

José Eduardo Cardoso da Silva

Intervenções do Enfermeiro para reduzir o medo das crianças na Enfermagem de
Cuidados de Saúde Primários

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2011

José Eduardo Cardoso da Silva

Intervenções do Enfermeiro para reduzir o medo das crianças na Enfermagem de
Cuidados de Saúde Primários

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2010

José Eduardo Cardoso da Silva

Intervenções do Enfermeiro para reduzir o medo das crianças na Enfermagem de
Cuidados de Saúde Primários

(José Eduardo Cardoso da Silva)

Trabalho apresentado à
Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Licenciatura
em Enfermagem, sob orientação da
Professora Filomena Cardoso

Sumário:

O medo é uma emoção básica, que prepara o nosso organismo para se defender perante as situações do perigo. Durante a infância a generalidade das crianças passará por sintomas de medo, podendo estes ser ou mais exacerbados dependendo do estímulo e das vivências anteriores. Desta forma, ao falarmos de medos, devemos encará-los enquanto emoção saudável, com uma função limitativa, assim concede-nos alguma segurança perante as situações.

Assim sendo, iniciou-se um estudo acerca das “Intervenções do Enfermeiro para reduzir o medo das crianças na Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários”, reconhecendo uma necessidade de desenvolvimento do processo científico, onde os enfermeiros têm um papel fundamental, para fazer crescer novos conhecimentos de forma a consolidar novas ideias.

O presente trabalho inicia-se com uma questão de investigação que nos faz centrar na temática do medo das crianças, nomeadamente na identificação das principais estratégias para diminuir este sentimento.

Neste sentido, o projecto de graduação em estudo tem como objectivos principais “Identificar as intervenções que os enfermeiros de Saúde Comunitária utilizam para reduzir o medo nas crianças” e “Saber se os enfermeiros da Saúde Comunitária utilizam estratégias para diminuir o medo da criança”, tendo participado neste estudo profissionais de Enfermagem, das Unidades Funcionais do Centro de Saúde da Senhora da Hora, em Matosinhos, com uma amostra de 20 Enfermeiros. Tendo sido utilizado um estudo quantitativo, descritivo transversal e optando por efectuar como instrumento de recolha de dados um questionário para um método de investigação quantitativo.

Após a recolha de dados realizados e a sua análise verificou-se que todos os Enfermeiros utilizam estratégias para reduzir os medos das crianças nos cuidados de saúde primários, sendo que as estratégias que utilizam com mais frequência são: “Envolver o acompanhante na explicação do procedimento”, “Explicar os

procedimentos com calma e de acordo com a idade” e “Proporcionar um ambiente acolhedor e informal”.

Com o presente estudo foi possível verificar o quão importante é a investigação como processo de desenvolvimento da Enfermagem para com a prática e baseados na ciência se consiga evoluir e dar o contributo nas políticas de saúde.

Abstract

Fear is a basic emotion that prepares our body to defend against situations of danger. During childhood, the majority of children will experience symptoms of fear, and these may be exacerbated or more depending on the stimulus and previous experiences. Thus, when we talk about fears, we must face them as healthy emotion, with a limited function, and gives us some confidence in the face of situations.

Thus began a study of the "Nurse Interventions to reduce fear of children in Nursing Primary Health Care", recognizing a need for development of the scientific process, where nurses have a key role, to grow new knowledge in order to consolidate new ideas.

This work begins with a research question that makes us focus on the theme of fear of children, including the identification of the main strategies to reduce this feeling.

In this sense, the project of graduate study aims primarily to "Identify the interventions that nurses use of Community Health to reduce fear in children" and "Whether the Community Health nurses use strategies to reduce the fear of the child" participated in this study nursing professionals, the functional units of the Health Center Senhora da Hora, Matosinhos, with a sample of 20 nurses. Having used a quantitative, cross-sectional and choosing to perform as an instrument of data collection a questionnaire for a quantitative research method.

After data collection and analysis carried out showed that all nurses use strategies to reduce children's fears in the primary health care, and the strategies they use most often are: "Engaging in the accompanying explanation of the procedure" "Explain the procedures calmly and according to age" and "Providing a welcoming and informal atmosphere."

With this study we observed how important research and development process to nursing practice and science-based and can evolve to provide the input in health policy.

Dedicatória

O presente trabalho de investigação só foi possível ser concluído devido à presença de pessoas importantes na minha vida que em todo o meu percurso académico estiveram junto a mim.

Assim, dedico este trabalho aos meus Pais e Irmã, por ser o que sou hoje e por me demonstrarem sempre o quão importante é chegar a esta etapa da vida.

Também não posso deixar de dedicar aos meus avós porque se não fossem eles eu não estaria aqui, recordando com especial nostalgia a minha avó Linda e o meu avô Álvaro, que tanto desejava que eu realizasse o curso para poder cuidar dele.

Por último, mas não menos importante, dedico este trabalho à minha namorada, Cátia Silva, por termos iniciado este percurso juntos e por terminarmos com imensa alegria o que ambos tanto ansiamos.

Agradecimentos

Como sem a ajuda de algumas pessoas este trabalho não se realizaria, com qualidade, e por este projecto ser o culminar de um esforço conjunto, agradeço...

Em especial à Professora Filomena Cardoso por me ter orientado e ajudado a concluir este trabalho e por ser o exemplo de um Profissional que demonstra que gosta verdadeiramente desta profissão.

A todos os professores intervenientes no meu processo formativo do curso da Licenciatura de Enfermagem de 2011 da Universidade Fernando Pessoa, que apresentaram sempre prontidão e disponibilidade para “formar a inovar”.

Aos meus colegas de curso, pelo apoio e confraternização durante este percurso realizado por todos.

Aos meus Amigos, por estarem sempre comigo nas horas de diversão, nos tempos mais desânimo e por me darem sempre apoio para vencer.

A toda a minha família, em especial aos meus Pais, irmã, e avós por todo o carinho que me deram e por apostarem sempre em mim para a conclusão de um curso que foi sempre o desejado e apoiado por toda a família. Obrigado a todos!

À família da minha namorada por terem sido sempre tão acolhedores comigo e por me darem sempre força de fazer mais.

À minha namorada por ter sido acima de tudo a melhor amiga, colega de secretária e sempre colega de grupo, ao longo de todo este percurso, onde sonhávamos um dia Ser Enfermeiros. Por termos sempre acreditado na realização deste grande curso. Com um beijinho de agradecimento para Ti. Obrigado Cátia!

I.	Introdução.....	12
1.	Tema.....	15
i)	Definição e Delimitação do Tema.....	15
2.	Fase Conceptual.....	15
3.	Definições:.....	16
i)	Intervenção.....	16
ii)	Criança.....	16
iii)	Medo.....	16
II.	Enquadramento Teórico.....	16
1.	História Breve do Valor da Criança.....	17
2.	Comunicar com a criança.....	18
3.	Os Medos.....	20
4.	Cuidar em Enfermagem.....	25
5.	Medos Versus Idades.....	26
6.	O contexto da Saúde Comunitária.....	27
III.	Fase Metodológica.....	30
1.	Tipo de Estudo.....	30
2.	População em Estudo.....	30
3.	Amostra.....	31
4.	Processo de Amostragem.....	31
5.	Variáveis de Estudo.....	31
i)	Variável de atributo.....	32
6.	Instrumento de Recolha de Dados.....	32
7.	Pré-Teste.....	32
8.	Questões éticas da investigação.....	33
i)	O direito à autodeterminação.....	34
ii)	O direito à intimidade.....	34
iii)	O direito ao anonimato e à confidencialidade.....	34
iv)	O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo.....	34
v)	Direito a um tratamento justo e equitativo.....	34
9.	Tratamento de dados.....	34
IV.	Apresentação e Análise dos Resultados.....	36
1.	Caracterização da Amostra.....	37
i)	Dados Pessoais.....	37
ii)	Dados Profissionais.....	39
iii)	Técnicas Para Reduzir o medo das Crianças.....	45
V.	Discussão dos Resultados.....	59
VI.	Conclusão.....	65
VII.	Bibliografia.....	69
VIII.	Anexos.....	72

Índice de Gráficos	Páginas
Gráfico n.º 1	37
Gráfico n.º 2	38
Gráfico n.º 3	39
Gráfico n.º 4	39
Gráfico n.º 5	40
Gráfico n.º 6	40
Gráfico n.º 7	41
Gráfico n.º 8	42
Gráfico n.º 9	42
Gráfico n.º 10	43
Gráfico n.º 11	44
Gráfico n.º 12	45
Gráfico n.º 13	45
Gráfico n.º 14	46
Gráfico n.º 15	47
Gráfico n.º 16	47
Gráfico n.º 17	48
Gráfico n.º 18	49
Gráfico n.º 19	49
Gráfico n.º 20	50
Gráfico n.º 21	51
Gráfico n.º 22	51
Gráfico n.º 23	52
Gráfico n.º 24	53

Índice de Gráficos

Páginas

Gráfico n.º 25	53
Gráfico n.º 26	54
Gráfico n.º 27	55
Gráfico n.º 28	55
Gráfico n.º 29	56
Gráfico n.º 30	56
Gráfico n.º 31	57
Gráfico n.º 32	57
Gráfico n.º 33	58

Índice de Quadros

Páginas

Quadro n.º 1 39

I. Introdução

No âmbito da disciplina de Projecto de Graduação – Integração à Vida Profissional, do curso de Licenciatura em Enfermagem, do 4º ano da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde foi-nos proposto a elaboração do presente Projecto de Graduação.

Investigar pressupõe a realização de um trabalho científico, neste caso preciso com fins académicos, de forma a desenvolver competências, nomeadamente em Enfermagem, como processo de construção de novas aprendizagens.

Para iniciar uma investigação, segundo Fortin (1999,p.49) qualquer investigador “(...) começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso”. Deste modo o tema deste Projecto de Graduação versa a importância do uso de técnicas para diminuir o medo da criança na Saúde Comunitária.

Para a realização deste Projecto de Investigação o tema escolhido foi: **“Intervenções utilizadas em Enfermagem de Saúde Comunitária para reduzir o medo nas crianças nos Cuidados de Saúde Primários”**. A escolha do tema provém de uma enorme vontade de conhecimento nesta área, assim como da observação em ensinamentos clínicos das situações de medo que as crianças têm dos procedimentos de Enfermagem, levando-me a considerar esta temática pertinente visto que cada vez mais, os enfermeiros têm um papel fundamental na diminuição do grau de medo que as crianças têm nos serviços Hospitalares.

Espera-se que quando se fala em pediatria, se fale de uma especialidade onde se trabalha primordialmente a promoção da saúde e a prevenção da doença, mas para isso a criança tem de se sentir como se em casa estivesse. Tendo assim como elo de ligação a pessoa que lhe é mais próxima, sendo que habitualmente é a mãe.

É fundamental em todas as faixas etárias minimizar o medo pelos serviços de saúde e pelas intervenções inerentes, mas sabe-se que quando se é criança, os medos são

muito mais exacerbados. Aqui a Enfermagem tem um papel fundamental, que é o de reunir estratégias para diminuir o medo da criança.

Objectivos do Trabalho

Parafrazeando Fortin (1999), pode dizer-se que os objectivos de estudo indicam o porquê da investigação. Constituem um enunciado declarativo que precisa de orientação de investigação segundo nível de conhecimento estabelecido no domínio da questão.

Conhecendo-se já as questões de investigação, o desenvolvimento deste projecto baseia-se nos seguintes objectivos:

- Identificar as intervenções que os enfermeiros de Saúde Comunitária utilizam para reduzir o medo nas crianças.
- Saber se os enfermeiros da Saúde Comunitária utilizam estratégias para diminuir o medo da criança.

Questões de Investigação

A formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma pressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que desejo empreender. (Fortin, 1999, p.39)

Assim sendo este estudo assenta nas seguintes questões:

- Será que os enfermeiros utilizam estratégias para reduzir o medo das crianças na Enfermagem de Saúde Comunitária?
- Quais as intervenções que os enfermeiros utilizam para reduzir o medo das crianças na Enfermagem de Saúde Comunitária?

Neste estudo a questão de investigação inserida permite conhecer se os enfermeiros utilizam estratégias para minimizar o medo ao efectuar intervenções junto das crianças quando recorrem aos serviços de Enfermagem de Saúde Comunitária.

O tipo de estudo utilizado foi o quantitativo, descritivo transversal. O método de recolha de dados foi efectuado com auxílio de um questionário. Este foi aplicado a 25 enfermeiros do Centro de Saúde da Senhora da Hora, e posteriormente a informação foi analisada com recurso aos programas SPSS e Microsoft Excel.

A data da realização deste estudo demarca-se entre Março de 2009, com o início do Projecto de Investigação, onde surge uma questão de investigação e é estruturado todo o percurso necessário à investigação, em Maio de 2011 iniciou-se o trabalho de campo com a distribuição dos questionários aos enfermeiros do Centro de Saúde da Senhora da Hora.

Para uma compreensão mais detalhada deste trabalho, este encontra-se dividido em cinco grandes capítulos.

O primeiro diz respeito à Fase conceptual, onde se aborda a definição e delimitação do tema, as questões de investigação e consequentes objectivos.

O segundo capítulo é do enquadramento teórico e visa dar a conhecer os aspectos importantes relacionados com a temática.

No terceiro capítulo faz parte a Fase Metodológica, onde se abrange o tipo de estudo, o processo de amostragem a utilizar, as variáveis, o instrumento de recolha de dados, o pré-teste e as questões éticas da investigação.

Posteriormente, o quarto capítulo apresenta a Fase Empírica em que se expôs a análise dos resultados e respectiva discussão.

Por último, dá-se a conclusão do trabalho de forma a enfatizar os aspectos mais importantes desta investigação e concluir se os objectivos foram atingidos. Ainda é colocado de seguida uma área para as referências bibliográficas utilizadas ao longo deste trabalho e os anexos, onde se poderão colocar todos os documentos que forem pertinentes serem mostrados.

Após a concretização do respectivo projecto de investigação e de realizada a análise e reflexão dos resultados, conclui-se que os Enfermeiros das Unidades Funcionais do Centro de Saúde da Senhora da Hora utilizam estratégias para diminuir o medo das crianças na realização de procedimentos em Saúde Familiar e Comunitária.

1. Tema

i) Definição e Delimitação do Tema

Segundo Fortin (1999) qualquer situação tem um ponto de partida, uma situação considerada como problemática, isto é, causadora de um mal-estar, uma irritação, uma inquietação e que por consequência exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.

Efectivamente, as crianças maioritariamente têm o seu primeiro contacto com profissionais de saúde, nos cuidados de saúde primários. E felizmente, muitas delas só tem esse contacto durante toda a infância ou seja nunca vão ao hospital. Por tudo isto o trabalho de investigação a que se refere este projecto desenvolve-se sobre o tema das técnicas a realizar pelo enfermeiro na Enfermagem de Saúde Comunitária.

2. Fase Conceptual

As crianças são um ser que por si só são frágeis, mais pequenas, logo estão um pouco mais expostas aos factores causais das doenças. Por estarem em crescimento os seus órgãos e o seu sistema imunitário ainda não estão totalmente “aptos” para enfrentarem certas doenças, certos vírus, bactérias ou outros agentes.

3. Definições:

i) Intervenção

O conceito de intervenção é definido pelo dicionário de Língua Portuguesa da Porto Editora (2011) como: acto de intervir através da palavra ou pela acção

ii) Criança

Segundo a Convenção dos Direitos da Criança (1990, p.6), define-se criança “(...) como todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo”.

iii) Medo

“Medo é um tipo de emoção com as seguintes características específicas: com causa conhecida acompanhada por estado de alerta, concentração na origem do medo, comportamento agressivo em posição de ataque com os olhos muito abertos ou fuga da fonte do medo.” (CIPE, 1999, p. 47)

II. Enquadramento Teórico

O interesse pelos primeiros estudos em pediatria remonta a meados do Séc. XVIII, com a abertura de um dispensário de crianças carentes em Londres, pelo Dr. George Armstrong, que em consciência social das necessidades das crianças escreveu um dos primeiros livros da pediatria, “Essay on diseases Most Fatal to Infants”. (Kliegman et al, 2006)

Em 1852 foi fundado o primeiro hospital pediátrico na Inglaterra, em Londres, por Charles Dickens, que teria angariado fundos através da venda de um livro por ele editado. (Kliegman et al, 2006)

O primeiro hospital pediátrico nos E.U.A. foi fundado pelo Dr. Francis Lewis, em 1855, depois de ter visitado o hospital pediátrico de Londres fundado por Dickens, em Filadélfia. (Kliegman et al, 2006)

Em Portugal, nos finais do Séc. XIX, havia uma preocupação em relação à assistência hospitalar de crianças, separando-as dos adultos. Assim, nasce em 1877, o primeiro hospital a distinguir os serviços de adulto e de criança, em Lisboa, Hospital D^a. Estefânia. Seguidamente em 1881 é fundado o Hospital de Crianças Maria Pia, no Porto, hospital este que interna apenas crianças. (Amaral, 2010)

Actualmente, o último hospital pediátrico a ser fundado em Portugal, até à data desta pesquisa, foi o Hospital Pediátrico de Coimbra, a 29 de Janeiro de 2011.

