

ANA MARGARIDA PAREDES SORA

Nº 17069

**Educação para a Saúde: Conceito e Prática dos
Alunos de Enfermagem**



Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2010

ANA MARGARIDA PAREDES SORA

Nº 17069

**Educação para a Saúde: Conceito e Prática dos
Alunos de Enfermagem**



Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2010

Ana Margarida Paredes Sora
Nº 17069

Educação para a Saúde: Conceito e Prática dos Alunos de Enfermagem

Ana Margarida Paredes Sora

Atestado de Originalidade:

Monografia apresentada à Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para obtenção
do Grau de Licenciatura em Enfermagem

SIGLAS E ABREVIATURAS

EpS – Educação para a Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRECEDE – Causas Predisponentes, que Reforçam e Possibilitam o Diagnóstico e Avaliação Educacionais

PROCEED – Política, Regras e Estrutura Organizacional, no Desenvolvimento Ambiental e Educacionais

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SUMÁRIO

Com esta investigação pretendeu-se fazer uma reflexão sobre a Educação para a Saúde: Conceito e Prática dos Alunos de Enfermagem, uma vez que, nos dias de hoje os Profissionais de Saúde têm uma responsabilidade crescente na prevenção da doença e promoção da saúde. Tendo como suporte a investigação de alguns autores e dada a pertinência do tema, formulou-se, para este estudo, a seguinte pergunta de partida: Qual o conceito e prática dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem relativamente à Educação para a Saúde?

A revisão bibliográfica efectuada permitiu a construção deste estudo ao longo do qual são abordados os temas: Evolução da Enfermagem; Definição; Teorias e Modelos; Educação para a Saúde um Processo Holístico; Como e Onde se desenvolvem; Níveis de Prevenção; Como Planear, Desenvolver e Avaliar; Papel do Enfermeiro e a Dimensão Ética em Educação para a Saúde.

Para dar resposta à questão de investigação e aos objectivos definidos, foi desenvolvido um estudo descritivo simples, sendo utilizado o método quantitativo na análise dos dados. Como instrumento de colheita de dados foi aplicado um questionário a uma amostra constituída por 38 alunos de Enfermagem a frequentar o 4º Ano da Licenciatura, numa Universidade do Norte do País.

Os resultados obtidos permitiram concluir que os inquiridos têm um conceito bem formado de Educação para a Saúde, atribuem importância à EpS em todos os níveis de prevenção com destaque para a prevenção primária, planeiam, desenvolvem e avaliam a Educação para a Saúde em função do doente/utente e família.

Palavras Chave: Enfermagem, Educação para a Saúde, Dimensão Ética, Enfermeiro

ABSTRACT

With the accomplishment of this inquiry it was intended to carry through a reflection on the Education for the Health: Concept and Practice of Nursing students once that, nowadays the health professionals have an increasing responsibility in the prevention of the illness and promotion of the health. Having as support the inquiry of some authors and given the relevancy of the subject, was formulated, for this study, the following question of departure: What is the concept and practice of students in 4th year of Nursing Degree relatively to the Education for the Health?

The bibliographical research allowed the construction of this investigation in which themes are explored: evolution of the Nursing, definition: theories and models, Education for the Health a holistic process; how and where it's made; levels of prevention, how it's planned, develop and evaluate; Nurse's role and the ethical dimension in Education for Health.

To give reply to the question of inquiry and to the defined objectives, a simple descriptive study was developed, being used the quantitative method in the analysis of the data. As instrument of harvest of data, it was applied a questionnaire to a sample consisting of 38 Nursing students that attend the 4th year of Nursing Degree, in a University in the North of the Country.

The gotten results had allowed concluding that the inquired have a well formed concept of Education for the Health, attributing importance at every level of prevention with prominence for the primary prevention, planned, develop and evaluate the Education for the Health in function of the sick person/usuary and family.

Keywords: Nursing, Education for Health, Ethical Dimension, Nurse

AGRADECIMENTOS

Agradecer é a certeza de não estar só. É a confirmação de que nenhum projecto de vida se realiza sem a presença de outras pessoas que de diferentes formas intervêm na concretização dos nossos sonhos. Testemunho disso é a realização deste trabalho monográfico que só foi possível com o contributo incondicional de um conjunto de pessoas às quais desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

- Aos Alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem pela receptividade e colaboração no preenchimento dos questionários;
- À Enfermeira Paula Fonseca, orientadora deste estudo pela disponibilidade e pelas sugestões construtivas que permitiram a elaboração deste trabalho;
- A todos os Professores que, ao longo desta Licenciatura, permitiram a aquisição de competências que serão úteis na minha caminhada da vida profissional e pessoal;
- Aos meus Pais e Irmão pelo apoio afectivo e paciência ao partilharem comigo os momentos de maior ansiedade;
- E a todos aqueles que, de forma directa ou indirecta, tiveram influência neste percurso de investigação.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	10
ÍNDICE DE GRÁFICOS	11
INTRODUÇÃO	13
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
CAPÍTULO I – CONCEPTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	16
1.1 - Definição e Justificação do Tema	16
1.2 - Pergunta de Partida	16
1.3 - Questões de Investigação	17
1.4-Objectivos do Estudo	17
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
2.1 - Evolução da Enfermagem	18
2.2 - Definição de Educação para a Saúde	19
2.3 - Teorias e Modelos de Educação para a Saúde	20
2.3.1 - Teorias de Educação para a Saúde	21
2.3.2 - Modelos de Educação para a Saúde	21
2.4 - Educação para a Saúde: um Processo Holístico	22
2.4.1 - Como e Onde se desenvolvem Educações para a Saúde	24
2.4.2 - Níveis de Prevenção	25
2.4.3 - Planear, Desenvolver e Avaliar Educações para a Saúde	27
2.5 - Papel dos Enfermeiros na Educação para a Saúde na Equipa Pluridisciplinar ..	30
2.6 - Dimensão Ética em Educação para a Saúde	31
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	33
CAPÍTULO III – DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA	34
3.1 - Tipo de Estudo	34
3.2 - Meio	34
3.3 - Variáveis Atributo	35
3.4 - Instrumento de Colheita de Dados	35
3.5 - Pré-Teste	35
3.6 - População/Amostra	36
3.7 - Princípios Éticos	36
PARTE III – FASE EMPÍRICA	38
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	39
4.1 - Análise e Tratamento dos Dados	39
4.2 - Discussão e Conclusão dos Resultados	50
CONCLUSÃO	53
BIBLIOGRAFIA	54
ANEXOS	57
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO	58
ANEXO 2 – CRONOGRAMA	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Níveis de Prevenção.....	27
-------------------------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização da amostra segundo a idade.....	40
Gráfico 2 - Caracterização da amostra segundo o género	40
Gráfico 3 - Caracterização da amostra segundo o estado civil.....	41
Gráfico 4 - Conceito de Educação para a Saúde	42
Gráfico 5 - Contextos em que desenvolveram EpS.....	43
Gráfico 6 - Grau de importância atribuída às EpS.....	43
Gráfico 7 - Planeamento da prática de EpS para o doente/ utente	44
Gráfico 8 - Planeamento da prática de EpS para família.....	45
Gráfico 9 - Desenvolvimento da prática de EpS para o doente/ utente.....	46
Gráfico 10 - Desenvolvimento da prática de EpS para a família	47
Gráfico 11 - Avaliação da prática de EpS respectivamente ao doente/ utente	48
Gráfico 12 – Avaliação da prática de EpS respectivamente à família.....	49

INTRODUÇÃO

O Plano Nacional de Saúde aponta para uma política de cuidados de saúde orientados para a prevenção da doença e promoção da saúde, com realce para o papel das estratégias de Educação para a Saúde, visto a saúde ser “ (...) ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social” (Adelaide, 1988). Assim, tanto a Promoção da Saúde como a Educação para a Saúde devem ser encaradas como tarefas de cidadania organizadas em que se verifique a participação dos cidadãos. Além da necessidade de participação colectiva, os Enfermeiros desempenham um papel relevante enquanto agentes de EpS. A actuação do Enfermeiro, na área de Educação para a Saúde, não deve consistir numa simples transmissão de informação científica e técnica, mas sim “ (...) numa intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos” (Amorim cit in Carvalho, 2006, p.3).

Este estudo, subordinado ao tema “Educação para a Saúde: Conceito e Prática dos Alunos de Enfermagem”, tem como objectivos: conhecer o conceito de EpS dos alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem; identificar o contexto em que os alunos desenvolveram a EpS; conhecer o grau de importância que os alunos atribuem à EpS nos diferentes níveis de cuidados; caracterizar a prática dos alunos no desenvolvimento da EpS.

Tendo por base a problemática supracitada, optou-se pela utilização de um método quantitativo – descritivo simples. Valorizando a perspectiva quantitativa do trabalho, entendeu-se utilizar como método de colheita de dados um questionário constituído por perguntas fechadas, aplicado a 38 alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem de uma Universidade do Norte do País, durante a primeira quinzena do mês Junho de 2010.

Este trabalho monográfico está estruturado em quatro partes fundamentais. Na primeira parte far-se-á a conceptualização do problema, partindo da definição e justificação do tema, pergunta de partida, questões e objectivos do estudo. A segunda parte corresponderá ao enquadramento teórico, baseado nas investigações de alguns autores conceituados, onde se revê as teorias que têm surgido em redor do tema Saúde e

Educação para a Saúde. A terceira parte incidirá sobre o estudo empírico, nomeadamente o tipo de estudo e a metodologia adoptada, bem como as estratégias de recolha de dados, tendo em vista a compreensão da realidade que se pretende analisar. Na quarta parte, apresentar-se-á a análise, discussão e conclusão dos resultados obtidos à luz das concepções teóricas revistas. Por fim, far-se-á uma reflexão sobre as conclusões da investigação obtidas pela análise das respostas dos inquiridos.

Como conclusão da análise dos resultados percebe-se que os alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem definem correctamente o conceito de Educação para a Saúde, dão relevância à EpS em todos os níveis de prevenção com realce para a prevenção primária, procuram planear, desenvolver e avaliar a Educação para a Saúde em função do doente/utente e família.

Com este trabalho, apenas, se pretende dar um pequeno contributo que possa ajudar a uma maior consciencialização e reflexão acerca de tão delicada matéria, sem esquecer nunca que a Saúde é “ (...) um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e económico” (Jacarta, 1997).

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

CAPITULO I – CONCEPTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A fase conceptual pressupõe, conforme Freixo (2009, p.156), uma forma “(...) ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um tema preciso (...)” de forma a obter uma ideia clara e organizada do objecto de estudo.

Por sua vez, Polit e Hungler (1995, p. 32) defendem que esta etapa tem um forte elemento conceptual caracterizada pelo “ (...) *pensar, repensar, teorização e revisão de ideias* (...) ”, que permitem ao investigador ter criatividade, raciocínio dedutivo e conhecimento acerca do tema em estudo.

1.1 - Definição e Justificação do Tema

Cuidar existe desde o início da humanidade uma vez que é imprescindível para manter e sustentar a vida do ser humano. Compreende-se, por isso, que essa necessidade intrínseca de cuidar de alguém tenha dado origem à profissão de Enfermagem. Como diz Michelet (cit in Collière, 1999, p.76), a carreira de Enfermeira nasceu “(...) dos instintos e das leis que regem a condição humana e surge como a eterna “*démarche*” que acompanha o nosso destino e as suas fatalidades desde a origem dos séculos”.

Dada a pertinência da EpS na sociedade actual, em que os cuidados de Enfermagem se direccionam para a prevenção e promoção da saúde, define-se como tema na elaboração deste trabalho “Educação para a Saúde: Conceito e Prática dos Alunos de Enfermagem”, dado que lhes competirá a curto, médio e longo prazo, interferir no processo saúde/ doença do indivíduo, família e comunidade.

1.2 - Pergunta de Partida

Partindo dos conceitos previamente revistos e de modo a conhecer a forma como os alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem perspectivam a sua prática clínica perante as EpS e as implicações na vida do utente/doente, família e comunidade,

formulou-se a seguinte pergunta de partida: “Qual o conceito e prática dos alunos da Licenciatura em Enfermagem em EpS?”

1.3 - Questões de Investigação

A investigação é entendida por Minayo (cit in Vilelas, 2009) como uma actividade básica da ciência procurando questionar e analisar a realidade. Como tal, as questões de investigação devem ser relacionadas com interesses e circunstâncias socialmente condicionadas (Vilelas, 2009). Perante a relevância do tema, surgem as seguintes questões condutoras de investigação deste trabalho:

- Qual o conceito de EpS dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem?
- Qual o contexto em que os alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem desenvolveram a EpS?
- Qual o grau de importância atribuído pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem às EpS nos diferentes níveis de cuidados?
- Qual a prática dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem no desenvolvimento da EpS?

