

Educação em Saúde à criança/adolescente/família: construção e validação de uma escala

Anabela Fonseca Pereira*

Carlos Manuel Torres Almeida**

Vitor Manuel Costa Pereira Rodrigues**

Joaquim José Jacinto Escola*

486

Resumo

A Educação em Saúde permite o desenvolvimento de comportamentos com capacidade de influenciar os determinantes de uma vida saudável, nomeadamente a manutenção e melhoria do estado de saúde da criança/adolescente/família e, por isso, a perceção da importância desta prática por quem a experiencia (enfermeiros e pais/família) poderá contribuir fortemente para o seu sucesso. Assim, este estudo teve como objetivo construir e validar um instrumento de avaliação da Educação em Saúde, realizada pelos enfermeiros voltados à criança/adolescente/família. Tratou-se de uma pesquisa descritiva, transversal desenvolvida em duas fases: elaboração dos itens e sua associação às dimensões da escala com recurso à revisão bibliográfica, a entrevistas exploratórias a enfermeiros e pais/família, análise por peritos (enfermeiros) e posterior validação com recurso à análise fatorial exploratória. As qualidades psicométricas da escala foram avaliadas por uma amostra de 603 indivíduos (enfermeiros e pais/família), sendo ainda realizados estudos de fiabilidade, validade e consistência interna. Os resultados mostram uma análise fatorial exploratória que encontra três fatores: “parceria de cuidados com a criança/adolescente/família”; “literacia em saúde”; “promoção de ambiente e comportamentos saudáveis em saúde” com 48 itens. Alta correlação item-fator ($\geq 0,70$); Alfa de Cronbach total=0,987; Kaiser-Meyer-Olkin=0,987; Significância estatística no teste de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$). A variância total explicada foi 65,7%. Podemos concluir que o instrumento de avaliação da Educação em Saúde à criança/adolescente/família, além de responder aos requisitos de validade, apresenta resultados positivos para a sua utilização na avaliação da Educação em Saúde realizada à criança/adolescente/família.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Escalas. Enfermeiros.

INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde com um percurso histórico marcado por debates teóricos e conceituais conseguiu superar o modelo biomédico, passando a ser entendida como uma intervenção transformadora e com capacidade para melhorar a saúde e as condições de vida do indivíduo¹, sendo portanto uma prática transversal e intersectorial na sociedade².

Neste sentido, a Educação em Saúde (ES) é uma prática profissional com base em

conhecimento científico com a possibilidade promotora de lidar com problemas, compreender dificuldades, dar resposta às necessidades, promover a autonomia, promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, aumentar a literacia em saúde, compreender o processo saúde-doença e facilitar a tomada de decisão³. É, ainda, um processo social capaz de modificar o comportamento do indivíduo, valorizar e

DOI: 10.15343/0104-7809.202044486497

*Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.

**Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

E-mail: anabelapereira83@gmail.com

incentivar a participação ativa do mesmo, não sendo mais o modelo tradicional de transmissão de conhecimento⁴ e, por isso, quando se pratica de forma adequada, participativa, contínua e direcionada às necessidades da população alvo, assume um importante papel no processo de mudança, contribuindo com conhecimento que permite ampliar escolhas promotoras da qualidade de vida⁵.

Considerando as atuais tendências e consequentes necessidades de cuidados, nomeadamente na saúde materno-infantil, no desenvolvimento da primeira infância⁶ e no desenvolvimento das capacidades da família³, importa refletir sobre o papel do enfermeiro enquanto educador e promotor de saúde com destaque para as intervenções no âmbito da ES à criança/adolescente e família, assim como daqueles que são o alvo dos cuidados - os pais/família, até porque a avaliação de uma experiência partilhada por enfermeiros e pais/família, vai permitir produzir evidência e reflexão com vista à melhoria contínua da qualidade de uma prática.

Os enfermeiros são reconhecidos como os profissionais que estão mais próximos da comunidade e, por isso, assumem uma posição única para identificar problemas, intervir precocemente nos problemas psicossociais das crianças/adolescentes/família, assumindo também um papel importante na promoção da saúde, prevenção de doenças e na gestão dos determinantes da saúde⁷.

Neste sentido, a atuação do enfermeiro em ES tem sido foco de alguns estudos, embora esta intervenção ainda enfrente muitas dificuldades, nomeadamente em cuidados de saúde primários⁸, e apesar de contemporânea a Promoção da Saúde ainda é um termo com ambiguidades e contradições⁹.

Neste cenário, na busca de ações educativas efetivas e porque, nos últimos anos, as competências em Promoção da Saúde têm sido discutidas em contextos internacionais e o seu aperfeiçoamento implica uma prática reflexiva¹⁰, importa conhecer a avaliação das intervenções praticadas pelos enfermeiros

em ES, porém a originalidade do tema levou a que na pesquisa bibliográfica efetuada não se tenha encontrado nenhum instrumento que traduzisse a prática da ES realizada pelos enfermeiros para atender às necessidades especiais da criança/adolescente/família em relação à saúde e educação no dia a dia.

Assim, a presente pesquisa teve como objetivo construir e validar um instrumento de medida, o qual se designou de Escala de Avaliação da Educação para a Saúde (EAEPS), que pudesse ser aplicado a enfermeiros e a pais/família.

