

Rayma Lilian Ferreira Barros

Comportamento adoptado pelos alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da
UFP perante a Educação para a Saúde

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2011

Rayma Lilian Ferreira Barros

Comportamento adoptado pelos alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da
UFP perante a Educação para a Saúde

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2011

Rayma Lilian Ferreira Barros

Comportamento adoptado pelos alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da
UFP perante a Educação para a Saúde

Assinatura:

(Rayma Lilian Ferreira Barros)

Projecto de Graduação apresentada à
Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem.

SIGLAS E ABREVIATURAS

Art. - Artigo

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

Cit. in – Citado em

Ed. – Edição

EpS – Educação para a Saúde

Et. al – e outros

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – página

Pág. - Página

pp. - páginas

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

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

PrS – Promoção da Saúde

UFP – Universidade Fernando Pessoa

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Vol. - Volume

% - Percentagem

Nº - Número

Sumário

O presente trabalho insere-se no âmbito do plano curricular do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa. O tema abordado consiste no “Comportamento adoptado pelos alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da UFP perante a Educação para a Saúde”.

Actualmente, está demonstrado que muitos dos comportamentos de risco que provocam problemas de saúde estão relacionados com o estilo de vida adoptados pelas pessoas. A EpS é uma das ideologias que se pode adoptar para a fomentar a adaptação/modificação de comportamentos (Precioso, 2004). A EpS tem vindo a demonstrar que é um elemento base nos cuidados de enfermagem, em que “(...) a promoção de atitudes e comportamentos saudáveis tornou-se um dos componentes do atendimento de enfermagem em todos os contextos da prática profissional” (Carvalho e Carvalho, 2006, p.34).

A pergunta de partida formulada do estudo é “ Qual o comportamento que os alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da UFP assumem perante a EpS?”.

Definida a problemática, opta-se por estudo descritivo-simples e transversal, com uma abordagem quantitativa. Foi aplicado um questionário, como instrumento de colheita de dados, a uma amostra de 44 estudantes. O tratamento de dados é efectuado com o programa Microsoft Office Excel 2007, para ambiente Windows.

Após a análise dos resultados obtidos, constata-se que:

- a amostra é constituída maioritariamente por 70% de alunos de género feminino e a moda é de 22 anos;
- 32 alunos (72,7%) referem não ter sentido dificuldade na realização de EpS, mas dos 12 alunos (27,3%) que afirmaram possuir dificuldades, 33% apontou como causa principal a “Falta de tempo”.
- relativamente à necessidade de formação adicional quanto à realização de EpS, 52% da amostra considera ser “Reduzida”;

- quanto à importância que os alunos atribuem à EpS, nos diferentes níveis de cuidados predomina a maioria, com 50% da amostra que considera “Muito importante” a EpS na prevenção primária;
- quanto ao comportamento adoptado pelos inquiridos, através da “Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde ” (Bernardino et al, 2007), foi possível verificar que:
 - 50,5% considera que esclarece “frequentemente” as dúvidas e permite que a expressão de sentimentos seja exteriorizada pelo utente e pela família;
 - 47,7% da amostra inclui “frequentemente” a família no processo de EpS;
 - 50% considera que adequa “frequentemente” a linguagem direccionada ao doente na EpS, tendo em conta a sua situação social, crenças e valores;
 - 53,4% dos inquiridos considera que aconselha “frequentemente” o utente e família, no contexto de EpS;
 - 45,8% dos alunos considera que explica e exemplifica “frequentemente” os procedimentos ao utente na EpS;
 - 45,5% dos inquiridos considera que promove “frequentemente” espaços de reflexão ao utente e à família;
 - 52,7% dos alunos considera que executa a avaliação “frequentemente” dos resultados da EpS, tendo em conta a avaliação das aptidões e conhecimentos do utente e da família.