1. História Breve do Valor da Criança

Segundo o historiador francês Philippe Ariés (1962), em Papalia (2001), as crianças até meados do século XVII eram vistas como um ser idêntico aos adultos, apenas com diferenças na estatura, na força e eram consideradas menos inteligentes.

Ao contrário do que referia Ariés, o Psicólogo David Elkind (1986) após um longo estudo verifica que no século XVI as crianças são vistas e tratadas de maneira diferente dos adultos, onde “A maioria dos pais desejava os seus filhos e gozava a sua companhia, preocupava-se com questões como o desmame e dentição e sofriam quando as crianças adoeciam ou morriam. Os pais encaravam a educação dos filhos como o desafio mais importante da vida” (Papalia, 2001, p.15)

Foi a partir desta data que começou a haver um interesse em investigar os valores das crianças e onde surgem diversas teorias sobre as fases das crianças.

Durante os séculos XVIII e XIX descobrem-se os micróbios e a imunização, assim permitiu a protecção das crianças em relação às pragas e febres, que outrora era um problema na incerteza da sobrevivência das crianças. Foi também nesta fase que houve uma diminuição da escravatura infantil, pelo facto da mão-de-obra barata aumentar, tendo-se implementado leis que defendiam a presença da criança mais tempo na escola. (Papalia, 2001).

2. Comunicar com a criança

Na relação com a criança em contexto clínico existem factores primordiais para que a comunicação seja facilitada. A presença dos pais, avós ou outros familiares confere segurança, sendo um meio para chegar à criança. O contacto com a criança não poderá ser único e exclusivo, até porque os pais necessitam de receber toda a informação, mas é importante que a comunicação não fique confinada aos pais. O tipo de comunicação a adoptar-se, tem de ser dirigida para a criança, de acordo com a sua idade e deste modo haver uma flexibilidade na linguagem. (Corney, 2000)

“É útil planear formas de actuação em situações difíceis, quando se trata de crianças muito novas. Pôr o pingo na boneca ou colocar a máscara na cara do ursinho, não só torna a experiência assustadora mais leve como pode ajudar a criança a expandir os seus próprios sentimentos de frustração ou de raiva. As crianças que são bem preparadas toleram muito melhor as situações desagradáveis.”
Corney (2000, p.125)

Apesar de todos os cuidados para minorar o sofrimento, as crianças podem interagir de uma forma mais violenta, sendo necessário a comunicação verbal. Comunicação esta que deve ser adequada à idade e situação, tendo sempre em conta que o mais correcto será encorajar com incentivos e nunca ameaçar a criança com insinuações de que se não efectuar aquilo, não vai embora. (Corney, 2000)

As teorias para definir as crianças são diversas, sendo que cada teoria tem um contributo para uma melhor compreensão do desenvolvimento da criança.

Wong (1999), caracteriza a criança em cinco períodos etários de desenvolvimento. O primeiro período denominado período pré-natal, ou seja da concepção ao nascimento é caracterizado como uma das fases mais críticas no processo de desenvolvimento onde há uma velocidade rápida de crescimento e dependência total. Nesta fase a relação entre a mãe e o bebé é de grande importância havendo necessidade de cuidados pré-natais adequados para a saúde e bem-estar do lactente.

O período seguinte, período do lactente, que vai do nascimento até aos 12 meses é a fase do desenvolvimento rápido da actividade motora, cognitiva e social, onde

através dos pais o lactente inicia um relacionamento básico com o mundo. Esta fase é fundamental para as relações futuras, sendo o primeiro mês de vida diferenciado dos restantes pela adaptação ao meio extra-uterino. (Wong, 1999)

O terceiro período, ou fase inicial de infância, que vai de um ano até aos 6 anos, característica pelo início da locomoção até à entrada na escola. É um momento de grande desenvolvimento físico e da personalidade. Nesta idade atingem amplos conhecimentos sociais, é a idade de brincarem com outras crianças e de descobrirem o mundo na sua plenitude. Desenvolvem domínios em diversas áreas e adquirem autocontrolo das situações existentes. (Wong, 1999)

A fase intermédia da infância é a quarta fase que vai dos 6 a 11 ou 12 anos e é caracterizada pela idade escolar. Este período é de relação com os pares, onde a criança deixa de estar tão dirigida para a família e começa a centrar-se no relacionamento com os colegas. Existe um avanço no desenvolvimento do auto conceito, desenvolvimento físico, mental e social, com ênfase no desenvolvimento das competências de habilidades. (Wong, 1999)

Na última fase encontra-se o período tardio da infância dos 11 aos 18 anos, onde é englobada pelas alterações rápidas do período de maturação, com alterações físicas onde se inicia a puberdade. O auto conceito é redefinido nesta fase, onde se instala a personalidade acompanhada por desordem física e emocional. Na porção final desta última fase o adolescente começa a interiorizar uma identidade individual em vez da de grupo. (Wong, 1999)

Os processos de desenvolvimento foram descritos por diversos autores, consoante as suas teorias e as suas ideias do desenvolvimento.

Segundo Freud existem cinco fases psicosexuais, oral, anal, fálica, latência e Genital. A primeira fase, a oral, vai do nascimento até aos 12-18 meses, onde a principal fonte de prazer do bebé envolve actividades de sucção e alimentação. A fase anal, que se encontra dos 12-18 meses até aos 3 anos é caracterizada por a criança obter gratificação a partir da retenção e expulsão das fezes. Na fase fálica dos 3 aos 6 anos a

criança liga-se ao pai do sexo oposto e ao pai do mesmo sexo. A zona de gratificação muda para a região genital. Seguido da fase de latência, onde é um tempo de relativa acalmia e encontra-se entre os 6 anos e a puberdade. A última fase já é na fase adulta onde há uma maturação dos comportamentos sexuais. (Papalia, 2001)

Segundo a teoria de Piaget os estádios de desenvolvimento cognitivo eram divididos em quatro partes. A primeira parte designada por Sensório-motor (do nascimento aos 2 anos) onde o bebé gradualmente torna-se capaz de organizar actividades em relação ao ambiente através da actividade sensorial e motora. A fase pré-operatório (2 anos aos 7 anos) é caracterizada pela criança desenvolver um sistema de representações e usa símbolos para representar pessoas, lugares e acontecimentos. Na terceira fase, das operações concretas (7 anos aos 12 anos) é quando a criança pode resolver através da lógica, problemas concretos e simples. Por último a fase das operações formais (12 anos até idade adulta) é característica pelas pessoas poderem pensar de um modo abstracto, lidarem com situações hipotéticas e pensar sobre possibilidades. (Papalia, 2001)

3. Os Medos

“Todas as crianças passam por períodos de medo. Estes são normais e ajudam-nas a resolverem os problemas de desenvolvimento. Também servem para chamar a atenção dos pais para esses problemas, geram apoio da sua parte numa altura em que as crianças dele precisam.” Brazelton (2005, p. 317)

Segundo Brazelton (2005), a infância é passada com grandes períodos de receios em que os pais têm de os compreender. Se tal não acontecer, podem agravá-los ao deixar-se envolver neles. Os pais podem ajudar a resolver esses receios, mas é necessário demonstrarem conforto e ter os próprios receios também resolvidos. Quando a criança tem medo de alguma coisa, tendencialmente os pais exageram no consolo, o que transmite alguma insegurança para o filho. Assim se os pais conseguirem equilibrar o sentimento e demonstrar segurança podem ajudar a criança a superar alguns receios.

De acordo com Brazelton (2005) a hospitalização ou o contacto com serviços de saúde pode ajudar as crianças e os pais a terem uma experiência positiva. Hoje em dia os serviços pediátricos apresentam uma atmosfera tão carinhosa, em que a criança pode

desenvolver uma auto-estima e maturidade, aprendendo a dominar os medos inerentes aos hospitais.

“O papel dos pais é, pois, apoiá-la de modo a poderem ajudá-la a vencer essa experiência e a aprender com ela.” Brazelton (2005, p. 341)

Brazelton (2005, p. 341) aconselha os pais dizendo, “Primeiro, preparem-se a vós próprios. Antes de poderem ajudar o vosso filho, precisam de dominar a vossa própria ansiedade (...). Perguntem ao vosso pediatra ou no hospital quais os exames ou o tratamento a que irão submeter a criança. (...) Façam o possível para estar com ela nos momentos críticos (...) ou na altura de quaisquer actos dolorosos.”

“Dependendo da idade poderão dizer-lhe: (...) Terás de levar algumas picadas de agulha – umas no dedo e outras no braço. Fazem doer, mas não é por muito tempo. Podes pedir à enfermeira ou ao médico que te mostrem o que fazem com o teu sangue.” Brazelton (2005, p. 342)

Royer (2007, p. 151) afirma que “Se o medo é uma emoção útil e necessária, tal acontece com a dor, ao agir como um sinal que suscita uma reacção de defesa e de protecção, demasiado medo torna-se incómodo e pode suscitar a necessidade de recorrer a uma ajuda exterior”.

É comum, as pessoas não aceitarem a ideia do sofrimento, dor e doença de um ser tão pequeno, visto que esta fase remete a idealização da saúde plena e expectativas de futuro sem maiores dificuldades.

Os pais das crianças são especialmente atingidos numa situação de doença dos filhos, pois passam por grandes preocupações e sofrimentos, vivenciam climas de stress que por vezes afectam todo o sistema familiar, rebaixando a qualidade de vida dos envolvidos.

As reacções das crianças às crises são influenciadas pela sua idade de desenvolvimento, pela sua experiência prévia com doenças, separação dos pais ou hospitalização. (Wong, 1999).

Interessa-nos porém, tratar do atendimento hospitalar de crianças. Um aspecto fundamental a ser considerado neste contexto assistencial de saúde é o da preparação da equipa de Enfermagem. É da responsabilidade desta, a reavaliação permanente, o acto de vigiar e a realização de atitudes terapêuticas, além de registos precisos, de forma que se integrem os cuidados médicos e de Enfermagem, permitindo uma continuidade do tratamento requerido por uma equipa multidisciplinar.

Na realização de procedimentos dolorosos é necessário ter em conta algumas intervenções junto da criança de forma a minimizar o medo como prevenção de sintomas psico-emocionais que a criança pode desenvolver, tais como: fobias, pesadelos, enurese nocturna e diurna, insónias, distúrbios da linguagem, “síndrome da bata branca”, agressividade etc. Estes medos podem vir a desenvolver sintomas pós procedimentos e serem reactivados numa fase futura. (Citado por Huelva, pesquisado noutra projecto de graduação.)

Assim sendo apresento alguns factores e algumas intervenções para ser efectuado perante a criança.

Perante procedimentos que causam dor e desconforto, como tirar gesso, efectuar uma punção endovenosa, administração de oxigénio, suturar, deve-se explicar os procedimentos antes de executá-los. Demonstrar por meio de brinquedos/bonecos o procedimento que será realizado, mudar o foco de atenção do paciente durante o procedimento (ex: televisão, “respirar fundo”, bonecos e desenhos afixados nas paredes etc.). Acomodar a criança no colo do acompanhante de forma a sentir-se segura, manter o acompanhante perto, sempre que possível, proporcionar conforto físico (ex. posicionamento na maca, questionar em qual posição prefere ficar se for possível escolher e permitir). Avisar previamente que será recompensado se houver colaboração durante o procedimento (ex. certificado de coragem, seringa, desenhos para colorir etc.). Flexionar e abduzir a perna do mesmo lado na qual será administrada a medicação intramuscular, de forma que o paciente não consiga contrair o glúteo. (Oliveira et al. 2007)

Na contenção de movimentos para a realização de procedimentos deve-se explicar o porquê da contenção, negociar (“podes chorar, mas não podes mexer o

braço”), segurar a criança com firmeza, porém de forma que a força aplicada não provoque dor ou outras lesões. (Oliveira et al. 2007)

Sempre que seja possível, ao realizar um procedimento deve-se evitar o contacto com material que suscite medo, assim, para crianças até dois anos, evitar que a mesma visualize agulhas e sangue, para crianças maiores, familiarizá-los com os materiais que serão utilizados no procedimento, mostrar através de objectos como jogos e bonecos, as técnicas que serão realizadas. Deve-se utilizar “pijama” colorido em vez de roupa branca. Deixar, quando possível, que a criança manipule os objectos a serem utilizados no procedimento. (Oliveira et al. 2007)

Deve-se questionar a criança e acompanhante se as condições do ambiente estão de acordo com suas necessidades. Regular a temperatura e/ou luminosidade de acordo com a necessidade da criança através de medidas como: ligar/desligar o ar-condicionado, oferecer lençol para se cobrir, apagar/acender a luz etc.; fechar a porta quando possível; descobrir o foco do ruído (televisão, conversas da equipe) e tentar amenizá-lo quando possível. (Oliveira et al. 2007)

Quando o ambiente é estranho e fora do convívio social da criança, o enfermeiro deve apresentar-se à criança tentar estabelecer um vínculo de confiança/afectividade com a criança. Apresentar o serviço, quando possível, principalmente o espaço que será utilizado pela criança. Facilitar as actividades de entretenimento (ver televisão, ler, jogar). Decorar o ambiente do serviço com desenhos/figuras coloridas e incentivar o acompanhante a trazer objectos de estimação da criança (brinquedo, travesseiro). (Oliveira et al. 2007)

Outro problema põe-se com a interrupção de actividades escolares, sendo nesta fase importante explicar a importância da sua ida ao serviço de cuidados de saúde e quando necessário orientar sobre alternativas de recuperação das actividades escolares. (Oliveira et al. 2007)

Na necessidade da ausência do acompanhante, este deve explicar o motivo pelo qual vai estar ausente e assegurar que volta, sendo que o enfermeiro tem de manter a sua presença em toda a ausência do acompanhante. (Oliveira et al. 2007)

Durante o medo de repreensão por ter feito algo de errado o enfermeiro deve questionar sobre os medos e deixar que o mesmo verbalize as suas angústias e preocupações. Explicar, quando o paciente não tiver culpa, que é sabido que não está doente por motivo próprio. Tratar com carinho e afecto não demonstrando julgamento em relação à sua situação. Esclarecer que a equipa não está ali para repreendê-lo ou julgá-lo e sim para ajudar. (Oliveira et al. 2007)

Evitar, sempre que possível que procedimentos de maior sofrimento sejam realizados na presença das demais crianças. Orientar que os acompanhantes juntamente com a criança, aguardem do lado de fora da sala onde outras crianças sofrem algum procedimento. Tranquilizar a criança que necessite de presenciar procedimentos traumáticos, assegurando que não precisará ser submetido ao mesmo procedimento, quando esta for a situação. (Oliveira et al. 2007)

É necessário ter em conta as experiências anteriores e assim questionar se já vivenciou alguma experiência semelhante. Deixar que a criança verbalize as angústias e medos. Explicar que o momento actual necessariamente não será igual ao que viveu anteriormente. (Oliveira et al. 2007)

Acima de tudo a criança deve ser tranquilizada pelo acompanhante, assim o enfermeiro deve conversar com o acompanhante e explicar a importância do seu apoio e tranquilidade para o restabelecimento da saúde e cooperação da criança. Aconselhar que o acompanhante passeie um pouco, peça alguma ajuda através de um telefonema ou conversando com algum amigo. Com crianças maiores, tentar explicar o que se passa com o acompanhante.

4. Cuidar em Enfermagem

Cuidar é a excelência da prática de Enfermagem, que está inserida desde o nascimento até depois da morte. Segundo Collière (1999, p.236), refere que:

“(...) cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.”

Para cuidar não é preciso haver doença, mas haver quem necessite da ajuda de alguém. A criança como ser ainda em fase de aprendizagem necessita de um cuidado para conseguir as funções básicas da vida em plenitude e conforto. Assim o idoso já naturalmente por falta de capacidade das funções vitais ou por doença necessita de igual modo do cuidar. Contudo, não é só nas fases de vida de extremo que são necessários cuidados, pois este estende-se ao longo de todo o estágio da vida, sendo que uns necessitam de cuidados mais próximos e outros poderão não necessitar.

“Cuidar é então conservar a vida, assegurando a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas diversificadas nas suas manifestações.” (Collière, 2003)

A Enfermagem usa o cuidar como um forma de se relacionar com o próximo, com quem necessita, usando o conhecimento científico para realizar a prática em consciência e com valores.

O processo de cuidar é entendido por Waldon (1998) como um conjunto de acções e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer.

Já Watson (2002), entende que o processo de cuidar em Enfermagem deve envolver a família e grupos, não apenas pelo factor humano, mas pelos conhecimentos desenvolvidos, empenhamento, valores sociais e morais e acima de tudo pelo compromisso pessoal.

O enfermeiro é um modelo nas ciências da saúde, pois guiasse por um código deontológico que o incentiva a respeitar o outro e a manter uma postura que lhe permite entender as necessidades do próximo sem por em causa a sua profissão e respeitando os valores da pessoa.

Na perspectiva de Collière (1999), a competência dos enfermeiros foi-se apresentando e deixando abordar pela prática de âmbito médico, na prática de cuidados. “No entanto, há mais de cem anos que Florence Nightingale demonstrou, nas enfermarias militares de Scutari e depois no St. Thomas Hospital, em Londres, que distribuir medicamentos e fazer pensos de feridas não seria suficiente para assegurar a sobrevivência dos doentes, mas era necessário desencadear tudo o que mobiliza a sua energia, o seu potencial de vida.” (Collière, 1999, p.285)

Os cuidados encontram-se em todas as etapas da vida, como referido já anteriormente, o seu humano precisa de ser cuidado enquanto criança para aprender a cuidar-se e um dia cuidar quem precisa.