1.4-Objectivos do Estudo

O termo objectivo “(...) introduz o porquê (...)” e indica o que o investigador “(...) tem intenção fazer no decurso do estudo” (Freixo, 2009, p.164). Segundo este autor pode tratar-se “(...) de explorar, de identificar, de descrever ou de prever tal ou tal fenómeno (...)” e deve estabelecer uma “(...) relação de causa efeito (...)” que se pretende com o projecto da investigação. Baseado nesta problemática e a partir das questões de investigação surgiram como objectivos:

- Conhecer o conceito de EpS dos alunos do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem;
- Identificar o contexto em que os alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem desenvolveram a EpS;
- Conhecer o grau de importância que os alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem atribuem à EpS nos diferentes níveis de cuidados;
- Caracterizar a prática dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem no desenvolvimento da EpS.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Numa era de crescimento dos custos de saúde e crescente colaboração entre prestadores de serviço de saúde e consumidores, o utente/ doente e família são encorajados a ter maior responsabilidade pela manutenção da sua própria saúde. Justifica-se, portanto, ao longo deste capítulo, fazer alusão à forma como Evoluiu a Enfermagem, Conceito de Educação para a Saúde, Teorias e Modelos, Processo Holístico, Papel do Enfermeiro e Dimensão Ética.

2.1 - Evolução da Enfermagem

Desde o início da história da humanidade que o cuidar é necessário no sentido de garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie. Por isso, estava implícito ao ser humano e dizia respeito a qualquer pessoa que ajudava a outra a garantir o que era necessário para continuar a viver (Collière, 1999). Compreende-se, assim, que “(...) durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam a um ofício menos ainda a uma profissão” (Collière, 1999, p.27). A prática de tais cuidados ligava-se sobretudo às actividades da mulher, pois como refere Collière (1999, p.40), “ (...) é ela que dá à luz, é ela que tem o encargo de “tomar conta” de tudo o que mantém a vida quotidiana”. Esta atribuição do papel de cuidadora à mulher também foi influenciada pela diferenciação de papéis, uma vez que, ao homem estava ligado o trabalho fora de casa (Pereira, 2006). Esta organização de papéis, segundo Collière (1999, p.28), marcou “(...) de maneira determinante, consoante as culturas e as épocas, o lugar do homem e da mulher na vida social e económica”.

A partir da idade média, a identificação da prática dos cuidados alterou-se, passando a ser desempenhados pela mulher consagrada que ao renunciar ao mundo dedicava toda a sua vida a Deus, à Igreja, aos Pobres e aos Humildes (Collière, 1999). O estado religioso era considerado como superior ao estado laico, sendo as mulheres consagradas consideradas “ (...) verdadeiros modelos sociais” (Collière, 1999, p.70). Este modo de valorização social, na visão daquele autor, era uma referência para a Enfermeira que à semelhança das irmãs de Caridade encontraria “ (...) na realização dos seus deveres profissionais, satisfações morais”.

Nos finais do Século XIX, Florence Nightingale determinou todo o rumo de Enfermagem com a profissionalização da mesma, representando o fim da actividade de Enfermagem empírica e exclusivamente vocacional (cit. in Cruz et al., 2005). Presentemente, a Enfermagem é definida pela Ordem dos Enfermeiros (2007, p.6) como “ Disciplina do conhecimento autónomo (...) tomando por objecto a resposta humana aos problemas de saúde e processos de vida dos indivíduos, família e grupos”.

Pode, assim, entender-se como uma ciência e uma arte, englobando cuidados técnicos, científicos e humanos baseados na relação interpessoal. Neste contexto, o exercício da actividade profissional do Enfermeiro deve ter como objectivos: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e reinserção social. Por isso, devem organizar, coordenar, executar e avaliar as intervenções de Enfermagem nos três níveis de prevenção; devem decidir quais as técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de Enfermagem promovendo a confiança e participação do indivíduo, família e comunidade; devem coordenar e dinamizar as actividades inerentes à situação de saúde/doença quer no internamento, ambulatório ou domicilio e transmitir conhecimentos (OE, 2003).

2.2 - Definição de Educação para a Saúde

A Promoção da Saúde é reconhecida pela Carta de Otawa (1986) como o um processo que “(...)visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”. Nesta perspectiva, o indivíduo ou o grupo deve ser capaz de identificar, satisfazer as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio de forma a atingir o bem-estar físico, mental e social. Ao abordar a temática Educação para a Saúde, tem lógica analisar o conceito de saúde e as transformações que tem sofrido ao longo do tempo, uma vez que o objectivo da EpS é a Promoção da Saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na sua Carta Magna (1947), definiu a saúde como “ Um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Larrea e Plana referem que a saúde sempre foi valorizada e procurada ao longo da história da humanidade e considerada, durante muito

tempo, como o oposto da doença (cit in Carvalho & Carvalho, 2006). Os mesmos autores referem-se à EpS como um processo de comunicação interpessoal para facultar informação e identificar problemas, criando uma relação causa – efeito nos comportamentos da saúde física e psíquica das pessoas.

Para Tones e Telford, a EpS é “(...) toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença”, originando mudanças no conhecimento, compreensão e nas formas de pensar (cit in Carvalho & Carvalho, 2006, p.25). Segundo aqueles autores, a EpS pode influenciar ou clarificar valores, propiciar mudanças de convicções e atitudes, facultar a aquisição de saberes, conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida. Na perspectiva de Amorim, a EpS deve constituir “ (...) um processo interactivo, reconhecido e aceite pela comunidade (...)” atribuindo responsabilidades na determinação da sua saúde e qualidade de vida (cit in Carvalho & Carvalho, 2006, p.23).

Depois da Alma-Ata (1978), a EpS tornou-se, ainda, mais importante na Enfermagem, dado que tem como propósito prestar cuidados ao ser humano e aos grupos sociais em que está inserido de modo que mantenham, melhorem e recuperem a saúde (REPE, 1998). Neste sentido, a EpS, assentando nas teorias e modelos defendidas por alguns autores, deve implicar a criação de mudanças de estilo de vida, de sentido de envolvimento, de participação e de cooperação.

2.3 - Teorias e Modelos de Educação para a Saúde

A Saúde é “(...) construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia (...)” através do cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros (Carta de Ottawa,1986). Como tal, as estratégias orientadas para a promoção e Educação para a Saúde não podem confinar-se a métodos informativos ou convincentes para mudar comportamentos. Segundo Rodrigues e colaboradores (2005), encontram-se descritas diferentes teorias e modelos de educação para a saúde, que procuram explicar os processos de organização, planeamento, execução e avaliação das acções sistemáticas de aconselhamento, promoção e Educação para a Saúde.

2.3.1 - Teorias de Educação para a Saúde

As teorias ajudam os Enfermeiros a compreender como as pessoas aprendem, como projectar e implementar a educação dos utentes/doentes, família e comunidade. Apontam-se como teorias que intervêm na alteração de comportamentos, quer na comunidade quer na educação individual e familiar: Teoria dos estádios de mudança e Teoria da aprendizagem social.

A **Teoria dos estádios de mudança** baseia-se numa sequência de estádios de mudança: pré – contemplação, contemplação, preparação para agir, acção e manutenção. Na pré-contemplação, o utente/ doente, família e comunidade não apresentam qualquer intenção de mudar, pelo que carecem ser despertados para a consciência do problema; na contemplação, o utente/doente, família e comunidade reconhecem o problema e desejam mudar; na preparação para agir prevê-se um momento propício para que a mudança aconteça; na acção são fornecidos ao utente/doente, família e comunidade os reforços e apoios necessários; na manutenção o utente/doente, família e comunidade deve manter o novo comportamento (Prochaska e Diclemente, cit in Rodrigues et al., 2005).

A **Teoria da aprendizagem social** assenta no princípio de que o comportamento é “(...) uma função de expectativas individuais sobre o valor de um resultado (...) ou êxito pessoal” (Blair et al. cit in Stanhope e Lancaster, 1999, p. 268). Segundo estes autores, os Enfermeiros/Educadores podem usar esta teoria para mudar comportamentos, ajudando os utentes/doentes, família e comunidade a serem capazes de modificar as expectativas de determinado resultado ou as possibilidades de alcançar o fim desejado.

2.3.2 - Modelos de Educação para a Saúde

Várias são os modelos com aplicação em Educação para a Saúde. No entanto, segundo Rodrigues e colaboradores “ (...) não há nenhum modelo que se destaque pela (...) certeza absoluta da sua eficácia”, todavia, “ (...) da sua síntese resultam eixos de força para uma intervenção eficaz” (Rodrigues et al., 2005, p.11). Identificam-se aqui três modelos: **PRECEDE – PROCEED, Saúde - Crença e Promoção da Saúde.**

O **Modelo PRECEDE – PROCEED** baseia-se na planificação e avaliação da educação da comunidade, tomando como ponto de referência a resolução de problemas, numa área identificada de necessidades. Este modelo tem como objectivo ajudar as comunidades na mudança dos seus comportamentos. Primeiro avalia o ambiente em que vive o grupo e toma em consideração os factores sociais que influenciam os comportamentos em relação à saúde. Em segundo, verifica os factores internos e ambientais que induzem a comunidade para determinados comportamentos ou problemas de saúde. Em terceiro lugar, identifica os factores que irão ajudar essa comunidade a adoptar comportamentos saudáveis. Depois deste processo, desenvolve-se o planeamento, implementa-se e avalia-se (Edwards, 1990; Padilla & Bulcavage, 1991; Green & Kreuter, 1992 cit in Stanhope & Lancaster 1999).

O **Modelo Saúde - Crença** surgiu mediante a preocupação dos sectores públicos e privados de saúde ao verificarem que determinadas pessoas se mostravam renitentes quando convocadas para vigiar o seu estado de saúde. Este modelo foi desenvolvido para prever tais situações e para sugerir intervenções que pudessem diminuir a relutância das mesmas a decidir-se pelos cuidados de saúde. Baseia-se em três componentes: percepções individuais, factores de mudança e variáveis que afectam a probabilidade de acção. Sugere acções de campanhas nos mass - média, postais/cartas de avisos, artigos de jornais ou revistas no sentido de motivar os utentes a tomar providências (Salazar cit in Stanhope & Lancaster, 1999).

O **Modelo de Promoção da Saúde** aparece como complemento de outros modelos de protecção de saúde, explanando a possibilidade que os modelos de estilo de vida saudável e comportamentos de promoção da saúde têm de ocorrer. Desenvolve os princípios do modelo saúde - crença e segundo Stanhope & Lancaster (1999, p.271) “(...) pressupõe que os indivíduos possam alterar o seu comportamento para se sentirem melhor física, psicológica, social e espiritualmente”

2.4 - Educação para a Saúde: um Processo Holístico

O ser humano, enquanto objecto e actor da EpS, é considerado pela perspectiva holística como “(...) uma unidade biofisiológica, psicológica, social e espiritual (...)” que está

“(…) em constante interacção consigo mesmo, com outros seres humanos e com o meio envolvente” (Carvalho & Carvalho, 2006, p.17). Neste contexto, a Educação e Saúde exigem uma visão que abranja uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões. Como tal, a EpS é considerada como um processo holístico porque, pretendendo aumentar a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que permitam à pessoa adoptar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças, sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte (Carcel cit in Carvalho& Carvalho, 2006).

Sendo o Homem “(…) um todo não se pode separar o físico do psíquico, do social e do mental” (Damásio cit in Carvalho & Carvalho, 2006, p.18). Como tal, participa na sua própria construção e evolução, determinando uma universalidade de interacções entre as suas várias dimensões. Ao assumir um papel activo no seu processo de saúde através da adopção de estilos de vida e comportamentos saudáveis torna-se necessário que “(…) a pessoa escolha e assuma as suas opções de vida responsabilizando-se pela sua saúde” (Carvalho & Carvalho, 2006 p. 18).

De acordo com Roach “(…) a enfermagem nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se através do cuidar” (cit in Festas, 1999, p. 63). E é nesta linha de pensamento que a Enfermagem tem vindo a sustentar a sua prática para um modelo “(…) holístico, subjectivo, interactivo, humanista e orientado para a experiência única de cada pessoa” (Moniz, 2003, p.29). Cuidar em Enfermagem pressupõe um cuidar científico/ profissional baseado na disciplina de Enfermagem e mais orientado para o que é feito com ou em nome da pessoa e menos para o que é feito à mesma ou para ela. Isto porque cada pessoa é um ser único com as suas histórias e experiências de vida. E, é nesta perspectiva que o cuidar pode ser caracterizado, segundo Moniz (2003, p 26), como um verdadeiro “(…) encontro com o outro, um estar disponível para o outro, numa relação de proximidade e ajuda, na base da compreensão e confiança (…)”.