MÉTODOS

Pesquisa metodológica, transversal, desenvolvida no período de Janeiro de 2017 a Janeiro de 2018. Tendo em conta procedimentos teóricos, empíricos e analíticos¹¹, compreendeu duas fases complementares e interdependentes que permitiram um quadro mais aprofundado do fenómeno em análise, optando-se, assim, por um estudo realizado em duas etapas com a combinação de dados qualitativos e quantitativos.

Na primeira fase foi feita uma extensa revisão da literatura através da pesquisa bibliográfica relativa ao contexto teórico e social do fenómeno em estudo. As bases de dados utilizadas foram: Biblioteca do Conhecimento Online (B-On); EBSCOhost Online Research Databases (EBSCO); *Psychology and Social Science Journals on the Web* (PSYCLINE); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); ELSEVIER; PubMed Central (PMC); *Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal* (RCAAP). Foi feita igualmente a leitura e análise de documentos estratégicos relevantes, tais como: documentos de organismos oficiais internacionais e nacionais.

Na primeira fase foram, ainda, feitas entrevistas semiestruturadas (com recurso a uma

grelha de questões abertas e standardizadas) a 10 enfermeiros e a 20 pais/família, para assim obter aspectos que o investigador não teria pensado e completar a revisão bibliográfica. Optou-se por uma amostragem não-probabilística de conveniência¹¹ de modo a se ter melhor acessibilidade às pessoas. Refira-se que para a realização das entrevistas se assegurou o consentimento informado dos participantes, sendo explicado aos mesmos que a sua participação não traria riscos e que poderiam em qualquer momento abandonar o estudo, sem consequências, que haveria confidencialidade na preservação dos dados e uso exclusivo dos mesmos neste estudo. A privacidade e o anonimato foi igualmente respeitado e assegurado. As entrevistas decorreram entre Janeiro e Abril de 2017.

Relativamente às entrevistas a enfermeiros, considerou-se uma mais-valia realizar entrevistas a peritos¹² na área da Enfermagem para ouvir reflexões e opiniões de quem se enquadra nesta temática, sendo que a selecção dos entrevistados recaiu num número de pessoas significativas que representasse o fenómeno em estudo, de modo a trazer a sua perspectiva, formação, percurso individual e experiência profissional no âmbito da ES à criança/adolescente/família, e que assegurasse igualmente a diversidade e a saturação. Os critérios de inclusão definidos foram:

- ser enfermeiro com experiência profissional em ES à criança/adolescente /família;
- ser enfermeiro com participação em áreas de intervenção essenciais no âmbito da ES à criança/adolescente/família;
- a aceitação dos profissionais de Enfermagem em participar.

Reconhecendo a importância de recolher a opinião daqueles que são o alvo dos cuidados de Enfermagem foram igualmente entrevistados pais/família. Foram excluídas as crianças/adolescentes, pois pretendia-se uma avaliação fruto de participantes com determinadas convicções, formação e experiências. Os critérios de inclusão definidos foram:

- pais/família que recorram às consultas de saúde infantil nos últimos dois anos na Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.;

- pais/família que estejam presentes aquando o internamento do seu filho(a) no serviço de internamento hospitalar de pediatria nos últimos dois anos na Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

- a aceitação dos pais/família em participar.

Relativamente à análise de conteúdo das entrevistas¹³, foi realizada a transcrição das entrevistas respeitando o conteúdo dos discursos dos enfermeiros e dos pais/família para não enviesar os resultados e assegurar os princípios éticos. O corpus da análise formado pelos dados obtidos das entrevistas foi submetido a uma análise de conteúdo organizada em três momentos cronológicos diferentes: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. Na pré-análise a “leitura flutuante” dos discursos permitiu organizar e sistematizar ideias, organizar o material, conhecer o contexto da informação e salientar as orientações genéricas. De seguida, enquadrou-se teoricamente os dados com uma leitura mais dirigida para se obter as unidades de registo. Foi então estruturado um esquema de classificação de dados de acordo com categorias e subcategorias encontradas tendo em conta regras como homogeneidade, exclusão mútua, pertinência, objectividade, fidelidade e produtividade¹⁴. Procedeu-se igualmente à codificação das unidades de registo e sua distribuição por categorias e subcategorias, sendo identificadas 12 categorias e 34 subcategorias nos discursos dos enfermeiros e 10 categorias e 19 subcategorias nos discursos dos pais/família. Posteriormente partiu-se para a operacionalização dos conceitos sob a forma de itens, obtendo-se 57 itens distribuídos por sete categorias: 1 - “Aumento da literacia em saúde” (9 itens); 2 - “Promoção de estilos de vida saudáveis” (7 itens); 3 - “Prevenção da doença” (9 itens); 4 - “Tratamento da doença”

(6 itens); 5 - "Avaliação da família" (8 itens); 6 - "Relação enfermeiro/família" (8 itens) e 7 - "Visibilidade da Enfermagem/realização profissional" (10 itens).

