) | 3,8% (n=2) | - | 9,4% (n=5) |
| f) Unidade de Internamento de Curta Duração; | - | 1,9% (n=1) | 3,8% (n=2) | 34% (n=18) | 58,5% (n=31) | 1,9% (n=1) |
| g) Outro: Pequena Cirurgia; | - | 1,9% (n=1) | - | - | - | - |
| h) Outro: Sub-espera; | - | 1,9% (n=1) | - | 1,9% (n=1) | - | - |

Quadro 14: Caracterização de Frequência da Amostra em relação à variável - Local EpS

Relativamente à variável “Local EpS” destaca-se com elevados níveis de frequência (4 e 5) as opções: “triagem” (90,6%; n=48), “Sala de tratamentos” (71,7%; n=38), “unidade de internamento de curta duração” (92,5%; n=49). Por outro lado apresentam baixos níveis de frequência (1 e 2) as opções: “gabinetes médicos” (62,3%; n=33) e “sala de espera”(84,9%; n=45). A referir ainda que 3 enfermeiros identificaram como outros locais onde decorrem as actividades de EpS a sala de pequena cirurgia (n=1) com um nível de frequência de 2 e a sala de subespera (n=2) com níveis de 2 e 4 de frequência. Em relação à opção “sala de aerossóis” não existe uma tendência clara de respostas com 86,9% da amostra (n=45) a apresentarem valores de frequência entre 2 (26,4%; n=14), 3 (28,3%; n=14) e 4 (30,2%; n=16).

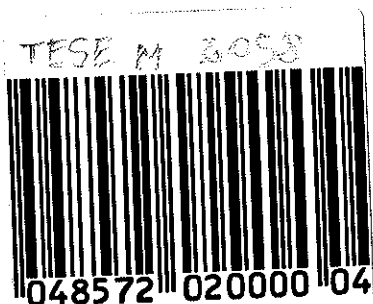
Relativamente à variável “local EpS” é de admitir relação entre 1 dos seus componentes e a variável “experiência profissional em UUP”. Assim em relação ao componente “sala de aerossóis” obteve-se um valor de $r=0,291$ e $p= 0,039$ pelo que a um nível de significância de 0,05 se admite relação.

| | | Experiência Profissional em UUP | |
|-------------------|---|---------------------------------|---------|
| Teste de Spearman | Triagem; | Coefficiente de Correlação | 0,139 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,332 |
| | Sala de Tratamentos; | Coefficiente de Correlação | 0,047 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,744 |
| | Sala de Aerossóis; | Coefficiente de Correlação | 0,291 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,039 |
| | Gabinetes Médicos; | Coefficiente de Correlação | - 0,059 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,700 |
| | Sala de Espera; | Coefficiente de Correlação | - 0,092 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,538 |
| | Unidade de Internamento de Curta Duração; | Coefficiente de Correlação | 0,047 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,744 |

Quadro 15: Relação entre variáveis "experiência profissional em UUP" e "Local EpS"

Práticas de cuidados – Momento de EpS

Em relação à variável “ Momento de EpS” o questionário apresenta como opções: na 1ª abordagem à criança, durante a realização de procedimentos, enquanto a criança/família aguardam por resultados de exames complementares de diagnóstico / resposta a tratamentos e no momento da alta. Os resultados obtidos encontram-se no quadro 16.



| RESULTADOS | | | | | | |
|--|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| Opções | Percentagens | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Não responde |
| a) Na 1ª abordagem à criança / família; | 3,8% (n=2) | 17% (n=9) | 20,8% (n=11) | 35,8% (n=19) | 22,6% (n=12) | - |
| b) Durante a realização de procedimentos; | - | 3,8% (n=2) | 13,2% (n=7) | 43,4% (n=23) | 37,7% (n=20) | 1,9% (n=1) |
| c) Enquanto a criança / família aguardam resultados de exames complementares de saúde ou resposta a tratamentos; | 15,1% (n=8) | 28,3% (n=15) | 24,5% (n=13) | 20,8% (n=11) | 9,4% (n=5) | 1,9% (n=1) |
| d) No momento da alta; | 1,9% (n=1) | 13,2% (n=7) | 22,6% (n=12) | 35,8% (n=19) | 24,5% (n=13) | 1,9% (n=1) |
| e) Outra: durante internamento na unidade de internamento de curta duração; | - | - | - | 3,8% (n=2) | 7,5% (n=4) | - |
| f) Outra: Reavaliação de triagem | - | - | - | - | 1,9% (n=1) | - |

Quadro 16: Caracterização de Frequência da Amostra em relação à variável - Momento de EpS

Analisando o quadro 16 podemos verificar que em relação à variável “momento EpS” destaca-se com elevados níveis de frequência (4 e 5) as opções: “na 1ª abordagem à criança” (58,4%; n=31), “durante a realização de procedimentos” (81,1%; n=43) e “no momento da alta” (60,3%; n=32). Com baixos níveis de frequência destaca-se a opção: “Enquanto a criança / família aguardam resultados de exames complementares de saúde ou resposta a tratamentos” (43,4%; n=23). A referir ainda que 6 enfermeiros identificaram o momento “durante internamento na unidade de internamento de curta duração” atribuindo frequências de 4 (n=2) e 5(n=4) e 1 enfermeiro identificou o momento “reavaliação de triagem” atribuindo 5 de frequência (n=1).

Em relação à variável “Momento EpS” é de admitir relação entre a “experiência profissional em UUP” nas componentes “enquanto aguardam o resultado de exames

complementares de saúde ou resposta a tratamento” ($r=0,335$ e $p= 0,016$) e “no momento da alta” ($r= - 0,305$ e $p= 0,030$).

| | | Experiência Profissional em UUP | |
|-------------------|--|---------------------------------|---------|
| Teste de Spearman | 1ª Abordagem à Criança; | Coefficiente de Correlação | - 0,036 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,802 |
| | Durante Realização de Procedimentos | Coefficiente de Correlação | 0,038 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,793 |
| | Enquanto aguardam resultados de exames complementares de saúde ou resposta a tratamento; | Coefficiente de Correlação | 0,335 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,016 |
| | No momento da alta; | Coefficiente de Correlação | 0,305 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,030 |

Quadro 17: Relação entre variáveis "experiência profissional em UUP" e "Momento EpS"

Práticas de cuidados – Método de EpS

Em relação à variável “ Método EpS” apresentaram-se como opções os métodos: expositivo, demonstrativo, interrogativo e activo. Os resultados obtidos encontram-se resumidos no quadro 18.

| RESULTADOS | | | | | | |
|----------------------------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| Opções | Percentagens | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Não responde |
| a) Método expositivo; | 3,8% (n=2) | 1,9% (n=1) | 11,3% (n=6) | 43,4% (n=23) | 37,7% (n=20) | 1,9% (n=1) |
| b) Método demonstrativo; | - | 5,7% (n=3) | 18,9% (n=10) | 52,8% (n=28) | 20,8% (n=11) | 1,9% (n=1) |
| c) Método interrogativo; | 7,5% (n=4) | 17% (n=9) | 39,6% (n=21) | 32,1% (n=17) | 3,8% (n=2) | - |
| d) Método activo; | 3,8% (n=2) | 7,5% (n=4) | 17% (n=9) | 50,9% (n=27) | 18,9% (n=10) | 1,9% (n=1) |
| e) Outra: conjugação de métodos; | - | - | - | 1,9% (n=1) | - | - |

Quadro 18: Caracterização de Frequência da Amostra em relação à variável - Método de EpS

Relativamente à variável “métodos de EpS” verifica-se elevados níveis de frequência nas opções: “método expositivo” (81,1%; n= 43), “método demonstrativo” (73,6%; n=39) e método activo (69,8%; n=37). Por outro lado não se verificaram baixos níveis de frequência (1 e 2) em nenhuma das opções sendo o resultado mais significativo obtido na opção “método interrogativo” (24,5%; n= 13). Ainda a referir que 1 dos inquiridos identificou a “conjugação de métodos” com um nível de frequência de 4.

| | | | Experiência Profissional em UUP |
|-------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Teste de Spearman | Método Expositivo; | Coeficiente de Correlação | -0,120 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,403 |
| | Método Demonstrativo; | Coeficiente de Correlação | 0,049 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,733 |
| | Método Interrogativo; | Coeficiente de Correlação | 0,312 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,024 |
| | Método Activo; | Coeficiente de Correlação | 0,281 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,046 |

Quadro 19: Relação entre variáveis "experiência profissional em UUP" e "Método EpS"

Entre as variáveis “experiência profissional em UUP” e “métodos EpS” verifica-se associação com 2 dos seus componentes: “método interrogativo” ($r= 0,312$ e $p=0,024$) e “método activo” ($r= 0,312$ e $p=0,046$).

Práticas de cuidados – Registos de EpS

Em relação à variável “Registos EpS”, no questionário constam: processo de urgência da criança / notas de enfermagem, no boletim individual de saúde, em folhetos / impresso próprios e não regista. Os resultados obtidos encontram-se no quadro 20.

| RESULTADOS | | | | | | |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| Opções | Percentagens | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Não responde |
| a) No processo de urgência da criança / notas de enfermagem; | 7,5% (n=4) | 9,4% (n=5) | 20,8% (n=11) | 22,6% (n=12) | 37,7% (n=20) | 1,9% (n=1) |
| b) No boletim individual de saúde; | 77,4% (n=41) | 9,4% (n=5) | 3,8% (n=2) | 1,9% (n=1) | - | 7,5% (n=4) |
| c) Em folhetos / impresso próprios; | 54,7% (n=29) | 13,2% (n=7) | 3,8% (n=2) | 15,1% (n=8) | 3,8% (n=2) | 9,4% (n=5) |
| d) Não regista; | 34% (n=18) | 18,9% (n=10) | 13,2% (n=7) | 17% (n=9) | 7,5% (n=4) | 9,4% (n=5) |
| e) Outra: triagem; | - | - | - | - | 1,9% (n=1) | - |

Quadro 20: Caracterização de Frequência da Amostra em relação à variável - Registos de EpS

Relativamente à variável “registos EpS” verificam-se níveis elevados de frequência (4 e 5) na opção “no processo de urgência / notas de enfermagem” (60,3%; n= 21). Por outro lado obtiveram-se baixos níveis de frequência (1 e 2) nas opções: “no boletim individual de saúde” (86,8%; n=46), “ em folhetos / impressos próprios” (67,9%; n=26) e “não regista” (52,9%; n= 28). Um dos inquiridos indicou ainda a opção “triagem” com um nível 5 de frequência.

| | | Experiência Profissional em UUP | |
|-------------------|--|---------------------------------|---------|
| Teste de Spearman | Processo de Urgência da Criança/Notas de Enfermagem; | Coefficiente de Correlação | 0,188 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,186 |
| | Boletim Individual de Saúde; | Coefficiente de Correlação | - 0,091 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,534 |
| | Em folhetos/impressos próprios; | Coefficiente de Correlação | - 0,273 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,061 |
| Não regista; | Coefficiente de Correlação | - 0,173 | |
| | Sig. (2-tailed) | 0,245 | |

Quadro 21: Relação entre variáveis "experiência profissional em UUP" e "Registos EpS"

Não existe relação entre a experiência profissional em UUP e a variável “registos EpS” conforme se pode constatar pelo quadro 21.