Para cuidar é necessário ter sempre presente a competência técnica e a sensibilidade afectiva, pois o “(…) verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência e a técnica (…)”, mas utilizá-las para prestar cuidados globais à pessoa, não desrespeitando nenhuma das necessidades do doente (Pacheco, 2002, p.34). Assim, pode-se considerar

a intervenção dos Enfermeiros de duas formas: uma mais técnica relacionada com o tratamento – Tratar e outra mais expressiva, humana e preocupada com a pessoa como ser holístico – Cuidar (Valadas, 2005). Percebe-se, desta forma, que cuidar e tratar são atitudes distintas mas intrínsecas ao exercício profissional dos Enfermeiros. Prestar cuidados de Enfermagem holísticos e humanísticos exige capacidade para cuidar e tratar simultaneamente, sendo que, “(...) a principal preocupação é a pessoa doente, sempre tida em conta como ser único e insubstituível (...)” (Pacheco, 2002, p.32). Contudo, não se pode esquecer que a EpS vincula conhecimentos e que a construção do conhecimento de cada indivíduo faz-se com base na afectividade. Isto implica que essa mesma construção vai depender das emoções que se estabelecerem entre as pessoas.

2.4.1 - Como e Onde se desenvolvem Educações para a Saúde

A EpS deve integrar o processo de educação comunitária na qual os profissionais de saúde desempenham um papel relevante no programa educativo, no entanto, não se devem assumir como únicos actores neste processo. Os Enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, são seres com qualidades especiais que se dedicam às pessoas com a intenção de as ajudar, orientar e auxiliar nas várias situações de vida. Como tal, em EpS as estratégias psicológica e pedagógica quando usadas pelos Enfermeiros são determinantes para a adesão dos sujeitos ao significado da mensagem. Sendo a saúde um bem, “(...) a Educação para a Saúde é uma missão que deve ser encarada com sentido pedagógico, didáctico e de investigação” (Rodrigues et al, 2005, p.16).

Todo o comportamento humano tem um significado, pelo que não há rejeição infundada nem motivação sem sentido. Esta realidade constitui uma infinidade de comportamentos humanos no que concerne a estilos de vida saudáveis, implicando da parte do educador de saúde uma adequada preparação prévia, um rigoroso trabalho de desenvolvimento de habilidades, capacidades e competências pessoais e sociais e académicas (Rodrigues et al., 2005). Como refere Montaigne (cit in Vilelas 2009, p.369) “Ninguém é tão grande que não possa aprender, nem tão pequeno que não possa ensinar”, como tal, o Enfermeiro que pretende praticar a Enfermagem deve, para além do Saber Científico e do Saber Fazer Técnico, desenvolver e incorporar o Saber Relacional (Festas, 1999).

As actividades de EpS englobam o aconselhamento a doentes, a formação em serviço, a educação formal, as campanhas publicitárias e o trabalho comunitário de intervenção programada. A EpS pode ser exercida em universidades, escolas, hospitais, farmácias, organizações comunitárias, organizações voluntárias de saúde, locais de trabalho, igrejas, prisões e serviços de saúde. A EpS adquire, cada vez mais, importância na consciência pública, permitindo a estruturação, coordenação, articulação de forma sustentável das intervenções nos sistemas de saúde local. Esta perspectiva vem de encontro à Declaração da Alma - Ata ao defender que, para além do sector da saúde, devem estar envolvidos todos os sectores de desenvolvimento nacional e comunitário (Rodrigues e tal 2005).

2.4.2 - Níveis de Prevenção

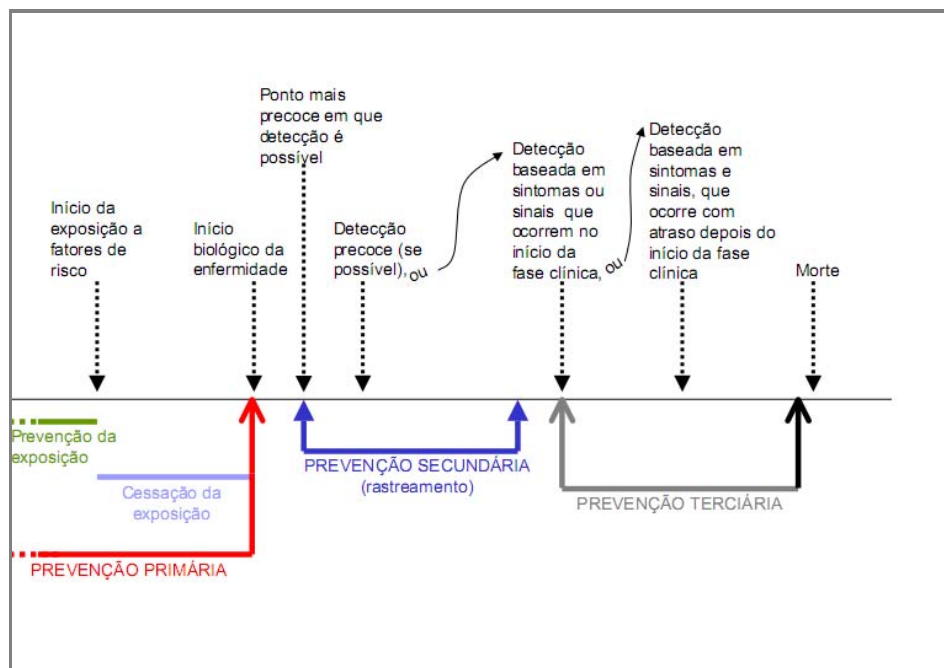
Segundo Hesbeen (2001, p.34), a Enfermagem é “(...) uma arte complexa, subtil e enraizada”. É nesta ordem de ideias, que os Enfermeiros são considerados Profissionais “(...) com competência científica, técnica e humana (...) habilitados para a prestação de cuidados gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade” quer a nível de prevenção primária, secundária ou terciária (Artigo 4º do decreto-lei nº.161/96).

A **Prevenção Primária** pretende evitar factores de risco que possa estar na origem do desenvolvimento de um mecanismo patológico que pode levar à doença (Fig.1). A EpS pode ser dirigida a nível individual, a grupos seleccionados ou à população em geral, esperando-se um controlo dos factores de risco ou diminuição da doença. O estilo de vida é o factor mais mutável e crítico que influencia a saúde, logo, as pessoas devem adoptar estilos de vida saudáveis (caminhar, praticar exercício físico, ter cuidado com a alimentação, controlar os níveis de stress, evitar o consumo de bebidas alcoólicas ou tabaco...) Segundo Stanhope e Lancaster (1999), a melhor garantia de atingir um aumento da esperança de vida reside na área da prevenção e os maiores benefícios resultam de esforços para melhorar os hábitos de saúde e o meio ambiente em que vivem e trabalham. O conceito de estilos de vida saudáveis inclui a pessoa como um todo e tem vários aspectos que se combinam para influenciar a saúde de cada indivíduo. O estilo de vida saudável depende de vários factores: o modo como a pessoa se alimenta, a sua forma física, se fuma ou não, a quantidade de bebidas alcoólicas que

ingere e o nível de stress em que vive. Um estilo de vida saudável ajuda-nos a manter o corpo em forma e a mente desperta, ao mesmo tempo aumenta as defesas para as doenças agudas, infecciosas e ajuda a impedir que as doenças crónicas piorem. Como exemplos deste tipo de prevenção apontam-se: a imunização (vacinação); uso de preservativos para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; uso de seringas descartáveis pelos toxicodependentes para prevenir infecções como VIH/SIDA e hepatites.

A **Prevenção Secundária** está relacionada com a detecção precoce de problemas de saúde em indivíduos presumivelmente doentes, mas com ausência de sintomas (Fig.1). Pretende-se a implementação de medidas para um rápido restabelecimento da saúde ou não evolução da situação. Este nível de prevenção pressupõe o conhecimento da história natural da doença, a existência de um período de detecção precoce e facilmente detectável e que seja passível de tratamento. Como exemplos apontam-se: rastreio do cancro do colo do útero, da mama, da próstata, do cólon e recto; rastreio e vigilância da pressão arterial, glicémia ou dislipidémia; provas cutâneas para o rastreio e diagnóstico precoce da tuberculose.

A **Prevenção Terciária** tem como objectivos: limitar a progressão da doença; evitar ou diminuir as consequências / complicações da doença; capacitar o doente/utente e família para a possibilidade de situações incuráveis; prevenir a reincidência da doença (Fig.1). Com efeito, é muitas vezes difícil individualizar os seus papéis e a prevenção é exercida através de terapêutica, controlo e reabilitação médicas. Sendo importante para o aumento da capacidade funcional do indivíduo, melhoria significativa no seu bem-estar, reintegração familiar e social e até diminuição dos custos sociais e económicos dos estados de doença.



Adaptado de Clark cit in Stanhope & Lancaster, 1999, p.231

Figura 1 - Níveis de Prevenção

2.4.3 - Planear, Desenvolver e Avaliar Educações para a Saúde

A EpS requer um processo de planeamento prévio à sua execução para facilitar a aquisição de comportamentos saudáveis, que dê resposta às necessidades educativas do doente/ utente, família ou comunidade a que se destina, que defina com clareza onde se quer chegar e que preveja os recursos e metodologias mais adequados para conseguir atingir os objectivos (Carvalho & Carvalho, 2006).

Planear

No que diz respeito à questão do planeamento de actividades existem diferentes percursos possíveis para levar a cabo a programação de actividades conforme o foco de atenção. Estes focos, segundo Carvalho e Carvalho (2006), são condicionados pelos conceitos de EpS e pela perspectiva do processo de planeamento. Assim, se o foco for o racionalista ou tecnológico opta-se por um modelo estruturado, com uma definição lógica de objectivos, evitando a ambiguidade e a improvisação. Se o foco é o crítico ou o pragmático deve-se optar por um modelo nada rígido e pouco estruturado, adaptado a cada situação e contexto, dando ênfase ao utente, procurando mais o que é possível do

que o ideal (Carvalho & Carvalho, 2006). Na opinião destes autores os programas de EPS devem ser constituídos pelas seguintes etapas:

- Análise da situação - identificar as necessidades educativas do utente/doente, família ou comunidade a que se destina, com o propósito de desenhar um programa que dê resposta a essas necessidades e conhecer as características do utente/doente, família ou comunidade para melhor adaptar a metodologia, as actividades e recursos. O planeamento da EpS ocorre logo que se tenham identificado os problemas do doente/utente, família ou comunidade e estabelecido prioridades. A EpS deve ter em vista a modificação dos comportamentos que influem negativamente nos problemas de saúde identificados;
- Justificação da necessidade do programa - Esta fase consiste em apresentar de forma explícita a necessidade da realização da EpS;
- Definição de objectivos - A definição dos objectivos tem como finalidade indicar o que se pretende com a EpS e ao mesmo tempo servir de instrumento para a posterior avaliação;
- Conteúdos educativos – Reportam-se à informação que se pretende transmitir ao doente/utente, família ou comunidade, com o intento de atingir os objectivos propostos. Devem ser previamente elaborados mediante as características do indivíduo/grupo a que se destinam como a idade, o nível de instrução, as experiências de vida, as doenças, as atitudes e os conhecimentos.
- Determinação das estratégias de intervenção – A selecção das estratégias depende das características do(s) participante(s) e do educador, do tipo de tarefas de aprendizagem, dos conteúdos envolvidos e da disponibilidade de recursos. As estratégias devem ser adequadas à idade, nível de desenvolvimento e nível educacional.
- Actividades e metodologia educativa – Compreendem a identificação de meios, métodos, actividades e procedimentos pedagógicos na execução da EpS. Os meios são o

suporte que se utiliza para transmitir uma informação, estimular um comportamento e mobilizar sentimentos. O método pedagógico é o caminho que se deve seguir para expor a informação numa linguagem mais fácil e explícita.

- Desenho da avaliação – A última tarefa do planeamento em EpS é desenvolver um plano de avaliação, cujos instrumentos de recolha de dados podem ser questionários, grelhas de observação, escalas de autonomia.

Relativamente às actividades e metodologias, estas podem ser condicionadas pelos factores:

- Natureza do conteúdo – Se é uma aprendizagem de factos simples será suficiente o uso de materiais escritos como folhetos, slides, Cd's, Dvd's. Se o objectivo é o desenvolvimento de competências devem-se incorporar métodos como a demonstração e a prática por parte do utente/doente, família, comunidade.