Em toda a primeira infância o bebé antes de adquirir e desenvolver as capacidades necessárias para os cuidados diários, como comer, lavar-se, vestir-se e eliminar, é indispensável ser cuidado para continuar a crescer, aprender a viver e despertar para o mundo.

De seguida é necessário Cuidar e instituir esta ideia às crianças, mas também aos pais, que estão em fase de envelhecimento. Na Enfermagem assegura-se os cuidados por profissão para suprir temporariamente aquilo que alguns adultos não podem fazer por si próprios, devido a doença ou situações que impossibilitem o auto-cuidado.

5. Medos Versus Idades

Segundo Odriozola (2001, p. 1):

“O medo constitui um sistema primitivo de alarme que ajuda a criança a evitar situações potencialmente perigosas; a dor, por sua vez, averte de um dano imediato. O medo da separação é a primeira linha de defesa; quando esta é vencida entram em acção os medos dos animais e dos danos corporais; por último, a dor avisa de um perigo físico iminente.”

Contudo os medos dependem da idade da criança, das vivências anteriores, das relações desenvolvidas com os familiares e da frequência destas.

Numa perspectiva desenvolvimental, pode-se descrever os medos por estádios, onde o bebé dos 0 ao 1 ano apresenta o choro como uma forma de se manifestar perante situações potencialmente perigosas. O choro alerta para estímulos intensos e desconhecidos quando se sente sozinha.

O medo pelos animais é frequente aparecer pelos 2 a 4 anos de idade, podendo persistir até idades mais avançadas. Nas crianças dos 4 a 6 anos de idade aparece o medo das bruxas, do imaginário, do escuro e das catástrofes, assim como da não-aceitação pela sociedade e do contágio emocional do medo das outras pessoas. Pelos 6 e os 9 anos podem reaparecer medos recalcados no passado e tornar-se potencialmente perigoso, onde estão presentes os medos relativamente à forma física, como a estatura ou o peso e ao fraco rendimento atlético e medos em relação ao baixo nível escolar. Dos 9 aos 12 anos, fase potencial de puberdade já são mais frequentes os medos referentes às catástrofes, acidentes incêndios, doenças graves, ou até distúrbios emocionais com prejuízo familiar com os pais, englobando o mau rendimento escolar com castigos físicos, discussões ou escândalos. Por último a fase da adolescência é caracterizada pelos medos de índole relacional, capacidade intelectual, auto-estima, onde o aspecto físico é ressaltado, assim como os fracassos. (Odriozola, 2001)

Estes medos habitualmente deixam de existir com o passar da idade, porém pode um ou outro demarcar a criança, onde seja necessária uma intervenção junto desta para a ajudar a desmascarar a situação.

6. O contexto da Saúde Comunitária

De acordo com Capra (*Cit. in*. Monteiro 2000) e falando sobre o futuro do sistema de saúde “(...) a saúde consistirá, em primeiro lugar e acima de tudo, num sistema abrangente, efectivo e bem integrado de assistência preventiva. A manutenção da saúde será, em parte, uma questão individual e, em parte, uma questão colectiva, estando as duas, a maior parte do tempo, intimamente interligadas”.

O futuro da saúde passa muito pelos cuidados prestados em primeira linha, sendo esses os cuidados de saúde primários, que segundo Collière (2003, p.263):

“Entende-se por cuidados de saúde primários os cuidados de saúde essenciais, universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, por meios que lhes são aceitáveis, com a sua plena participação e a um custo acessível para a comunidade e para o país.”

A Saúde Comunitária em Portugal já atravessou várias fases, sendo que se pode contabilizar quatro fases principais. Inicia em 1971 até 1975, depois de um período revolucionário, a segunda fase é caracterizada como de serviço médico à periferia, de 1975 a 1982, entra de seguida a fase dos centros de saúde integrados e de expansão do Serviço Nacional de Saúde, desde 1983 e por último a fase que nos encontramos agora, de transição, com início da reforma dos cuidados de saúde primários em 2005 e estando num processo de desenvolvimento de forma a uniformizar os cuidados neste sector. (Branco, 2001)

Segundo o parecer n.º12/2011 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros preconiza que “(...) o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar esteja fundamentado no conceito da Organização Mundial de Saúde, como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de Enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade.

O enfermeiro especialista interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre cada família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de Enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objectivos e o planeamento da intervenção ou contrato de acção com a família. O foco dos cuidados é as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes sub-sistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interacção da família com o seu ambiente.

Na implementação dos planos de acção, o enfermeiro especialista negocia com os elementos do agregado familiar e os recursos de apoio da comunidade os melhores cuidados para garantir a estabilidade familiar. É um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde, a prevenção da doença, com a actuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos

com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares. Assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garante da equidade no acesso aos cuidados de saúde e, mais especificamente, aos de Enfermagem assim como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de Enfermagem em tempo útil, efectuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias. Em síntese os enfermeiros de família prestam cuidados de Enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais, ou seja, cuidam da família como unidade de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida da família.”

III. Fase Metodológica

1. Tipo de Estudo

Dado as características deste trabalho foi elaborado um estudo do tipo: quantitativo, descritivo, transversal, baseado em elementos recolhidos através de um questionário, visando identificar as variáveis intervenientes, a relação existente entre as mesmas, bem como a natureza desta relação.

Segundo, Fortin (1999, p. 371) a definição de investigação quantitativa é a investigação cuja finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente.

A abordagem ao estudo descritivo segundo Fortin (1999), consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da população ou de uma amostra. O mesmo autor acrescenta em 2006, que o estudo descritivo se limita a caracterizar o fenómeno pelo qual alguém se interessa, e tem como objectivo discriminar os factores determinantes ou conceitos, que eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo.

2. População em Estudo

A população “é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em conta uma ou várias características semelhantes, sobre o qual assenta a investigação” (Fortin, 1999, p. 373).

Assim sendo a população alvo será o conjunto de pessoas das quais se pretende adquirir informações. No presente trabalho a população é constituída pelos enfermeiros que trabalham nas Unidades Funcionais do Centro de Saúde da Senhora da Hora.

3. Amostra

De acordo com Fortin (1999) a amostra é um subgrupo da população alvo. Uma vez que é seleccionada para obter informações relativas às características dessa população, deve necessariamente ter as mesmas características dessa população de modo a que o grupo escolhido seja representativo da população alvo.

Neste trabalho o método de amostragem utilizado foi o não probabilístico porque é “(...) um procedimento segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 1999, p. 208).

E a amostragem não probabilística foi acidental, pois é definida como indivíduos que são facilmente acessíveis, se encontravam no local determinado e num momento específico.

O questionário foi aplicado a 25 enfermeiros pertencentes às Unidades Funcionais do Centro de Saúde da Senhora da Hora, tendo sido excluídos 5 destes por participarem no pré-teste, resultando de uma amostra de 20 Enfermeiros.

4. Processo de Amostragem

Segundo Fortin (1999, p.204), “a amostragem aleatória simples é uma técnica segundo a qual cada um dos elementos (sujeitos) que compõe a população alvo tem uma oportunidade igual de ser escolhido para fazer parte da amostra.”

O método de amostragem escolhido para seleccionar a amostra do estudo, foi a amostragem aleatória simples por conveniência na aplicação do questionário.

5. Variáveis de Estudo

As variáveis podem ser consideradas como uma classificação ou medida, uma quantidade que varia, um conceito operacional que contém ou apresenta valores, discernível num objecto de estudo e passível de mensuração. (Fortin 1999)

Ou seja, as variáveis são “ (...) qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são investigadas numa investigação”. (Fortin, 1999, p.36)

i) Variável de atributo

“As variáveis de atributo são geralmente constituídas por dados demográficos tais como a idade, o género, a situação de família. Os dados demográficos são analisados no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra.” (Fortin 1999, p:172)

No presente estudo o autor optou por utilizar apenas as variáveis de atributo para caracterizar a amostra deste estudo.

6. Instrumento de Recolha de Dados

Segundo Fortin (1999, p. 249), “um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos.”

Para o presente estudo, tendo em consideração o problema, as variáveis, o tipo de estudo e a população em que foi aplicado, utilizou-se o questionário como instrumento de recolha de dados. Questionário este que contém perguntas abertas ou fechadas, de índole directo

7. Pré-Teste

Fortin (1999, p.253), o pré-teste consiste: “(...) no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...), a fim de verificar se as questões podem ser compreendidas”. Este consiste num “ (...) ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é útil para a geração das informações desejadas (...)”, Polit et al. (1995, p. 255).

Para avaliar a exequibilidade do questionário este foi aplicado a uma pequena amostra de enfermeiros com a finalidade de saber se o questionário pode ser

compreendido e se é aplicável. O pré-teste foi aplicado a cinco enfermeiros da amostra, do Centro de Saúde da Senhora da Hora, sendo que estes resultados não integraram a amostra. Tendo sido passado o questionário a vinte enfermeiros deste mesmo Centro de Saúde.

8. Questões éticas da investigação

Como em todos os trabalhos de investigação as questões de ética têm um alto relevo.

“Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas” Fortin (1999, p. 113)

Pretende-se assim assegurar o anonimato e a confidencialidade dos inquiridos na execução prática deste estudo. Para isso teremos em conta os seguintes factores:

- A cooperação com este estudo será inteiramente voluntária, após o esclarecimento acerca da finalidade.
- Em nenhum momento o inquirido terá qualquer questão que relacione o participante ao estudo.
- Os dados obtidos serão tratados e processados apenas pelo investigador, para fins estatísticos e nunca serão utilizados para outros fins ou facultados a terceiros.

Segundo Fortin (1999, p. 116) “(...) é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.” Assim houve a necessidade de formar cinco princípios ou direitos fundamentais das pessoas:

i) O direito à autodeterminação

Direito este que visa cada sujeito tomar o seu próprio destino e ser livre na escolha da participação do estudo.

ii) O direito à intimidade

O investigador deve assegurar que protege a intimidade do inquirido, tendo a pessoa liberdade para decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar, nunca esquecendo a protecção do anonimato.

iii) O direito ao anonimato e à confidencialidade

Neste direito é de salientar que as questões nunca poderão ter dados que associem a resposta a um indivíduo.

iv) O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo

Fortin (1999, p.118) enuncia que este direito “(...) corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem. Este direito é baseado no princípio do “benefício” (...) no plano social, o desconforto e o prejuízo de ordem fisiológica, psicológica, legal e económica são de prescrever.”

v) Direito a um tratamento justo e equitativo

“O direito a um tratamento justo e leal refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo.” Fortin (1999, p. 119)

9. Tratamento de dados

Para a compreensão e análise da informação obtida através do instrumento de recolha de dados, recorreu-se ao tratamento estatístico.

Para uma melhor organização recorreu-se aos programas informáticos, denominados de Excel e SPSS (Statistical Package for Social Science).

Posteriormente e dando uma melhor visualização dos resultados procedeu-se à realização de tabelas e gráficos de forma a realçar os dados mais significativos.

IV. Apresentação e Análise dos Resultados

Seguido da recolha de dados através da aplicação dos questionários, iniciou-se a apresentação e análise dos resultados, seguidamente interpretada e exposta.

Os resultados são apresentados sob a forma de gráficos e tabelas, que promovem a leitura clara, simples e acessível. A explicação dos resultados terá como base o desenho de investigação, sendo posteriormente tiradas conclusões relativas a este fenómeno como produto final do trabalho. Após a exposição de cada gráfico e cada quadro apresentou-se uma breve análise para uma melhor compreensão.

Segundo Fortin (1999, p. 330):

“Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita dos dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto. (...) Normalmente, apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou às hipóteses formuladas.”

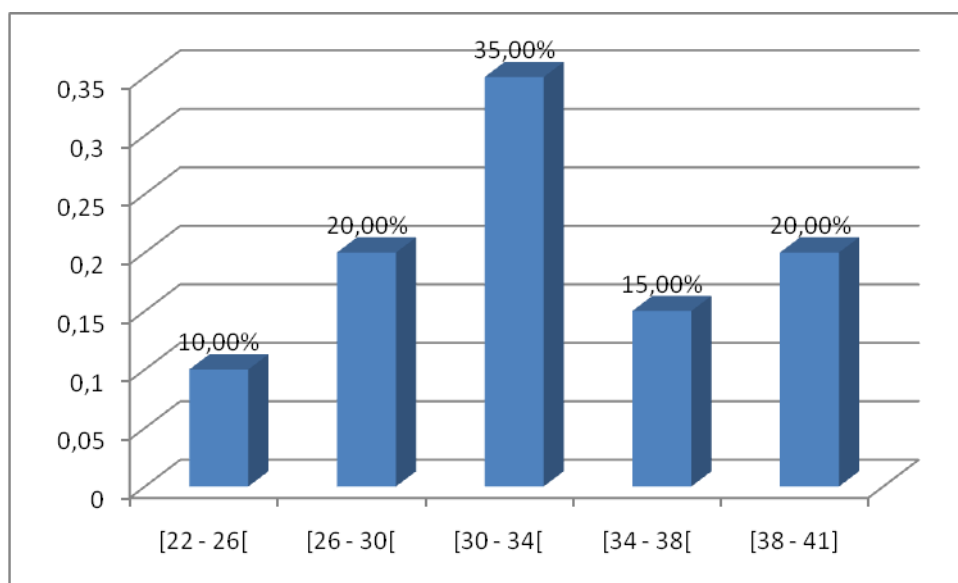
A exposição dos resultados é abordada segundo a ordem das questões no questionário.

1. Caracterização da Amostra

i) Dados Pessoais

Idade

Gráfico n.º 1 – Distribuição da amostra relativamente á idade



A leitura deste primeiro gráfico dá a compreender que a amostra tem uma idade compreendida entre os 22 anos e os 41, sendo que o elemento mais novo tem 21 anos e o mais velho 41 anos. A percentagem maior é de 30 anos.

Quadro n.º 1 – Estatística Descritiva em relação à idade

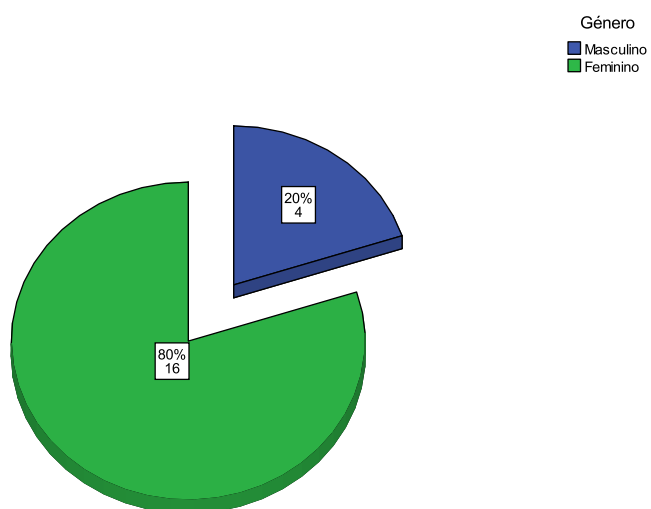
N	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
20	31,85	31	30	5,214	22	41

Segundo o quadro n.º 1, verifica-se que a média em relação à idade é de 31 anos e 8,5 meses, a mediana indica que 50% da amostra apresenta idade igual ou superior a 31 anos. A moda, ou seja o número que mais vezes aparece é 31 anos, o desvio padrão é

de 5,214 anos, ou seja existe homogeneidade em relação à idade, sendo o mínimo 22 anos e o máximo 41.

Género

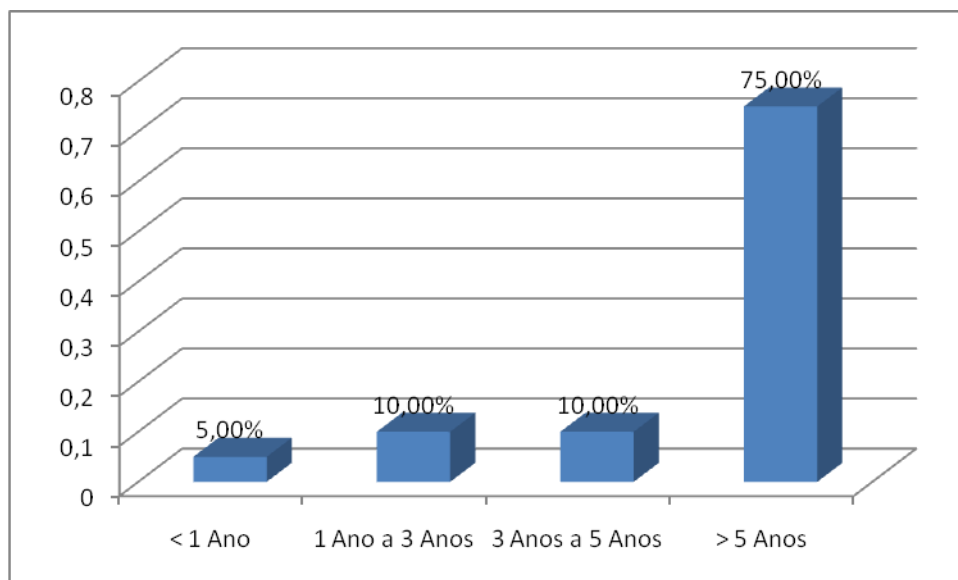
Gráfico n.º 2 – Distribuição da amostra relativamente ao género



Ao realizar a leitura deste gráfico verifica-se que 80% da amostra é do género feminino e 20% é do género masculino.