Práticas de cuidados – Componente Afectiva EpS

Em relação ao facto dos enfermeiros apreciarem ou não o desenvolvimento de intervenções de EpS numa escala de 1 a 5 verificou-se que 77,4% (n=41) dos enfermeiros escolheram valores de 4 (moderado) e 5 (bastante) conforme se pode verificar no quadro 22.

| Opções | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|-------------|
| Nada | 1 | 1,9% |
| Indiferente | 9 | 17,0% |
| Moderado | 26 | 49,1% |
| Bastante | 15 | 28,3% |
| Não responde | 2 | 3,8% |
| Total | 53 | 100% |

Quadro 22: Caracterização da Amostra em relação à variável - Componente Afectiva EpS

Não existe relação entre a “experiência profissional em UUP” e a variável” componente afectiva EpS” conforme se pode verificar pelo quadro 23.

| | | Experiência Profissional em UUP |
|-------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Teste de Spearman | Gosta de Desenvolver Actividades EpS? | Coefficiente de Correlação |
| | | Sig. (2-tailed) |
| | | 0,186 |
| | | 0,196 |

Quadro 23: Relação entre variáveis "experiência profissional em UUP" e "Componente Afectiva EpS"

Práticas de cuidados – Fases de EpS

Relativamente à variável “Fases de EpS” colocaram-se frases afirmativas exemplificativas das fases de desenvolvimento de intervenções individuais de EpS. Os resultados obtidos encontram-se no quadro 24.

| RESULTADOS | | | | | |
|---|---------------------|-----------------|---------------------------|---------------|---------------------|
| Opções | Percentagens | | | | |
| | Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
| a) Consigo perceber facilmente quais são as principais necessidades educativas da criança e familiar; | 7,5% (n=4) | 69,8% (n=37) | 18,9% (n=10) | 3,8% (n=2) | - |
| b) Sinto dificuldades me planear actividades de educação para a saúde; | 3,8% (n=2) | 52,8% (n=28) | 37,7% (n=20) | 5,7% (n=3) | - |
| c) Consigo adequar a linguagem e a informação em função da faixa etária e nível sócio económico; | 22,6% (n=12) | 73,6% (n=39) | 1,9% (n=1) | 1,9% (n=1) | - |
| d) Sinto-me à vontade com a criança e acompanhantes durante a realização de actividades de educação para a saúde; | 22,6% (n=12) | 64,2% (n=34) | 11,3% (n=6) | 1,9% (n=1) | - |
| e) Consigo escolher o melhor momento e local para a realização destas actividades; | 7,5% (n=4) | 49,1% (n=26) | 34% (n=18) | 9,4% (n=5) | - |
| f) Consigo avaliar as actividades desenvolvidas | 9,4% (n=5) | 43,4% (n=23) | 26,4% (n=14) | 17% (n=9) | 3,8% (n=2) |

Quadro 24: Caracterização da Amostra em relação à variável - Fases de EpS

Relativamente à variável “fases de EpS” verifica-se que existem elevados níveis de concordância (concordo totalmente e concordo) com percentagens superiores a 50 % em todas as afirmações, conforme se pode constatar pelo quadro 24.

| | | Experiência Profissional em UUP | |
|---|---|---------------------------------|---------|
| Teste de Spearman | Consigo perceber facilmente quais são as principais necessidades educativas da criança e família; | Coeficiente de Correlação | - 0,118 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,405 |
| | Sinto facilidades em planear actividades de EpS; | Coeficiente de Correlação | - 0,202 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,151 |
| | Consigo adequar a linguagem e informação em função da faixa etária e nível sócio-económico; | Coeficiente de Correlação | - 0,232 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,098 |
| | Sinto-me à vontade com a criança e acompanhantes durante a realização de actividades de EpS; | Coeficiente de Correlação | - 0,313 |
| | | Sig. (2-tailed) | 0,024 |
| Consigo escolher o melhor momento e local para a realização destas actividades; | Coeficiente de Correlação | - 0,286 | |
| | Sig. (2-tailed) | 0,040 | |
| Consigo avaliar as actividades desenvolvidas; | Coeficiente de Correlação | - 0,229 | |
| | Sig. (2-tailed) | 0,103 | |

Quadro 25: Relação entre variáveis "experiência profissional em UUP" e "Fases EpS"

Relativamente às variáveis “experiência profissional em UUP” e “fases EpS”, verifica-se a existência de valores de correlação com 2 dos componentes da variável como se pode visualizar no quadro 25.

Práticas de cuidados – Hora dispendidas em EpS

Por fim, na variável “Horas dispendidas em EpS” verificou-se uma média de 2,59 horas e uma moda de 2 horas. Entre os enfermeiros inquiridos 35,8% (n=19) referiram dispendir 2 horas e 22,6% (n=12) referiram dispendir 3 horas como se pode verificar no quadro 26.

| N.º de Horas | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|-------------|
| 1 | 9 | 17% |
| 2 | 19 | 35,8% |
| 3 | 12 | 22,6% |
| 4 | 4 | 7,5% |
| 5 | 4 | 7,5% |
| 8 | 1 | 1,9% |
| Não responde | 4 | 7,5% |
| Total | 53 | 100% |

Quadro 26: Caracterização da Amostra em relação à variável - Horas despendidas em EpS.

Relativamente à última variável do questionário, é de admitir relação com a variável "Experiência Profissional em UUP" uma vez que $r = 0,29$ e $p = 0,045$.

| | | Experiência Profissional em UUP |
|-------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Teste de Spearman | N.º de horas despendidas em EpS; | Coeficiente de Correlação |
| | | Sig. (2-tailed) |
| | | 0,290 |
| | | 0,046 |

Quadro 27: Relação entre variáveis "experiência profissional em UUP" e "Horas despendidas em EpS"

3 - Apresentação dos Resultados: Grupos Focais

3.1 - Caracterização dos entrevistados

Como já foi referido foram efectuadas 3 sessões com 3 enfermeiros por sessão num total de 9 (n=9). Por uma questão de organização, na análise das entrevistas foi atribuído a cada entrevistado a letra “E” seguido de um número de ordem (de 1 a 9). Destes, 8 eram do sexo feminino (88,9%) e 1 do sexo masculino (11,1%) com tempos de experiência profissional em UUP a oscilarem entre 1 e 12 anos, conforme se pode verificar pelo quadro 28.

| Entrevistado | Género | Experiência Profissional em UUP |
|--------------|-----------|---------------------------------|
| E1 | Feminino | 12 Anos |
| E2 | Feminino | 1 Ano |
| E3 | Feminino | 1 Ano |
| E4 | Masculino | 10 Anos |
| E5 | Feminino | 10 Anos |
| E6 | Feminino | 8 Anos |
| E7 | Feminino | 1 Ano |
| E8 | Feminino | 1 Ano |
| E9 | Feminino | 1 Ano |

Quadro 28: Caracterização da amostra - grupos focais.

3.2 – Dados obtidos nas entrevistas

Como resultado da aplicação dos questionários definiram-se *à priori* 6 categorias: Início da EpS, Tema, Local, Momento, Método e Registos. Contudo após a análise do corpus emergiu outra categoria: factores que influenciam a EpS na urgência de pediatria que compreende 5 subcategorias. Os resultados obtidos encontram-se sumarizados no quadro 29 e em texto integral em anexo.

| Área Temática | Categoria | U.E. | Subcategoria | U.E. |
|--------------------------------------|------------------------------|------|---|------|
| EpS | Início EpS | 8 | Iniciativa enfermeiro | 2 |
| | | | Solicitação dos pais | 3 |
| | | | Percepção de comportamentos inadequados | 3 |
| | Tema | 13 | Associado ao motivo de recorrência | 8 |
| | | | Sem associação ao motivo de recorrência | 5 |
| | Local | 12 | Triagem | 6 |
| | | | UICD | 2 |
| | | | Sem local específico | 5 |
| | Momento | 16 | Procurar o momento | 11 |
| | | | Alta | 1 |
| | | | Realização de procedimentos | 4 |
| | Método | 14 | Demonstrativo | 8 |
| | | | Expositivo | 6 |
| | Registos | 10 | Ausência de registos | 5 |
| | | | Desvalorização do registo | 5 |
| | Factores que influenciam EpS | 21 | Privacidade | 4 |
| | | | Disponibilidade do enfermeiro | 5 |
| Disponibilidade da criança / família | | | 3 | |
| Percepção Eficácia | | | 7 | |
| Experiência Profissional | | | 2 | |

Quadro 29: Resumo dos dados obtidos através dos grupos focais com recurso a Análise de Conteúdo

1ª Categoria - Início da EpS

Em relação à primeira categoria foram encontradas 8 unidades de enumeração que foram agrupadas em 3 subcategorias: por iniciativa do enfermeiro (U.E.=2), por iniciativa da criança / família (U.E.=3) e por percepção de comportamentos inadequados (U.E.=3). Os inquiridos referiram que a EpS tem início por iniciativa dos enfermeiros e sobretudo por observação: “vemos os comportamentos inadequados e fazemos ensinamentos para tentar colmatar esses comportamentos” (E8, 1 ano). Por outro lado, o início das actividades de EpS por solicitação dos pais é efectuado com menos frequência: “são poucos aqueles que nos dizem “ai, explique-me lá porque eu não percebo nada disto” (E1, 12 anos).

2ª Categoria - Tema

Na 2ª categoria foram identificadas 13 unidades de enumeração que foram subcategorizadas em “associado ao motivo de recorrência” ou seja unidades de enumeração que correspondem a relatos de temas que são coincidentes com os motivos de recorrência do utente e família à urgência pediátrica: “é um leque muito variado desde os medicamentos, aos detergentes, às quedas, febre, vômitos, parte respiratória, lavar o nariz, fazer vapores é tudo um pouco” (E2, 1 ano) ou “a grande maioria tem a ver com as situações (que os traz à urgência)” (E1, 12 anos) com um total de 8 unidades de enumeração. Considerou-se ainda uma 2ª subcategoria que são “questões que eles próprios levantam que muitas vezes não têm directamente a ver com o problema que os trouxe”(E9, 1 Ano) com 5 unidades de enumeração identificadas.

3ª Categoria - Local

Relativamente à categoria local, foram identificadas um total de 12 unidades de enumeração e subcategorizadas em triagem “muitas vezes é feito ali porque as crianças têm aquela situação pontual, é ali feito, a criança fica aliviada e vai embora para casa, nem vai para o internamento, isso até passa muito ali pela triagem” (E3, 1 ano), UICD também referida como SO (Serviço de Observação) SO também porque aí ainda estamos mais próximos de uma criança específica” (E8, 1 ano) e ainda sem local específico “eu acho que acontece em todos os âmbitos da urgência pediátrica desde o SO à triagem”(E8, 1 ano).

4ª Categoria - Momento

Na categoria momento foram encontradas, 16 unidades de enumeração e subcategorizadas em procurar o momento “A urgência é mesmo assim, é mesmo procurar a altura mais certa para introduzir alguma coisa que eles apreendam e que estejam também disponíveis para ouvir” (E1, 12 anos), alta “eu acho que é mais no momento da alta” (E6, 10 anos) e realização de procedimentos “quando estamos a realizar os procedimentos aproveitamos para estar a fazer ensinios ao mesmo tempo” (E8, 1 ano).

5ª Categoria - Método

Na categoria “método” foram identificadas 14 unidades de registo e subcategorizadas em 2 tipos de métodos: demonstrativo “quando vou fazer uma sonda de gases a primeira

coisa que faço é pedir à mãe para fazer...não demora muito “faça lá a massagem” e depois “olhe não é propriamente festinhas, tem de fazer assim” (E9, 1 ano) ou “muitas vezes já ouviram falar mas não sabem muito bem o que é que é ou como funciona e é uma forma de mostrar aos pais como é que funciona” (E2, 1 ano) e expositivo “às vezes nas situações de febre, avaliamos a febre e por exemplo está em subida térmica e depois aproveitamos para dizer que é normal ter as extremidades frias, a pele marmoreada, os tremores” (E7, 1 ano).

6ª Categoria – Registos

Relativamente à 6ª categoria foram encontradas 10 unidades de enumeração e subcategorizadas em ausência de registos sempre que os enfermeiros referem não realizar registos relativos às actividades de EpS “nós nas nossas notas não costumamos escrever” (E3, 1 ano) ou desvalorização do registo sempre que a afirmação de não registar é acompanhada de justificação “muitas vezes acabamos por não fazer nada...vemos uma temperatura e fazemos ensino a este e passamos ao lado, vemos que uma grade está baixa e reforçamos ensino sobre prevenção de acidentes e quedas, se calhar do primeiro até vou lá porque como vou registar a temperatura escrevo mas do outro não escrevo” (E8, 1 ano).