Abstract

This work falls within the curriculum of the 4th year of Nursing Degree from the University Fernando Pessoa. The subject consists on "The behavior adopted by students of 4th year of the Nursing Degree UFP before the Health Education".

Currently, there is evidence that many of the risky behaviors that cause health problems are related to the lifestyle adopted by the people. Health Education is one of ideologies that can be adopted to promote adaptation/modification of behavior (Precioso, 2004). The Health Education has shown that it is a basic element in Nursing care, in which "(...) the promotion of healthy lifestyles has become a component of Nursing care in all contexts of professional practice" (Carvalho e Carvalho, 2006, p.34).

The main question formulated in the study is "What's the behavior that the students of the 4th year of Nursing Degree UFP take before Health Education?".

After the definition of the problem, a simple and descriptive-cross study, with quantitative approach was chosen. A questionnaire was applied as a mean for collecting data in a sample of forty-four students. Data processing is performed with the Microsoft Office Excel 2007 for Windows.

After analyzing the results, was verified that:

- the sample consisted mainly of 70% of female students in gender and the age mode is 22 years;
- 32 (72,7%) of the students surveyed stated they hadn't difficulty when putting Health Education into practice. From the group of 12 (27,3%) students who had difficulty , 33% pointed as the main cause for the difficulty the "Lack of time";
- In regard to the need for additional training to the implementation of Health Education, 52% of the sample considered to be "Low";
- In concern to the importance students attach to the Health Education, at different levels of care the most prevalent, with 50% of the sample, considers that Health Education in primary prevention is "very important";

- regarding the conduct of the respondents, through the "Scale Practices and Behaviors of Health Education" (Bernardino, A. et al, 2007), it was verified that:
 - 50,5% believes that clears the doubts "frequently" and allows the expression of feelings to be externalized by the user and the family;
 - 47,7% of the sample "frequently" included the family in the Health Education process;
 - 50% consider that "frequently" adequate language directed to the patient at the Health Education, taking into account their social situation, beliefs and values;
 - 53,4% of respondents consider counseling "frequently" the wearer and family in the context of Health Education;
 - 45,8% of students considered that explains and demonstrates "frequently" those procedures to the wearer in Health Education;
 - 45.5% of respondents consider that promotes "frequently" spaces of reflection to the wearer and the family;
 - 52.7% of students considered that "frequently" performs the evaluation of the results of Health Education, taking into account the evaluation of skills and knowledge of the wearer and the family.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que acompanharam e se preocuparam com a evolução da realização deste trabalho, principalmente aos meus pais, por toda a dedicação dispensada para que esta realização pessoal fosse possível.

Agradecimentos

O projecto de graduação é o resultado de um trabalho em equipa, jamais é cingido ao trabalho individual.

Deste modo, sinto que é justo e merecido agradecer à Orientadora Enfermeira Alice Martins, por todo o apoio, sugestões e disponibilidade. Ingredientes estes que foram fundamentais para a efectiva realização deste projecto de investigação, o meu “muito obrigado!”.

Contudo, guardo um “especial obrigado” para outras pessoas, umas são circunstanciais e outras são perenes, deste modo dou relevo:

- aos meus pais por toda a entrega, compreensão e valores transmitidos com tanto carinho. Contudo tenho noção que devo um particular “obrigado!” à minha Mãe, Sónia Nascimento, que foi a estrela guia que me indicou as direcções para encontrar o meu caminho e que por sinal me traz muita realização pessoal;
- à minha Avó Idalina, que sempre teve uma palavra de força e personalidade para o enriquecer o meu crescimento, desde a minha infância até aos dias de hoje;
- à minha irmã, Lilian Yudisay, e cunhado, João Tiago, pelo acompanhamento académico e pessoal;
- às pessoas amigas que se mantiveram fiéis e companheiras e às pessoas com o qual travei novos laços de amizade, convívio e espírito de equipa, ao longo deste percurso;
- reservo um especial “obrigada” ao João Moura, por toda a honestidade, camaradagem e sobretudo fidelidade imbatíveis, que ao longo destes anos soube como me ajudar a reerguer quando foi necessário e como sorrir comigo respeitosamente, lado a lado, enquanto a vida nos devolvia este mesmo sorriso;
- seria ingrato da minha parte se também não agradecesse à Dra. Maria José Rigaud, Dra. Isabel Guimarães e Prof. Doutora Júlia Rodrigues por estarem presentes e serem receptivas, no sítio e na hora certa da minha vida. Com muito carinho guardo estas recordações e espero que este singelo agradecimento vá ao encontro do que vos é merecido.