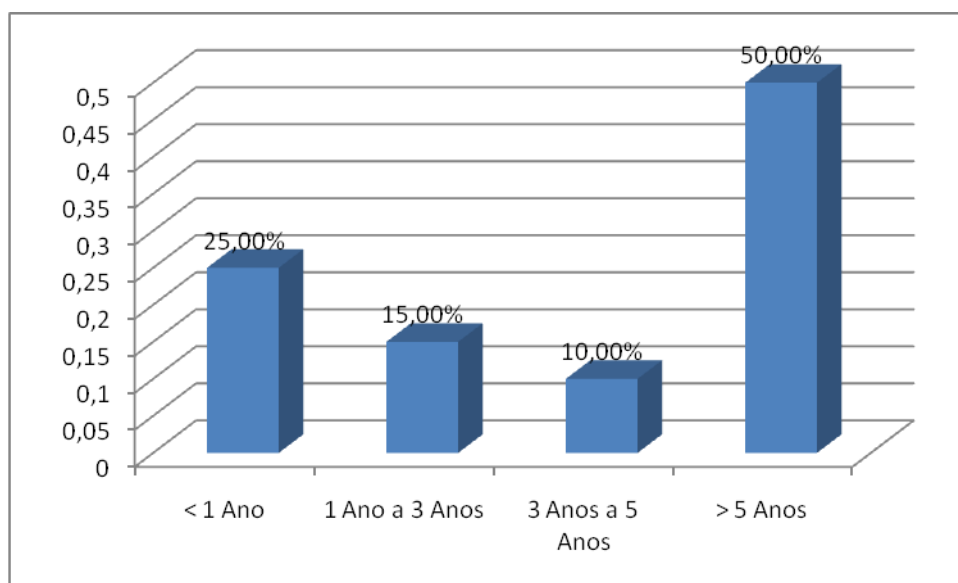
ii) Dados Profissionais

Gráfico n.º3 - Tempo de Exercício Profissional



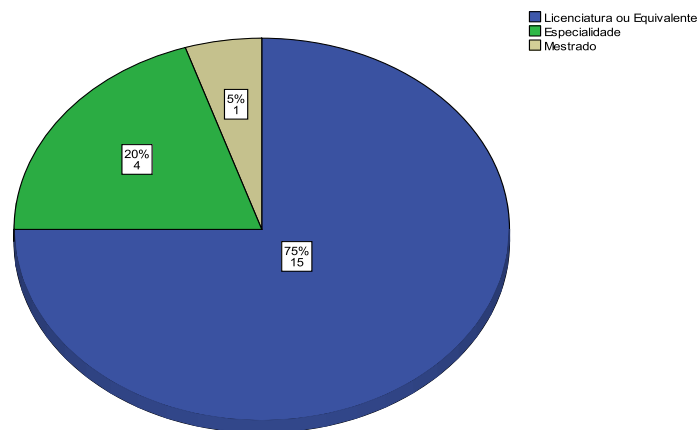
Neste gráfico verifica-se que apenas 5% da amostra trabalha há menos de 1 ano, 10 % da amostra trabalha entre 1 ano a 3 anos, assim como 10 % trabalha entre 3 anos a 5 anos e a grande percentagem de 75 % trabalha há mais de 5 anos.

Gráfico n.º4 – Tempo de Exercício Profissional nos Cuidados de Saúde Primários



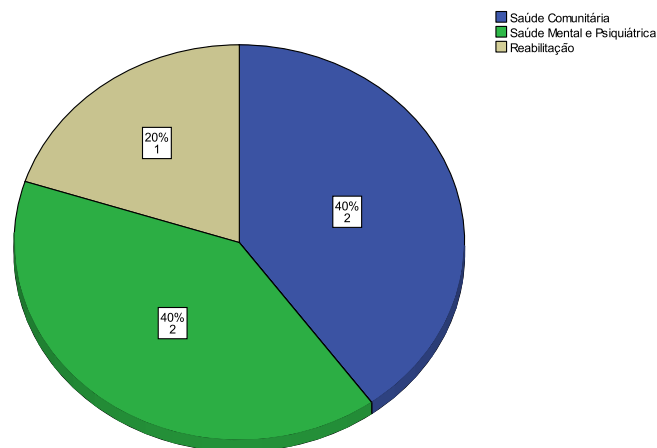
Interpretando os dados do gráfico n.º4, conclui-se que 25% dos inquiridos têm menos de um ano de exercício profissional nos cuidados de saúde primários, 15% têm de 1 ano a 3 anos, 10% têm de 3 anos a 5 anos e 50% tem mais de 5 anos de exercício profissional nos cuidados de saúde primários.

Gráfico n.º5 – Habilitações Académicas



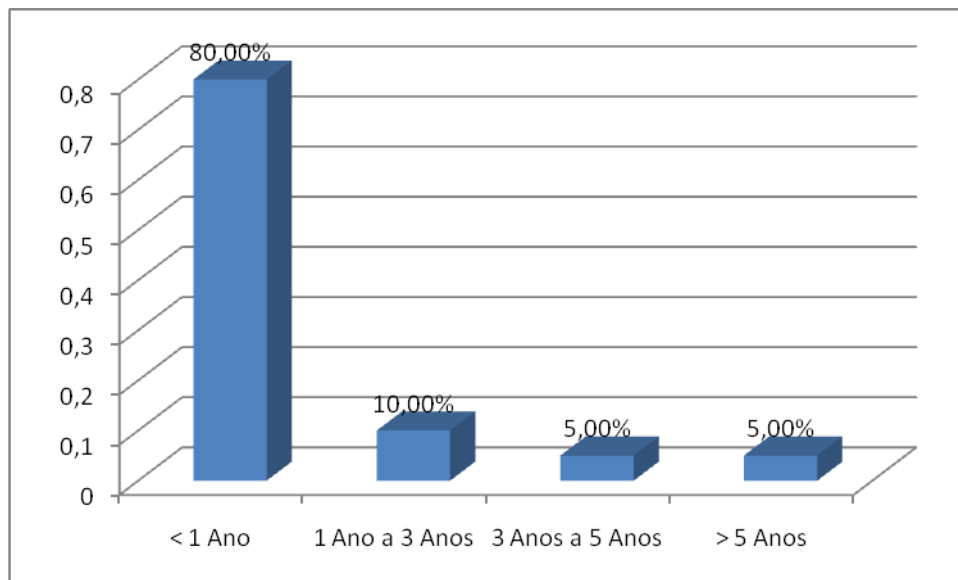
O gráfico n.º 5 dá-nos a informação que 75% dos profissionais inquiridos têm a Licenciatura de Enfermagem ou Equivalente, 20% têm Especialidade e 5% é Mestre.

Gráfico n.º 6 – Tipo de Especialidade



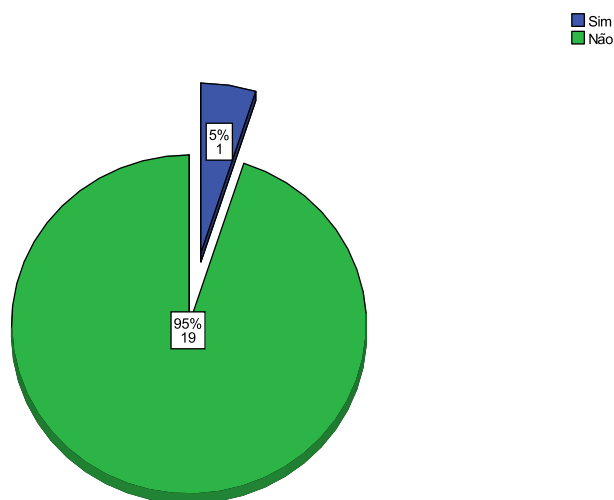
Após a análise do gráfico n.º 6 verifica-se que os enfermeiros que têm especialidade, 40% têm especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária, outros 40% têm especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica e 20% em Reabilitação.

Gráfico n.º 7 – Última Formação nos Cuidados de Saúde Primários



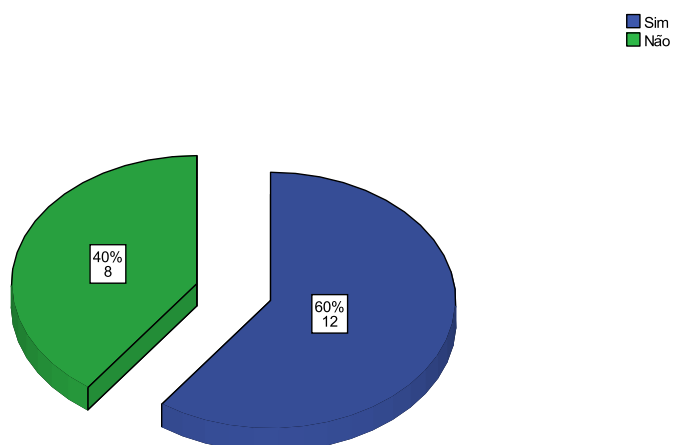
Através deste gráfico de barras pode-se constatar que 80% dos enfermeiros efectuaram formação à menos de um ano, no âmbito dos cuidados de saúde primários, 10% tiveram formação entre 1 ano a 3 anos, 5% tiveram formação entre 3 anos a 5 anos e 5% tiveram a última formação à mais de 5 anos.

Gráfico n.º 8 – Graduação em Pediatria



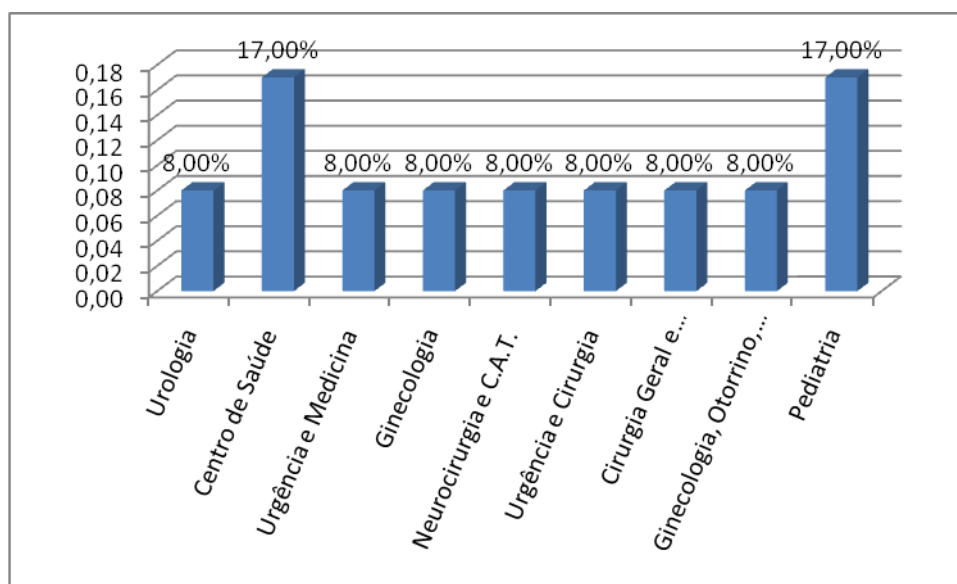
Pela leitura do gráfico n.º 8 observa-se que apenas 5% da amostra tem graduação em Pediatria e 95% não tem graduação em Pediatria.

Gráfico n.º9 – Trabalhou noutra serviço anteriormente a este



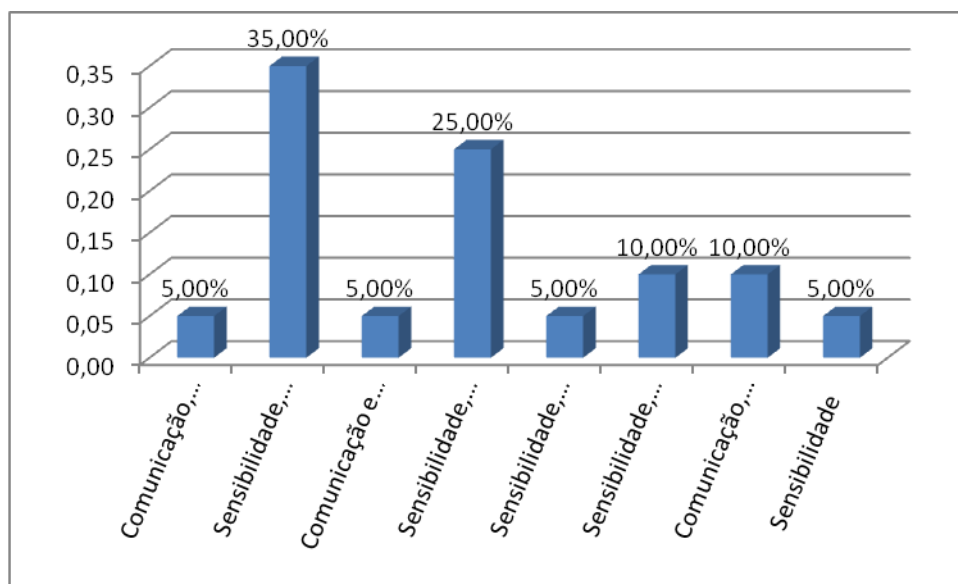
Na análise do gráfico n.º 9 conclui-se que 60% dos enfermeiros já tinham trabalhado noutra serviço anteriormente a este e que 40% foi o primeiro serviço que trabalharam.

Gráfico n.º 10 – Serviço que trabalhou anteriormente



Analisando o gráfico n.º.10 verifica-se que 8% da amostra que já trabalhou em serviços anteriormente a este, trabalhou no serviço de urologia, 17% no centro de saúde, 8% na urgência e medicina, 8% na ginecologia, 8% na neurocirurgia e no centro de atendimento aos toxicodependentes, 8% trabalhou na urgência e cirurgia, 8% trabalhou na obstetrícia, 8% cirurgia geral e ginecologia, 8% ginecologia, otorrinolaringologia, oftalmologia e medicina e 17% trabalhou em pediatria anteriormente a este serviço.

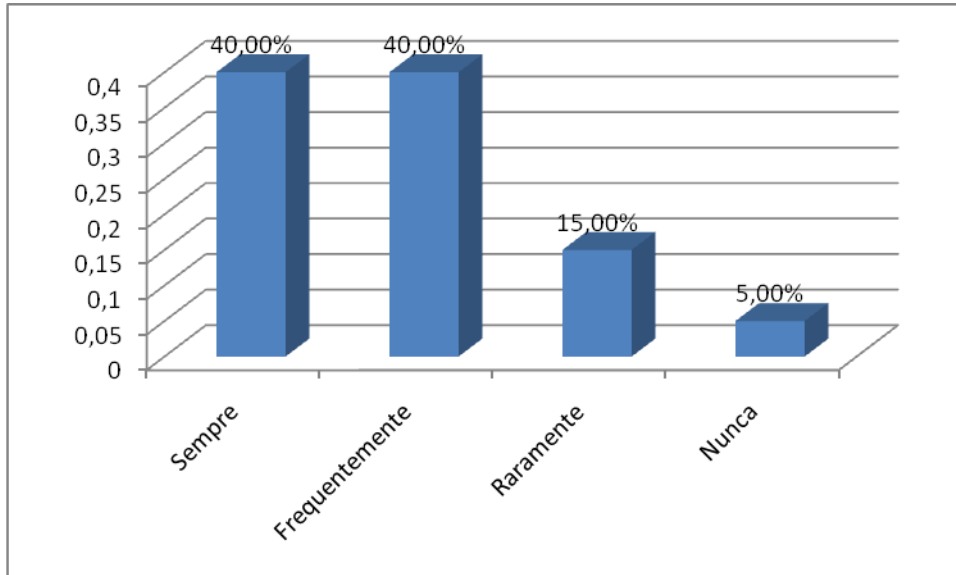
Gráfico n.º 11 – Três factores fundamentais em saúde comunitária



Perante os dados apresentados no gráfico n.º11 conclui-se que 5% dos inquiridos achou que os três factores fundamentais em Saúde Comunitária são Comunicação, Destreza Técnica e Encorajamento, 35% deu importância à Sensibilidade, Comunicação e Afectividade, 5% deu importância à Comunicação e Afectividade, 25% à Sensibilidade, Comunicação e Destreza Técnica, outros 5 % deram importância à Sensibilidade, Destreza Técnica e Afectividade, 10% achou importante Sensibilidade, Comunicação e Encorajamento, 10% deu importância à Comunicação, Afectividade e Encorajamento e 5 % achou a Sensibilidade o factor fundamental em Saúde Comunitária.