7ª Categoria – factores que influenciam a EpS

Por fim, para além das categorias definidas à priori foi ainda identificada uma 7ª categoria que inclui vários factores referidos pelos sujeitos como influenciadores do

desenvolvimento de actividades de EpS com 21 unidades de enumeração. Foi então subdividida em 5 subcategorias que incluem:

- **privacidade** sempre que há referência a aspectos relacionados com a limitação de espaço “Porque mesmo ali (na triagem), nós até podemos estar a fazer ensino e a falar baixinho mas o espaço ali é todo aberto, os gabinetes não são fechados, é muito complicado” (E1, 12 anos);

- **disponibilidade** quer por parte do enfermeiro “também da ansiedade...vai ser influenciado pela carga de trabalho que temos por trás e também pela dificuldade e pela situação que está à nossa frente, a criança...se podemos disponibilizar muito tempo a ensinar a explicar enquanto fazemos ou se temos de intervir logo” (E9, 1 ano) quer por parte da criança e família “também a receptividade dos pais influencia muito” (E9, 1 ano);

- **eficácia** que se prende com a percepção de que a EpS realizada é compreendida pelos pais “Há pais que são muito receptivos e fazem questões e validam e gera-se uma conversa e uma pessoa sente mesmo que é proveitoso porque eles validam e daí dá para perceber que eles retiveram alguma coisa” (E9, 1 ano);

- **experiência profissional** “Sim, há muitas questões e isto é um mundo e quando começamos a “domar” uma parte aparece a outra aresta e depois a outra aresta tipo um cubo...mas sinto...sim... mas é assim...as coisas não aparecem todas ao mesmo tempo, nem tudo é estanque...à medida que as coisas vão surgindo vão surgindo outras dúvidas...também é isso que nos faz aprender” (E9, 1 ano). De referir que, a última subcategoria apresenta 2 unidades de enumeração e foi referida por enfermeiros com 1 ano de experiência profissional em UUP.

Capítulo V - Discussão dos Resultados

1 – Introdução

Neste capítulo são discutidos os resultados obtidos neste estudo atendendo aos referenciais teóricos e à análise efectuada. Esta foi desenvolvida tendo em conta a triangulação de técnicas de colheita de dados. Por uma questão de organização, optou-se por dividir a discussão dos resultados em 4 partes: sujeitos em estudo, conceito de EpS, formação em EpS e práticas de cuidados.

2 - Sujeitos em estudo

Da população seleccionada, constituída por 63 enfermeiros, 53 responderam aos questionários (84,1% de retorno) havendo um predomínio do género feminino (84,9% da amostra) facto que é concordante com os dados estatísticos encontrados. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, dos 56859 enfermeiros inscritos no ano de 2008, 81,3% (46229 indivíduos) pertencem ao género feminino e 18,7% ao género masculino (10630 indivíduos).

Relativamente à idade verifica-se que a amostra se situa entre 23 e 54 anos com valores de média e moda de 33 e 26 anos respectivamente. A mediana coincide com os 31 anos ou seja, metade da amostra estudada encontra-se entre os 23 e os 31 anos. Pode-se então verificar que a amostra é predominantemente jovem. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros dos 56859 enfermeiros inscritos no ano de 2008 48,3% exercem funções em contexto hospitalar (27490 indivíduos). Uma vez que se trata de um serviço

hospitalar e de urgência é de esperar um maior interesse dos recém formados / enfermeiros jovens pelo que os dados eram também esperados (Vaz,2008; Pereira, 2008).

No que diz respeito às habilitações académicas verificou-se a existência de 3 níveis académicos: bacharelato (11,3%), licenciatura (81,1%) e mestrado (7,5%). Há um predomínio claro dos licenciados dado que é actualmente, e, desde 2000, o grau necessário ao exercício da profissão de enfermagem. Estes dados são complementares à faixa etária mais frequente uma vez que a maioria dos enfermeiros apresenta idades até 31 anos era de esperar um predomínio dos licenciados.

Em relação à categoria profissional verifica-se que existe uma maior percentagem de enfermeiros e enfermeiros graduados o que é concordante com os dados relativos à idade. Ao iniciar funções o recém-licenciado ingressa na categoria de enfermeiro e, de acordo com a carreira actual, após 6 anos de profissão e, simultaneamente, avaliação de desempenho positiva progride para a categoria de enfermeiro graduado. Permanecerá nesta categoria até ao final da sua carreira profissional caso não efectue o curso de especialização e progrida, mediante concurso, para as categorias seguintes: especialista e chefe o que explica a distribuição verificada nesta amostra.

Em termos de experiência profissional verifica-se uma média de tempo de 11 anos e uma moda de 1 ano. Valores inferiores aos dados relativos à experiência profissional em UUP o que indica que os profissionais já exerceram noutros locais antes de iniciarem funções na urgência pediátrica mas que são concordantes com os dados relativos à faixa etária.

Em relação ao tempo de experiência profissional em urgência pediátrica verifica-se uma média de tempo de 6,74 anos com desvio padrão de 5,7 anos e uma moda de 1 ano o que se explica quer pelos dados relativos à idade dos inquiridos quer pela história da organização dos serviços de urgência pediátrica onde o estudo foi aplicado. O Hospital Nossa Senhora do Rosário dispõe de UUP há 12 anos, o Hospital de São Bernardo há 11 anos e o Hospital Garcia de Orta há 17 anos.

3 - Conceito de Educação para a Saúde

Relativamente ao conceito de EpS verificou-se que dos inquiridos, 35,85% apresentaram respostas indicativas de um conceito tendencialmente participativo enquanto os restantes inquiridos, 64,11%, apresentaram respostas indicativas de um conceito misto. Com recurso à análise factorial encontraram-se 2 subescalas que incluem afirmações dos dois tipos (tradicional e participativo).

A 1ª sub escala é composta com 6 afirmações sendo 2 de tipo tradicional e 4 de tipo participativo enquanto que a 2ª subescala é composta por 5 alíneas. Neste caso, 3 são de tipo tradicional e 2 de tipo participativo. De facto, pelos resultados obtidos não é possível identificar um conceito dominante ainda que se verifique uma tendência para o conceito de tipo participativo. Carvalho & Carvalho (2006), utilizando as mesmas afirmações e as mesmas categorias, num estudo realizado em 152 enfermeiros de Centro de Saúde verificaram que, 69,1% apresentaram respostas indicativas de um conceito de EpS de tipo participativo. Neste estudo como já foi referido não foi possível identificar o tipo de conceito dominante.

Relativamente à importância da EpS verificou-se que 50,9% dos enfermeiros inquiridos consideram que a EpS é um processo importante mas de igual importância que actividades de tratamento e, 43,4% consideram que a EpS é de tal forma importante que pode mesmo vir a substituir as actividades de tratamento. Carvalho & Carvalho (2006) obtiveram resultados diferentes, estes autores constataram que entre os inquiridos a maioria da amostra (67,1%) atribuía maior importância às actividades de EpS enquanto que se verificou, entre os enfermeiros de UUP, 50,9% atribuiu-lhe importância igual às actividades de tratamento. A referir ainda que os mesmos autores conseguiram relacionar a importância atribuída com a idade concluindo que à medida que aumenta a idade dos enfermeiros aumenta a importância atribuída. No presente estudo a faixa etária predominante é jovem o que pode explicar a elevada percentagem de inquiridos que atribuiu igual importância às actividades de tratamento.

Também Araújo (2004) num estudo realizado em estudantes do ensino superior concluiu que os estudantes dos três cursos analisado (Enfermagem, Fisioterapia e Podologia), e de todos os anos, consideraram que a implementação de actividades de educação para a saúde são muito importantes embora neste caso se trate de estudantes e portanto haverá diferenças de percepção.

4 - Formação em EpS

Relativamente à existência de formação na área da EpS durante o curso de base verificou-se que a maioria dos inquiridos referiu “sim” que era, de certa forma esperado, uma vez que os cursos de enfermagem contemplam nos seus programas a formação em EpS. Atendendo a que a maioria dos inquiridos é jovem e licenciado estes resultados

eram também já esperados. Relativamente à percepção de preparação enquanto educador atendendo à formação base verificou-se que metade dos inquiridos (52,8%) considerou que o curso base não os preparou adequadamente para serem educadores de saúde. No estudo efectuado por Araújo (2004) em estudantes do ensino superior foram questionados os alunos de 4º ano quanto à percepção de preparação ou não como educador para a saúde. Verificou-se que os alunos se consideravam com preparação adequada em todos os cursos em percentagens acima de 60%. Contudo neste caso eram ainda estudantes e não se encontravam a exercer funções o que não acontece com os inquiridos deste estudo o que pode explicar esta diferença de resultados.

Em termos de frequência de formação na área da EpS após o curso de base verificou-se que a maioria dos inquiridos não realizou formação nesta área o que pode estar relacionado com a idade dos inquiridos.

Quanto à frequência de formação contínua verifica-se que a grande maioria efectuou formação contínua com duração entre 13 e 50 horas / ano. No estudo de Carvalho e Carvalho (2006) também se verificou que este foi o intervalo mais representativo. Quando questionados sobre a frequência de formação que permita o desenvolvimento de actividades de EpS verificou-se que a maioria refere ter efectuado formação sendo a área mais referida a transmissão de conhecimentos técnico científicos e a menos referida foi no âmbito do desenvolvimento de actividade de EpS. Carvalho & Carvalho (2006) obtiveram resultados semelhantes.

5 - Práticas de EpS

Relativamente às práticas de EpS o início das actividades de EpS, de acordo com os dados estatísticos obtidos, ocorrem com mais frequência por iniciativa dos enfermeiros, por observação de comportamento inadequados e inerente à realização de procedimentos. Também Palácio (2002) verificou que as actividades de EpS ocorrem maioritariamente por iniciativa dos enfermeiros. Estes dados são coincidentes com os dados obtidos nos grupos focais em que os inquiridos referem “eu acho que somos mais nós a iniciar” (E2, 1 ano) ou “vemos um comportamento inadequado e reforçamos” (E8, 1 ano). Não se verificou existência de correlação entre a experiência profissional em UUP e o início das actividades de EpS.

Quando questionados sobre os temas mais frequentes na EpS os inquiridos identificaram como aspectos mais focados, entre os temas apresentados, as doenças infantis, puericultura / cuidados gerais, prevenção de acidentes e tópicos gerais de saúde enquanto temas menos focados surgem os primeiros socorros e o desenvolvimento infantil. Só é de admitir correlação positiva fraca entre a experiência profissional em UUP e os temas “reanimação”, onde se obteve $R=0,282$, e “desenvolvimento infantil” com $R=0,334$. Estes temas são também mais específicos e que exigem do enfermeiro um estudo mais aprofundado assim como uma maior experiência profissional o que pode explicar a relação obtida.

Nas entrevistas foram identificadas 2 subcategorias e que se prendem com a associação ou não com o motivo de recorrência à UUP. Os temas relacionados com o motivo de recorrência são variados como refere uma enfermeira com 12 anos de experiência profissional em UUP “os temas mais abordados são a febre, vômitos, dificuldade

respiratória, obstrução nasal...” não se encontrando entre os entrevistados referências específicas a um determinado tema. Foram ainda encontradas 5 unidades de enumeração que se referem a abordagem de temas que não têm relação com o motivo de ida à urgência como refere a mesma entrevistada referida anteriormente “isso (prevenção de acidentes) é daquelas coisas que não têm propriamente a ver com aquilo que eles vêm cá fazer”.

Relativamente à variável “Local EpS”, destacaram-se neste estudo como locais onde se efectuam estas actividades com mais frequência a sala de triagem, a sala de tratamentos e a UICD. Por outro lado, os locais referidos como menos frequentes no desenvolvimento destas actividades foram os gabinetes médicos e a sala de espera. Estes dados quantitativos são confirmados pelos dados qualitativos obtidos.