Assumindo que a opinião de especialistas também constitui outro método de se obter e formular itens⁽¹⁵⁾, a EAEPS foi analisada por cinco peritos (dois Professores Doutores em Enfermagem, dois investigadores com larga experiência de construção de escalas e dois profissionais de Enfermagem com larga experiência em ES), aos quais se pediu para: assinalarem o seu nível de concordância com a organização dos itens; verificar se os itens são pertinentes e representativos do objecto de análise e que o resultado não é influenciado; verificar se os itens são facilmente interpretáveis e inteligíveis (análise semântica) para os dois grupos a estudar (enfermeiros e pais/família); e verificar se as várias categorias estão bem representadas de modo a que os itens descrevam de forma clara e objectiva o que se pretende analisar neste estudo. Após a análise dos peritos, decorrida em Setembro de 2017, decidiu-se eliminar uma categoria assim como alguns itens, e redistribuir e/ou acrescentar itens, pelo que o conteúdo da segunda versão da EAEPS passou a ser representado por seis categorias num total de 59 itens: 1 - "Aumento da literacia em saúde" (14 itens); 2 - "Promoção de estilos de vida saudáveis" (10 itens); 3 - "Prevenção da doença" (7 itens); 4 - "Prevenção da doença" (9 itens); 5 - "Relação enfermeiro/família" (11 itens) e 6 - "Visibilidade da Enfermagem/realização profissional" (8 itens).

Terminada a segunda versão da EAEPS, foi necessário avaliar a compreensão e clareza dos itens e verificar se eram facilmente interpretados. A EAEPS foi então submetida a um pré-teste realizado com dois pequenos grupos (um por cada grupo a estudar) com os quais foram analisados os questionários, item por item, de modo a que os itens com problemas fossem sendo corrigidos e testados.

Após o processo descrito iniciou-se

o desenvolvimento dos procedimentos necessários à sua validação. Optou-se por uma recolha de dados online, elaborando-se um website com um link de acesso à EAEPS com as explicações necessárias que caracterizavam o objetivo do estudo, escolhendo-se um grupo de indivíduos de forma aleatória com base em contactos pessoais de email e solicitando a divulgação do instrumento e a identificação de outros indivíduos que pertençam à mesma população alvo de interesse, ou seja, optou-se por uma amostragem não-probabilística Snowball¹⁵. Em relação à formulação das opções de resposta aos itens da EAEPS, estes foram apresentados para auto preenchimento numa escala de nível de concordância tipo Likert com uma amplitude de resposta de cinco opções, variando entre "Discordo Totalmente", "Discordo", "Nem concordo, nem discordo", "Concordo" e "Concordo Totalmente".

Esta recolha de dados efectuou-se entre Novembro de 2017 e Janeiro de 2018. Após análise dos resultados recebidos, a amostra ficou constituída por 603 indivíduos (302 enfermeiros e 301 pais/família), dos quais 50,1% (n=302) eram profissionais de Enfermagem e 49,9% (n=301) pais/família. Embora se podendo optar por um rácio de três observações por variável, optou-se por um rácio de 30:1 (número de sujeitos por cada item do questionário) porque grandes amostras são mais representativas da população em estudo e podem generalizar os resultados e explorar associações entre as variáveis¹⁶.

Para verificar as qualidades psicométricas da EAEPS, recorreu-se ao que mais gera consenso na literatura e, por isso, realizaram-se estudos de confiabilidade, validade e responsividade e posterior análise fatorial exploratória¹⁷. Definiram-se os seguintes critérios:

- na análise fatorial para transformar os coeficientes das componentes principais numa estrutura simplificada aplicou-se o método de extracção das componentes principais com rotação ortogonal (varimax), sem imposição de

fatores que permitiu transformar um conjunto de variáveis correlacionadas num conjunto menor de variáveis independentes, designadas de “componentes principais”¹⁶;

- para decidir o número de componentes a reter optou-se por cumprir o critério de Kaiser e reter componentes principais cujo valor próprio (*Eigenvalue*) tenha variância explicada superior a 1¹³ e analisar visualmente o gráfico *Scree plot* selecionando-se todas as componentes até que a linha que as une começa a ficar horizontal¹⁶;

- em relação ao valor de fiabilidade de cada fator, calculou-se a fiabilidade individual das variáveis que compõem os fatores, optando-se por aceitar o item com uma correlação (peso fatorial ou loadings) igual ou superior a 0,50, pois são pelo menos responsáveis por 25% da variância¹⁷;

- para aferir a qualidade das correlações entre as variáveis¹⁸ recorreu-se à medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) com nível de significância de $p < 0,05$ e ao teste de esfericidade de Bartlett¹⁹, e a consistência interna dos fatores foi avaliada pelo alpha de Cronbach¹⁷;

- a análise descritiva (medidas de tendência central, dispersão e frequência) e a análise fatorial exploratória foram realizadas com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 22.0) com intervalo de confiança de 95%¹⁹.

RESULTADOS

A normalidade da distribuição amostral foi testada recorrendo-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lilliefors obtendo-se um nível de significância de 0,000 ($p < 0,05$), o que permitiu concluir que se tratava de uma distribuição amostral sem normalidade, não se podendo optar pelo método da máxima verosimilhança⁽¹⁹⁾. O teste de esfericidade de Bartlett teve associado um nível de significância de 0,000

($p < 0,05$), mostrando que as variáveis são correlacionáveis. O valor KMO obtido foi 0,987 indicando tratar-se de uma análise fatorial muito boa. Como se verificou a existência de quatro valores próprios maiores que 1 obteve-se uma solução com quatro fatores extraídos (Tabela 1).