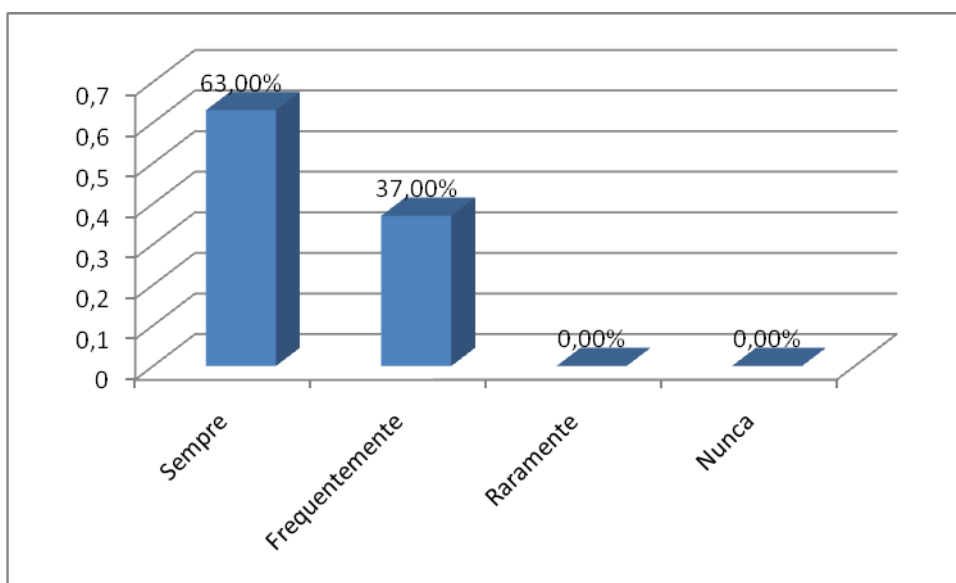
iii) Técnicas Para Reduzir o medo das Crianças

Gráfico n.º12 – Apresentar-se à criança pelo nome



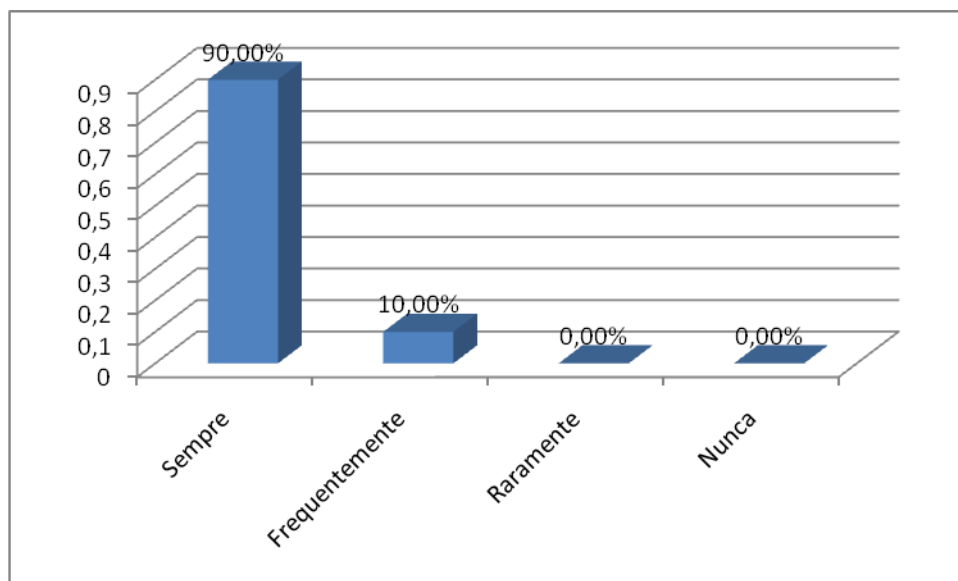
Perante os dados do gráfico n.º12 verifica-se que 40% dos inquiridos apresenta-se sempre à criança pelo nome, 40% efectua esta estratégia raramente, 15% raramente e 5% nunca se apresenta à criança pelo nome.

Gráfico n.º13 – Ser atendido pelo enfermeiro de família



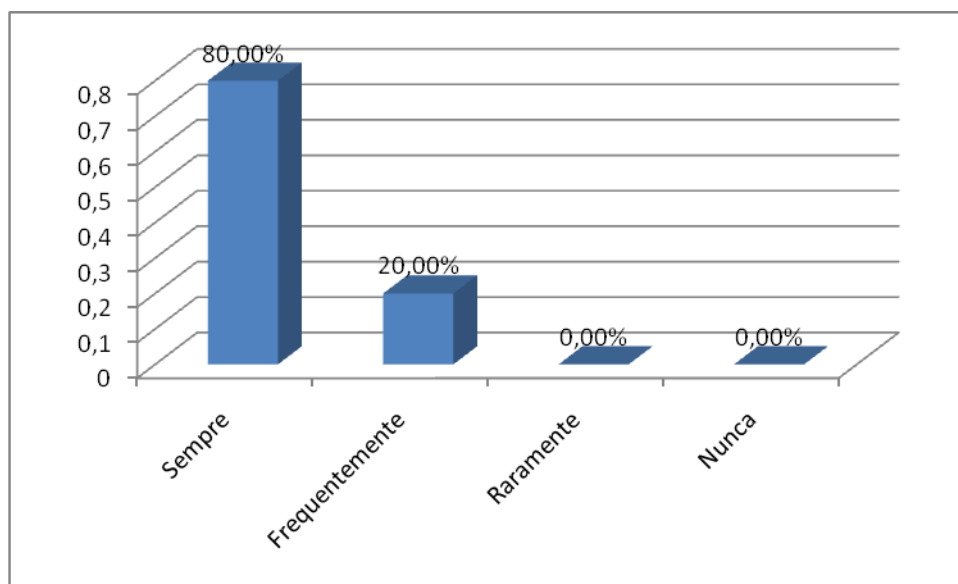
No gráfico n.º13, referente à estratégia “Ser atendido pelo Enfermeiro de Família”, dos inquiridos houve um enfermeiro que não respondeu a esta questão, sendo que 63% respondeu Sempre e 37% respondeu que a criança é Frequentemente atendida pelo Enfermeiro de Família.

Gráfico n.º 14 – Envolver o acompanhante na explicação do procedimento



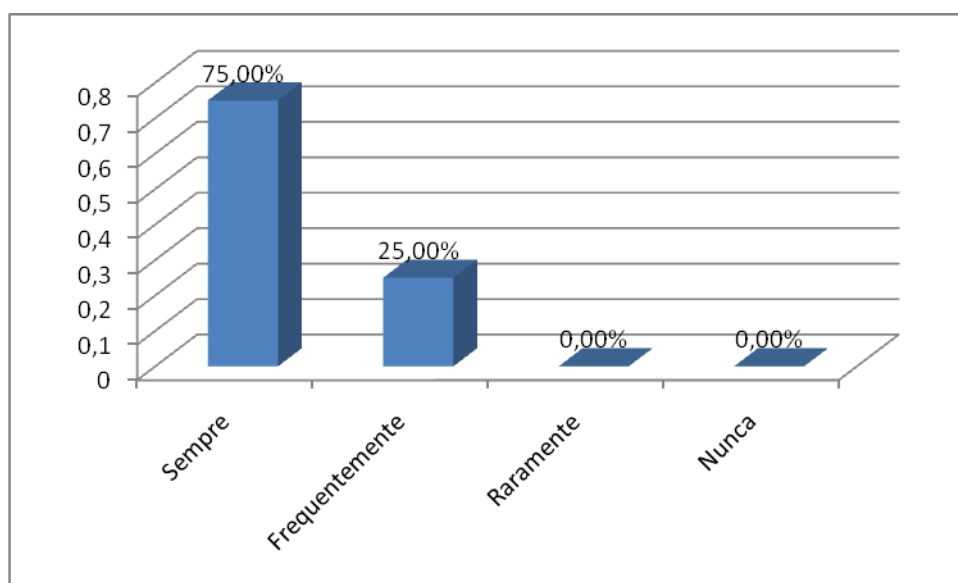
Através da análise do gráfico n.º14 conclui-se que 90% dos inquiridos respondeu que envolviam sempre o acompanhante na explicação do procedimento e 10% respondeu frequentemente.

Gráfico n.º 15 – Explicar os procedimentos com calma e de acordo com a idade



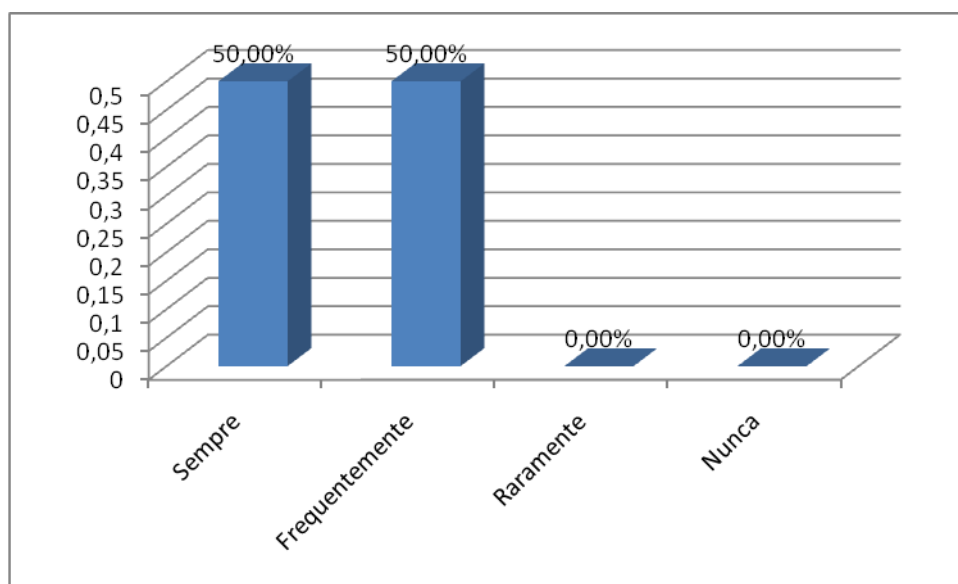
Após a análise do gráfico n.º 15 referente à questão “Explicar os procedimentos com calma e de acordo com a idade.”, verifica-se que 80% da amostra respondeu que explicava sempre os procedimentos e 20% respondeu que explicava frequentemente.

Gráfico n.º16 – Verificar os receios da criança



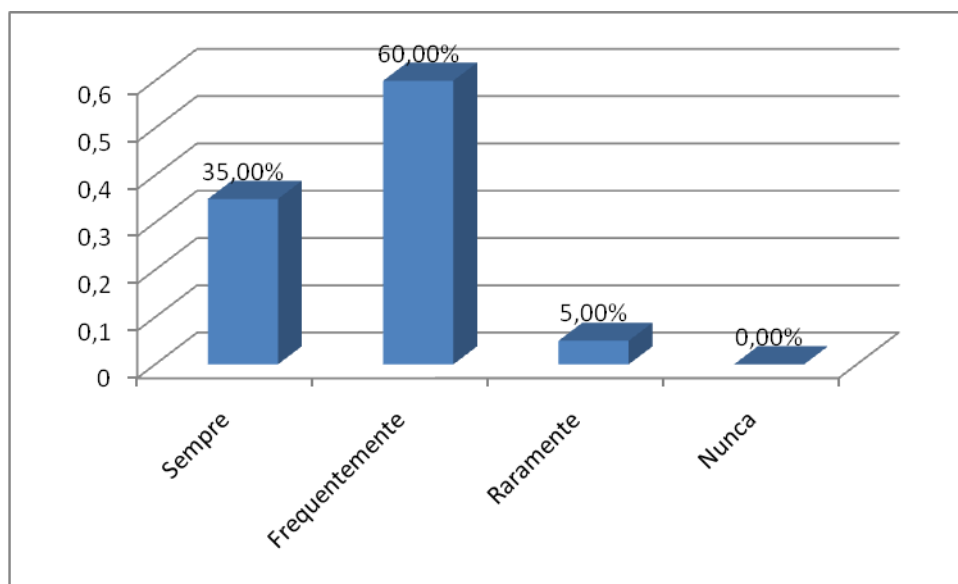
De acordo com a análise do gráfico n.º16, referente à estratégia “Verificar os receios da criança.”, conclui-se 75% da amostra verifica sempre os receios da criança e que 25% verifica frequentemente.

Gráfico n.º17 – Incentivar o acompanhamento de um familiar ou amigo



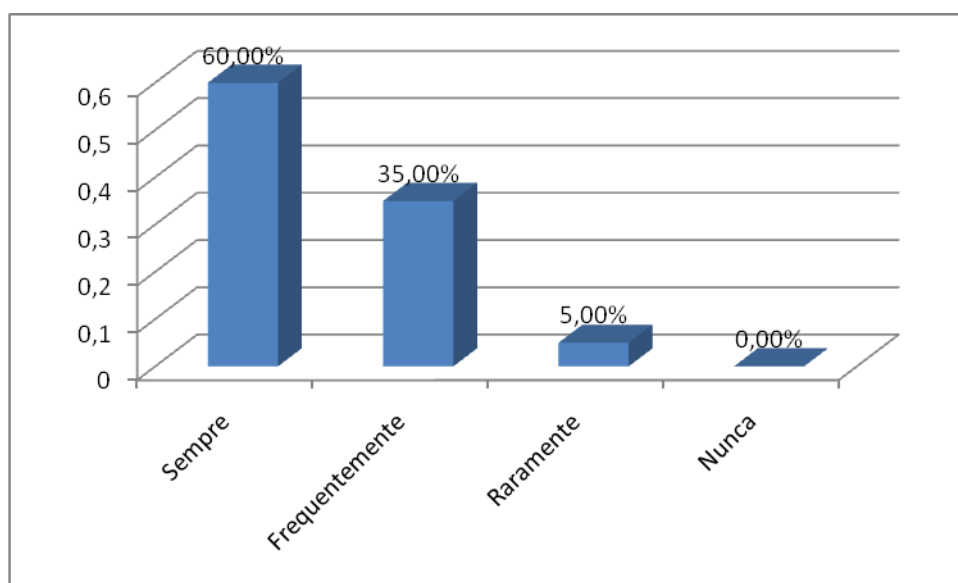
Perante os dados do gráfico n.º17 verifica-se que 50% dos enfermeiros inquiridos incentivam sempre o acompanhamento de um familiar ou amigo e 50% incentiva frequentemente o acompanhamento de um familiar ou amigo.

Gráfico n.º18 – Usar espaço próprio para a pediatria



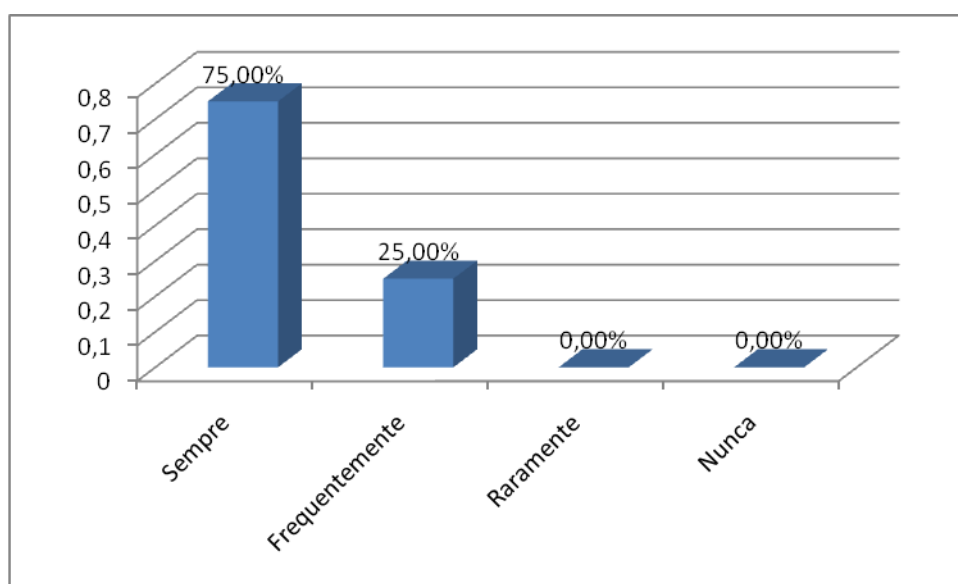
Ao realizar a leitura deste gráfico, referente à estratégia “Usar espaço próprio para a pediatria.”, conclui-se que 35% da amostra respondeu que usa sempre o espaço próprio para a pediatria, 60% respondeu frequentemente e 5% respondeu raramente.

Gráfico n.º19 - A criança ser cuidada na consulta de Saúde Infantil.