Na análise dos grupos focais constatou-se que os enfermeiros referiram a triagem como local de eleição uma vez que é o primeiro contacto entre os utentes e os profissionais de saúde tendo-se obtido 6 unidades de enumeração. Refere uma enfermeira com 1 ano de experiência profissional em UUP que “muitas vezes é feito ali porque as crianças têm aquela situação pontual, é ali feito, a criança fica aliviada e vai embora para casa, nem vai para o internamento, isso até passa muito ali pela triagem” (E3). O SO, termo que é utilizado frequentemente como sinónimo de UICD, foi também referido na abordagem qualitativa. Compara-se a triagem ao “SO também porque aí ainda estamos mais próximos de uma criança específica” (E8, 1 ano) e por isso há mais tempo e disponibilidade para estar junto dos pais e criança. Em relação aos gabinetes médicos e sala de espera os resultados eram já previsíveis uma vez que são locais onde os enfermeiros habitualmente não prestam cuidados quer pelas características arquitectónicas dos locais onde o estudo foi efectuado, quer pelo próprio trabalho

desenvolvido por estes profissionais. Ainda a referir que apenas é de admitir relação positiva fraca entre a variável experiência profissional em UUP e o local “sala de aerossóis” tendo-se obtido $R=0,291$. Este resultado pode ser explicado pela solicitação que é efectuada aos profissionais para apoiar os pais nesta sala. Neste contexto propicia-se um momento mais oportuno para se iniciar uma conversa entre profissionais e criança / família. Como foi referido nas entrevistas “num momento mais calmo começamos então a desbravar caminho, começamos a falar de outras coisas, da rotina e então perguntamos: “e isto?” e aí já é diferente” (E7, 1 ano).

Relativamente à variável “Momento EpS” destaca-se as opções: “1ª abordagem à criança”, “durante a realização de procedimentos” e “no momento da alta” o que é referido também na abordagem qualitativa. Identificou-se ainda, no discurso dos inquiridos outro aspecto “procurar o momento”. Este foi referido com uma frequência de 11 como “é muito o procurar qual é a altura mais indicada e que nem sempre é” (E1, 12 anos). Para os enfermeiros inquiridos o início das actividades de EpS deve ter em conta a situação clínica da criança e simultaneamente a disponibilidade dos pais, referem que “ em situação mais complicadas por exemplo nas intoxicações, quer dizer, não faz sentido” (E1, 12 anos).

A escolha do momento mais adequado deve então ser efectuada com muito tacto como refere uma das entrevistadas, com 1 ano de experiência profissional: “se for no momento mais urgente a mãe não está preocupada se dá isto ou aquilo interessa-lhe é agora neste momento o que fazer” (E7). Queiróz (2006) num estudo analítico interpretativo realizado em serviços de atendimento pediátrico realizou entrevistas a profissionais de saúde e concluiu que a equipa pediátrica deve ter sensibilidade na abordagem aos pais colocando o enfoque no aspecto relacional. Estes resultados estão

relacionados com o próprio conceito de urgência e com a abordagem que deve ser efectuada pelos profissionais neste contexto. Verificou-se que existe correlação positiva fraca entre a experiência profissional em UUP e as opções “enquanto aguardam resultados de exames complementares ou resposta a tratamento” ($R=0,335$) e “no momento da alta” ($R=0,305$). Relativamente à primeira opção uma explicação possível deve-se ao facto de que uma vez que se a criança está a aguardar implica uma permanência maior no serviço de urgência e conseqüentemente há maior oportunidade para abordar a criança e a família. Em relação ao momento da alta era um resultado esperado uma vez que é referido em vários estudos como um momento oportuno para a abordagem do utente (Palácio, 2002; Pereira, 2008; Vaz, 2008).

Relativamente ao método utilizado verificou-se que os métodos expositivo, demonstrativo e activo se destacam como metodologias mais utilizadas e o método interrogativo como o menos usado. Ainda a referir que 1 dos inquiridos identificou a “conjugação de métodos” com um nível de frequência de 4 que pode ser considerado como o método activo uma vez que este pressupõe a utilização de várias metodologias. Das entrevistas verificou-se que os enfermeiros identificaram apenas 2 metodologias: expositivo e demonstrativo. Referem os enfermeiros que em certas situações só é possível através de uma demonstração “muitas vezes as mães não sabem lavar o nariz porque têm medo e pões só umas gotinhas, não sabem...com o aspirador ou com a estimulação para alívio das cólicas têm medo e só introduzem um bocadinho...isso só mesmo demonstrando” (E1, 12 anos). Num estudo qualitativo realizado em contexto hospitalar, num serviço de cirurgia, com recurso a observação e entrevistas semi estruturadas junto de doentes e enfermeiros, o autor verificou que a metodologia utilizada predominantemente é uma metodologia expositiva (Palácio, 2002). Verificou

haver também a utilização de recursos escritos (panfletos / folhetos) e uma linguagem interactiva o que também se verificou neste estudo. Os enfermeiros referem utilizar suporte escrito nas intervenções como verbaliza uma entrevistada com 1 ano de experiência profissional em UUP “na triagem utilizo muitos folhetos, principalmente na triagem, sobre vômitos, diarreia, varicela” (E8). Relativamente ao método foi possível verificar a existência de correlação positiva fraca entre a experiência profissional em UUP e o método interrogativo ($R=0,312$) e o método activo ($R=0,281$). Não foram encontrados estudos correlacionais para que se possam estabelecer comparações relativamente a estes resultados.

Em relação à variável “Registos EpS” verifica-se que os enfermeiros realizam com mais frequência registos no processo de urgência / notas de enfermagem e com menos frequência no boletim individual de saúde e em folhetos / impressos próprios. Houve ainda uma percentagem significativa que, na componente “não regista”, apresentou baixos níveis de concordância. Estes dados são discrepantes com os dados obtidos através da metodologia qualitativa. Os enfermeiros referem que “isso (os registos) é uma lacuna” (E9, 1 ano) e também “de um modo geral não registamos e foi realizado ensino sobre muitas coisas” (E8, 1 ano). Foi ainda possível identificar uma desvalorização dos registos pois como refere uma enfermeira com 1 ano de experiência profissional em UUP “estava a lembrar-me vemos uma temperatura e está em subida, fazemos arrefecimento, registamos a temperatura e o arrefecimento mas o ensino aos pais não” (E7). Por outro lado, é ainda referido “eu acho que penso que está tão implícito no que temos de fazer que não é necessário registar, é impensável que não o fizesse” (E9, 1 ano).

Não foi estabelecida correlação entre a experiência profissional em UUP e esta variável.

Do ponto de vista afectivo verificou-se que a maioria dos inquiridos gosta de desenvolver actividades de EpS com 74,4% da amostra a escolherem valores de 4 (moderado) e 5 (bastante) numa escala tipo Likert. Estes dados eram esperados já que a área da educação é parte integrante da profissão de enfermagem. Não se verificou relação entre a experiência profissional e a componente afectiva da EpS.

Em relação às diferentes fases no desenvolvimento de actividades de Eps verificou-se que os enfermeiros apresentaram elevados níveis de concordância em todas as afirmações o que poderá estar relacionado com o facto do grupo de inquiridos apreciarem o desenvolvimento destas actividades. Por outro lado, verificou-se correlação negativa fraca entre a experiência profissional em UUP e 2 das afirmações que se referem à fase de execução. Poderá estar relacionado com a maior insegurança por parte dos enfermeiros mais jovens e que portanto quanto menor é a experiência profissional verifica-se uma maior discordância com as afirmações. Este facto foi também verificado nas entrevistas.

No que diz respeito ao número de horas dispendidas pelos enfermeiros em EpS verificou-se um tempo médio de 2, 59 horas e que existe correlação fraca positiva entre o número de horas e a experiência profissional em UUP. Uma explicação para este resultado pode ser o facto de enfermeiros mais jovens valorizarem mais as actividades de tratamento e a execução de técnicas do que as intervenções de índole educativa.

Da abordagem qualitativa efectuada surgem ainda outras questões que foram identificadas pelos enfermeiros e estão associados a factores que influenciam o desenvolvimento da EpS na UUP.

A **privacidade** é um dos aspectos referidos, tendo-se identificado 4 unidades de enumeração. Este facto prende-se com as dimensões arquitectónicas dos serviços onde o estudo foi aplicado, os inquiridos referem que o espaço físico reduzido é limitador o desenvolvimento das actividades, dado que expõe a criança e a família como refere uma enfermeira com 12 anos de experiência “Porque mesmo ali (na triagem), nós até podemos estar a fazer ensino e a falar baixinho mas o espaço ali é todo aberto, os gabinetes não são fechados, é muito complicado” (E1). Também Palácio (2002) identificou como local de eleição o quarto do utente (em serviços de internamento) dado que oferece mais privacidade.

Outro aspecto apontado é a **disponibilidade do enfermeiro** quer em termos de tempo efectivo quer em termos de trabalho a desenvolver. Como refere uma enfermeira com 1 ano de experiência profissional “vai ser influenciado pela carga de trabalho que temos por trás e também pela dificuldade e pela situação que está à nossa frente, a criança...se podemos disponibilizar muito tempo a ensinar a explicar enquanto fazemos ou se temos de intervir logo” (E9).

Também a **disponibilidade da criança e família** foram referidos o que tem coerência em associação com a sub categoria já identificada “procurar o momento”. Numa situação de urgência que os pais e a criança estejam sob grande ansiedade procura-se encontrar o momento mais propício em que exista uma maior abertura à abordagem dos profissionais, como referem 2 enfermeiras ambas com 1 anos de experiência

profissional em UUP “ A ansiedade muitas vezes dos pais também não permite” (E8) e “também a receptividade dos pais influencia muito” (E9).

Outro factor identificado é a **percepção de eficácia**, nesta subcategoria foram identificadas 7 unidades de enumeração. Os enfermeiros referem por um lado que não conseguem perceber se existe eficácia nas suas intervenções de EpS “nós fazemos o ensino mas não sabemos se o objectivo do mesmo foi concretizado” (E7, 1 ano). Por outro lado discutem a ineficácia “há pais que nós temos a nítida sensação, não é a nítida sensação é a nítida certeza que fizemos e já os ensinamos e que nós já assistimos aos ensinamentos feitos por colegas e insistem e fazem a mesma coisa” (E1, 12 anos). Queiróz (2006) refere que para muitos profissionais de saúde, educar para a saúde é levar a compreensão e as soluções consideradas correctas e, da forma que o profissional sabe. Este facto de certa forma explica os dados obtidos na abordagem qualitativa.

Por último, foi ainda identificada uma subcategoria que se prende com a **inexperiência dos enfermeiros**. Foram detectadas 2 unidades de enumeração e que correspondem a enfermeiros com 1 ano de experiência profissional em UUP e referem que o facto de terem pouca experiência profissional as limita no decorrer das actividades de EpS “eu falo por mim como ainda sou muito nova fico assim” (E7, 1 ano) e “Sim, há muitas questões e isto é um mundo e quando começamos a “domar” uma parte aparece a outra aresta e depois a outra aresta tipo um cubo...mas sinto...sim... mas é assim...as coisas não aparecem todas ao mesmo tempo, nem tudo é estanque...à medida que as coisas vão surgindo vão surgindo outras dúvidas...também é isso que nos faz aprender” (E9, 1 ano).

Capítulo VI- Conclusões

Como forma de sintetizar os resultados obtidos e para conclusão opta-se por recorrer aos objectivos inicialmente propostos.

Identificar o tipo de conceito de EpS dos enfermeiros da urgência pediátrica

Relativamente ao tipo de conceito não se pode apresentar uma conclusão definitiva uma vez que os dados obtidos não indicam um tipo específico de conceito. Verificou-se que 35,85% da amostra apresenta um conceito predominantemente participativo o que significa que apresentaram níveis elevados de concordância em afirmações que associam a EpS a conceitos como intencionalidade, interacção, planeamento, autoestima, autocapacitação e clarificação. A análise factorial efectuada também não permitiu esclarecer de forma inequívoca o tipo de conceito contudo, pode-se afirmar que nesta amostra existe um predomínio do tipo participativo.