- Características do grupo alvo – Se o grupo tem um nível de instrução alto e conhecimentos sobre o tema podem utilizar-se métodos como o expositivo e a conferência. Quando o nível de instrução é mais baixo ou se trata dum assunto totalmente desconhecido, utilizam-se métodos demonstrativos (Osuna & Moral cit in Carvalho & Carvalho, 2006).

Desenvolver

Para o desenvolvimento de EpS, Clark (cit in Carvalho & Cravalho, 2006) estabelece como directrizes: ser definida e de possível modificação; reflectir as necessidades do utente/doente, família ou comunidade; apresentar intervenções que sejam capazes de ir ao encontro das necessidades e permitir a avaliação dos seus efeitos. O mesmo autor propõe quatro dimensões para desenvolver a EpS: o propósito que pode influenciar o comportamento do utente/ doente, família ou comunidade; o individuo/grupo alvo que pode ser segmentado de acordo com as atitudes, valores e crenças, podendo ser aplicadas diferentes estratégias de comunicação; o tempo em que vai decorrer a EpS e

dentro do qual se espera atingir os objectivos; as actividades bem definidas e planeadas através das quais se pretende transmitir os conhecimentos.

Avaliar

Para Hawe e colaboradores (cit in Stanhope & Lancaster, 1999), a avaliação da EpS envolve três áreas: a avaliação do educador, do processo e do produto. A avaliação do educador permite introduzir modificações no processo de ensino de forma a responder melhor à necessidade do utente/doente, família ou comunidade. A avaliação do processo é necessária em toda a extensão do programa educativo, para determinar se os fins e objectivos definidos estão a ser atingidos e qual o tempo necessário para o seu cumprimento. O produto educacional é avaliado como uma mudança mensurável na saúde ou comportamento do utente/doente, família ou comunidade. Para avaliar a mudança na saúde e no comportamento, podem ser usados varias técnicas, métodos e materiais (questionários, testes, observação directa). A avaliação dos resultados deve demonstrar mudanças positivas a nível de conhecimento, de comportamento, de destreza, de estado de saúde e de qualidade de vida.

2.5 - Papel dos Enfermeiros na Educação para a Saúde na Equipa Pluridisciplinar

O Homem existe em formação e em cuidado, como tal “(...) o dever – de - formar e o dever - de -cuidar são indissociáveis na compreensão do sentido da actividade humana” (Honoré, 2004, p.244). Assim, todo o ser humano, segundo Rodrigues e colaboradores (2005, p.49), está comprometido “(...) a promover a qualidade de vida, a saúde ambiental, as condições de cultura, desenvolvimento e auto-realização da sociedade” em que está inserido.

No campo da Educação para a Saúde, os Enfermeiros assumem um papel importante pela sua formação, experiência e competência em diversas dimensões dos cuidados de saúde. Compete-lhes, por isso, desenvolver parcerias com os utentes/doentes, família, comunidade e identificar situações de saúde para os ajudar a criar estilos de vida saudáveis (Rodrigues, 2005). De acordo com a OE (2007, p.20), são considerados como

“(…) uma comunidade profissional e científica (…) necessária para que o sistema de saúde funcione e garanta à população (…) cuidados de saúde de qualidade (…)”.

Segundo Greene e Simons-Morton (cit in Rodrigues, 2005, p.49), o Enfermeiro é um “(…) especialista da equipa de saúde que diagnostica as questões de saúde numa perspectiva pedagógica seguindo estratégias de intervenção educativa (…)”, através de intervenções programadas e avaliadas. Para tal, necessita de se desenvolver como pessoa actualizando os seus conhecimentos de forma a adquirir sensibilidade para as questões humanas e assumir comportamentos adequados para que mudança aconteça.

O Enfermeiro, como Educador de Saúde, deve atender aos seguintes propósitos: cuidar a arte da relação; saber semear o desejo de aprender e de mudança; saber aplicar a criatividade. Como tal, no plano da intervenção prática, o Enfermeiro tem que aprender a liderar com o indivíduo/grupo em contextos e condições específicas, tem de recorrer a estratégias criativas e a desenvolver acções conjugadas com vários Profissionais de Saúde e com aqueles que pretende ajudar. Assim sendo, o Exercício Profissional dos Enfermeiros deve inserir-se num contexto de actuação Multi-profissional (Rodrigues, 2005).

A EpS implica uma perspectiva democrática de conjugação de esforços sendo que a chave do sucesso do trabalho em grupo implica partilhar experiências. Neste âmbito, o Enfermeiro deve promover interacções e partilha, através de habilidades para comunicar, informar, convencer, motivar e obter respostas positivas dos outros (Rodrigues, 2005).

2.6 - Dimensão Ética em Educação para a Saúde

A ética, segundo Fortin (2009), é a ciência da moral que ajusta a nossa postura e o nosso comportamento. É, portanto, um juízo baseado em princípios usados para justificar acções e resolver problemas. A obrigação do cuidar, associada à necessidade de formar como condição da possibilidade de existir, coloca questões éticas quanto aos critérios de apreciação sobre a maneira como o Enfermeiro cumpre o dever de cuidar.

A ética sobreposta ao cuidar reúne princípios fundados na dignidade humana, antes de tudo, o respeito da pessoa na sua inalienável dignidade. Ela está, sobretudo, “(...) no pensamento, na liberdade de escolher e na possibilidade de falar” (Honoré, 2004, p.276).

O exercício de uma profissão implica o desempenho de uma actividade socialmente valorizada, em que a comunidade deposita expectativas quanto ao desempenho técnico e moral. Situa-se neste caso o Exercício da Enfermagem que está associada a um conjunto de “(...) expectativas internas e externas quanto à conduta moral dos agentes e cujo teor ultrapassa o que está explicitado no seu código deontológico” (Veiga, 2006, p.42). No que respeita às Profissões de Saúde, a deontologia profissional tem na Declaração Universal dos Direitos do Homem uma fonte de inspiração: o respeito pela dignidade humana. Este facto não é alheio à consciência ética dos Enfermeiros que, para além dos deveres de solidariedade que decorrem do trabalho em equipa, têm a responsabilidade moral de se centrar naquele a quem presta cuidados (Veiga, 2006).

A circulação de sentido entre os Homens faz-se pelos comportamentos e pela linguagem. Torna-se, assim, necessário distinguir entre “ (...) normas morais que dizem o que se deve e o que não se deve fazer” e princípios éticos que “ (...) explicitam as condições de possibilidade de um diálogo: não impedir o outro de falar, não o manipular, não lhe mentir” (Honoré, 2004, p.270).

A boa prática da Enfermagem baseia-se “(...) nos princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e os demais previstos no código deontológico (...)” (OE, 2001, p.10). Isto implica, conforme a OE, que os Enfermeiros, no seu dia-a-dia, se devem lembrar que “(...) bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas (...)”, logo, devem ter sensibilidade para lidar com essas diferenças. Desta forma, os Enfermeiros devem adoptar uma conduta ética e responsável, agindo de acordo com o respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III – DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA

A metodologia da investigação, segundo Vilelas (2009, p.17), “Consiste em estudar e avaliar os vários caminhos disponíveis e as suas utilizações”. Pode ser entendida como “(...) o caminho de pensamento e a prática (...)” utilizada na abordagem da realidade, abarcando um conjunto de procedimentos que levam o investigador à obtenção do conhecimento. Neste capítulo, faz-se referência ao tipo de estudo, ao meio, às variáveis atributo, ao instrumento de colheita de dados, ao pré - teste, à população e amostra, aos princípios éticos, à análise e ao tratamento dos dados obtidos.

3.1 - Tipo de Estudo

O método é o “(...) caminho pelo qual se chega a um determinado resultado (...)” (Freixo, 2009, p 79). O método quantitativo constitui “(...) um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis” (Freixo, 2009, p.144). Segundo o mesmo autor “(...) a objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem”. Um estudo descritivo é aquele que “(...) ambiciona apenas obter os parâmetros inerentes ao estudo de uma população(...)”e como refere o mesmo autor, não carece de formulação de hipóteses (Vilelas, 2009, p.121). Tendo por base estas definições, optou-se por utilizar o método quantitativo descritivo simples, nesta investigação, uma vez que se pretende descrever uma realidade, ou seja, os conhecimentos dos alunos do 4.º ano da Licenciatura em Enfermagem de uma Universidade no Norte do País acerca das Educações para a Saúde.

3.2 - Meio

O meio é o ambiente natural onde o estudo terá lugar (Freixo, 2009). Neste caso concreto, a investigação desenvolveu-se numa Universidade do Norte do País.

3.3 - Variáveis Atributo

Polit e Hungler (1995) consideram as variáveis como qualidades, propriedades ou características de pessoas ou de situações possíveis de serem estudadas numa investigação. A selecção destas variáveis é decidida em função das necessidades da investigação em si. Neste estudo, foram utilizadas variáveis atributo que segundo Freixo (2009, p.285), “(...) são as características do sujeito (...) que servem para descrever uma amostra”. Nesta investigação consideram-se como variáveis atributo: género, idade e estado civil.

3.4 - Instrumento de Colheita de Dados

Todos os passos de um trabalho de investigação são importantes, mas a colheita de dados é fundamental para a sua realização. Deste modo, o instrumento de medida escolhido para a realização deste estudo foi o questionário de aplicação directa com sete perguntas fechadas de modo a ter um controlo maior sobre os resultados e permitir um melhor domínio dos enviesamentos. Wood e Haber definem questionário como instrumento de “(...) registos escritos e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos” (cit in Vilelas, 2009, p.287). O questionário utilizado foi dividido em duas partes. A primeira parte é composta com perguntas sobre a caracterização da amostra e a segunda com questões relacionadas com o conceito e as práticas adoptadas pelos alunos de Enfermagem em relação às Educações para a Saúde (Anexo I).

3.5 - Pré-Teste

Segundo Freixo (2009, p.282), pré-teste é “(...) a medida de uma variável efectuada nos sujeitos antes que seja aplicado o tratamento experimental”. Deste modo, efectuou-se a aplicação do pré-teste, durante a primeira semana de Junho, a 5 alunos que não integraram a amostra do estudo. Não foram referidas dificuldades no preenchimento e todas as questões foram facilmente compreendidas pelos inquiridos pelo que não se justifica fazer qualquer alteração.

3.6 - População/Amostra

A população compreende todos os elementos que partilham características comuns. Essas características são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. Como critério de escolha da população, estabeleceu-se a frequência do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem de uma Universidade do Norte do País. População alvo refere-se “(...) à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações” (Freixo, 2009, p.182). Seguindo esta lógica, foi aplicado o questionário a 38 alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem dessa Universidade, durante a segunda semana de Junho. A amostra deste estudo é considerada probabilística não aleatória, dado que, cada um dos elementos da população tem a mesma probabilidade de ser seleccionado e ser escolhido (Vilelas, 2009).

3.7 - Princípios Éticos

As pesquisas que envolvem seres humanos geram preocupações éticas que devem ser respeitadas. Esta investigação baseou-se nos três princípios éticos que norteiam as pesquisas com seres humanos defendidos por Hulley e colaboradores (2008): princípio de respeito, beneficência e justiça.

O **princípio de respeito** à pessoa, exige que os investigadores obtenham o consentimento informado, explicando aos inquiridos a natureza do projecto e seus procedimentos, riscos e benefícios, protejam os participantes com capacidade decisória reduzida e mantenham a confidencialidade.

O **princípio da beneficência** exige que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-se os prováveis benefícios.

O **princípio da justiça** requer que os benefícios e o ónus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa. Este princípio também exige um acesso equitativo aos benefícios da pesquisa.

Neste sentido, houve a preocupação de sempre proteger os direitos e liberdades das pessoas que participaram nesta investigação. Exemplo disso, é o facto de se ter elaborado uma declaração de consentimento informado, na qual foram descritos os objectivos desta investigação, com o compromisso de salvaguardar todos os aspectos relacionados com a confidencialidade e o anonimato dos intervenientes (Anexo I).

PARTE III – FASE EMPÍRICA

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A fase empírica caracteriza-se por colocar em execução o plano de investigação elaborado na fase precedente. Esta fase prevê, segundo Fortin (2009), a recolha dos dados no terreno seguida da organização e do tratamento dos dados.

Neste capítulo, analisam-se as respostas dadas pelos alunos de Enfermagem às questões levantadas e apresenta-se a interpretação dos resultados, pois, como afirma Flick (2005, p.17) “(...) a interpretação dos dados é o cerne da investigação”. A amostra foi caracterizada segundo o género, a idade e o estado civil. Assim, tendo recolhido o material necessário para este estudo partiu-se para a apresentação, análise e tratamento dos dados, seguidos dos resultados e discussão.