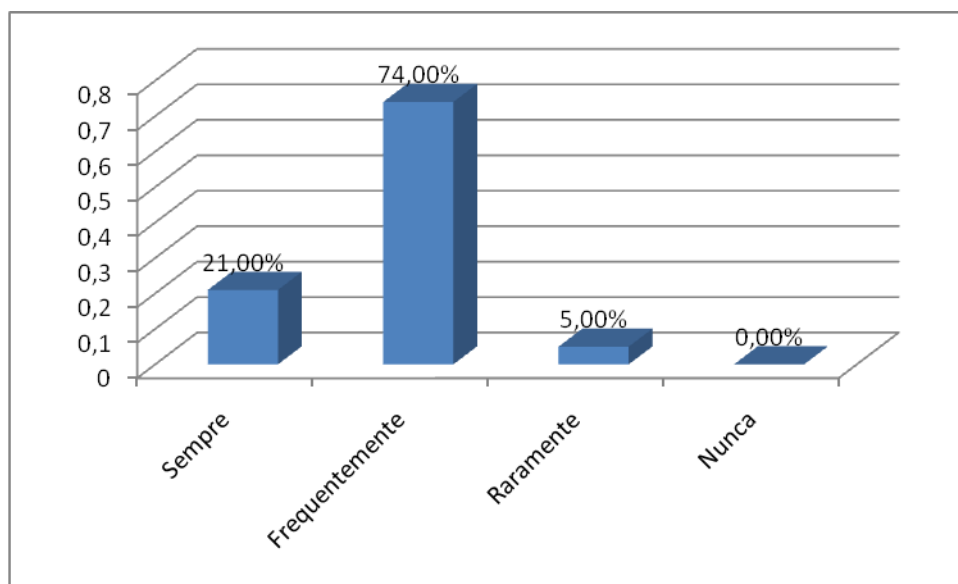
Analisando o gráfico n.º19 entende-se que 60% dos enfermeiros inquiridos respondeu que a criança é sempre cuidada na consulta de Saúde Infantil, 35% respondeu que tem este procedimento frequentemente e 5% respondeu que raramente cuida da criança na consulta de saúde infantil.

Gráfico n.º20 – Utilizar a brincadeira e o bom humor de forma a explicar à criança o que vai acontecer.



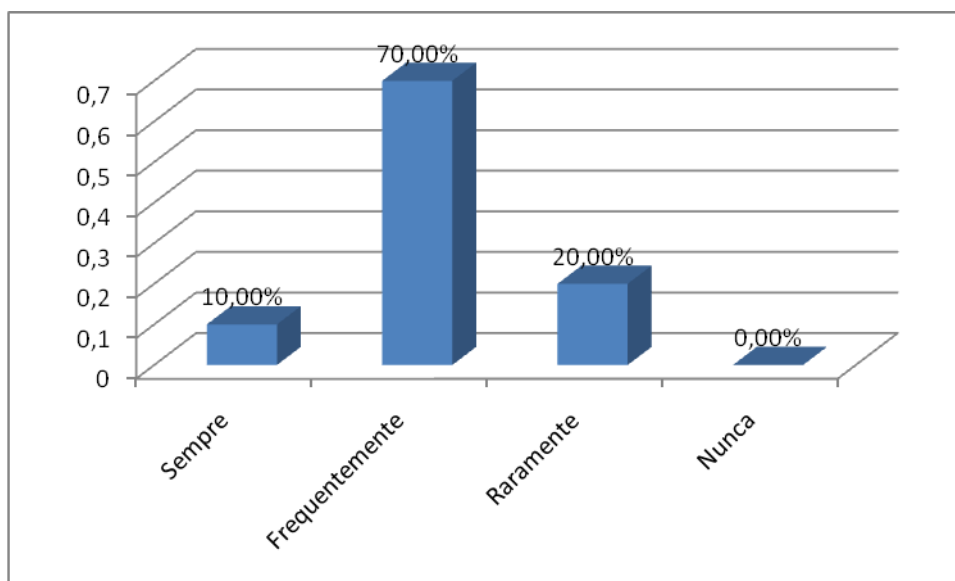
Através do gráfico n.º20 pode-se analisar que 75% da amostra inquirida diz que utiliza sempre a brincadeira e o bom humor de forma a explicar à criança o que vai acontecer e 25% da amostra diz que utiliza frequentemente a brincadeira.

Gráfico n.º21 - Utilizar a parceria de cuidados.



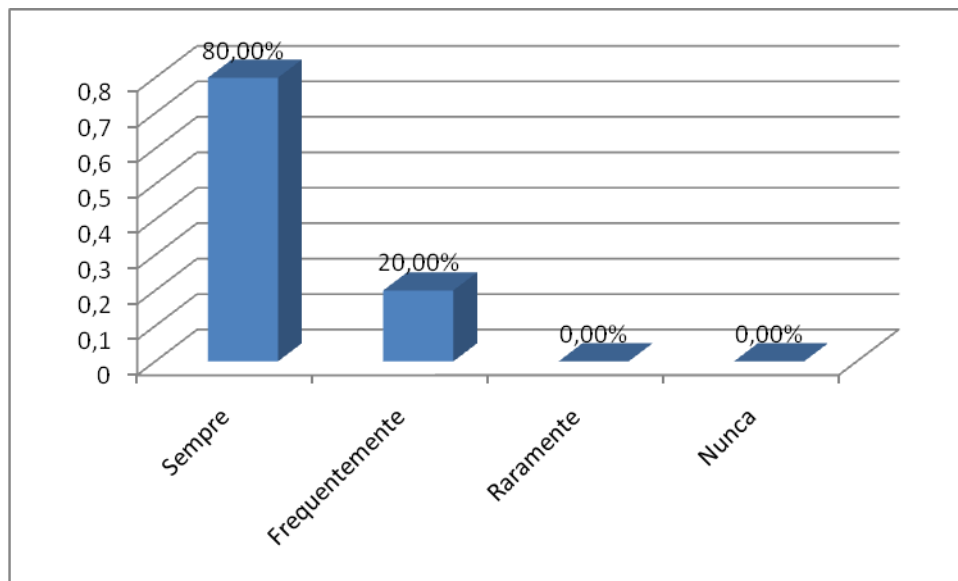
De acordo com a análise do gráfico n.º21, referente à estratégia “Utilizar a parceria de cuidados.”, 21% dos enfermeiros inquiridos respondeu sempre, 74% respondeu que utiliza frequentemente e 5% respondeu que raramente utiliza. Um enfermeiro respondeu a esta pergunta referindo que “não se aplicava”.

Gráfico n.º22 - Questionar a criança sobre a vivência de experiências anteriores.



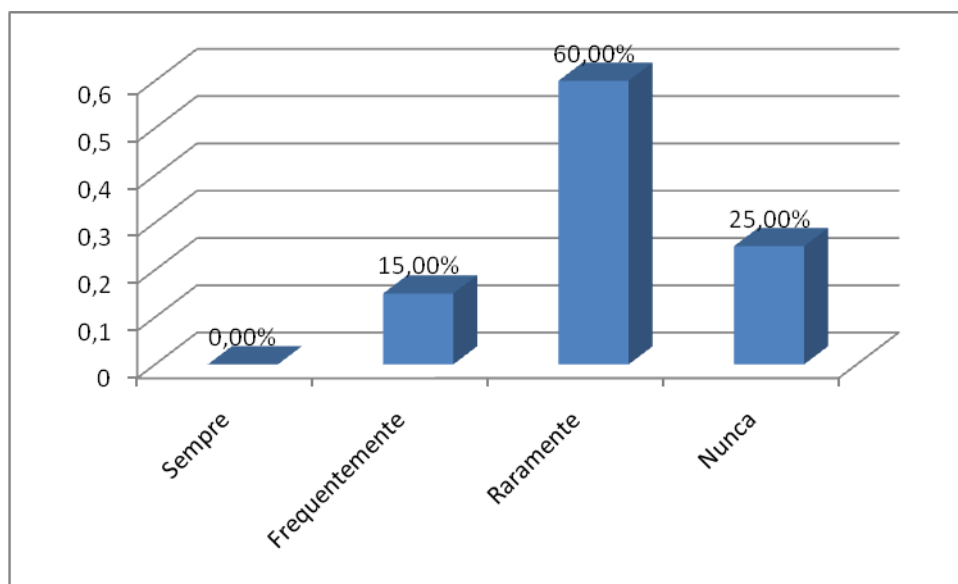
Após realizar a interpretação do gráfico n.º22 verifica-se que 10% da amostra questiona sempre a criança sobre a vivência de experiências anteriores, 70% questiona frequentemente e 20% raramente questiona a criança sobre a vivência de experiências anteriores.

Gráfico n.º23 - Proporcionar um ambiente acolhedor e informal.



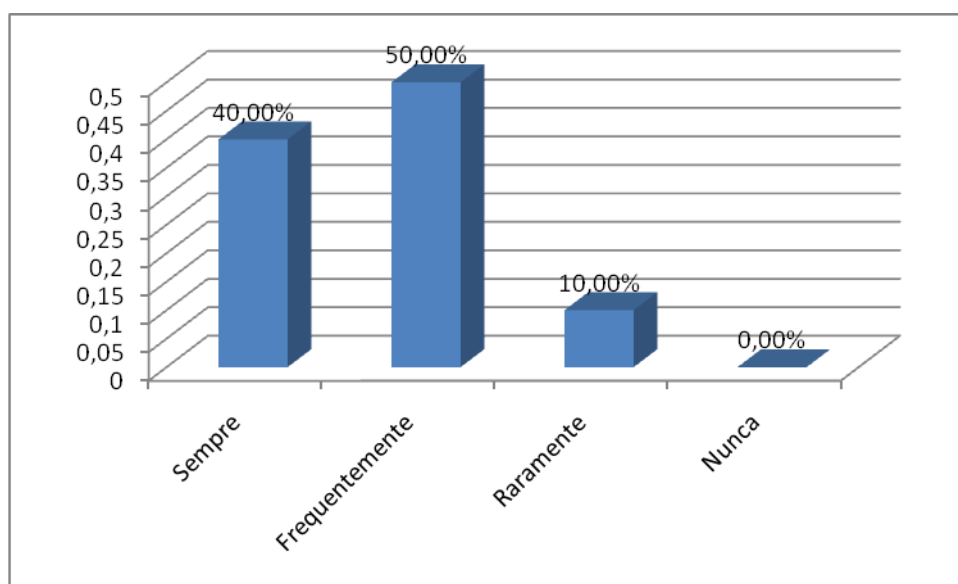
Segundo a interpretação do gráfico n.º23 constata-se que 80% dos enfermeiros inquiridos respondeu que proporciona sempre um ambiente acolhedor e informal e 20% respondeu que proporciona frequentemente um ambiente acolhedor e informal.

Gráfico n.º24 - Utilizar Linguagem Científica.



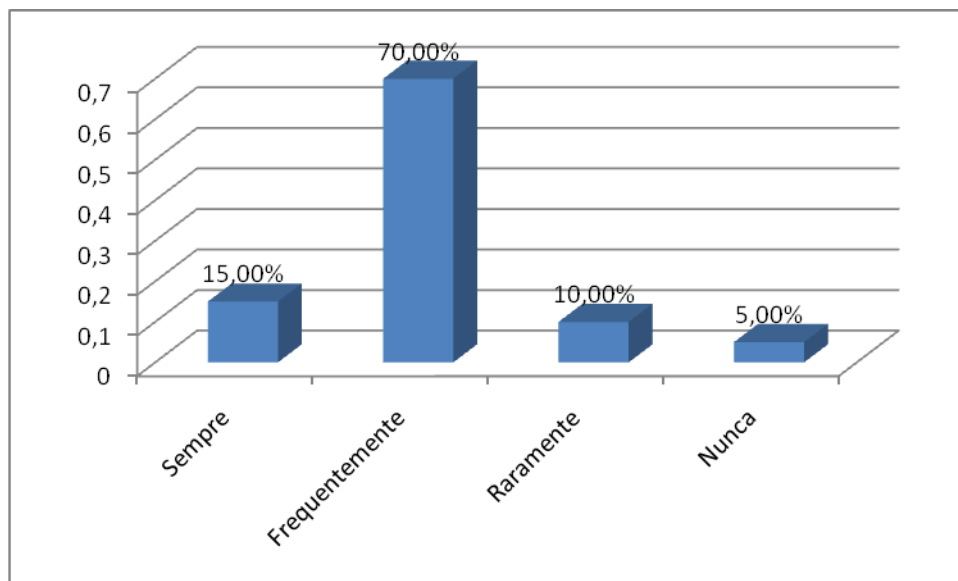
Pelo gráfico n.º24, referente à estratégia, “Utilizar linguagem científica.”, conclui-se que 15% dos inquiridos refere utilizar frequentemente, 60% utiliza raramente a linguagem científica e 25% refere nunca utilizar.

Gráfico n.º25 - O número de profissionais suficientes para a prática.



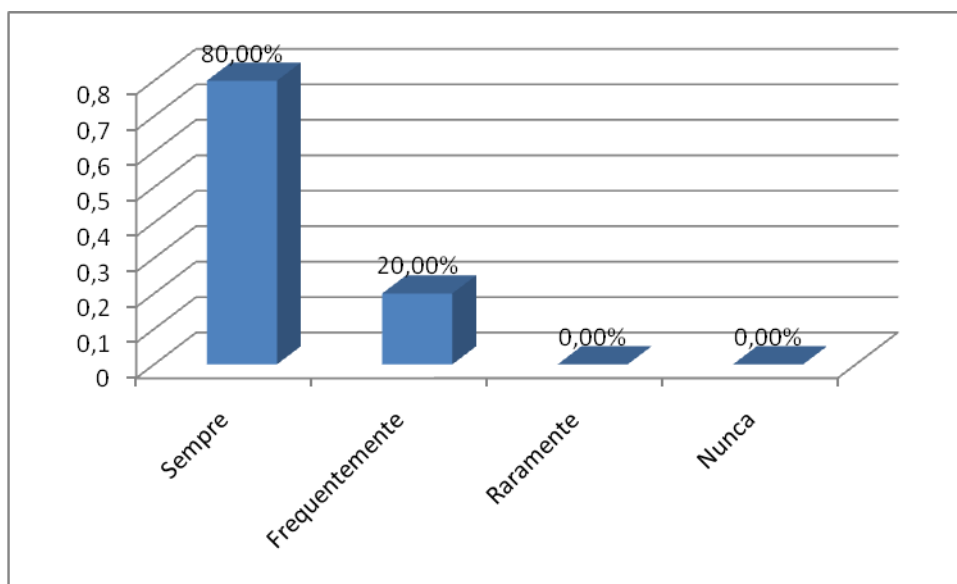
Pela observação do gráfico n.º25, verifica-se que 40% dos enfermeiros inquiridos refere que o número de profissionais para a prática são sempre suficientes, assim 50% diz que são frequentemente suficientes e 10% refere que raramente o número de profissionais são suficientes para a prática.

Gráfico n.º26 - Mostrar e permitir o manuseamento de objectos utilizados pela Enfermagem.



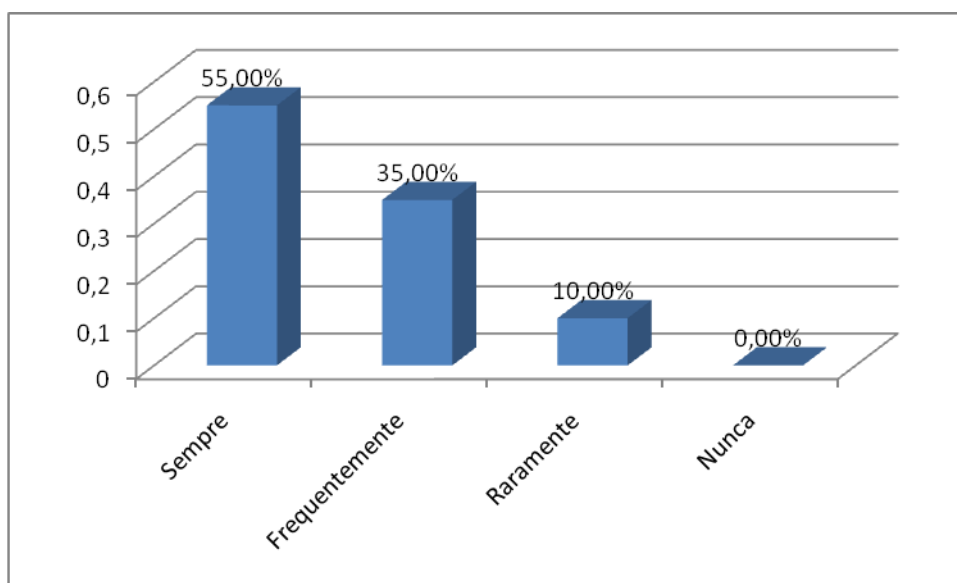
Observando o gráfico n.º26 pode-se verificar que 15% da amostra mostra e permite sempre o manuseamento de objectos utilizados pela Enfermagem, 70% respondeu frequentemente, 10% respondeu raramente e 5% respondeu que nunca mostra e permite o manuseamento de objectos utilizados pela Enfermagem.

Gráfico n.º27 - Perguntar o nome ou diminutivo.