Caracterizar a formação efectuada em EpS pelos enfermeiros

Em relação à formação conclui-se que entre os inquiridos a maioria recebeu formação na área da EpS durante o curso de base embora mais de metade da amostra considere que a mesma não os preparou adequadamente para desempenharem o papel de educadores de saúde. Parece não haver um interesse nesta área uma vez que 60,4 % não efectuou qualquer formação específica em EpS embora 79,2% refira ter efectuado formação contínua nos últimos 5 anos sendo a duração mais representativa entre 13 a 50 horas / ano. Entre os que efectuaram formação que dê suporte ao desenvolvimento de actividades de EpS (57,1%) verifica-se que a área mais referida (62,5%) se prende com a transmissão de conhecimentos

Caracterizar as práticas de EpS dos enfermeiros da urgência pediátrica:

Na UUP os enfermeiros iniciam as intervenções de EpS por iniciativa própria, também inerentes ao desempenho de funções, e por observação de comportamentos inadequados sendo os temas mais abordados, associados ou não ao motivo de recorrência, as doenças infantis, puericultura / cuidados gerais à criança, desenvolvimento infantil, prevenção de acidentes e tópicos gerais de saúde.

As intervenções ocorrem predominantemente na sala de triagem, sala de tratamentos e na UICD embora nas entrevistas os enfermeiros refiram que pode ocorrer em todos os locais da UUP.

Em relação ao momento de início das actividades, este é referido pelos enfermeiros como um momento “procurado” e escolhido com “muito tacto” que, surge com mais frequência na 1ª abordagem, durante a realização de procedimentos e no momento da alta.

As metodologias expositivas e demonstrativas foram as mais referidas quer nos questionários quer nas entrevistas e surgem como as mais relevantes. Parece haver uma desvalorização ou ausência de registos neste âmbito no discurso dos enfermeiros embora nos questionários o mesmo não se verifique.

Os registos são realizados no processo de urgência da criança / notas de enfermagem com maior frequência. De uma forma geral pode-se referir que os inquiridos apreciam o desenvolvimento de actividades de EpS em todas as suas fases (diagnóstico, planeamento, execução e validação) sendo estimado um dispêndio médio de 2h30 por turno no desenvolvimento destas actividades.

Destacam-se ainda alguns factores que influenciam a EpS como a privacidade, a disponibilidade do profissional e da criança / pais, entendida não só em termos temporais mas também psicológicos, a eficácia e a experiência profissional do enfermeiro.

Relacionar as práticas de cuidados de enfermagem na área da EpS com a experiência profissional em UUP

Neste estudo foi possível estabelecer, através do teste estatístico de Spearman, correlação positiva fraca entre a experiência profissional em UUP e as variáveis temas (nas componentes reanimação e desenvolvimento infantil), local (na componente sala de aerossóis), momento (nas componentes “enquanto aguardam resultados de exames complementares ou resposta a tratamento” e “momento da alta”), métodos (nos componentes interrogativo e activo) e n.º de horas. Foi ainda possível estabelecer correlação negativa fraca entre a experiência profissional em UUP e a variável fases de EpS (nas componentes execução: estar à vontade e execução: momento adequado).

Apresentadas as principais conclusões atendendo aos objectivos específicos inicialmente propostos chega-se ao objectivo geral do trabalho:

Descrever as percepções dos enfermeiros sobre EpS na urgência de pediatria atendendo à experiência profissional na área, conceito pessoal, formação e práticas de cuidados de enfermagem.

Numa amostra pequena e jovem como a que foi alvo deste estudo as conclusões retiradas não podem ser generalizadas e têm de ser analisadas para este grupo em concreto. Contudo, levantam o véu sobre algumas questões importantes e ajudam a

perceber mais sobre o trabalho dos enfermeiros na urgência de pediatria e, pode-se referir que os resultados obtidos são coerentes e explicáveis.

Para os inquiridos a EpS é um processo predominantemente participativo no qual a criança e família fazem parte integrante. O conceito tem associado a auto-capacitação, a intencionalidade e escuta activa ainda que, não se possa categorizar de forma clara o conceito dominante. Espelho desta indefinição é a importância que os inquiridos atribuem à EpS dado que se verifica uma dicotomia nas respostas. Cerca de metade da amostra considera a EpS tão importante como as actividades de tratamento enquanto a outra metade a considera de tal forma importante que pode mesmo vir a substituir as actividades de tratamento. No âmbito da formação, ainda que seja claro a existência de formação quer durante no curso de base quer contínua ao longo do exercício profissional não se verifica um grande investimento nesta área o que se relaciona com a importância que este grupo atribui à EpS.

Do ponto de vista das práticas diárias de cuidados pode-se referir que os enfermeiros entendem a EpS como parte integrante do seu dia a dia na UUP. É percebida pelos inquiridos como uma actividade autónoma inerente ao seu papel profissional mas que deve ser desempenhada junto das crianças e pais com muito cuidado e atendendo a uma multiplicidade de factores como a privacidade, a disponibilidade e a experiência profissional. Porém quando se trata de quantificar (em horas) ou registar estas intervenções há uma desvalorização por parte dos enfermeiros ou “lacuna” como foi referida por uma das entrevistadas. Destaca-se também a utilização de metodologias expositivas e demonstrativas como técnicas de fácil utilização bem como o facto de que os enfermeiros gostam de desenvolver actividades de EpS. Do discurso directo foi ainda possível perceber que inerente à experiência profissional e ao desenrolar destas

actividades há uma percepção de eficácia / ineficácia que vai influenciar uma maior ou menor investimento na área. Como refere Russel (1996) é preciso perceber que a EpS tem os seus limites e que alterar comportamentos pode ser difícil. Devem pois, os educadores de saúde focalizarem-se nos pequenos sucessos contributos para a saúde dos indivíduos mantendo uma perspectiva centrada no amplo papel da EpS.

Capítulo VII – Recomendações

As características dos instrumentos aplicados neste estudo assim como a natureza da amostra tornam o estudo impossível de generalizar, contudo o seu valor fica circunstanciado ao caso particular e pode constituir fonte de desenvolvimento. Terminado o registo deste trabalho de investigação enunciam-se algumas recomendações que resultam da reflexão da investigadora em relação ao mesmo nomeadamente:

- Estudo de maior dimensão que permita efectuar comparações com os resultados obtidos;
- Considerar os dados obtidos neste trabalho através da abordagem qualitativa (factores que influenciam a EpS na UUP);
- Abordagem do tema na óptica das crianças e / ou família (por exemplo grau de satisfação);
- Incluir aspectos sociais e culturais na caracterização das actividades de EpS desenvolvidas pelos profissionais na UUP;
- Perceber quais as necessidades formativas das crianças e pais que recorrem à UUP;

Referências Bibliográficas

American Psychological Association (2001). Manual de Publicação da American Psychological Association. Porto Alegre: Artmed Editora.

Ammentorp, J., Mainz, J. & Sabroe, S. (2006). Determinants of priorities and satisfaction in pediatric care. *Pediatric Nursing*, vol. 32, n.º 4, 333-340.

Andrade, M. C. P. (2001). Psicologia da saúde: contributos para uma abordagem Interdisciplinar da Educação para a Saúde. *Referência*, 7 (Novembro). 17- 24.

Andrade, M. I. (1995). *Guia de Educação para a Saúde – Guia para Professores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora.

Araújo, I. M. B. (2006). Saúde, Doença e EpS: uma perspectiva. *Sinais Vitais*: 67. 13-16.

Araújo, I.M.B. (2004). *Aprendem doença, educam para a saúde. Influência da formação em futuros profissionais de saúde em concepções de saúde/doença, EpS e sua implementação*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, não publicada, Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia.

Arwidson, P. et al. (2001). *Éducation pour la Santé des Jeunes: Demarches et méthodes*. Paris: Les editions Inserm.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barros, I. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 1 (XVI), 11-28.

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

Bienert, M.D.F., Barranco, D. A., & Herrero, M.G. (2001). La enseñanza de la educación para la salud vista por profesionales enfermeros de atención primaria de salud. *Pedagogia Social. Revista Interuniversitaria*, 6-7 (Diciembre 2000, Junio 2001), 263-277.

Buttet, P. (2003). Le Concept d'éducation pour la santé centrée sur le patient. *Recherche en Soins Infirmiers*.73, Juin, p.41-48.

Caldeira, T. et al (2006). O dia a dia de uma urgência pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 37, n.º1, Jan-Fev.1-4.

Carmo, H. & Ferreira, M. M.(1998). *Metodologia da Investigação – Guia para a Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *EpS: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Casey, A. (1993). Development and use of partnership model of nursing care. In: Glasper, E. & Tucker, A. *Advances in child health nursing*. Middtesex: Scutari Press.

CIPE/ICNP®(2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão Beta*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Coelho, M. e colaboradores (1996). *Urgências Pediátricas e casuística do Hospital Dona Estefânia*. Lisboa: Laboratórios Bial.

Coffman, S.; Martin, V.; Prill, N. & Langley, B. (1998). Perceptions, safety behaviours, and learning needs of parents of children brought to an emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 24(2), 13-139.

Couto, A.J. (1998). O Modelo de Crenças na Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. *Revista Referência*, 1 (Setembro),5-9.

Curado, M.A.S. (2004). Reorganização das urgências pediátricas na sub-região de saúde de Lisboa: têm palavra os pais, têm palavra os profissionais de saúde. *Enfermagem*, n.º35/36 (2ª série).64-80.

Damásio, A. (1998). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Publicações Europa América.

Déjours, C. (1993). Intelligence pratique et sagesse pratique: deux dimensions méconnues du travail réel. *Education Permanente*, 216, 47-70.

- Dicionário da Língua Portuguesa. (2001). Porto: Porto Editora.
- Direcção Geral de Saúde (2001). *Guias de Educação e Promoção da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde – Direcção Geral de Saúde.
- Ferrão, L. & Rodrigues, M. (2000). *Formação Pedagógica de Formadores. Da teoria à Prática*. Lousã: Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Fontes, R.S. (2006). As possibilidades da actividade pedagógica como tratamento sócio-afectivo da criança hospitalizada. *Revista Portuguesa de Educação*, 19 (1), 95-128.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência,
- Glantz, K. (1999). Teoria num Relance – Um guia para a prática da promoção da saúde. In Sardinha, L.B., Matos, M.G. & Loureiro, I. *Promoção da Saúde – Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Green, L.W.(1984). Health Education Models. In : Wiley, J. & Sons, *Behavioral Health: a handbook of health enhancement and disease intervention* (p.181-198). New York: Matazzo J. D.
- Green,W.H. (1998). *Education para la salud*. Madrid: Interamericana.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Paris: Lusociência.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Lusociência.
- Madeira, A. C. S. C. M. (2004). *EpS – Avaliação de capacidades em estudantes de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, não publicada, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Mano, M.J. (2002). Cuidados em Parceria às crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e Pais. *Referência*, 8(Maio),53-61.

Manderscheid, J.C. (1994). Modèles et Principes en éducation pour la santé. *Revue Française de Pédagogie*, 117, p.81-96.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Martins, A. G. (1991). *Humanizar o atendimento da criança: alguns aspectos da humanização*. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Matos, M.G.; Gaspar, T.; Vitória, P.D. & Clemente, M.P. (2003). *Adolescentes e o Tabaco. Rapazes e Raparigas*. Cruz Quebrada: FMH.

Melo, E. M. O. P. (1999). Acessibilidade / Utilização do serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Referência*, 3 (Novembro), 59-62.

Mulle, J.D. (2000). *Percepções de uma equipa de enfermagem sobre premanência conjunta: implicações educacionais*. Dissertação de Mestrado em Educação, não publicada, Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação da Pontifícia.

Navarro, M.F. (2000). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. In: *Congresso Nacional de Educação para a Saúde*. Braga: Universidade do Minho, Departamento de Metodologias da Educação, 13-28.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros (2009). Dados Estatísticos 2000-2008. Consultado a 3 de Abril de 2008 em <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

Pacheco, S. & Cunha, S. (2006). A educação para a saúde nos cuidados de saúde primários: o papel do enfermeiro. *Nursing*, n.º 211, Junho, 19-22.