O primeiro fator apresentou um valor próprio de 36,267 explicando 61,5% da variância, o segundo fator possuía um valor próprio de 1,916 e explicava 3,2% da variância, o terceiro fator apresentou um valor próprio de 1,510 explicando 2,6% e o quarto fator com um valor próprio de 1,244 explica 2,1%. Juntos explicam 69,4% da variabilidade das variáveis originais. Verificou-se também que a variância total explicada pelos quatro fatores não variava com a rotação (69,4%), o mesmo não aconteceu com a variância explicada por cada fator, que variava com a rotação (antes 61,5% e depois 26,6% no Fator 1; 3,2% para 20,2% no Fator 2; 2,6% para 18,8% para o Fator 3; 2,1% para 3,7% no Fator 4). Constatou-se, ainda, que com a rotação os três primeiros fatores explicavam 65,7% da variância e que a adição do quarto fator pouco contribuía em termos globais. O *Scree plot* corroborou este resultado verificando-se a inflexão da curva entre a 3^ª e a 4^ª componente e, por isso, aplicando o critério definido para a retenção de fatores, justificava-se a eliminação do fator 4 juntamente com os itens 19 e 52.

Em relação à estrutura fatorial resultante da análise de componentes principais, que mostra os coeficientes ou loadings que correlacionam os itens com o fator para as seis categorias (59 itens) definidas na segunda versão da EAEPS verificou-se que havia itens que apresentavam coeficientes elevados em dois fatores, optando-se por o colocar no fator onde apresenta o coeficiente mais elevado, e itens com peso fatorial inferior a 0,50 sendo, por isso, eliminados. Assim, três itens foram eliminados (item 20, item 30 e item 53) por não apresentarem peso fatorial superior a 0,50 em nenhum dos fatores; o Fator 4 por

explicar 3,7% da variância total foi eliminado juntamente com o item 19 e o item 52 (apesar deste item ter apresentado o coeficiente mais elevado: 0,856); os seis itens que apresentaram coeficientes elevados em dois fatores (item 1; item 4; item 15; item 19; item 32 e item 41), foram colocados no fator onde apresentavam o coeficiente mais elevado. Verificou-se, ainda, que 51 itens não apresentavam coeficientes elevados em dois fatores, tornando clara a sua afectação ao fator e que o item 29 foi o que apresentou o coeficiente mais baixo (0,539).

Obteve-se então uma escala na sua versão final composta por 48 itens que saturavam em três fatores (Tabela 2).

O Fator 1 agrupou 23 itens que pertenciam às categorias: “Aumento da literacia em saúde” (1 item), “Tratamento da doença” (5 itens), “Relação enfermeiro/família” (11 itens) e “Visibilidade da enfermagem/realização profissional” (6 itens). Todos os itens apresentaram loadings superiores ao valor de referência (0,50), sendo a maioria superior a 0,700. Feita a análise do ponto de vista semântico conclui-se que cinco itens deveriam ser retirados (item 1, item 40, item 54, item 56 e item 59), ficando o Fator 1 constituído por 18 itens. Relativamente à consistência interna no Fator 1 o alpha de Cronbach foi 0,978 apontando uma fiabilidade muito boa neste fator (antes da eliminação dos cinco itens este fator apresentava um alpha de Cronbach de 0,983). O estudo das correlações lineares entre as variáveis através do coeficiente de correlação linear R de Pearson revelou que no Fator 1 existia uma correlação inter-itens de 0,719, indicando uma correlação moderada a alta (com um valor de correlação mínimo de 0,576 e um valor de correlação máximo de 0,863). Na relação item-fator, os valores encontram-se entre 0,794 e 0,909, indicando correlações altas.

O Fator 2 agrupou 17 itens que pertenciam às categorias: “Aumento da literacia em saúde” (13 itens) e “Promoção de estilos de vida saudáveis” (4 itens). Todos os itens apresentaram loadings superiores ao valor de referência (0,50), sendo a maioria superior a 0,600. Feita a análise do

ponto de vista semântica concluiu-se que não se justifica retirar itens. O Fator 2 apresentou uma fiabilidade muito boa (alpha de Cronbach: 0,967), e verificou-se uma correlação inter-itens de 0,634, indicando uma correlação moderada, com um valor de correlação mínimo de 0,503 e um valor de correlação máximo de 0,769. Na relação item-fator, os valores encontram-se entre 0,749 e 0,872, indicando correlações altas.

O Fator 3 agrupou 14 itens que pertenciam às categorias: “Promoção de estilos de vida saudáveis” (4 itens), “Prevenção da doença” (6 itens) e “Tratamento da doença” (4 itens). Feita a análise do ponto de vista semântico conclui-se que o item 34 deveria ser retirado, ficando então o Fator 3 constituído por 13 itens. Todos os itens apresentaram loadings superiores ao valor de referência (0,50), e os valores de saturação situaram-se entre 0,539 (item 29) e 0,700 (item 36). O Fator 3 apresentou uma fiabilidade muito boa com um alpha de Cronbach de 0,953 (o Fator 3 antes da eliminação do item 34 apresentava um alpha de Cronbach de 0,957) e verificou-se uma correlação inter-itens de 0,614, o que indica uma correlação moderada, com um valor de correlação mínimo de 0,459 e um valor de correlação máximo de 0,779. Na relação item-fator, os valores encontraram-se entre 0,724 e 0,845, indicando correlações altas.