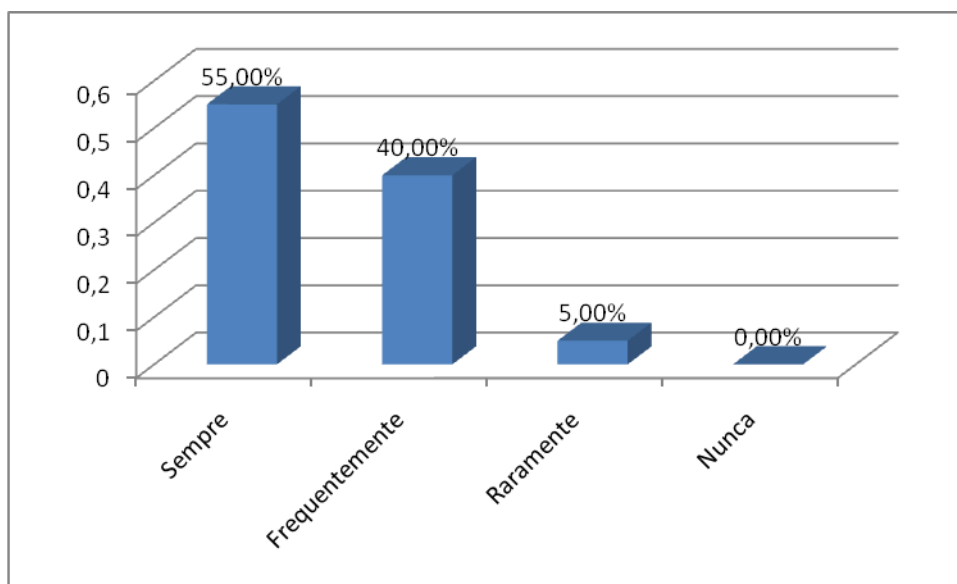
Após realizar a análise do gráfico n.º27 verifica-se que 80% da amostra pergunta sempre o nome ou diminutivo à criança e 20% pergunta frequentemente.

Gráfico n.º28 - Perceber o que a criança sabe sobre o procedimento.



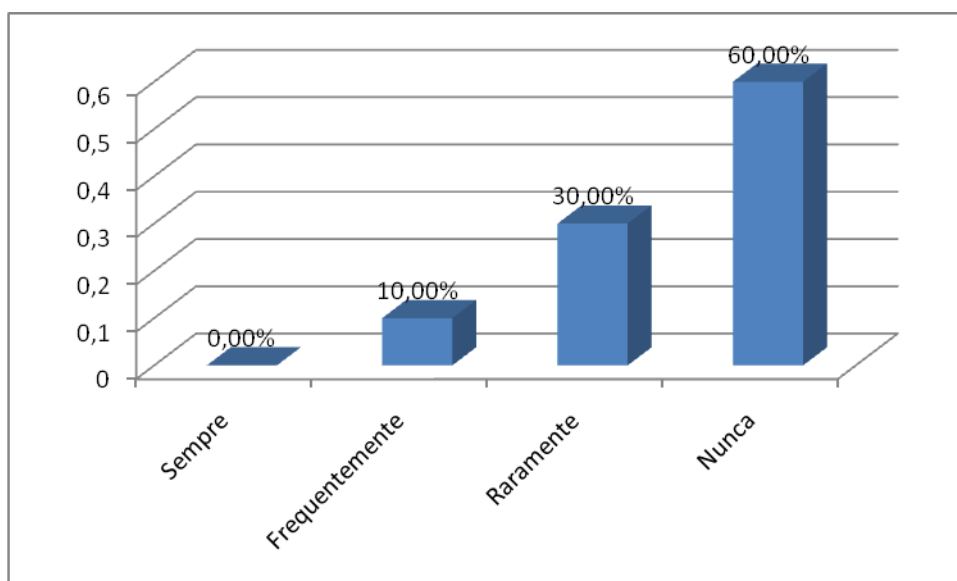
Na observação do gráfico n.º28 conclui-se que 55% dos enfermeiros inquiridos responderam sempre, na afirmação “Perceber o que a criança sabe sobre o procedimento.”, 35% respondeu frequentemente e apenas 10% respondeu raramente.

Gráfico n.º29 - O tempo adequado para praticar as técnicas.



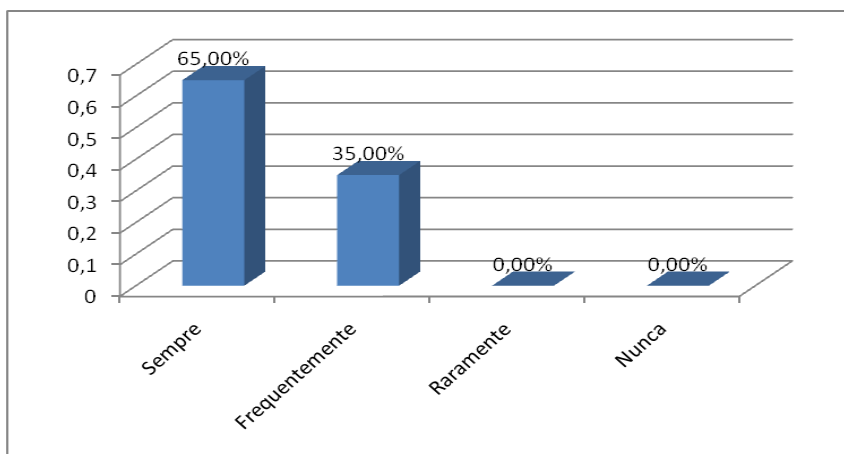
Segundo o gráfico n.º29 sobre a estratégia “O tempo adequado para praticar as técnicas”, 55% da amostra inquirida respondeu sempre, 40% respondeu frequentemente e apenas 5% respondeu que raramente o tempo é adequado para praticar as técnicas.

Gráfico n.º30 – Pedir ao familiar para aguardar/ausentar enquanto efectua o procedimento.



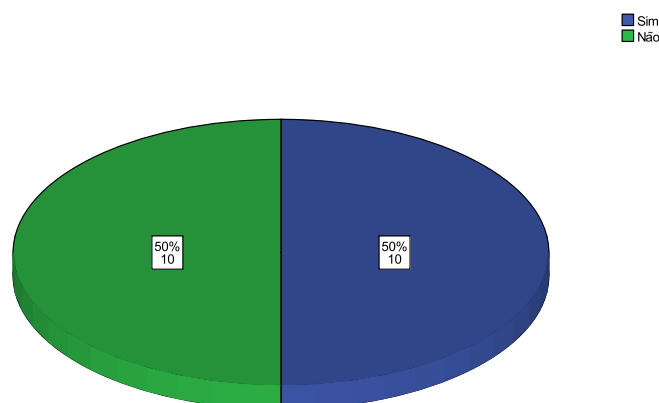
Através da análise do gráfico n.º30 entende-se que 10% da amostra inquirida pede frequentemente ao familiar para aguardar/ausentar enquanto efectua o procedimento, 30% efectua esse procedimento raramente e 60% nunca o faz.

Gráfico n.º31 - Perceber o que preocupa/teme a criança.



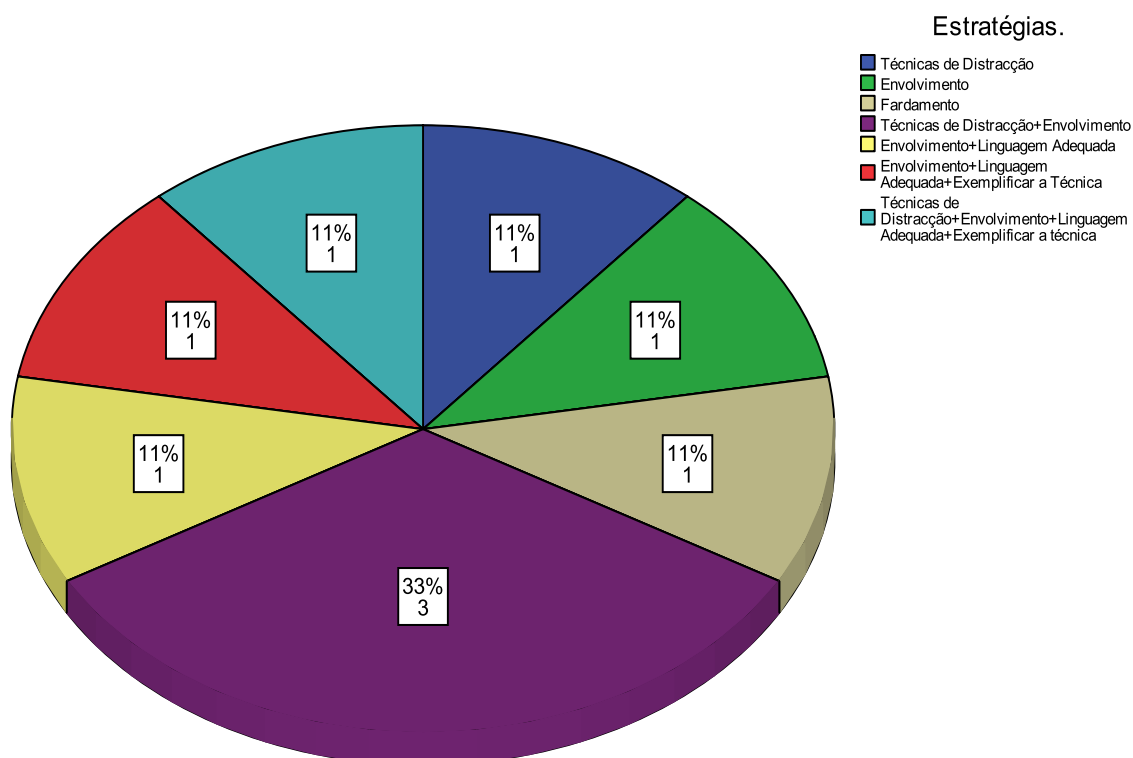
Interpretando o gráfico n.º31 verifica-se que 65% dos enfermeiros inquiridos responderam que percebem sempre o que preocupa/teme a criança e 35% frequentemente tem a mesma percepção.

Gráfico n.º32 – Usar estratégias para diminuir o medo na visita domiciliária a crianças



Segundo a análise do gráfico n.º33 referente à utilização de estratégias para diminuir o medo das crianças na visita domiciliária, 50% da amostra inquirida respondeu que utilizava estratégias e os restantes 50% responderam que não utilizavam.

Gráfico n.º33 – Estratégias para diminuir o medo das crianças na visita domiciliária



Realizando a análise do gráfico n.º33 verifica-se que dos nove enfermeiros inquiridos que responderam que utilizam estratégias para diminuir o medo das crianças na visita domiciliária, 11% utiliza técnicas de distracção, 11% utiliza o envolvimento como uma estratégia, 11% utiliza como estratégia o fardamento, 33% utiliza técnicas de distracção e envolvimento, 11% utiliza envolvimento e linguagem adequada, 11% utiliza como estratégia envolvimento, linguagem adequada e exemplificação da técnica, por fim 11% utiliza como estratégia técnicas de distracção, envolvimento, linguagem adequada e exemplificação da técnica.

V. Discussão dos Resultados

Finalizada a análise dos dados recolhidos é necessário discutir os resultados da informação obtida à luz da fundamentação teórica realizada anteriormente, bem como comparar com os resultados de estudos anteriores nesta área.

Esta fase é fundamental para a compreensão de todo o trabalho, sendo que demonstra a síntese dos resultados adquiridos, realçando os aspectos mais pertinentes e que melhor caracterizam e identificam a situação em análise, de forma a dar resposta às questões de investigação e aos objectivos propostos inicialmente.

Em relação à caracterização da amostra em estudo verifica-se que as idades dos enfermeiros questionados encontram-se entre os vinte e dois e os quarenta e um anos, sendo que a média está nos trinta e um anos e maioritariamente são do género feminino (80%). Destes enfermeiros, grande parte (75%) trabalha há mais de cinco anos e metade trabalha nos cuidados de saúde primários à mais de cinco anos. Da amostra total apenas vinte por cento (20%) tem especialidade, cinco por cento (5%) tem o mestrado e os restantes têm apenas a licenciatura. Dos que têm especialidade nenhum tem em pediatria. A grande parte dos enfermeiros têm a última formação nos cuidados de saúde primários à menos de um ano, mas apenas um enfermeiro tem uma especialização em pediatria. Pouco mais de metade (60%) da amostra já trabalhou noutra serviço anteriormente a este e dos que trabalharam, apenas dezassete por cento (17%) já trabalhou em Pediatria.

A segunda parte do questionário refere-se às estratégias adoptadas pelos enfermeiros para reduzir o medo das crianças na Enfermagem dos cuidados de saúde primários e verifica-se que mais de metade da amostra (60%) deu importância à Sensibilidade, Comunicação, Afectividade e Destreza Técnica.

Relativamente às estratégias para reduzir o medo das crianças verificou-se que na estratégia “Apresentar-se à criança pelo nome”, quarenta por cento (40%) respondeu que sempre o fez e outros quarenta por cento (40%) referiu que frequentemente utiliza

esta estratégia. De acordo com Cambotas et al. (2006), o enfermeiro deve apresentar-se sempre à criança, explicando quais os objectivos da consulta.

Já em relação à estratégia “Ser atendido pelo enfermeiro de Família” grande parte da amostra respondeu Sempre, assim como na estratégia “Envolver o acompanhante na explicação do procedimento”. Neste sentido Wong (1999, p.602) refere que “As crianças precisam de apoio durante os procedimentos e para as crianças em tenra idade, a maior fonte de apoio situa-se nos pais.”.

Os resultados da estratégia “Explicar os procedimentos com calma e de acordo com a idade” vão de encontro com os resultados das questões anteriores, sendo que quase a totalidade da amostra respondeu Sempre. Segundo Wong (1999, p.602 e 605), “As crianças precisam de uma explicação para tudo que as envolve directamente. (...) A explicação deve ser simples, sucinta e apropriada para o nível de compreensão da criança.”.

Ao analisarmos a estratégia “Verificar os receios da criança” pode constatar-se que grande parte (75%) da amostra verifica Sempre os receios da criança. Wong (1999) afirma que se deve encorajar a criança a expressar os seus sentimentos de forma a que se verifique os medos e receios das crianças.

Quando analisada a estratégia “Usar espaço próprio para a pediatria” verifica-se que mais de metade (60%) dos enfermeiros o faz Frequentemente. De acordo com Yamada e Bevilacqua (2005), *cit in*. Broering (2008) sugerem que se dê a oportunidade à criança para se familiarizar com um espaço próprio onde possa dramatizar todo o processo que vai decorrer.

Nas estratégias “A criança ser cuidada na consulta de Saúde Infantil” e “Utilizar a brincadeira e o bom humor de forma a explicar à criança o que vai acontecer” pode constatar-se que 60% das crianças é Sempre cuidada na consulta da Saúde Infantil e 75% dos enfermeiros utiliza Sempre a brincadeira e o bom humor de forma a explicar à criança o que vai acontecer.

Segundo Wong (1999), o jogo/brincadeira é terapêutico em qualquer idade, é uma forma de reduzir a ansiedade das crianças, onde podem libertar impulsos e onde são capazes de comunicar para alertar o observador sobre as necessidades, temores e desejos que elas são incapazes de exprimir com a sua linguagem.

Relativamente à interpretação e análise da estratégia “Utilizar a parceria de cuidados” obtém-se o resultado de 74% dos enfermeiros que respondem Frequentemente e 5% responde que Raramente utiliza a parceria de cuidados.

Segundo Farrel (1994), *cit in* Carvalho (2001, p.23), “Para que os cuidados sejam prestados em parceria, os Enfermeiros pediátricos devem partilhar crenças e valores que reconheçam os pais como os melhores prestadores de cuidados e desenvolvam competências de comunicação, relação de ajuda, ensino e trabalho de grupo.”.

De acordo com a estratégia “Questionar a criança sobre a vivência de experiências anteriores”, grande parte (70%) da amostra faz Frequentemente, mas há uma pequena parte (20%) que o faz apenas Raramente.

Carvalho (2001), refere que são explicados todos os procedimentos às crianças, de forma individualizada tendo em conta o seu nível de desenvolvimento, as suas experiências anteriores e a sua compreensão e percepção da situação, de modo a reduzir o medo dos procedimentos.

Ao analisarmos a estratégia “Proporcionar um ambiente acolhedor e informal” verificamos que quase (80%) a totalidade dos questionados proporcionam Sempre um ambiente acolhedor e informal à criança.

A estratégia “Utilizar a linguagem científica” depois de analisada verifica-se que 60% dos enfermeiros Raramente utiliza a linguagem científica. De acordo com Wong (1999), a explicação dos procedimentos a realizar à criança na presença dos pais, deve ser feita com uma linguagem apropriada, para que a criança ao não perceber o que estão a dizer, não interprete mal as palavras.

Quando analisada a estratégia “O número de profissionais suficientes para a prática” constata-se que metade (50%) dos enfermeiros que responderam que Frequentemente o número de profissionais são suficientes para a prática, assim como na análise da estratégia “Mostrar e permitir o manuseamento de objectos utilizados pela Enfermagem” mais de metade (70%) respondeu que Frequentemente utiliza esta estratégia. Na perspectiva da autora Wong (1999), permitir o manuseamento de materiais utilizados nos cuidados de Enfermagem, ajuda a criança a familiarizar-se com os equipamentos e assim reduz o medo frequentemente associado ao seu uso.

Relativamente à estratégia “Perguntar o nome ou diminutivo” verifica-se que 80% dos inquiridos responderam que perguntavam Sempre o nome ou diminutivo.

Nas estratégias “Perceber o que a criança sabe sobre o procedimento” e “O tempo adequado para praticar das técnicas” concluiu-se que 55% da amostra respondeu que efectua Sempre ambas as estratégias.

Analisando a estratégia “Pedir ao familiar para aguardar/ausentar enquanto efectua o procedimento”, constata-se que 60% da amostra Nunca o faz e 10% o faz Frequentemente.