Palácio, R.P.S. (2002). *Contributo do enfermeiro como educador de saúde: a perspectiva do cliente em contexto hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, não publicada, Universidade Aberta.

- Pereira, N.G.G (2008). *Comunicação de enfermeiro / utente num serviço de urgência*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, não publicada, Universidade Aberta.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Editora Sílabo.
- Pestana, M.T.A.A.T. (1996). *A formação dos enfermeiros e a EpS num contexto multicultural*. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.
- Queiróz, M.V.J. (2006). Estratégias de Educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em Pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 9 (18).117-130.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva 4ª edição.
- Redman, B. K. (2001). *A prática da Educação para a Saúde*. Loures: Lusociência.
- Ressel, L.B.; Gualda, D.M.R. & Gonzales, R.M.B. (2002). Grupo Focal como uma Estratégia para coletar dados de pesquisa em Enfermagem. *International Journal of Qualitative Methods* 1 (2). Consultado a 30 Setembro de 2008 em http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_2Final/html/ressel.html
- Russel, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Reis, E. (2008). *Estatística Descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rodrigues, M.; Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *EpS – Educação Pedagógica de Formadores de Saúde*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Scott, L.A. B. & Black, D.R. (1999). Health Communication and Professional Preparation: health educator credibility, message learning and behavior change. *Health Education & Behavior*. 26 (5), 609-620.

Silva, A. S. & Pinto, J.M. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Lisboa: Edições Afrontamento.

Soares, S.; Aidos, A.; Rodrigues, M. & Guimarães, J, (2006). Efectividade do sistema de triagem telefónica Saúde 24 pediatria num serviço de urgência pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 433-442.

Sousa, P.C.P. & Frias, L.I.G. (2002). As atitudes dos utentes no que respeita à EpS no âmbito da vacinação antitetânica. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 5, 48-61.

Teixeira, R.R. (1997). Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 1 (1), 1-40.

Ubbes, V. A. ; Black, J.M. & Ausherman, J.A. (1999). Teaching for understanding in Health Education: the role of critical and creative thinking skills within constructivism theory. *Journal of Health Education*.30 (2), 67-72.

Vairinhos, V.M. (1995). *Estatística*. Lisboa: Universidade Aberta.

Vaz, C.R.O.V (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, não publicada, Universidade Aberta.

Vilelas, J. M. S. (2008). *Metodologias de Investigação. Da pesquisa quantitativa à qualitativa em ciências da saúde*. Monte da Caparica: Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

World Health Organization (1988). *Education for Health: a manual on health education in primary health care*. Geneva: WHO.

World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO. Consultado a 12 Novembro de 2008 em <http://www.who.int/>

World Health Organization (2004). *Standards for Health Promotion in Hospitals*. Copenhaga: WHO – Regional Office for Europe. Consultado a 12 de Novembro de 2008 em <http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf>

World Health Organization (2005). Health Promotion in hospitals: Evidence and quality Management. Copenhaga: WHO – Regional Office for Europe. Consultado a 12 de Novembro de 2008 em <http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>.

Apêndices

Apêndice I – Questionário

Caro colega,

Sou Enfermeira e encontro-me actualmente a frequentar o mestrado em Ciências da Educação na Especialidade de Educação para a Saúde. Neste âmbito estou a elaborar um trabalho de investigação subordinada ao tema: Percepções dos Enfermeiros sobre a educação para a saúde em contexto de urgência pediátrica. Sendo um tema tão comum na prática dos cuidados dos enfermeiros em pediatria é também, uma área pouco abordada na literatura e na qual acredito vale a pena investigar e investir.

Assim, venho solicitar-lhe a colaboração neste estudo através do preenchimento deste questionário. Trata-se de um documento anónimo e confidencial cujo objectivo é de cariz académico como referido anteriormente. Não existem respostas certas ou erradas apenas a sua opinião e percepção individual.

Agradeço-lhe desde já a atenção e disponibilidade sem as quais o estudo seria inviável.

Fernanda Loureiro

QUESTIONÁRIO

| CARACTERIZAÇÃO GERAL | | | | | |
|--|------------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| Idade: ___ Anos | | | | | |
| Género: ___ Feminino ___ Masculino | | | | | |
| Habilitações Académicas: ___ Bacharelato; ___ Licenciatura; ___ Mestrado; ___ Doutoramento; | | | | | |
| Categoria Profissional: ___ Enfermeiro/a; ___ Enf. graduado/a; ___ Enf. Especialista; ___ Enf. Chefe. | | | | | |
| Experiência Profissional: ___ anos | | | | | |
| Experiência Profissional em Urgência Pediátrica: ___ anos | | | | | |
| CONCEITO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE | | | | | |
| 1 - Assinale com uma cruz a sua opinião em relação às seguintes afirmações. | Escala de Concordância | | | | |
| | Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
| a) É uma palestra em que se transmite conhecimentos sobre saúde / doença; | | | | | |
| b) É um processo interactivo no qual a criança / família detém uma participação activa; | | | | | |
| c) É um processo de transmissão de conhecimentos para um público passivo; | | | | | |
| d) É uma actividade intencional que incita a criança / família a pensar e a decidir sobre si mesma; | | | | | |
| e) É uma actividade planeada; | | | | | |
| f) É uma actividade dirigida por profissionais; | | | | | |
| g) É uma actividade na qual se trabalha para a comunidade; | | | | | |
| h) É uma actividade que deve privilegiar o desenvolvimento da autoestima e a autocapacitação das pessoas; | | | | | |
| i) É uma actividade que deve ter em conta os interesses e as necessidades dos indivíduos; | | | | | |
| j) Pressupõe num primeiro momento a observação/escuta activa das pessoas; | | | | | |
| k) É uma actividade de ensino ocasional; | | | | | |
| l) É um processo em que se procura clarificar valores. | | | | | |
| 2 - Das seguintes afirmações seleccione com X a que mais se adequa á sua opinião (seleccione apenas 1). | | | | | |
| a) A Educação para a Saúde não é um processo importante; | | | | | |
| b) A Educação para a Saúde é importante, mas deve-lhe ser dada menor importância que às actividades de tratamento; | | | | | |

| | |
|--|--|
| c) A Educação para a Saúde é importante, mas deve-lhe ser dada igual importância que às actividades de tratamento; | |
| d) A Educação para a Saúde é importante, mas deve-lhe ser dada maior importância que às actividades de tratamento; | |
| e) A Educação para a Saúde é de tal modo importante, que pode vir a substituir as actividades de tratamento. | |

FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

| 3 - Assinale com X a opção que se adequa á sua situação. | | SIM | NÃO |
|--|---|-----|-----|
| a) Teve durante o curso de base de enfermagem, formação na área da educação para a saúde? | | | |
| b) Considera que o curso de base a preparou adequadamente para ser educador de saúde? | | | |
| c) Após o curso base teve formação na área de educação para a saúde? | | | |
| d) Nos últimos 5 anos tem feito formação contínua regular? (se "Não" avance para a questão 4) | | | |
| e) Com que frequência? | <input type="checkbox"/> < 5 horas / ano; <input type="checkbox"/> 5-12 horas / ano; <input type="checkbox"/> 13-50 horas / ano; <input type="checkbox"/> 51-100 horas / ano; <input type="checkbox"/> > 100 horas / ano. | | |
| f) Fez alguma formação que lhe dê suporte ao desenvolvimento de actividades de Educação para Saúde? (se "Não" avance para a questão 4) | | | |
| g) Em que vertentes de formação? | <input type="checkbox"/> No âmbito da transmissão de conhecimentos (técnico-científicos); <input type="checkbox"/> No âmbito dos processos de ensino-aprendizagem (pedagogia); <input type="checkbox"/> No âmbito dos comportamentos das pessoas (psico-sociologia); <input type="checkbox"/> No âmbito da planificação de actividades de Educação para a saúde; <input type="checkbox"/> No âmbito do desenvolvimento de actividades de Educação para a Saúde; <input type="checkbox"/> Outra (Qual? _____) | | |

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NOS CUIDADOS DIÁRIOS

| 4 - Na sua opinião como se inicia a Educação para a Saúde na urgência pediátrica? (coloque X na opção escolhida considerando uma escala de 1 a 5 em que 1 corresponde a pouco frequente e 5 muito frequente) | Escala de Frequência | | | | |
|--|----------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| a) Por solicitação dos pais; | | | | | |
| b) Por iniciativa do enfermeiro; | | | | | |
| c) Por observação de comportamentos inadequados; | | | | | |
| d) Por prescrição clínica; | | | | | |
| e) Inerente á realização de procedimentos; | | | | | |
| f) Outra (Qual? _____). | | | | | |

| 5 - Quais são os temas mais abordados? (coloque X na opção escolhida considerando uma escala de 1 a 5 em que 1 corresponde a pouco frequente e 5 muito frequente) | Escala de Frequência | | | | |
|--|----------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| a) Reanimação (Por exemplo: manobras de desobstrução); | | | | | |
| b) Doenças infantis (Por exemplo: febre, diarreia, vômitos, quadro respiratório); | | | | | |
| c) Puericultura / Cuidados gerais à criança; | | | | | |
| d) Primeiros socorros; | | | | | |
| e) Desenvolvimento Infantil; | | | | | |
| f) Prevenção de acidentes | | | | | |
| g) Tópicos de saúde gerais (Por exemplo: alimentação); | | | | | |
| h) Outro (Qual? _____). | | | | | |
| 6 - Em que locais decorre? (coloque X na opção escolhida considerando uma escala de 1 a 5 em que 1 corresponde a pouco frequente e 5 muito frequente) | Escala de Frequência | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| a) Triagem; | | | | | |
| b) Sala de Tratamentos; | | | | | |
| c) Sala de aerossóis; | | | | | |
| d) Gabinetes médicos; | | | | | |
| e) Sala de espera; | | | | | |
| f) Unidade de Internamento de Curta Duração; | | | | | |
| g) Outro (qual? _____). | | | | | |
| 7 - Em que momento decorre a Educação para a Saúde? (coloque X na opção escolhida considerando uma escala de 1 a 5 em que 1 corresponde a pouco frequente e 5 muito frequente) | Escala de Frequência | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| a) Na 1ª abordagem à criança / família; | | | | | |
| b) Durante a realização de procedimentos; | | | | | |
| c) Enquanto a criança / família aguardam resultados de exames complementares de saúde ou resposta a tratamento; | | | | | |
| d) No momento da alta; | | | | | |
| e) Outra (Qual? _____). | | | | | |
| 8 - Que metodologias utiliza? (coloque X na opção escolhida considerando uma escala de 1 a 5 em que 1 corresponde a pouco frequente e 5 muito frequente) | Escala de Frequência | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| a) Método expositivo (transmissão de informação); | | | | | |
| b) Método demonstrativo (executa o procedimento ou técnica); | | | | | |
| c) Método interrogativo (questiona a criança e família sobre os seus conhecimentos); | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|-----------------|----------------------------------|-----------------|----------------------------|
| d) Método activo (fomenta a participação activa dos pais nos cuidados à criança) | | | | | |
| e) Outro (Qual? _____). | | | | | |
| 9 - Onde regista? (coloque X na opção escolhida considerando uma escala de 1 a 5 em que 1 corresponde a pouco frequente e 5 muito frequente) | Escala de Frequência | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| a) No processo de urgência da criança / Notas de enfermagem; | | | | | |
| b) No boletim individual de saúde; | | | | | |
| c) Em folhetos / impressos próprios; | | | | | |
| d) Não regista; | | | | | |
| e) Outro (Qual? _____) | | | | | |
| 10- Assinale com X a opção que se adequa á sua situação (considere a escala de 1 a 5 em que 1 significa "nada" e 5 "bastante") | Escala de Gradação | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| a) Gosta de desenvolver actividades no âmbito da Educação para a Saúde na Urgência Pediátrica? | | | | | |
| 11 - Relativamente às seguintes afirmações sobre educação para a saúde na urgência pediátrica assinale com X a sua opinião. | Escala de Concordância | | | | |
| | Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
| a) Consigo perceber facilmente quais são as principais necessidades educativas da criança e família; | | | | | |
| b) Sinto facilidade em planear actividades de educação para a saúde; | | | | | |
| c) Consigo adequar a linguagem e informação em função da faixa etária e nível sócio económico; | | | | | |
| d) Sinto-me á vontade com a criança e acompanhantes durante a realização de actividades de Educação para a saúde; | | | | | |
| e) Consigo escolher o melhor momento e local para a realização destas actividades; | | | | | |
| f) Consigo avaliar as actividades desenvolvidas; | | | | | |
| 12 - Considerando um turno de 8 horas quantas horas depende em Educação para a Saúde? (Assinale com um circulo à volta do número) | 0---1---2---3---4---5---6---7---8 Horas Horas | | | | |

Obrigado pela sua colaboração!
Fernanda Loureiro

Apêndice II – Autorizações dos Conselhos de Administração

Exma. Senhora
Enf. Fernanda Manuela Loureiro
Urgência Pediátrica

V/Ref.:

N/Ref.: Dir. Enf.