A análise das correlações entre os fatores mostrou um nível de significância de 0,000 ($p < 0,05$) sendo que todos os fatores apresentam valores positivos, ou seja, constatou-se a existência de correlações significativas moderadas entre os três fatores variando entre 0,641 e 0,693. Por sua vez, os valores intermédios indicaram que cada fator representou um aspeto diferente da EpS à criança/adolescente/família. Verificou-se igualmente que a correlação mais baixa foi entre o Fator 1 e o Fator 2 (Fator 1↔Fator 2=0,641) e a mais alta entre o Fator 1 e o Fator 3 (Fator 1↔Fator 3=0,698). As correlações entre os três fatores e a escala total foram também positivas, elevadas e significativas. Em relação

às comunalidades, constatou-se que todas as variáveis têm uma forte relação com os três fatores retidos. Assim, os três fatores retidos explicaram 92,2% da variância da “Parceria de cuidados com a criança/adolescente/família”; 91,7% da variância da “Literacia em saúde” e 91,7% da variância da “Promoção de ambiente e comportamentos saudáveis em saúde”.

De forma sucinta, estes três fatores justificaram 65,7% da variância total, as correlações observadas entre itens e item-fator foram moderadas a altas, todos os fatores obtiveram um valor de alpha de Cronbach superior a 0,9 e a totalidade da escala obteve um alpha de 0,987, o que levou a considerar que a EAEPS possuía boas qualidades psicométricas, as correlações entre os itens e os fatores eram mais elevadas entre os itens e o

fator a que teoricamente pertenciam, revelando homogeneidade de conteúdo dos itens no fator a que pertencem, e validade do constructo.

Todo este longo percurso culminou então na construção de um instrumento capaz de traduzir a avaliação feita pelos enfermeiros e pelos pais/família relativamente à prática de ES realizada pelos enfermeiros à criança/adolescente/família, e conseqüente validade do mesmo que se assume sob a forma de uma escala de medida constituído por 48 itens distribuídos por três fatores que se passaram a designar: Fator 1 (“Parceria de cuidados com a criança/adolescente/família”) com um total de 18 itens; Fator 2 (“Literacia em saúde”) com um total de 17 itens; e Fator 3 (“Promoção de ambiente e comportamentos saudáveis em saúde”) com um total de 13 itens (Figura 1).

Tabela 1 – Matriz de componentes. Portugal, Zona Norte de Portugal, Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal, 2018.

fator 1		fator 2		fator 3		fator 4	
item	carga	item	carga	item	carga	item	carga
P1	0,551	P2	0,637	P21	0,548	P19	0,587
P32	0,552	P3	0,691	P22	0,632	P52	0,856
P37	0,582	P4	0,613	P23	0,637		
P38	0,561	P5	0,628	P24	0,596		
P39	0,605	P6	0,607	P25	0,609		
P40	0,623	P7	0,647	P26	0,577		
P41	0,541	P8	0,690	P27	0,618		
P42	0,727	P9	0,673	P28	0,578		
P43	0,727	P10	0,612	P29	0,539		
P44	0,738	P11	0,686	P31	0,570		
P45	0,732	P12	0,554	P33	0,590		
P46	0,746	P13	0,648	P34	0,614		
P47	0,684	P14	0,574	P35	0,638		
P48	0,651	P15	0,582	P36	0,700		
P49	0,697	P16	0,596				
P50	0,686	P17	0,592				
P51	0,596	P18	0,515				
P54	0,702						
P55	0,747						
P56	0,768						
P57	0,767						
P58	0,758						
P59	0,741						

Tabela 2 – Matriz de componente rotativa dos itens com os fatores. Zona Norte de Portugal, Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal, 2018.

fator 1		fator 2		fator 3	
item	r* item-fator	item	r* item-fator	item	r* item-fator
P32	0,832	P2	0,749	P21	0,791
P37	0,839	P3	0,834	P22	0,821
P38	0,843	P4	0,826	P23	0,815
P39	0,830	P5	0,774	P24	0,724
P41	0,794	P6	0,834	P25	0,830
P42	0,886	P7	0,859	P26	0,803
P43	0,893	P8	0,754	P27	0,845
P44	0,892	P9	0,858	P28	0,813
P45	0,882	P10	0,766	P29	0,747
P46	0,909	P11	0,872	P31	0,842
P47	0,833	P12	0,763	P33	0,842
P48	0,801	P13	0,848	P35	0,780
P49	0,881	P14	0,805	P36	0,775
P50	0,872	P15	0,857		
P51	0,852	P16	0,813		
P55	0,832	P17	0,774		
P57	0,877	P18	0,774		
P58	0,875				
total de itens = 18 valor próprio = 36,267 variância explicada total = 26,6% KMO** = 0,987 alpha de cronbach = 0,978 teste de esfericidade de bartlett = sig.*** 0,000 correlação entre itens = 0,719		total de itens = 17 valor próprio = 1,916 variância explicada total = 20,2% KMO** = 0,987 alpha de cronbach = 0,967 teste de esfericidade de bartlett = Sig.*** 0,000 correlação entre itens = 0,634		total de itens = 13 valor próprio = 1,510 variância explicada total = 18,8% KMO** = 0,987 alpha de cronbach total = 0,953 teste de esfericidade de bartlett = Sig.*** 0,000 correlação entre itens = 0,614	