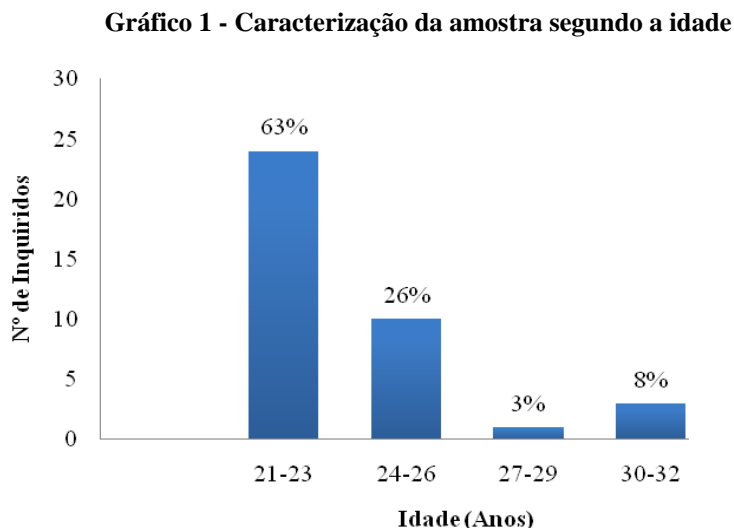
4.1 - Análise e Tratamento dos Dados

A análise tem como objectivo observar os resultados obtidos de tal modo que forneçam respostas às questões de pesquisa. Após a recolha de dados, procedeu-se à sua análise e tratamento. Os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo de Bardin (2008) e tratados através do programa Microsoft Office Excel 2007, permitindo assim descrever os resultados. De modo a facilitar a visão global dos resultados obtidos, estes foram apresentados através de tabelas e gráficos. Para melhor compreensão, a análise e tratamento dos dados foram divididos em duas partes distintas:

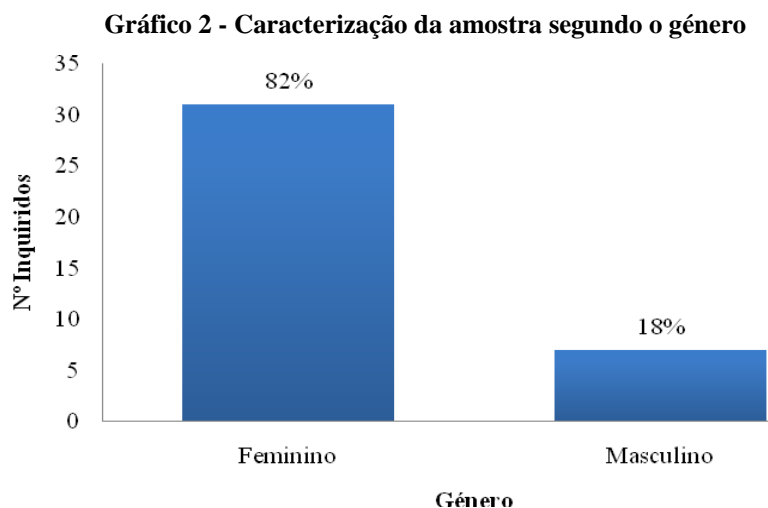
- Caracterização sócio – demográfica da amostra;
- Práticas e Comportamentos de Educação para a saúde – Opinião dos inquiridos

Caracterização sócio – demográfica

A amostra é constituída por 38 alunos de Enfermagem e foi caracterizada pelos factores idade, género e estado civil, conforme gráficos 1, 2, 3, respectivamente.

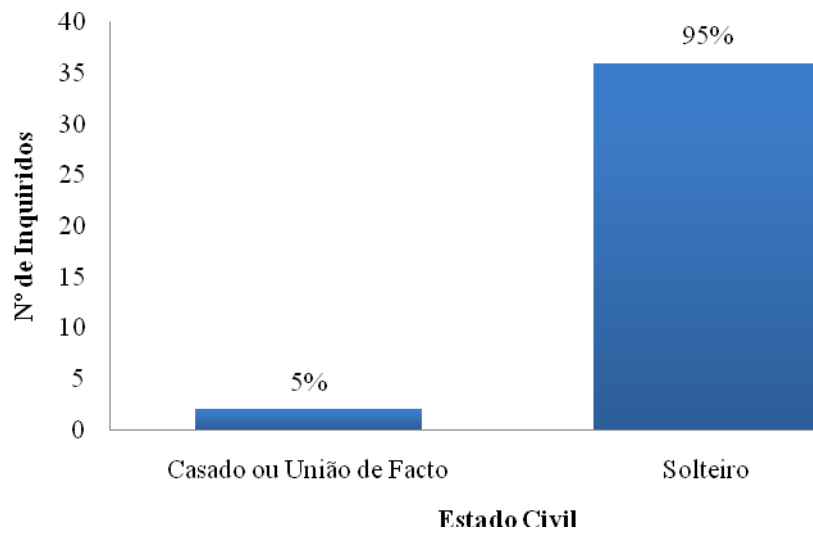


Pela observação do gráfico 1, pode-se constatar que a idade dos inquiridos, que fazem parte da amostra, oscila entre os 21 e os 32 anos, sendo que a média se encontra 23,6 anos, a moda nos 22 anos e o desvio padrão nos 2,74. Para melhor compreensão estabeleceu-se 4 intervalos entre as idades [21-23[; [24-26[; [27-29[; [30-32, correspondendo, a cada intervalo, respectivamente, 63%; 26%; 3%; 8% dos inquiridos.



Como se observa através do gráfico 2 a amostra é composta por 31 elementos do género feminino (82%) e 7 elementos do género masculino (18%).

Gráfico 3 - Caracterização da amostra segundo o estado civil



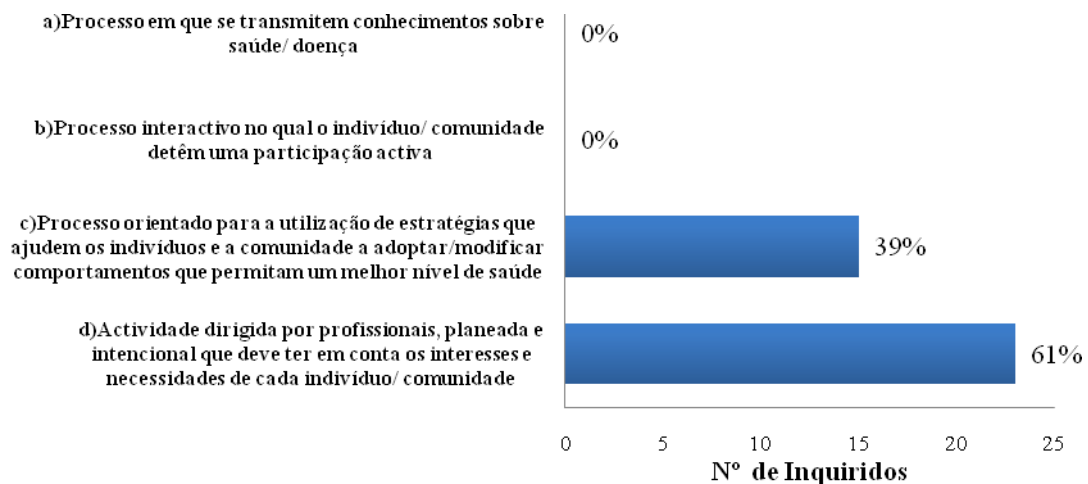
Em relação ao estado civil, os elementos da amostra distribuem-se entre 5% casados/união de facto e 95% solteiros, conforme o gráfico 3.

Práticas e comportamentos em Educação para a Saúde

Os alunos da amostra foram inquiridos sobre as suas práticas e comportamentos na Educação para a Saúde, de forma a conhecer a sua opinião sobre conceito, contextos em que foram desenvolvidas, níveis de cuidados e prática de EpS em relação ao doente/utente e em relação à família.

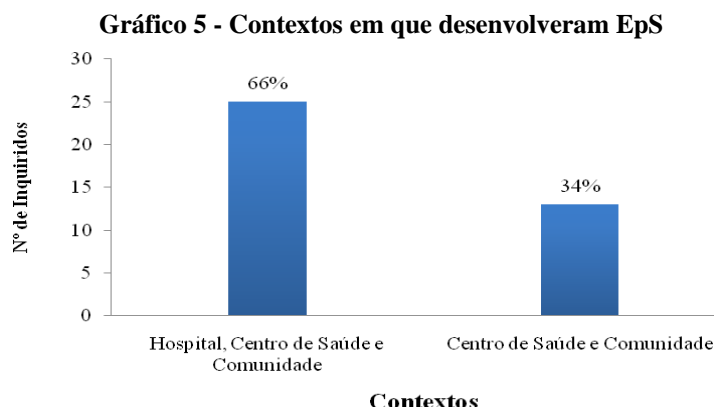
Ao inquirir os alunos da amostra sobre conceito de EpS, obtiveram-se as respostas expressas no gráfico 4.

Gráfico 4 - Conceito de Educação para a Saúde



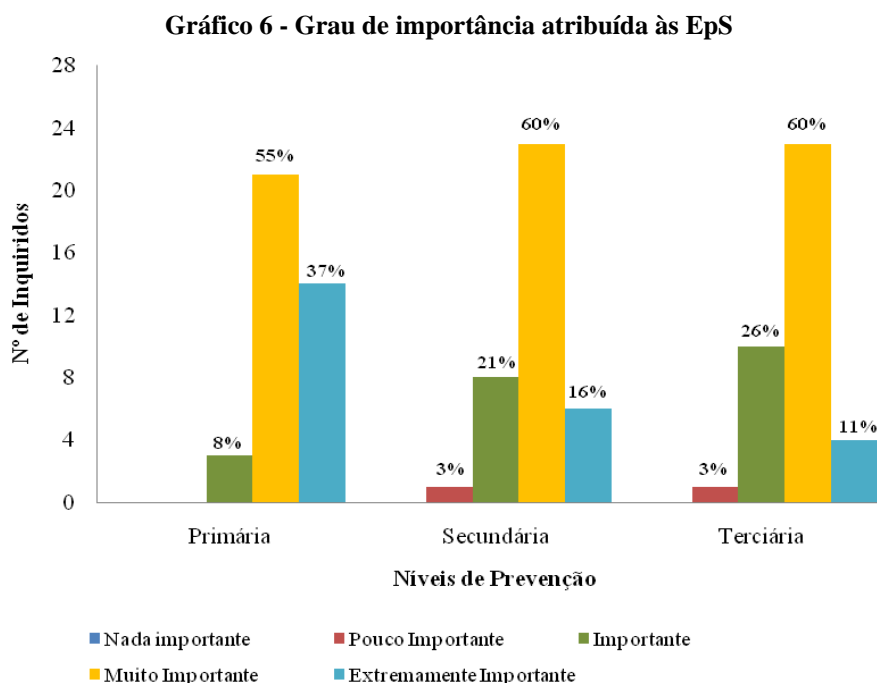
Pela leitura do gráfico 4, verifica-se que a maior parte dos alunos (61%) considera como conceito de EpS “Actividade dirigida por profissionais, planeada e intencional que deve ter em conta os interesses e necessidades de cada indivíduo/ comunidade”. Por outro lado, 39% dos alunos entendem EpS como “Processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde”.

Pretendeu-se saber em que contexto os inquiridos da amostra desenvolveram EpS obtendo-se os resultados que se apresentam no gráfico 5.



Mediante os resultados obtidos verifica-se, através do gráfico 5, que a maior parte dos alunos (66%) desenvolveram EpS em Hospital, Centro de Saúde e Comunidade.

Os alunos foram inquiridos sobre o grau de importância que atribuem às EpS nos três níveis de cuidados. Obtiveram-se os resultados conforme gráfico 6. Para a interpretação destes resultados, utilizou-se uma adaptação da Escala de Likert.