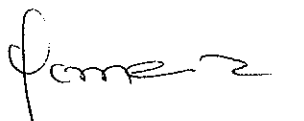
2008-11-14

**Assunto: Autorização para aplicação de um questionário
"Percepções dos enfermeiros sobre a educação para a saúde,
realizada em contexto de urgência pediátrica"**

Em resposta ao solicitado, informamos que, após a obtenção de parecer favorável da Sra. Enf. Chefe da U.U.P., Enf. Antónia Seférlis, se encontra autorizada a aplicação do questionário acima mencionado, efectuado no âmbito do trabalho de investigação para Mestrado em Ciências da Educação.

Com os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora



Olga Maria Ferreira

nossa ref.
our ref.

04.12.2008-021752

vossa ref.
your ref.

data
date

assunto
subject

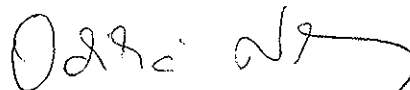
Aplicação de um estudo de investigação

Exm.^a Senhora
Fernanda Loureiro
Rua Dr. Henrique Chancerelle
Machete, n.º 5 – 5.º A
2910-446 SETÚBAL

Em resposta ao V. ofício, informa-se que está autorizada a aplicação dos questionários no âmbito da pesquisa académica no serviço solicitado.

Com os melhores cumprimentos.

A Enfermeira Directora



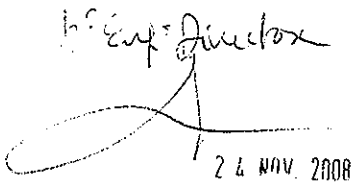
A Enfermeira Directora
ODÍLIA NEVES

ON/MJ

a:Odília 18> aplicação questionário

Apresentado em Reunião
de Conselho de Administração
de 10/12/2008
ACTA N.º 50

XVI.ª. Dia. de Lev. de Fealdini
Voz em Vozes.

h.º Eng.º Director

26 NOV. 2008

Eng.º Isabel Pinto Montefre
Presidente do Conselho de Administração

Ex.ª Sr.ª Presidente JOSE D'ALMEIDA GONÇALVES
Vogal do Conselho de Administração

ADMINISTRAÇÃO

HOSPITAL NOSSA SRA ROSÁRIO EPE

Autorizado.

h.º Manuel 

JOSE D'ALMEIDA GONÇALVES
Vogal do Conselho de Administração

Fernanda Manuela Loureiro, enfermeira, vem por este meio solicitar, a vossa excelência, **autorização** para proceder á **aplicação de um estudo de investigação** realizado no âmbito da frequência do Mestrado em Ciências da Educação na especialidade de Educação para a Saúde (Faculdade de Motricidade Humana). Pretende-se realizar um estudo com o **objectivo** de **caracterizar as percepções dos enfermeiros sobre a educação para a saúde realizada em contexto de urgência pediátrica**. As metodologias a usar serão de natureza quantitativa – **questionários** (ver documento em anexo) e qualitativa – **grupos focais** (o guião será construído a partir da análise dos questionários). Pretende-se **aplicar á equipe de enfermagem do serviço de urgência pediátrica**. Serão respeitados os princípios éticos e morais inerentes a um processo de investigação assim como as questões da participação voluntária, anonimato e confidencialidade. Trata-se de um trabalho de investigação que contribuirá para uma melhor compreensão dos fenómenos associados á educação para a saúde o que será uma mais valia para um atendimento de qualidade.

Ao CA
e de auto
Bizar
Ferreira
05.12.08

Nada a
opon
16.12.08
fil

Agradece-se desde já a atenção dispensada.

A SAS enfra
chefe do SCAU. Pediatris
e URG. Pediatris
para obtenção de parecer.
Amorim
28.11.08

Atenciosamente

Fernanda Loureiro

É de autorizar a realização
do estudo pedido atendendo
a que a sua temática
é de interesse
a unidade.

Eng.ª Deolinda Marques, Ent.ª
16.12.08

TLM: 962800606
EMAIL: fernandent@gmail.com

Recebido a 23/12/08
Ferreira

ENTRADA
Conselho de Administração
N.º 56979 10/11/08
Ferreira

Apêndice III – Análise dos grupos focais

ANÁLISE DE CONTEÚDO

| Área Temática | Categorias | U.E. | Subcategoria | U.E | Unidades de Registro |
|--|------------|------|---|-----|---|
| Educação para a Saúde na Urgência Pediátrica | Início EpS | 8 | Iniciativa enfermeiro | 2 | “eu acho que somos mais nós (enfermeiros) a iniciar” (E2, 1 ano) “às vezes são os pais mas somos mais nós” (E3, 1 ano) |
| | | | Solicitação dos pais | 3 | “não de uma forma geral só nas unidades é que fazem outras perguntas...”já agora o meu bebé tem isto acha que ponha este creme ou outro” (E6, 10anos) “muitas vezes perguntam: “ e em relação a isto, mesmo para o meu outro filho como é que faço?” e assim aproveitamos a abordagem dos pais e continuamos a explicar” (E9, 1 ano) “são poucos aqueles que nos dizem “ai explique-me lá porque eu não percebo nada disto” (E1, 12 anos) |
| | | | Percepção de comportamentos inadequados | 3 | “se vemos um comportamento inadequado reforçamos”(E8, 1 ano) “vemos os comportamentos inadequados e fazemos ensinios para tentar colmatar esses comportamentos” (E8, 1 ano) “vamos fazer uma sonda de gases e muitas vezes pela conversa percebemos que os pais não sabem fazer e aproveitamos e explicamos a técnica e explicamos a massagem, o conforto e outras coisas” (E7, 1 ano) |

| Área Temática | Categorias | U.E. | Subcategoria | U.E | Unidades de Registro |
|---------------|------------|------|---|-----|--|
| | Tema | 13 | Associado ao motivo de recorrência | 8 | <p>“os temas mais abordados são a febre, vômitos, dificuldade respiratória, obstrução nasal...” (E1, 12 anos)</p> <p>“é um leque muito variado desde os medicamentos, aos detergentes, às quedas, febre, vômitos, parte respiratória, lavar o nariz, fazer vapores é tudo um pouco” (E2, 1 ano)</p> <p>“a grande maioria tem a ver com as situações (que os trás à urgência)” (E1,12 anos)</p> <p>“No caso dos recém nascidos lá fora, vêm por icterícia” (E6, 10 anos)</p> <p>“se vierem por vômitos também fazemos ensino sobre a febre, sobre os vômitos, sobre a diarreia, dietas” (E8, 1 ano)</p> <p>“quando à uma medicação ou um procedimento para realizar, por exemplo uma sonda de gases” (E7, 1 ano)</p> <p>“em relação há medicação que é prescrita e os pais não sabem nós fazemos o ensino de como é que os pais devem fazer em casa” (E7, 1 ano)</p> <p>“fazemos muitos ensinos: sonda de gases, administração da penicilina” (E8, 1 ano)</p> |
| | | | Sem associação ao motivo de recorrência | 5 | <p>“prevenção de acidentes, sim porque aparecem com as cadeirinhas sem o cinto e colocam logo o ovo em cima da cadeira” (E2, 1Ano)</p> <p>“Isso (prevenção de acidentes) é daquelas coisas que não têm propriamente a ver com aquilo que eles vêm cá fazer” (E1, 12 Anos)</p> <p>“questões que eles próprios levantam que muitas vezes não têm directamente a ver com o problema que os trouxe”(E9,1Ano)</p> <p>“se se proporcionar outras coisas, por exemplo se vier uma bebé com dias que não venha com o cinto mas até vem cá porque tem o nariz entupido nós aproveitamos e fazemos logo a duas coisas: não por o ovo em cima da cadeira, por os cintos sempre e até nem veio por causa disso veio por causa do nariz estar entupido” (E1, 12 anos)</p> <p>“mas aproveitam para perguntar logo outras coisas: amamentação, cordão umbilical que ainda não caiu...” (E6, 10ano)</p> |

| Área Temática | Categorias | U.E. | Subcategoria | U.E. | Unidades de Registro |
|---------------|------------|------|----------------------|------|--|
| | Local | 12 | Triagem | 6 | <p>“muitas vezes é feito ali porque as crianças têm aquela situação pontual, é ali feito, a criança fica aliviada e vai embora para casa, nem vai para o internamento, isso até passa muito ali pela triagem” (E3, 1 ano)</p> <p>“muitos que são situações que não têm mesmo dificuldade respiratória... é feito ali (triagem)” (E1, 12 anos)</p> <p>“na triagem vêm por esse motivo faz-se ensino daquela situação e pronto porque não há muito tempo”(E6,10 anos)</p> <p>“na triagem temos muito contacto com muitas crianças e acabamos por fazer muitos ensinamentos, durante os tratamentos” (E8, 1 ano)</p> <p>“A criança entra com uma dificuldade respiratória, se calhar logo na triagem explicamos o que é a tiragem e os sinais que deve de estar alerta” (E8, 1 ano)</p> <p>“é pontualmente, no momento da triagem”(E1, 12 Anos)</p> |
| | | | SO | 2 | <p>“claro que há muitas situações de dificuldades respiratórias que vêm para aqui (SO) e é feito aqui o ensino” (E1, 12 anos)</p> <p>“SO também porque aí ainda estamos mais próximos de uma criança específica” (E8, 1 ano)</p> |
| | | | Sem local específico | 5 | <p>“em todas as unidades” (E4, 10 anos)</p> <p>“em todos os procedimentos seja em balcão ou em unidade faz-se sempre ensino” (E4, 10 anos)</p> <p>“eu acho que esse tipo de ensino (situações de vômitos) é tanto num lado como no outro” (E1, 12 anos)</p> <p>“eu acho que acontece em todos os âmbitos da urgência pediátrica desde o SO à triagem”(E8, 1 ano)</p> <p>“eu acho que é sempre que se faz (um procedimento)” (E6, 10 anos)</p> |