0 – Introdução	16
I – FASE CONCEPTUAL	18
1.1. Definição do tema	18
1.2. Pergunta de partida	19
1.3. Questões de investigação	19
1.4. Objectivos	20
1.5. Revisão Bibliográfica	21
1.5.1. Definição de conceitos	21
1.5.2. Resenha histórica	24
1.5.3. Abordagens e Modelos da EpS	26
1.5.3.1. Abordagens da EpS	26
1.5.3.2. Modelos da EpS	27
1.5.4. Níveis de prevenção da doença	28
1.5.5. Papel do Enfermeiro na EpS	30
1.5.6. Directrizes para a realização de EpS	32
1.5.6.1. Locais de intervenção em prol da EpS	32
1.5.6.2. Processo de estruturação da EpS	33
1.5.7. Pesquisa de estudos de investigação relacionados a temática	37

II – FASE METODOLÓGICA	38
2.1. Desenho de investigação	38
2.1.1. Meio	38
2.1.2. Tipo de estudo	38
2.1.3. População/Amostra	39
2.1.4. Variáveis	39
2.1.5. Instrumento de colheita de dados	40
2.1.6. Pré-teste	43
2.1.7. Princípios éticos	43
III – FASE EMPÍRICA	44
3.1. Caracterização da amostra	44
3.2. Apresentação de dados	47
3.3. Discussão dos resultados	60
IV – CONCLUSÃO	63
Referências bibliográficas	66
ANEXOS	71
Anexo I - Instrumento de colheita de dados	72
Anexo II - Resposta ao pedido de autorização para utilizar a Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde (EPCES) no questionário	81
Anexo III - Cronograma	83

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo o género	45
Gráfico 2 - Distribuição da amostra de acordo com a realização da disciplina teórica “Enfermagem de Intervenção familiar e Comunitária I”	47
Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo a questão “Considera que a disciplina deveria ter um horário mais alargado?”	48
Gráfico 4 – Distribuição da amostra de acordo com o Ensino Clínico onde teve mais oportunidade de efectuar alguma intervenção de EpS	49
Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo a necessidade de formação adicional relativamente à realização de EpS, após a realização do Ensino Clínico de “Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II”	51

Quadro 1.A – Distribuição da amostra quanto à idade	46
Quadro 1.B – Distribuição nominal dos estudantes segundo a amostra	46
Quadro 2 – Distribuição da amostra relativamente ao estado civil	47
Quadro 3 – Distribuição de frequências segundo “os conteúdos abordados foram suficientes para a prática clínica?”	48
Quadro 4.A – Distribuição da amostra relativamente à questão “Sentiu dificuldades na realização de Educação para a Saúde?”	49
Quadro 4.B – Distribuição da amostra relativamente à “opção que melhor se encaixa na dificuldade sentida”	50
Quadro 5 – Distribuição das questões assinaladas pela amostra relativamente ao grau de importância atribuído aos diferentes níveis de prevenção	52
Quadro 6 – Distribuição da amostra relativamente ao factor 1 (avaliação dos resultados da EpS, tendo em conta a avaliação das aptidões e conhecimentos do utente e da família), que engloba a respostas atribuídas quanto ao comportamento referido nas alíneas número 23, 24, 25, 26, 27 e 28, adoptado com maior frequência	53
Quadro 7 - Distribuição das frequências segundo o factor 2, que se refere ao esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos, exteriorizados pelo utente e pela família. No qual estão consideradas as respostas atribuídas quanto ao comportamento adoptado com maior frequência, nas alíneas número 16, 19, 20, 21 e 22	54
Quadro 8 - Distribuição da amostra relativamente ao factor 3, que aborda a inclusão da família no processo de EpS, nas alíneas número 1, 5, 6, 17 e 18. No qual este comportamento é adoptado, de acordo com a frequência que é realizado	55
Quadro 9 - Distribuição da amostra quanto ao factor 4, que está relacionado com o aconselhamento ao utente e família no contexto de EpS, nas alíneas número 12, 13, 14 e 15. No qual este comportamento é adoptado, de acordo com a frequência que é realizado	56