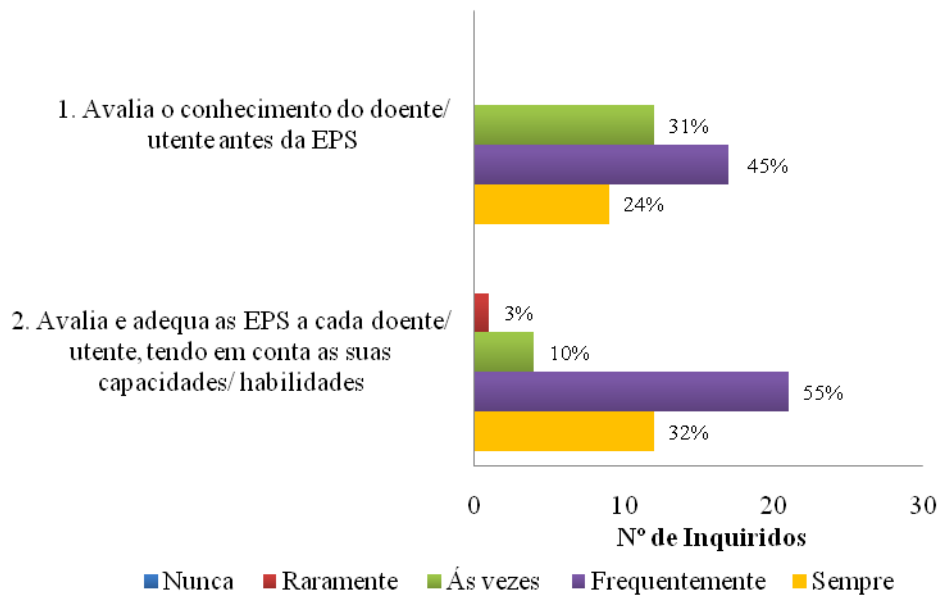
Pela leitura do gráfico 6, verifica-se que, os níveis de cuidados primário, secundário e terciário são considerados, pela maioria dos inquiridos respectivamente 55%;60%;60%, como “Muito importante” a EpS. Quanto ao nível de prevenção primária a EpS foi considerada como “Extremamente importante” por 37% dos inquiridos.

Para avaliar as práticas dos alunos em relação ao doente/ utente estabeleceram-se os seguintes parâmetros: Planear – questões 1 e 2, gráfico 7 e 8; desenvolver – questões 3 à 11, gráfico 9 e 10; Avaliar – questões 12 e 16, gráfico 11 e 12.

Planeamento

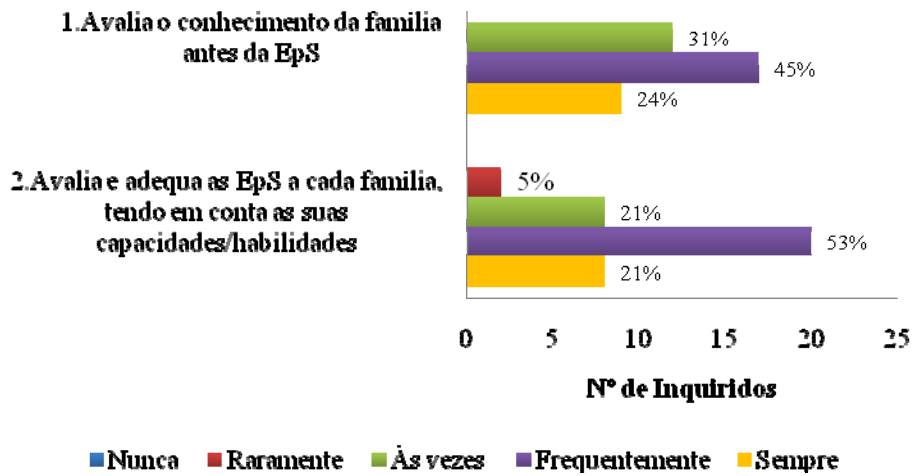
Ao averiguar se os alunos da amostra avaliam o conhecimento dos doentes/ utentes e família antes da EpS e avaliam e adequam as EpS tendo em conta as suas capacidades/habilidades, obtiveram – se as respostas, conforme gráficos 7 e 8.

Gráfico 7 - Planeamento da prática de EpS para o doente/ utente



Como se pode observar no gráfico 7, em relação ao avaliar o conhecimento do doente/ utente antes da EpS, os inquiridos distribuem-se por ordem decrescente de percentagem entre o, frequentemente (45%; n=17), às vezes (31%; n=12) e, sempre (24%; n=9). Relativamente ao avaliar e adequar a EpS a cada doente/ utente, tendo em conta as suas capacidades/ habilidades, a maior parte dos inquiridos (55%; n=21) respondeu, frequentemente.

Gráfico 8 - Planeamento da prática de EpS para família

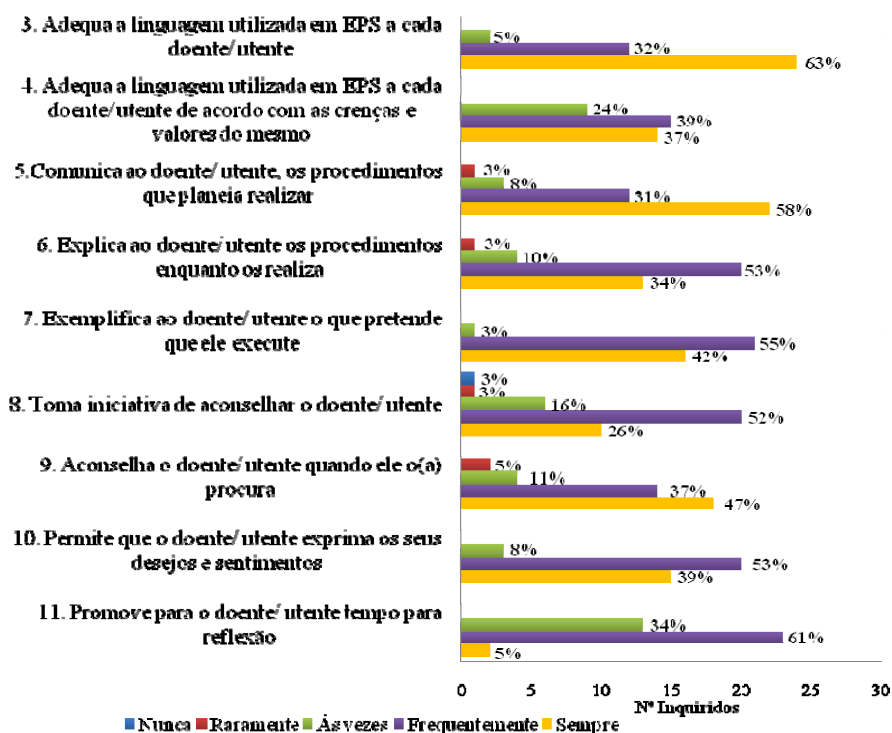


Pela leitura do gráfico 8, verifica-se que os inquiridos se distribuem por ordem decrescente de percentagem entre o, frequentemente (45%; n=17), às vezes (31%; n=12) e, sempre (24%; n=9) no que diz respeito ao avaliar o conhecimento da família antes da EpS. Em relação ao avaliar e adequar a EpS a cada família, tendo em conta as suas capacidades/ habilidades, a maior parte dos inquiridos (53%; n=20) respondeu, frequentemente.

Desenvolvimento

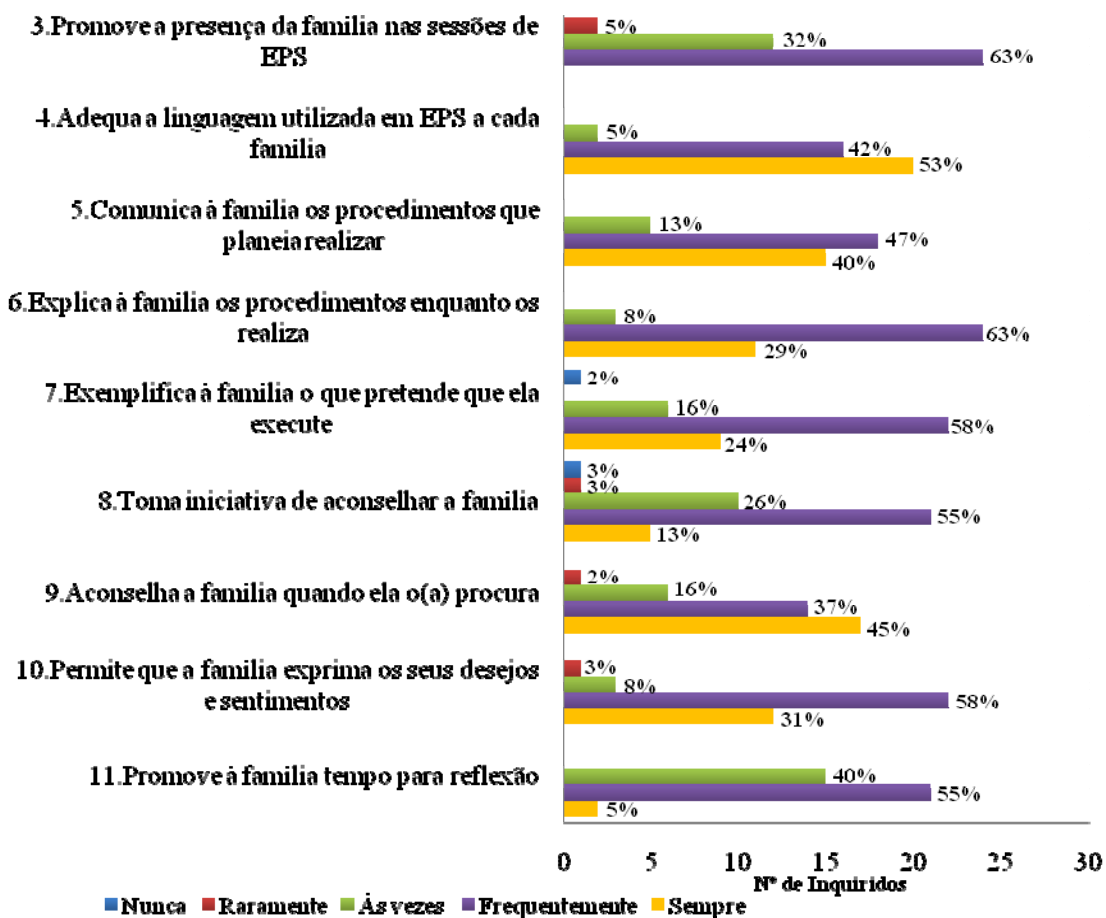
Tendo em conta os parâmetros expressos nos gráficos 9 e 10, pretendeu-se indagar o procedimento dos inquiridos em relação ao desenvolvimento da EpS e o doente/utente e família.

Gráfico 9 - Desenvolvimento da prática de EpS para o doente/ utente



Pela leitura do gráfico 9, verifica-se que a maioria dos inquiridos (63%; n=24) adequa, sempre, a linguagem ao doente/utente. A maioria (58%; n=22) comunica, sempre, ao doente/utente os procedimentos que planeia realizar. Relativamente ao explicar os procedimentos que pretende realizar 53% (n=20) referem que o fazem, frequentemente. Em relação à questão se exemplifica ao doente/ utente os procedimentos que pretende que ele execute, 55% (n=21) respondeu que o faz, frequentemente. A maioria dos inquiridos (52%; n=20) refere que, frequentemente, toma iniciativa de aconselhar o doente/ utente. Na questão se aconselha o doente/ utente quando este o/a procura, 47% (n=18) respondeu que, sempre, o faz. A maioria dos inquiridos (53%; n=20) diz que, frequentemente, permite que o doente/ utente exprima os seus desejos e sentimentos. Verifica-se que a maioria dos inquiridos (61%; n=23), frequentemente, promove tempo de reflexão ao doente/ utente. Na adequação da linguagem segundo as crenças e valores em relação ao doente/ utente, 39% (n=15) dos inquiridos referem que, frequentemente, o fazem.