Por fim a última estratégia “Perceber o que preocupa/teme a criança” tem como resultado de análise que 65% responde que percebe Sempre o que preocupa/teme a criança e segundo Wong (1999), permitir a expressão de sentimentos da criança, como raiva, ansiedade, medo ou qualquer outra emoção, assim como demonstrar à criança que pode e tem o direito de chorar ajuda a reduzir o medo das intervenções.

Na análise da última questão do questionário concluiu-se que 50% da amostra utiliza estratégias para diminuir o medo na visita domiciliária a crianças e desses 50%, 33% dá mais importância às técnicas de distração e envolvimento da criança nos cuidados.

Porém, passo a salientar as seguintes estratégias: “Apresentar-se à Criança pelo nome”, onde um enfermeiro Nunca se apresenta à criança pelo nome. Na estratégia

“Usar espaço próprio para a pediatria” verifica-se que um enfermeiro Raramente efectua este procedimento. A estratégia “A criança ser cuidada na consulta de saúde infantil” tem como resposta um enfermeiro que Raramente cuida da criança na consulta de saúde infantil. “Utilizar a parceria de cuidados” é a estratégia onde um enfermeiro da amostra Raramente o faz, tendo respondido também Raramente às estratégias “Questionar a criança sobre a vivência de experiências anteriores”, “O número de profissionais suficientes para a prática”, “Perceber o que a criança sabe sobre o procedimento” e a estratégia “O tempo adequado para praticar as técnicas”. Este mesmo inquirido responde na última questão, onde se pede para abertamente referir algumas estratégias para diminuir o medo das crianças na visita domiciliária, que utiliza o Envolvimento com a criança, onde anteriormente responde que Raramente percebe o que a criança sabe sobre o procedimento.

Na estratégia “Questionar a criança sobre a vivência de experiências anteriores”, quatro dos enfermeiros inquiridos respondem Raramente a esta questão. A estratégia “Utilizar a linguagem científica” é respondida por três inquiridos que Frequentemente o fazem, onde dois enfermeiros respondem Frequentemente à questão “Pedir ao familiar para aguardar/ausentar enquanto efectua o procedimento”.

Ao analisarmos a estratégia “O número de profissionais suficientes para a prática” verifica-se que dois enfermeiros inquiridos respondem Raramente, porém um dos inquiridos responde Nunca na questão seguinte “Mostrar e permitir o manuseamento de objectos utilizados pela Enfermagem.” e curiosamente responde na última questão, referente às estratégias utilizadas na visita domiciliária, que utiliza a Técnica de Distracção para reduzir o medo na criança. Ainda referente à estratégia “Mostrar e permitir o manuseamento de objectos utilizados pela Enfermagem.” dois enfermeiros respondem que Raramente o fazem.

Ao realizarmos uma comparação com os dados que caracterizam a amostra, não se verifica que a análise seja disforme com os resultados apresentados, contudo sobressaem dois inquiridos que têm graduação em Pediatria, onde um dos profissionais na estratégia “Pedir ao familiar para aguardar/ausentar enquanto efectua o procedimento” responde Frequentemente, assim como na estratégia “Utiliza linguagem

científica”. Outro profissional de Enfermagem que também tem graduação em Pediatria responde Raramente, quando interrogado sobre se “Questiona a criança sobre a vivência de experiências anteriores”.

VI. Conclusão

Terminado o projecto de graduação é importante fazer um apanhado de todas as conclusões verificadas ao longo do estudo.

O presente trabalho de investigação pretendeu verificar, através do Centro de Saúde da Senhora da Hora, se os enfermeiros utilizam estratégias para reduzir o medo das crianças nos cuidados de saúde primários.

Assim, propomo-nos a reflectir sobre as questões de investigação, os resultados obtidos e os objectivos definidos desde inicio, para a partir daqui conseguir retirar algumas conclusões no sentido de minimizar ou mesmo minorar os medos das crianças aquando as intervenções de Enfermagem nos cuidados de saúde primários.

Iniciamos este trabalho debruçando-nos sobre os vários domínios do desenvolvimento que as crianças percorrem desde o seu nascimento até à idade adulta. Abordamos uma breve história da pediatria, assim como do valor que a criança tem vindo a ganhar na sociedade. Mencionamos formas de comunicar com as crianças envolvendo os pais nas intervenções realizadas. Destacamos os medos e os receios apoiados em diversos autores e frisamos algumas das estratégias para diminuir o medo das crianças perante certos procedimentos. Abordamos as formas de cuidar em Enfermagem, como um cuidado de excelência da profissão tendo sempre em conta o próximo. Realçamos os medos das crianças por faixas etárias e as intervenções de Enfermagem para reduzir o medo no contexto de saúde comunitária.

O estudo efectuado veio ajudar-nos a concluir que todos os profissionais utilizam estratégias para diminuir o medo das crianças na Enfermagem de saúde comunitária e que estas são de enorme importância na medida em que facilita a comunicação com a criança, a própria exteriorização e verbalização dos medos. Ajuda a criança a manter a calma perante situações de suposta dor, constitui um momento de crescimento e controlo sobre si próprio, sendo as estratégias que utilizam com mais frequência: “Envolver o acompanhante na explicação do procedimento” e “Explicar os

procedimentos com calma e de acordo com a idade” e “Proporcionar um ambiente acolhedor e informal”.

A relação com o enfermeiro acaba por ser de mais confiança na tríade envolvente, criança/pais/enfermeiro. Em consequente vai facilitar o trabalho de Enfermagem e reduzir a possível ansiedade do enfermeiro ao realizar procedimentos. Assim, abre-se com este trabalho uma oportunidade de realizar um estudo da ansiedade que os procedimentos efectuados nas crianças provocam no enfermeiro e *à posteriori* realizar uma correlação entre estes dois objectos de estudo.

Conclui-se que as crianças devem ser preparadas para os procedimentos, mas deve-se ter em conta que não devem ser preparadas de forma excessiva nem insuficiente; a preparação em excesso da criança, sobretudo na idade pré-escolar, aumenta o seu nível de ansiedade.

O processo de investigação foi um processo moroso, com alguns condicionalismos, nomeadamente da resposta por parte da Instituição Hospitalar, aliado à falta de tempo disponível e à sobreposição de trabalho durante a realização de ensinamentos clínicos, contudo foi um trabalho que deu gosto realizar e que despertou um interesse pela investigação no âmbito da enfermagem, que tanto necessita, pois só investigando é que se consegue descobrir mais sobre esta área.

Este trabalho de investigação ajudou a desenvolver diversas competências, que são importantes que o enfermeiro tenha em consciência. A capacidade de síntese é fundamental, para conseguir compilar a informação que verifica-se ser a mais adequada ao tema em estudo, assim como desenvolver a capacidade de seleccionar a pesquisa de forma a obter os autores mais idóneos e direccionada para o objecto de estudo.

Depois de uma longa pesquisa e de iniciar a análise dos dados obtidos, verifica-se o quão importante é desenvolver uma fase Conceptual e Metodológica o mais focalizada possível para se conseguir uma boa interpretação dos dados.

Com este estudo de investigação verifica-se que a pesquisa necessária para se efectuar um trabalho conciso não se pode concentrar apenas na Enfermagem, mas também direccionar para outras áreas da saúde, nomeadamente da Psicologia, para assim fazer compreender o desenvolvimento da criança.

Com o término do trabalho verifica-se que os objectivos inicialmente delineados foram atingidos com sucesso assim como conseguiu dar-se resposta às questões de investigação que foram levantadas no começo deste projecto.

Após a análise dos resultados foi efectuada uma pesquisa que apoiasse os nossos dados, ou contradissesse o estudo. A pesquisa a estudos direccionados com as estratégias dos enfermeiros para reduzir os medos na Enfermagem de saúde comunitária foi escassa, contudo foram encontrados outros projectos que de certo modo corroboram os dados obtidos em algumas intervenções, mas centrados para outras áreas, nomeadamente no pré-operatório. Porém, os nossos dados estão em concordância com a pesquisa efectuada em diversos autores.

O presente estudo tem algumas limitações, pois trata-se de um primeiro trabalho de investigação, tendo o investigador noção que a amostra é pouco representativa, não deixando de ser importante, tendo em conta todo o trajecto realizado suportado no rigor científico da metodologia de investigação. Sabendo que a nossa amostra não é representativa de uma população, nem os resultados e conclusões podem ser generalizados, mas este é um primeiro trabalho de suporte de aprendizagem para trabalhos subsequentes na investigação em Enfermagem e visa fomentar a vontade pelos processos de investigação.

A realização deste estudo suscitou um certo interesse pela investigação e pelo desenvolvimento de novas áreas no âmbito dos medos das crianças no contexto Enfermeiro/Hospital. Assim sendo sugere-se um estudo mais aprofundado neste campo, onde se verifique os níveis de ansiedade dos pais e se relacione com os medos das crianças.

Para um melhor funcionamento do sistema de saúde, de forma a reduzir o medo das crianças e a possível ansiedade dos pais sugere-se o acompanhamento mais próximo por parte do profissional de saúde para com os pais, apoiado na utilização de meios interactivos, como audiovisuais, explicativos dos procedimentos a realizar.

Esperamos que o conteúdo deste trabalho suscite interesse de estudo e investigação, preocupação e sensibilidade a quem o ler, pois já foi tempo em que a Enfermagem era apenas para a prática. Agora e mais que nunca a profissão de Enfermagem é uma ciência voltada para o saber Ser, saber Estar e saber Fazer, onde os cuidados de excelência que esta profissão assume se sobrepõem perante quem necessita.

VII. Bibliografia

- ✓ Amaral, João M. (2010). *A Medicina e a Pediatria em tempos da 1ª República*. Acta Pediátrica Portuguesa.
- ✓ Brazelton, T. Berry (2005). *O Grande Livro da Criança*. O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. 2005.
- ✓ Cambotas, C. et al. (2006). *Competências do enfermeiro no perioperatório*. Associação dos enfermeiros Portugueses nas salas de operações portuguesas – Enfermagem Perioperatória, da filosofia à prática dos cuidados. Loures. Lusodidacta.
- ✓ Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (1999). Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ✓ Collière, M. (1999). *Promover a vida*. Lisboa. Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- ✓ Collière, M. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. Lisboa. Edições Técnicas e Científicas.
- ✓ Corney, Roslyn (2000). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. 2ª Edição. Climepsi Editores. Lisboa.
- ✓ Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*, Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ✓ Kliegman, Robert M. (2006). *Princípios de Pediatria*. 5ª Edição. São Paulo
- ✓ Manual de Estilo de Elaboração e Apresentação de Monografias (1999). Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa

- ✓ Monteiro, A.I. (et. al) *Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de Enfermagem comunitária*. Rev.latino-am.Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, janeiro 2000.

- ✓ Odriozola, E. (2001). *Perturbações da ansiedade na infância*. Amadora, Editora McGraw-Hill.

- ✓ Papalia, Diane. E.(2001). *O Mundo da Criança*. 8ª Edição. Editora McGraw-Hill Portugal

- ✓ Polit, et al. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*, 3ªedição. Porto Alegre, Artes Médicas

- ✓ Royer. Béatrice Copper (2007). *Os Medos das Crianças*. Medos, angústias, fobias na criança e no adolescente.

- ✓ Waldon, V. (1998). *Examinando o conhecimento na Enfermagem*. In Meyer e tal. *Marcas da diversidade: Saberes e fazeres da Enfermagem contemporânea*. Porto Alegre, Artmed.

- ✓ Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar*. Uma teoria de Enfermagem. Loures, Lusociência.

- ✓ Wong D. *Influências da família na promoção da saúde da criança*. In: Wong D. *Enfermagem pediátrica*. 5. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1999.

- ✓ A Convenção sobre os direitos da criança. (1990) [Em linha]. Disponível em <http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf> [Consultado em 19-01-2011]

- ✓ Branco, A. G. (2001) *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. [Em linha]. Disponível em <<https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de->

- apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>.
[Consultado em 22-02-2011]
- ✓ Broering, C. V. et al. (2008). *Preparação cirúrgica em crianças*. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n39/v18n39a07.pdf>>.
[Consultado em 22-06-2011]
 - ✓ Carvalho, F. (2001). *A Criança submetida a cateterismo cardíaco. Contributo da informação para a parceria de cuidados*. [Em Linha]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9948/3/3997_TM_01_P.pdf>.
[Consultado em 23-06-2011]
 - ✓ Dicionário Língua Portuguesa. (2011) Porto Editora. [Em linha]. Disponível em <<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/interven%C3%A7%C3%A3o>>
[Consultado em 19-01-2011]
 - ✓ Oliveira, Júlio César et al (2007). *A Enfermagem frente aos estressores vivenciados por crianças/adolescentes e acompanhante em situação de urgência/emergência sob a ótica de Betty Neuman*. Santa Catarina. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0473.pdf>>. [Consultado em 02-02-2011]
 - ✓ Parecer n.º12/2011. *Conselho de Enfermagem*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/Documents/Parecer.pdf>>.
[Consultado em 12-02-2011]

VIII. Anexos

Anexo 1

- Cronograma -

Cronograma

TEMPO ACTIVIDADES	2010				2011							
	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Problema de Investigação	O											
Questões de Investigação		O										
Objectivos de Investigação			O									
Revisão Bibliográfica			O	O	O	O	O	O				
Decisões Metodológicas								O				
Pré-teste									O			
Aplicação do questionário									O			
Tratamento/Análise de Dados									O			
Resultados										O		
Discussão dos Resultados										O		
Conclusão										O		
Entrega do Projecto											O	
Discussão Pública											O O	

Legenda:

O - Actividade Realizada

O O - Actividade Planeada

Anexo 2

- Questionário -



Questionário

O presente questionário foi efectuado por um aluno do 4^o Ano da Licenciatura de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, da Faculdade de Ciências da Saúde, com o intuito de elaborar um trabalho de final de curso, relacionado com o tema **“Intervenções do enfermeiro para reduzir o medo das crianças na enfermagem de Cuidados de Saúde Primários”**. O seguinte questionário está direccionado para a idade compreendida entre os 2 e os 12 anos.

Assim, este comporta duas partes, a caracterização da amostra e as intervenções dos Enfermeiros para reduzir o medo das crianças.

O questionário é constituído por 18 questões, sendo que demora no seu preenchimento no máximo de 15 minutos.

O questionário é anónimo e confidencial, sendo que não deverá colocar o seu nome em nenhuma parte do questionário.

Com a análise dos resultados, pretende-se dar resposta a algumas questões sobre esta temática e assim contribuir para melhorar as intervenções dos Enfermeiros, perante os medos das crianças.

Obrigado pela colaboração.

Atentamente

(José Eduardo Cardoso da Silva)

PARTE I

Dados Pessoais

1. Idade: _____ anos

2. Género:

Feminino

Masculino

Dados Profissionais

1. Qual o tempo de exercício Profissional?

< 1 ano

1 ano a 3 anos

3 anos a 5 anos

> 5 anos

2. Qual o tempo de exercício Profissional nos Cuidados de Saúde Primários?

< 1 ano

1 ano a 3 anos

3 anos a 5 anos

> 5 anos

3. Habilitações Académicas:

Licenciatura ou equivalente

Mestrado

Doutoramento

Especialidade – Qual? _____

Outras _____

4. Tem realizado formação no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários?

a. Se sim, há quanto tempo fez a última formação?

< 1 ano

1 ano a 3 anos

3 anos a 5 anos

> 5 anos

5. Tem alguma graduação em Pediatria?

Sim

Não

6. Já trabalhou noutro(s) serviço(s) anteriormente a este?

Sim

Não

Se sim, qual(ais)?

PARTE II

1. Na abordagem a uma criança, marque com uma cruz, 3 das que considera fundamentais em Saúde Comunitária

Sensibilidade

Destreza Técnica

Comunicação

Afectividade

Distanciamento afectivo

Encorajamento

2. Relativamente às técnicas para reduzir o medo das crianças, assinale com uma cruz (X) conforme a seguinte escala:

	Sempre	Frequentemente	Raramente	Nunca
Apresentar-se à criança pelo nome.				
Ser atendido pelo Enfermeiro de família.				
Envolver o acompanhante na explicação do procedimento.				
Explicar os procedimentos com calma e de acordo com a idade.				
Verificar os receios da criança.				
Incentivar o acompanhamento de um familiar ou amigo.				
Usar espaço próprio para a pediatria.				
A criança ser cuidada na consulta de Saúde Infantil.				
Utilizar a brincadeira e o bom humor de forma a explicar à criança o que vai acontecer.				
Utilizar a parceria de cuidados.				
Questionar a criança sobre a vivência de experiências anteriores.				

Proporcionar um ambiente acolhedor e informal.				
Utilizar Linguagem Científica.				
O número de profissionais suficientes para a prática.				
Mostrar e permitir o manuseamento de objectos utilizados pela enfermagem.				
Perguntar o nome ou diminutivo.				
Perceber o que a criança sabe sobre o procedimento.				
O tempo adequado para praticar as técnicas.				
Pedir ao familiar para aguardar/ausentar enquanto efectua o procedimento.				
Perceber o que preocupa/teme a criança.				

3. Na visita domiciliária a uma criança, costuma usar estratégias para diminuir o medo?

Sim

Não

3.1. Se respondeu à última pergunta de uma forma positiva, exemplifique algumas dessas estratégias.