Quadro 10 – Distribuição das frequências segundo o factor 5, que engloba a adequação da linguagem ao doente na EpS, tendo em atenção a sua situação social, crenças e valores. Por sua vez, este factor abrange as alíneas 7, 8 e 9. De acordo com a frequência que é efectuada 57

Quadro 11 - Distribuição da amostra relativamente ao factor 6, que se refere à promoção de espaços de reflexão ao utente e família, nas alíneas 10, 11 e 29. No qual este comportamento é adoptado, de acordo com a frequência que é efectuado..... 58

Quadro 12 – Distribuição das frequências quanto ao factor 7, que está relacionado com a explicação e exemplificação de procedimentos ao utente, durante a EpS, que abrange as alíneas número 2, 3 e 4. De acordo com a frequência o comportamento é efectuado 59

0 – Introdução

Actualmente, está demonstrado que muitos dos comportamentos de risco que provocam problemas de saúde estão relacionados com o estilo de vida adoptados pelas pessoas. A EpS é uma das ideologias que se pode adoptar para a fomentar a adaptação/modificação de comportamentos (Precioso, 2004).

A EpS deve ser vista como um direito que todas as pessoas podem usufruir, em qualquer faixa etária, de acordo com o que foi referido na Declaração de Ottawa (1986). Tendo em conta que os enfermeiros estão a participar cada vez mais no desenvolvimento de programas e liderança de equipas de serviço, no sentido de provocar progressos na saúde da população. A EpS tem vindo a demonstrar que é um elemento base nos cuidados de enfermagem, em que “(...) a promoção de atitudes e comportamentos saudáveis tornou-se um dos componentes do atendimento de enfermagem em todos os contextos da prática profissional” (Carvalho e Carvalho, 2006, p.34)

Este estudo, tem como tema “Comportamento adoptados pelos alunos da Licenciatura de Enfermagem do 4º ano da UFP perante a Educação para a Saúde”.

Perante a temática surge a seguinte pergunta de partida “Qual o comportamento que os alunos da Licenciatura de Enfermagem do 4º ano da UFP assumem perante a EpS?”. No sentido de dar resposta a esta questão de investigação definiram-se os seguintes objectivos: identificar as dificuldades dos alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP na execução de EpS; verificar as necessidades de formação que os alunos de enfermagem do 4º ano da UFP têm relativamente à EpS; identificar qual a importância que os alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP atribuem à Eps, nos diferentes níveis de cuidados; conhecer qual o comportamento que os alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP adoptam na realização de EpS.

Tendo por base a problemática referida anteriormente, entendeu-se usar o método quantitativo – descritivo simples. Sendo utilizado como instrumento de colheita de dados um questionário constituído por perguntas fechadas, aplicado a 44 alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do ano lectivo 2010/2011, durante a primeira quinzena do mês de Fevereiro de 2011.