Gráfico 10 - Desenvolvimento da prática de EpS para a família

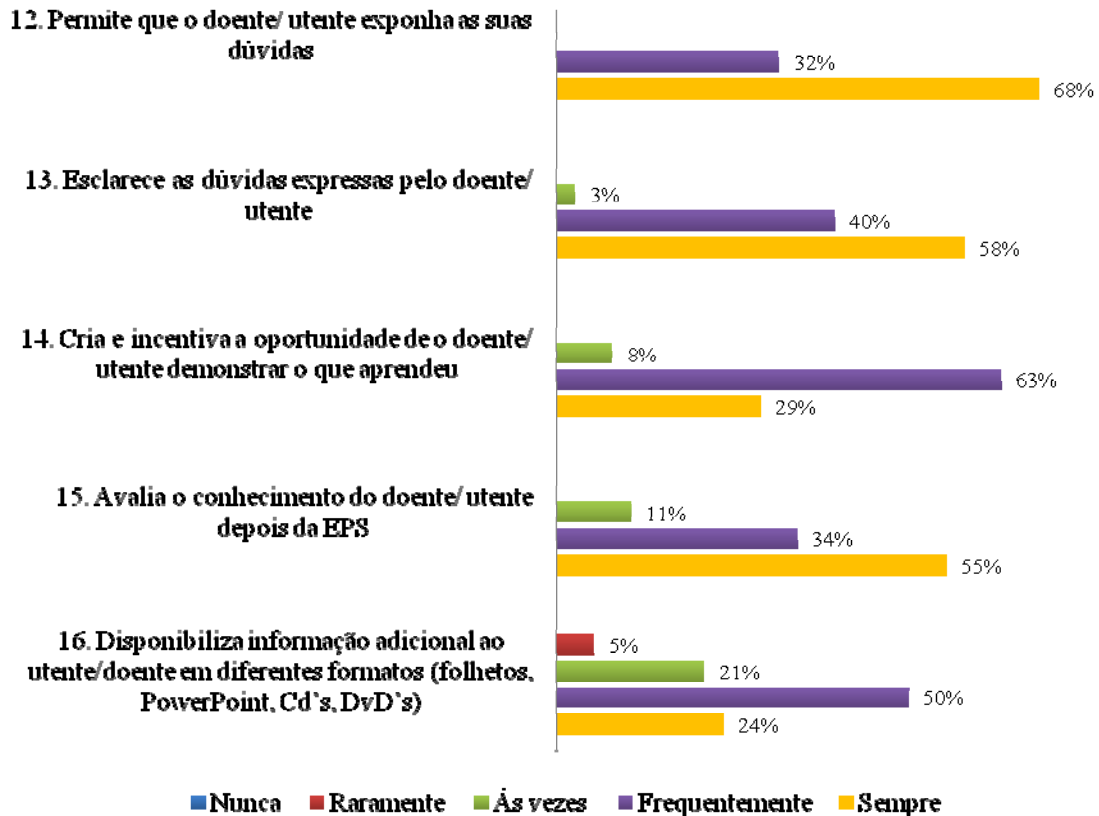


Pela observação do gráfico 10, verifica-se que a maioria dos inquiridos (63%; n=24) promove a participação da família, frequentemente. Ao questionar os inquiridos se adequam a linguagem à família, verifica-se que 53% (n=20) adequa, sempre. Em relação a comunicar à família os procedimentos que planeia realizar, 47% (n=18) fazem-no, frequentemente. A maioria dos inquiridos (63%; n=24) dizem que, frequentemente, explicam os procedimentos que pretende realizar em relação à família. Em relação à questão se exemplifica à família os procedimentos que pretende que ela execute, 58% (n=22) respondeu que o faz, frequentemente. A maioria dos inquiridos (55%; n=21) refere que, frequentemente, toma iniciativa de aconselhar a família. Os inquiridos ao serem questionados se aconselham a família quando esta o/a procura, 45% (n=17), responderam que, sempre, o fazem. A maioria dos inquiridos (58%; n=22) diz que, frequentemente, permite que a família, exprima os seus desejos e sentimentos. Verifica-se que a maioria dos inquiridos (55%; n=21), frequentemente, promove tempo de reflexão à família.

Avaliação

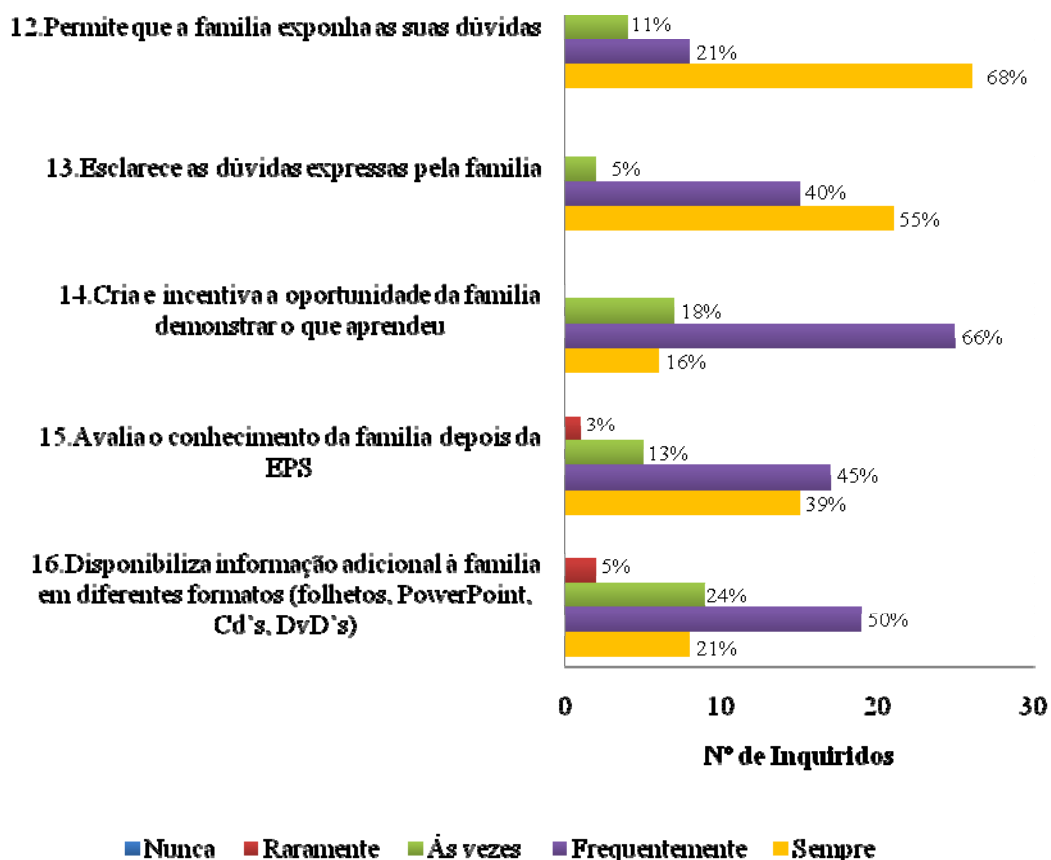
Procurou-se indagar como avaliam os inquiridos a prática da EpS em relação ao doente/utente e à família. Estabeleceram-se os critérios conforme os gráficos 11 e 12.

Gráfico 11 - Avaliação da prática de EpS respectivamente ao doente/ utente



Pela leitura do gráfico 11, constata-se que 68% (n=26) permite, sempre, ao doente/utente expor as suas dúvidas. Verifica-se que 58% (n=22) dos inquiridos esclarecem, sempre, as dúvidas do doente/utente. A maioria (63%; n=24) cria e incentiva, frequentemente, a oportunidade de o doente/utente demonstrar o que aprendeu. Relativamente ao avaliar o conhecimento depois da EpS, em relação ao doente/utente, 55% (n=21), sempre, avalia. Metade dos inquiridos (50%; n=19) disponibiliza informação adicional doente/utente, frequentemente.

Gráfico 12 – Avaliação da prática de EpS respectivamente à família



Como se pode verificar através do gráfico 12, a maioria dos inquiridos (68%; n=26) permite à família expor, sempre, as suas dúvidas. 55% (n=21), dos inquiridos esclarecem, sempre, as dúvidas da família. Frequentemente, 66% (n=25) cria e incentiva a oportunidade da família demonstrar o que aprendeu. Em relação ao avaliar o conhecimento da família depois da EpS, 45% (n=17) fazem-no, frequentemente. Metade dos inquiridos (50%; n=19) disponibiliza, frequentemente, informação adicional à família.

4.2 - Discussão e Conclusão dos Resultados

Face aos objectivos que se formularam para este estudo, os resultados que se obtiveram em relação ao conceito de EpS, o contexto, a importância dos níveis de cuidados e a prática relativamente ao doente/utente e família, conduziram a algumas conclusões que se passam a apresentar e a discutir.

Em relação à caracterização da amostra segundo a idade, como seria de esperar, o intervalo mais representativo é dos 21-23 (63%), pelo facto de ser o que mais se identifica com o percurso normal da formação académica. Nota-se, em relação ao género, um predomínio do sexo feminino (82%) o que era previsível uma vez que a Profissão de Enfermagem sempre esteve associada à mulher. Como refere Collière (1999, p.18), a predominância do papel das mulheres consagradas influenciou de maneira determinante o processo de profissionalização das mulheres – enfermeiras, a ponto de ainda hoje ser “(...) a figura simbólica do eterno feminino retratado através do jogo das crianças aos médicos e às enfermeiras”.

A distribuição da amostra, segundo o tipo de conceito de EpS, demonstra que a maioria dos inquiridos (61%) vai de encontro à opinião de Tones e Telford (cit. in Carvalho & Carvalho, 2006, p.25) ao referirem a EpS como “(...) toda a actividade intencional conducente a aprendizagens (...)”. Revê-se, ainda, na opinião de Carvalho & Carvalho (2006, p.92) ao referirem EpS como “(...) uma actividade que tem em conta os interesses e as necessidades das pessoas (...)”. Por outro lado, 39% dos inquiridos definem EpS como processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde.

Mediante os resultados obtidos, verifica-se que, em relação ao contexto, a maioria dos inquiridos (66%) desenvolveu EpS em Hospital, Centro de Saúde e Comunidade, o que lhes permitiu intervir em todos os níveis, quer nos cuidados de saúde primários quer nos cuidados de saúde diferenciados. Este facto pode ser considerado para os inquiridos como uma mais-valia para o Exercício Profissional de Enfermagem. Na questão relacionada com a importância dos níveis de cuidados, a maioria dos inquiridos (55%; 60%; 60%) referem como muito importante a prevenção primária, secundária e terciária, respectivamente. No entanto, é de salientar que 37% dos inquiridos referem

como extremamente importante a prevenção primária. Como diz Stanhope & Lancaster (1999, p.228) é importante compreender “(...) os factores causais para conceber intervenções destinadas a prevenir acontecimentos adversos antes que surjam”.

No que respeita à prática de planejar EpS referente ao doente/utente, no que respeita ao avaliar o conhecimento dos doentes/ utentes antes das EpS os inquiridos distribuem-se por ordem decrescente de percentagem entre o frequentemente (45%), às vezes (31%) e sempre (24%). Em relação ao avaliar e adequar as EpS a cada doente/ utente, tendo em conta as suas capacidades/ habilidades, a maior parte dos inquiridos (55%) respondeu frequentemente e 32% referem que sempre avaliam e adequam. É de salientar que 3% dos inquiridos raramente se preocupa com o avaliar e adequar as EpS tendo em conta as capacidades/ habilidades do doente/ utente. Em relação ao planeamento das EpS quer para o doente/ utente quer para a família, a maioria dos inquiridos enquadra-se no modelo PRECEDE o qual “(...) questiona o porquê antes do como (...)” (Stanhope & Lancaster 1999, p.1200). Verifica-se que apenas uma minoria dos inquiridos raramente se preocupa com este parâmetro.

Em relação ao desenvolvimento ressalta que a maioria dos inquiridos em relação ao doente/ utente adequa a linguagem, comunica, explica e exemplifica ao doente/utente os procedimentos que pretende realizar, promove tempo para a reflexão, toma iniciativa de aconselhar e permite que o mesmo exprima os seus desejos e sentimentos. Nota-se que 3% da amostra refere que nunca toma iniciativa de aconselhar o doente/ utente; raramente comunica e explica os procedimentos (3%); aconselha o doente/utente (5%); nunca exemplifica à família o que pretende que ela execute (2%); nem toma a iniciativa de aconselhar (3%); raramente promove a presença da família nas sessões de EpS (5%); aconselha a família quando ela o (a) procura (2%); permite que a família exprima os seus desejos e sentimentos (3%). Preocupação idêntica foi sentida por Carvalho & Carvalho (2006, p.129) ao verificar que 21,7% da sua amostra referia “(...) não fazer formação contínua (...)”, o que na opinião daquele autor “(...) não contribuiu para o desenvolvimento da EpS nem da qualidade dos cuidados da Enfermagem”. Em relação à família a maioria dos inquiridos, adequa a linguagem, explica e exemplifica os procedimentos, toma a iniciativa de aconselhar a família, permite que exprima os seus desejos e sentimentos, promove tempo de reflexão e promove a participação da mesma.

Estes resultados vão de encontro à opinião de Thompson (2004, p.195) ao considerar a comunicação com o doente/ utente e família, não só como um “meio de obter e transmitir informação (...), mas também como (...) forma de garantir a cooperação e a concordância”. Stanhope & Lancaster (1999, p.530) entendem que “as famílias são a principal fonte de factores que podem promover (...) estilos de vida saudáveis”.