*r - Fator R; ** KMO - Kaiser-Meyer-Olkin; *** Sig. - Significância

Escala de Avaliação da Educação em Saúde à criança/adolescente/família

Literacia em saúde

- Permite estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa
- Gera aprendizagem na criança/adolescente/família para a responsabilização da sua saúde
- Aumenta o nível de literacia em saúde na criança/adolescente/família
- Maximiza o potencial de desenvolvimento da criança/adolescente
- Permite a transmissão efetiva de conhecimentos sobre saúde
- Permite autonomia em saúde da criança/adolescente/família
- Promove o aumento da literacia em atividade física e desportiva
- Promove a tomada de decisão responsável por parte da criança/adolescente/família
- Permite a compreensão dos direitos da criança/adolescente por parte dos pais/família
- Permite a aquisição de conhecimentos por parte da criança/adolescente/família que permitem a manutenção da sua saúde

Permite a compreensão das etapas de crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente por parte dos pais/família

Capacita os pais/família para o desempenho parental com crianças/adolescentes com necessidades de saúde especiais

Capacita os pais/família para o desempenho parental com crianças/adolescentes portadoras de doença crônica

Promove a saúde da criança/adolescente/família

Permite a construção de modelos que promovam a educação para a sexualidade

Permite identificar problemas relacionados com a saúde mental da criança/adolescente/família

Permite a adoção de estilos de vida saudáveis por parte da criança/adolescente/família

Promoção de ambiente e comportamentos saudáveis em saúde

Promove a inclusão da criança/adolescente com necessidades de saúde especiais

Permite ambientes promotores de saúde para a modificação de comportamentos alimentares

Promove a responsabilização do adolescente em relação aos comportamentos de saúde

Promove um ambiente familiar seguro e saudável

Promove a adoção de comportamentos de proteção da saúde por parte da criança/adolescente/família

Facilita a identificação de fatores de risco que prejudicam a saúde da criança/adolescente/família

Identifica as prioridades em saúde da criança/adolescente/família

Identifica precocemente situações que afetam negativamente a saúde da criança/adolescente/família

Previne a doença na criança/adolescente

Fornecer capacidades necessárias à criança/adolescente para lidar com o risco associado aos comportamentos aditivos e dependências

Capacita os pais/família para uma melhor adaptação aos processos de doença através de apoio, ensino, instrução e treino

Permite o acompanhamento de situações que afetam negativamente a saúde da criança/adolescente

Permite o encaminhamento de situações que afetam negativamente a saúde da criança/adolescente

Parceria de cuidados com a criança/adolescente/família

Permite a aquisição de competências dos pais/família para a gestão do regime terapêutico da criança/adolescente em situação de doença

Promove a autonomia dos pais/família no tratamento da doença da criança/adolescente em parceria com os enfermeiros

Promove o desempenho do papel parental nomeadamente na manutenção da saúde em situações que requerem internamento hospitalar

Permite ao enfermeiro desenvolver estratégias para colaborar em situação de doença da criança/adolescente

Permite uma resposta efetiva às necessidades atuais em saúde da criança/adolescente/família

Permite aos enfermeiros serem educadores, conselheiros e consultores em saúde

Promove a relação de proximidade entre enfermeiro e criança/adolescente/família

Proporciona o envolvimento da criança/adolescente/família nos momentos de EpS

Incentiva o papel participativo e interativo da criança/adolescente/família na parceria de cuidados

Permite ao enfermeiro estabelecer uma relação de parceria com a criança/adolescente/família na tomada de decisão

Permite que o enfermeiro seja o elo de ligação entre serviços de saúde e criança/adolescente/família

Permite que o enfermeiro seja parte integrante nas decisões em saúde da criança/adolescente/família

Permite que a família seja o determinante fundamental na saúde da criança/adolescente

- Permite o respeito pela tomada de decisão em saúde adotada pelos pais/família
- Permite a valorização da família enquanto estrutura com funções e recursos que afeta os processos de saúde e doença da criança/adolescente
- Permite ao enfermeiro desenvolver competências relacionais e comunicacionais
- Permite realçar o papel interventivo do enfermeiro no seio da equipe multidisciplinar
- Promove o papel ativo e interativo do enfermeiro no momento da tomada de decisão em saúde

Figura 1 – Versão final da distribuição dos itens pelos fatores da EAEPS

DISCUSSÃO

Na revisão da bibliografia não se encontrou evidência da existência de um instrumento que permita avaliar a prática de ES, realizada pelos enfermeiros, à criança/adolescente/família, por isso acreditou-se na necessidade de desenvolver uma ferramenta que permitisse averiguar a avaliação que os profissionais de Enfermagem e os pais/família manifestam em relação a esta prática.

De igual modo, a forma organizada e ordenada de uma abordagem organizada em duas fases sequenciais, distintas e interdependentes, sustentou a fundamentação teórica e um conhecimento mais diversificado do fenómeno em estudo e permitiu a elaboração das entrevistas que por sua vez serviram de base para a construção e validação de um instrumento de medida, a EAEPS.

Paralelamente, a EAEPS torna-se igualmente útil pois a ES, ao adquirir o status de política pública, assume-se como processo de ensino-aprendizagem realizado nos serviços de saúde sendo, portanto, necessário dar ênfase ao planeamento e aos programas de ES para que haja uma reflexão da realidade com vista à melhoria das acções e aumento da resolubilidade do sistema de saúde²⁰.