| Área Temática | Categorias | U.E. | Subcategoria | U.E | Unidades de Registro |
|---------------|------------|------|-----------------------------|-----|---|
| | Momento | 13 | Alta | 1 | “eu acho que é mais no momento da alta” (E6, 10 anos) |
| | | | Realização de procedimentos | 4 | <p>“também fazemos durante procedimentos” (E2, 1 Ano)</p> <p>“Assim que começa a hidratação começa a conversa” (E6, 10 anos)</p> <p>“em conversa ali pela prescrição que é do âmbito médico introduzir um bocadinho de educação para a saúde” (E7, 1 ano)</p> <p>“quando estamos a realizar os procedimentos aproveitamos para estar a fazer ensinios ao mesmo tempo” (E8, 1 ano)</p> |
| | | | Procurar momento | 11 | <p>“ali fora também é muito “o procurar” qual é a altura mais indicada e que nem sempre é” (E1, 12 anos)</p> <p>“até porque não se vai fazer logo uma abordagem...ai (diabetes inaugural) os pais ainda não estão muito dentro da doença” (E1, 12 Anos)</p> <p>“em situações mais complicadas por exemplo nas intoxicações, quer dizer, não faz sentido...” (E1, 12 anos)</p> <p>“A urgência é mesmo assim, é mesmo procurar a altura mais certa para introduzir alguma coisa que eles apreendam e que estejam também disponíveis para ouvir” (E1, 12 anos)</p> <p>“eu acho que tem de ser com cuidado (escolha do momento)” (E7, 1 ano)</p> <p>“às vezes vêm com vômitos e fazem aquelas reações vagais, ou vêm muito pálidos e os pais vêm completamente descontrolados e não apreendem nada do que a gente lhes disser, só depois de estabilizado é iniciar o chá e até já não vomitou então aí nessa fase é que é” (E1, 12 anos)</p> <p>“é um bocadinho ver qual é a melhor altura” (E1, 12 anos)</p> <p>“pois, logo ali á entrada... temos de ver muito bem...é quase como culpabilizar aqueles pais... mas isso tem tudo a ver com a urgência” (E1, 12 anos)</p> <p>“se for no momento mais urgente a mãe não está preocupada se dá isto ou aquilo interessa-lhe é agora neste momento o que fazer” (E7, 1 ano)</p> <p>“num momento mais calmo começamos então a desbravar caminho, começamos a falar de outras coisas, da rotina e então perguntamos: “e isto?” e aí já é diferente” (E7, 1 ano)</p> <p>“adequamos o ensino ás preocupações ou ás lacunas que vemos no momento nos pais e depois vamos adaptando... quando o ensino já foi realizado, os pais já têm conhecimentos, aquela situação já não é preocupante porque a criança já ultrapassou se calhar surtem outros ensinios” (E8, 1 ano)</p> |

| Área Temática | Categorias | U.E. | Subcategoria | U.E. | Unidades de Registro |
|---------------|------------|------|--------------|------|---|
| | Método | 14 | Expositivo | 6 | <p>“na triagem utilizei muitos folhetos, principalmente na triagem, sobre vômitos, diarreia, varicela” (E8, 1 ano)</p> <p>“Eu explico o que está no folheto e depois digo: “olhe, para relembrar ou se tiver alguma dúvida do que estive a explicar vai também escrito neste folheto” (E8, 1 ano)</p> <p>“explica-se aos pais como é que se deve fazer. No caso de vômitos exemplificamos porque para além de darmos o tempo de pausa alimentar quando iniciamos a hidratação fraccionada explicamos aos pais” (E4, 10 anos)</p> <p>“No SO também quando os pais têm alta...atendendo á patologia e ás situações que verificamos durante o internamento aí também costumamos dar os panfletos...” aproveite e leve este panfleto” ... e também nas situações de traumatismo, nas pequenas cirurgias em que há traumatismos” (E9, 1 ano)</p> <p>“às vezes nas situações de febre, avaliamos a febre e por exemplo está em subida térmica e depois aproveitamos para dizer que é normal ter as extremidades frias, a pele marmoreada, os tremores” (E7, 1 ano)</p> <p>“nós ali na triagem como já sabemos aquilo tudo de cor vamos logo dando algumas dicas e fazendo alguns ensinios mas eles levam aquilo em suporte papel” (E1, 12 anos)</p> |

| Área Temática | Categorias | U.E. | Subcategoria | U.E | Unidades de Registro |
|---------------|------------|------|---------------------------|-----|---|
| | | | Demonstrativo | 8 | <p>“por exemplo na lavagem nasal eu faço e depois peço à mãe para fazer comigo” (E3, 1 ano)</p> <p>“os bebês de dias vêm cá mesmo só por obstrução nasal, e recorrem muito e basta por soro e aspirar o nariz e às vezes passa por demonstrar, mostrar o que é o aspirador” (E2, 1 ano)</p> <p>“a diferença está no material mas facilmente se consegue exemplificar, a sonda de gases também se exemplifica sempre” (E4, 10 anos)</p> <p>“mas também por demonstração” (E8, 1 ano)</p> <p>“muitas vezes as mães não sabem lavar o nariz porque têm medo e põem só umas gotinhas, não sabem...com o aspirador ou com a estimulação para alívio das cólicas têm medo e introduzem só um bocadoinho...isso só mesmo demonstrando” (E1, 12 anos)</p> <p>“quando vou fazer uma sonda de gases a primeira coisa que faço é pedir à mãe para fazer...não demora muito “faça lá a massagem” e depois “olhe não é propriamente festinhas, tem de fazer assim” (E9, 1 ano)</p> <p>“muitas vezes já ouviram falar mas não sabem muito bem o que é que é ou como funciona e é uma forma de mostrar aos pais como é que funciona” (E2, 1 ano)</p> <p>“qualquer procedimento de enfermagem que é feito é acompanhado de ensino aos pais, quando esse procedimento pode ser delegado aos pais para fazer em casa como por exemplo na aspiração... se bem que a aspiração que nós efectuamos em quase tudo é igual à aspiração feita com aspirador portátil” (E4, 10 anos)</p> |
| | Registos | 10 | Não regista | 5 | <p>“nós nas nossas notas não costumamos escrever” (E3, 1 ano)</p> <p>“isso (os registos) é uma lacuna” (E9, 1 ano)</p> <p>“na parte dos balcões acho que é uma lacuna grande porque acabamos por fazer muitos ensinos mas não registamos” (E8, 1 ano)</p> <p>“em SO eu registro mais, se calhar não registro todos os ensinos que são feitos” (E8, 1 ano)</p> <p>“de um modo geral não registamos e foi realizado ensino sobre muitas coisas” (E8, 1 ano)</p> <p>“Estava a lembrar-me vemos uma temperatura e está em subida, fazemos arrefecimento, registamos a temperatura e o arrefecimento mas o ensino aos pais não” (E7, 1 ano)</p> <p>“eu acho que penso que está tão implícito no que temos de fazer que não é necessário registar, é impensável que não o fizesse” (E9, 1 ano)</p> <p>“Eu agora fiz uma coisa que raramente faço...dei uma penicilina fiz ensinos sobre a penicilina e escrevi mas não faço sempre isso, fiz agora mas sou capaz de dar mais umas 4 ou 5 e não fazer, não é</p> |
| | | | Desvalorização do registo | 5 | |

| Área Temática | Categorias | U.E. | Subcategoria | U.E. | Unidades de Registo |
|---------------|--------------------------------|------|-------------------------------|------|---|
| | | | | | <p>uma coisa que eu tenho assimilada aqui que todos os ensinios que faço tenho de registar" (E9, 1 ano)</p> <p>"muitas vezes lá fora (triagem) não registamos porque...fazemos um ensino aqui, andamos mais um bocado um pai solicita-nos ou vemos algum comportamento inadequado e fazemos mais ensino andamos mais e somos chamados por um médico e acabamos por fazer outro ensino a outro pai que está por ali...quando chegamos ao computador fizemos vários ensinios e acabamos por não estar a registar propriamente...nesta criança fiz este ensino" (E8, 1 ano)</p> <p>"muitas vezes acabamos por não fazer nada...vemos uma temperatura e fazemos ensino a este e passamos ao lado, vemos que uma grade está baixa e reforçamos ensino sobre prevenção de acidentes e quedas, se calhar do primeiro até vou lá porque como vou registar a temperatura escrevo mas do outro não escrevo" (E8, 1 ano)</p> |
| | Factores que influenciam a EpS | 21 | Privacidade | 4 | <p>"em termos de privacidade é zero, não há não se consegue" (E1, 12 anos)</p> <p>"Porque mesmo ali (na triagem), nos até podemos estar a fazer ensino e a falar baixinho mas o espaço ali é todo aberto, os gabinetes não são fechados, é muito complicado" (E1, 12 anos)</p> <p>"o mesmo se passa no SO, ou se chama a pessoa á parte mas nesse caso só se for para um espaço como o gabinete da chefe ou sala de procedimentos ou então acaba por não haver privacidade" (E1, 12 anos)</p> <p>"Eu acho que em termos de EpS não tem havido uma necessidade de haver grande privacidade, nas situações em que há mais necessidade de privacidade por uma questão clínica e familiar e passa até mais pela familiar aí já se tem disponibilizado o quarto do médico onde se consegue ter maior privacidade mas são situações pontuais" (E2, 1 ano)</p> |
| | | | Disponibilidade do enfermeiro | 5 | <p>"porque aí (no internamento) já temos mais tempo" (E6, 10 anos)</p> <p>"já agora isto ou já agora aquilo e eu acho que nós também não temos essa abertura nem essa disponibilidade" (E6, 10 anos)</p> <p>"faz falta tempo...mas vou dar um exemplo: quando se realiza uma sonda de gases numa madrugada se calhar são altas horas mas para mim até faz muito sentido e estou ali muito tempo e falo e explico" (E7, 1 ano)</p> <p>"Isso depende de muitos factores...por exemplo do tempo...do nosso tempo..." (E9, 1 ano)</p> <p>"também da ansiedade...vai ser influenciado pela carga de trabalho que temos por trás e também pela dificuldade e pela situação que está á nossa frente, a criança...se podemos disponibilizar muito tempo a ensinar a explicar enquanto fazemos ou se temos de intervir logo" (E9, 1 ano)</p> |

| Área Temática | Categorias | U.E. | Subcategoria | U.E | Unidades de Registro |
|---------------|------------|------|--------------------------------------|-----|--|
| | | | Disponibilidade da criança / Família | 3 | <p>“também a receptividade dos pais influencia muito” (E9, 1 ano)</p> <p>“Apreendem porque estão sedentos pela informação querem que nós lhes expliquemos como é que se faz” (E4, 10 anos)</p> <p>“ A ansiedade muitas vezes dos pais também não permite” (E8, 1 ano)</p> |
| | | | Percepção de Eficácia | 7 | <p>“Há pais que são muito receptivos e fazem questões e validam e gera-se uma conversa e uma pessoa sente mesmo que é proveitoso porque eles validam e daí dá para perceber que eles retiveram alguma coisa” (E9, 1 ano)</p> <p>“só percebi depois de começar a ver as recorrências á urgência...isto também acontece, às vezes a não explicação das coisas e a não demonstração leva as pessoas a voltar e a ficar na mesma alarmadas porque não levou uma explicação sobre isso” (E7, 1 ano)</p> <p>“também a nossa própria linguagem ás vezes...a explicação que realizamos não é compreendida pelos pais...eu falo por mim...às vezes fico sem conseguir perceber se eles perceberam mesmo aquilo que eu queria transmitir” (E7, 1 ano)</p> <p>“nós fazemos o ensino mas não sabemos se o objectivo do mesmo foi concretizado” (E7, 1 ano)</p> <p>“nós fazemos muito ensino agora a parte da validação, se foi compreendido ou não, não sei se foi” (E7, 1 ano)</p> <p>“há pais que nós temos a nítida sensação, não é a nítida sensação é a nítida certeza que fizemos e já os ensinamos e que nós já assistimos aos ensinamentos feitos por colegas e insistem e fazem a mesma coisa” (E1, 12 anos)</p> <p>“ou não apreenderam mesmo por alguma razão ou então é insegurança da parte deles que estão a tentar fazer isso em casa e se calhar sentem-se inseguros e preferem levar logo ao médico” (E1, 12 anos)</p> |
| | | | Experiência Profissional | 2 | <p>“eu falo por mim como ainda sou muito nova fico assim” (E7, 1 ano)</p> <p>“Sim, há muitas questões e isto é um mundo e quando começamos a “domar” uma parte aparece a outra aresta e depois a outra aresta tipo um cubo...mas sinto...sim... mas é assim...as coisas não aparecem todas ao mesmo tempo, nem tudo é estante...á medida que as coisas vão surgindo vão surgindo outras dúvidas...também é isso que nos faz aprender” (E9, 1 ano)</p> |