Em relação à avaliação destaca-se que a maioria dos inquiridos sempre permite ao doente/utente expor as suas dúvidas (68%), esclarece-o (58%), avalia depois das EpS o conhecimento adquirido (55%) e frequentemente cria e incentiva a oportunidade de demonstrar o que ele aprendeu (63%). Em relação à família a maioria dos inquiridos sempre permite que exponha as suas dúvidas (68%), esclarece-as (55%) e frequentemente cria e incentiva a oportunidade de demonstrar os conhecimentos adquiridos (66%). A avaliação é importante, como diz Carvalho & Carvalho (2006, p.72), para “(...) a melhoria dos conhecimentos, atitudes e os comportamentos dos participantes”. Verifica-se que a prática da maioria dos inquiridos vai de encontro ao pensamento de Rodrigues (2005, p.116) quando diz que “(...) uma critica objectiva e construtiva do desempenho no final de cada sessão de EpS, ajuda a repensar nos procedimentos realizados”.

Pelos resultados deduz-se que os inquiridos têm presente o que é a EpS, a sua finalidade e atribuem importância a todos os níveis de cuidados com realce para a prevenção primária. Como refere Stanhope & Lancaster (1999, p.228) será necessário haver intervenção em “ (...) estádios mais tardios, quando a prevenção primária foi impossível ou falhou”.

CONCLUSÃO

Este trabalho de investigação permitiu reflectir acerca do tema “Educação para a Saúde: Conceito e Práticas dos Alunos de Enfermagem”. Na fase conceptual depois de definir o tema do estudo, formular as questões de investigação e indicar os objectivos, abordaram-se temas como Enfermagem e sua Evolução ao longo dos tempos, Educação para a Saúde - Teorias e Modelos, Educação para a Saúde - Processo Holístico, Papel do Enfermeiro e Dimensão Ética, conforme revisão bibliográfica. Na fase metodológica descreveu-se o tipo de estudo e definiu-se a população e amostra. Optou-se por um método quantitativo descritivo simples, utilizando como instrumento de recolha de dados um questionário direccionado para a investigação pretendida. O questionário foi aplicado, durante a segunda semana de Junho de 2010, a 38 alunos do 4ºano da Licenciatura de Enfermagem de uma Universidade do Norte do País. Na fase empírica, fez-se a análise e o tratamento dos dados de modo a obter respostas para as questões levantadas, apresentando posteriormente os resultados e as conclusões.

Os resultados permitiram concluir que os inquiridos compreendem o que é Educação para a Saúde, a maioria desenvolveu EpS em Hospital, Centro de Saúde e Comunidade, atribui a todos os níveis de prevenção o grau “Muito importante”, evidenciando-se a prevenção primária à qual foi atribuído por 37% o grau de “Extremamente importante”, tem em consideração na sua prática o planeamento, desenvolvimento e avaliação das Educações para a Saúde.

Mais se pode concluir que o tema abordado valoriza as competências para a prática de Enfermagem no âmbito da Educação para a Saúde. A sua elaboração permitiu aprofundar e pôr em prática os conhecimentos académicos adquiridos ao longo do curso, contribuindo para o enriquecimento pessoal e profissional. O interesse e motivação foram essenciais para que este trabalho se tornasse uma realidade e os objectivos fossem atingidos. No seu decurso foram sentidas algumas dificuldades que com persistência acabaram por ser ultrapassadas, tornando-se numa experiência bastante gratificante. Este trabalho não é o fim em si mesmo, mas uma porta aberta para continuar a estudar, comparar e confrontar ideias que poderão ser aplicadas em futuras investigações.

BIBLIOGRAFIA

Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70, Lda

Carvalho, A.A.S.; C.S.Graça (2005). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures, Lusociência.

Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Cruz, I.; Moreira, M. F.; Lessa, M. C.;Silva, M. J. (2005). *Uma Perspectiva Histórica sobre o Cuidado*. Sinais Vitais, nº58/Janeiro, pp.47-54.

Decreto – Lei Nº161/96 de 4 de Setembro. *Diário da Republica nº205 – 1ª Serie A de 04/09/1996*. Lisboa. Ministério da Saúde.

Ferreira, M.A.G.;Pontes, M.; Ferreira, N. (2009). Cuidar em enfermagem - percepção dos utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.6 pp. 358-366.

Festas, C. (1999). *Cuidar no 3º Milénio*. Servir, nº47/ Março-Abril,pp.60-66

Flick, U. (2005). *Métodos qualilativos na Investigação Científica*. Lisboa, Monitor.

Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: Da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência

Freixo, M. J. V.(2009). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa, Instituto Piaget

George, J. B. e colaboradores. (2000). *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional*.4ª Edição. Porto Alegre. ARTMED.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures, Lusociência.

Honoré, B. (2004). *Cuidar – Persistir em Conjunto na Existência*. Loures, Lusociência.

Meireles, A.(2008). Níveis de prevenção: conceito e contributo do médico de saúde pública: Portal de Saúde Pública, [Em Linha]. Disponível em <http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/NiveisPrevencao.htm>. [Consultado em 20 de Janeiro de 2010].

Moniz. J. M. N.(2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa*. Loures, Lusociência.

Nunes, L. (2003). *Um Olhar Sobre o Ombro – Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures, Lusociência.

OMS. Carta de Otawa. *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção na Saúde*. Otawa, Novembro de 1986.

OMS. Declaração de Adelaide. *Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Adelaide, Austrália, 5-9 de Abril de 1988.

OMS. Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978.

OMS. Declaração de Jacarta. *Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Jacarta, Indonésia, 21-25 de Julho de 1997.

OMS. Organización Mundial de La Salud. (2009). *Documentos Básicos*. 47ª Ed. Genebra

Ordem dos Enfermeiros (2007). *A Enfermagem Portuguesa implicações na adequação ao processo de Bolonha no actual quadro regulamentar*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros 1998. Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros. [Em Linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE>. [Consultado em 20 de Janeiro de 2010].

Pacheco, S. (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal*. Loures, Lusociência.

Polit, D. Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre, Artes Médicas.

Rodrigues, A.; Nascimento, C.; Antunes, L; Mestrinho, M. G.; Serra, M.; Madeira, R.; Canário, R.; Lopes, V. (2007). *Processos de formação na e para a Prática de Cuidados*. Loures, Lusociência.

Rodrigues, M.; Pereira, A.; Barroso, P. (2005). *Educação para a Saúde – Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra, Formasau.

Thompson, E. I; Melia, K.M.; Boyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures. Lusociência.

Valadas, M. A. B.(2005). *Reflexão sobre a prática do Cuidar em Enfermagem*. Sinais Vitais, nº59/Março,pp.62-64.

Veiga, J.(2006). *Ética em Enfermagem – Análise, Problematização e [Re]construção*. Lisboa, CLIMAPSI Editores.

Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa, Edições Silabo, Lda.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

Ana Margarida Paredes Sora, aluna do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima, encontra-se a elaborar uma investigação subordinada ao Tema “ Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde dos Alunos de Enfermagem”. Esta investigação tem como Objectivo principal Identificar os conhecimentos e comportamentos nas Práticas de Educação para a Saúde adoptados pelos alunos do 4º Ano de Enfermagem.

Para a sua elaboração vem por este meio solicitar a Vossa Exa. a sua participação, no preenchimento deste questionário.

A Investigadora, compromete-se a respeitar todos os princípios éticos inerentes à investigação, nomeadamente a confidencialidade e a anonimato do inquirido, pelo que o mesmo não se deve identificar em nenhuma das partes do questionário que se segue.

O Questionário é constituído por duas partes. A primeira parte refere-se à caracterização geral de cada inquirido. A segunda parte refere-se à opinião dos alunos sobre práticas e comportamentos em Educação para a Saúde.

O preenchimento do questionário, não demorará mais de 10 min., sendo que deve somente responder às afirmações colocadas, com uma Cruz [X].

Antecipadamente agradece-se a sua preciosa colaboração.

A Aluna,

Ana Sora

--	--	--

QUESTIONÁRIO

I. CARACTERIZAÇÃO GERAL

1. Género:

Feminino.....

Masculino.....

2. Idade: _____ anos

3. Estado Civil:

Solteiro/a.....

Casado/a ou União de facto.....

Divorciado/a.....

Viúvo/a.....

II. OPINIÃO DOS ALUNOS DE ENFERMAGEM SOBRE PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**1. Das seguintes frases seleccione a que se enquadra melhor no seu conceito de
Educação para a Saúde (EPS):**

a) É um processo em que se transmitem conhecimentos sobre saúde/
doença.....

b) É um processo interactivo no qual o indivíduo/ comunidade detêm uma
participação activa.....

c) É um processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos
e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam um melhor
nível de saúde.....

d) É uma actividade dirigida por profissionais, planeada e intencional que deve ter em
conta os interesses e necessidades de cada indivíduo/
comunidade.....

**2. Ao longo do 4º Ano da Licenciatura de Enfermagem desenvolveu EPS em que
contextos (pode responder a mais do que uma opção):**

a) Hospital.....

b) Centro de Saúde.....

c) Comunidade.....

3. Na sua opinião qual o grau de importância que atribui às EPS nos seguintes níveis de cuidados:

Dê as suas respostas utilizando a Escala de Likert

1	2	3	4		5
Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Significativamente Importante		Muito Importante
a) Prevenção Primária	1	2	3	4	5
b) Prevenção Secundária	1	2	3	4	5
c) Prevenção Terciária	1	2	3	4	5

4. Nas situações de Educação para a Saúde normalmente:

4.1. Dê as suas respostas às seguintes afirmações referidas ao utente/doente, utilizando a seguinte escala (Escala de Likert).

1	2	3	4		5
Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente		Sempre
1. Avalia o conhecimento do doente/ utente antes da EPS	1	2	3	4	5
2. Avalia e adequa as EPS a cada doente/ utente, tendo em conta as suas capacidades/ habilidades	1	2	3	4	5
3. Adequa a linguagem utilizada em EPS a cada doente/ utente	1	2	3	4	5
4. Adequa a linguagem utilizada em EPS a cada doente/ utente de acordo com as crenças e valores do mesmo	1	2	3	4	5
5. Comunica ao doente/ utente, os procedimentos que planeia realizar	1	2	3	4	5
6. Explica ao doente/ utente os procedimentos enquanto os realiza	1	2	3	4	5
7. Exemplifica ao doente/ utente o que pretende que ele execute	1	2	3	4	5
8. Toma iniciativa de aconselhar o doente/ utente	1	2	3	4	5
9. Aconselha o doente/ utente quando ele o(a) procura	1	2	3	4	5
10. Permite que o doente/ utente exprima os seus desejos e sentimentos	1	2	3	4	5
11. Promove para o doente/ utente tempo para reflexão	1	2	3	4	5
12. Permite que o doente/ utente exponha as suas dúvidas	1	2	3	4	5
13. Esclarece as dúvidas expressas pelo doente/ utente	1	2	3	4	5
14. Cria e incentiva a oportunidade de o doente/ utente demonstrar o que aprendeu	1	2	3	4	5
15. Avalia o conhecimento do doente/ utente depois da EPS	1	2	3	4	5
16. Disponibiliza informação adicional ao utente/doente em diferentes formatos (folhetos, PowerPoint, Cd's, DvD's)	1	2	3	4	5

4.2. Dê as suas respostas às seguintes afirmações referidas à família, utilizando a seguinte escala (Escala de Likert).

1	2	3	4			5	
Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente			Sempre	
1.Avalia o conhecimento da família antes da EpS			1	2	3	4	5
2.Avalia e adequa as EpS a cada família, tendo em conta as suas capacidades/habilidades			1	2	3	4	5
3.Promove a presença da família nas sessões de EPS			1	2	3	4	5
4.Adequa a linguagem utilizada em EPS a cada família			1	2	3	4	5
5.Comunica à família os procedimentos que planeia realizar			1	2	3	4	5
6.Explica à família os procedimentos enquanto os realiza			1	2	3	4	5
7.Exemplifica à família o que pretende que ela execute			1	2	3	4	5
8.Toma iniciativa de aconselhar a família			1	2	3	4	5
9.Aconselha a família quando ela o(a) procura			1	2	3	4	5
10.Permite que a família exprima os seus desejos e sentimentos			1	2	3	4	5
11.Promove à família tempo para reflexão			1	2	3	4	5
12.Permite que a família exponha as suas dúvidas			1	2	3	4	5
13.Esclarece as dúvidas expressas pela família			1	2	3	4	5
14.Cria e incentiva a oportunidade da família demonstrar o que aprendeu			1	2	3	4	5
15.Avalia o conhecimento da família depois da EPS			1	2	3	4	5
16.Disponibiliza informação adicional à família em diferentes formatos (folhetos, PowerPoint, Cd's, DvD's)			1	2	3	4	5

Obrigada pela sua Colaboração

Ana Margarida P. Sora