Por sua vez, a retenção em três fatores foi igualmente considerada pertinente e capaz de responder ao objetivo da EAEPS já que o aumento da literacia em saúde é um dos resultados em Promoção da Saúde²¹. Assim, a ES gera ganhos inequívocos quando iniciada

na infância e adolescência e acompanhada por um contexto familiar impulsionador de capacitação, sendo este potencial evidenciado nas campanhas de sensibilização para a saúde onde as crianças são o motor de aprendizagem da família. Por isso, a filosofia dos cuidados pediátricos utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família sendo o beneficiário destes cuidados o binómio criança/adolescente-família. Ou seja, a inclusão da família na participação de cuidados favorece a identificação das necessidades através do apoio familiar, a autonomia e a tomada de decisão em saúde, indo então ao encontro dos referenciais do cuidado centrado na família²². Naturalmente, esta visão pressupõe uma intervenção de partilha e corresponsabilidade assente numa relação de confiança entre enfermeiro e criança/adolescente/família distanciando-se da mera transmissão de informação. Esta parceria vai contribuir para reduzir vulnerabilidades, favorecer a capacidade de resposta através da partilha de saberes, obter indicadores de saúde infantil e criar laços entre saúde e direitos da criança²³. Além do aumento da literacia em saúde, a Promoção da Saúde implica igualmente a adoção de estilos de vida saudáveis para obter o bem-estar, reforçando-se assim o papel dos ambientes saudáveis na obtenção de ganhos e na redução das desigualdades em saúde²⁰.

Constatou-se, então, que estes três fatores permitiram a avaliação da prática de

ES realizada pelos enfermeiros à criança/adolescente/família, pois uma educação baseada na evidência científica estimula a adoção de boas práticas por parte dos pais/família²², e porque a validação de instrumentos de avaliação de resultados ajuda a desenvolver programas úteis e eficientes²⁴, e promove a melhoria da qualidade dos cuidados de acordo com as necessidades, desenvolvendo-se novas intervenções que permitem obter melhores resultados em saúde e conseqüentemente melhor qualidade de vida para a criança/adolescente/família²⁵.

Aponta-se como limitações do estudo a não participação da criança/adolescente, sugerindo-se o desenvolvimento de estudos futuros que incluam a avaliação destes, para uma melhor comparação entre os envolvidos da prática de ES.

De igual modo, dada a especificidade e complexidade desta prática, e cientes da possibilidade da EAEPS poder não abranger integralmente esta prática, reconhece-se ainda que em outro estudo se proporcione a necessidade de reformulação e/ou inclusão de itens na escala.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa permitiu construir e validar um instrumento de avaliação da Educação em Saúde, realizada pelos enfermeiros, à criança/adolescente/família (EAEPS), e que apresentou qualidade psicométricas confiáveis, uma consistência interna muito boa e correlações entre os três fatores e a escala total, positivas, elevadas e significativas mostrando a homogeneidade de conteúdo dos itens, podendo ser aplicada a enfermeiros e pais/família

Assim, no contexto da ES, a construção e validação da EAEPS permitiu uma visão mais abrangente e compreensiva desta prática,

para deste modo melhorar a assistência dos enfermeiros e, conseqüentemente, fomentar autonomia, a tomada de decisão e a melhoria da manutenção de vida da criança/adolescente.

Espera-se ainda que o processo de construção da EAEPS possa contribuir para ampliar o debate em torno da ES, fortalecer a aprendizagem dos envolvidos (enfermeiros e pais/família), e ser uma importante base de trabalho para a construção de futuros instrumentos de medida que permitam a avaliação das práticas dos enfermeiros no âmbito da ES à criança/adolescente/família.

REFERÊNCIAS

- 1 - Becker RM, Heidemann ITSB. Health promotion in care for people with chronic non-transmittable disease: integrative review. *Texto Contexto Enferm.* 2020; 29:20180250. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0250>. Acesso em Feb 2020.
- 2 - Santos MP, Farre AGMC, Bispo MS, Sousa LB, Marinho DDT. Promoting adolescent sexual and reproductive health: peer education. *Rev Baiana Enferm.* 2017; 31(3):e21505. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i3.21505>. Acesso em Feb 2020.
- 3 - Silva FB, Gondim EC, Henrique NCP, Fonseca LMM, Mello DF. Educational intervention involving young mothers: gaining knowledge on childcare. *Acta Paul Enferm.* 2018; 31(1):32-38. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800006>. Acesso em Mar 2020.
- 4 - Figueira ALG, Gomes-Villas Boas LC, Coelho ACM, Foss-Freitas MC, Pace AE. Educational interventions for knowledge on the disease, treatment adherence and control of diabetes mellitus. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2017; 25:e2863. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1648.2863>. Acesso em Abr 2020.

- 5 - Palmeira CS, Mussi FC, Ramos GA, Jesus NV, Macedo TTS, Dal Sasso GTM. Nursing protocol for remote monitoring of women with excessive weight. *Texto Contexto Enferm.* 2019; 28:e20170400. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0400>. Acesso em Feb 2020.
- 6 - International Council of Nurses. International council of nurses joins CEPPs global initiative to improve early childhood development. 2018. Disponível em: <https://www.icn.ch/news/international-council-nurses-joins-cepps-global-initiative-improve-early-childhood-development>. Acesso em Feb 2020.
- 7 - Silva EM, Silva D, Aparício G, Bica I, Albuquerque C, Cunha M. Promotion of children's mental health: nurses' contributions. *Acta Paul Enferm.* 2020; eAPE20180254. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0254>. Acesso em Set 2020.
- 7 - Barreto ACO, Rebouças CBA, Aguiar MIF, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro LM, Melo KM, Freitas RWJF. Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. *Rev Bras Enferm.* 2018; 72(1):278-285. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>. Acesso em Feb 2020.
- 8 - Durand MK, Heidemann ITSB. Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion. *Rev Esc Enferm USP.* 2019; 53:e03451. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018007703451>. Acesso em Feb 2020.
- 9 - Netto L, Silva KL. Reflective practice and the development of competencies for health promotion in nurses' training. *Rev Esc Enferm USP.* 2018; 52:e03383. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017034303383>. Acesso em Feb 2020.
- 10 - Moura TNB, Moreira TMM, Sousa AD, Santos Neto AC, Sousa RX, Lima LHO. Development and validation of a smartphone educational game regarding healthy lifestyle habits for adolescents. *Texto Contexto Enferm.* 2019; 28:e20180252. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0252>. Acesso em Feb 2020.
- 11 - De Bortoli PS, Jacob E, Castral TC, Santos CB, Fernandes AM, Nascimento LC. Cross-cultural adaptation of the adolescent pediatric pain tool for Brazilian children and adolescents with cancer. *Texto Contexto Enferm.* 2019; 28:e20160108. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2016-0108>. Acesso em Feb 2020.
- 12 - Miranda FBG, Mazzo A, Pereira-Junior GA. Construction and validation of competency frameworks for the training of nurses in emergencies. *Rev Latino-Am Enferm.* 2018; 26:e3061. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2631-3061>. Acesso em Feb 2020.
- 13 - Fabri RP, Mazzo A, Martins JCA, Fonseca AS, Pedersoli CE, Miranda FBG, et al. Development of a theoretical-practical script for clinical simulation. *Rev Esc Enferm USP.* 2017; 51:e03218. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016016403218>. Acesso em Feb 2020.
- 14 - Pires SMP, Monteiro SOM, Pereira AMS, Stocker JNM, Chaló DM, Melo EMOP. Non-technical skills assessment scale in nursing: construction, development and validation. *Rev Latino-Am Enferm.* 2018; 26:e3042. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2383.3042>. Acesso em Feb 2020.
- 15 - Neves T, Rodrigues V, Graveto J, Parreira P. Scale of adverse events associated to nursing practices: a psychometric study in Portuguese hospital context. *Rev Latino-Am Enferm.* 2018; 26:e3093. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2595.3093>. Acesso em Feb 2020.
- 16 - Echevarria-Guanilo ME, Gonçalves N, Romaniski PJ. Psychometric properties of measurement instruments: conceptual basis and evaluation methods - part II. *Texto Contexto Enferm.* 2019; 28:e20170311. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-tce-2017-0311>. Acesso em Feb 2020.
- 17 - Morais SCR, Nunes JGP, Lasater K, Barros ALBL, Carvalho EC. Reliability and validity of the Lasater Clinical Judgment Rubric - Brazilian Version. *Acta Paul Enferm.* 2018; 31(3):265-271. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800038>. Acesso em Feb 2020.
- 18 - Montejano-Lozoya R, Gea-Caballero V, Miguel-Montoya I, Juárez-Vela R, Sanjuán-Quiles A, Ferrer-Ferrandiz E. Validation of a questionnaire designed to measure nursing student satisfaction with practical training. *Rev Latino-Am Enferm.* 2019; 27:e3206. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3102.3206>. Acesso em Feb 2020.
- 19 - Ferreira, Lorena et al. Validation of the logical model of implementation of the ongoing education in Health Policy in Primary Health Care. *Trabalho, Educação Saúde.* 2020; 18(2):e0026294. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00262>. Acesso em Set 2020.
- 20 - World Health Organization. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. 2013. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>. Acesso em Feb 2020.
- 21 - D'Agostini MM, Aredes NDA, Campbell SH, Fonseca LMM. Serious Game e-Baby Família: an educational technology for premature infant care. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(4): e20190116. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0116>. Acesso em Set 2020.
- 22 - Yakuwa MS, Neill S, Mello DF. Nursing strategies for child health surveillance. *Rev Latino-Am Enferm.* 2018; 26:e3007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2434.3007>. Acesso em Feb 2020.
- 23 - Usero-Pérez C, Jiménez-Rodríguez ML, González-Aguña A, González-Alonso V, Orbañanos-Peiro L, Santamaría-García JM, Gómez-González JL. Validation of an evaluation instrument for responders in tactical casualty care simulations. *Rev Latino-Am. Enferm.* 2020; 28:e3251. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3052.3251>. Acesso em Set 2020.
- 24 - Araujo Filho ACA, Silva AN, Ribeiro MGC, Rocha SS, Andrade EMLR, Nogueira LT. Evaluation of Primary Healthcare from the perspective of child caregivers: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2019; 53:e03527. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018030003527>. Acesso em Feb 2020.

Recebido em fevereiro de 2020.

Aceito em novembro de 2020.