Este projecto de graduação é constituído por quatro partes essenciais. A primeira parte (Fase conceptual) consiste na formulação conceptual do problema de investigação, tendo como ponto de partida a definição e justificação do tema, questões e objectivos do estudo. Assim como, o enquadramento teórico, onde são expostos alguns conceitos base correspondentes ao tema principal sobre a EpS. Na segunda parte (Fase Metodológica) é realizado o desenho de investigação, onde é abordado o meio em que o estudo irá ser realizado, o tipo de estudo, a população, variáveis, instrumento de colheita de dados e os princípios éticos. Já na terceira parte (Fase Empírica) irá ser apresentado uma análise, discussão e conclusão dos resultados alcançados, tendo como base o enquadramento teórico delineado anteriormente. Finalizando com uma reflexão sobre as conclusões atingidas, a respeito da investigação em causa, através de uma análise às respostas dos alunos indagados.

A partir desta análise pode-se verificar que a amostra é constituída maioritariamente por 70% de alunos de género feminino. Dos inquiridos, 32 alunos (72,7%) refere não ter sentido dificuldade na realização de EpS, mas dos 12 alunos (27,3%) que afirmaram possuir dificuldades, 33% apontaram como causa principal a “Falta de tempo”. Relativamente à necessidade de formação adicional quanto à realização de EpS, 52% da amostra considera ser “Reduzida”. Quanto à importância que os alunos atribuem à EpS, nos diferentes níveis de cuidados predomina a maioria, com 50% da amostra que considera “Muito importante” a EpS na prevenção primária. Quanto ao comportamento adoptado pelos inquiridos, através da “Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde ” (Bernardino et al, 2007), foi possível verificar que: 50,5% considera que esclarece “frequentemente” as dúvidas e permite que a expressão de sentimentos seja exteriorizada pelo utente e pela família; 47,7% da amostra incluí “frequentemente” a família no processo de EpS; 50% considera que adequa “frequentemente” a linguagem direccionada ao doente na EpS, tendo em conta a sua situação social, crenças e valores; 53,4% dos inquiridos considera que aconselha “frequentemente” o utente e família, no contexto de EpS; 45,8% dos alunos considera que explica e exemplifica “frequentemente” os procedimentos ao utente na EpS; 45,5% dos inquiridos considera que promove “frequentemente” espaços de reflexão ao utente e à família; 52,7% dos alunos considera que executa a avaliação “frequentemente” dos resultados da EpS, tendo em conta a avaliação das aptidões e conhecimentos do utente e da família.

I – FASE CONCEPTUAL

Um estudo de investigação tem como ponto de partida a definição do problema que o investigador tem necessidade resolver, ou de uma pergunta de partida ao qual gostaria de encontrar resposta. Toda a problemática de investigação é envolvida por uma situação incerta e inquietante, com o objectivo final de dar um contributo na sua resolução ou de encontrar a resolução para a respectiva problemática. (Polit et al, 2004, p.52).

Assim como, “Rever a literatura equivale a fazer o balanço do que foi escrito no domínio da investigação em estudo” (Fortin, 2003, p.73).

1.1. Definição do tema

O interesse por esta temática surgiu no 7º semestre do plano curricular do CLE, após a realização do Ensino Clínico de Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II, em que fui deparada com uma prática muito frequente de EpS.

Uma vez que a EpS está a demonstrar-se uma prática cada vez mais importante na Enfermagem (Lash, 1990, *cit. in* Carvalho e Carvalho, 2006, p.34), as organizações profissionais de enfermagem oficializadas incentivam e proporcionam situações experimentais para a prática de EpS (Carvalho, 2006, 34).

É consensual que os enfermeiros têm de possuir um leque variado de aptidões, “e ao desenvolverem as atitudes ou adquirirem as convicções e comportamentos que são fundamentais na EpS terão mais êxito na satisfação das necessidades actuais dos doentes/utentes” (Carvalho e Carvalho, 2006, p.34). Deste modo, compreende-se a importância do comportamento dos enfermeiros na EpS, em que uma prestação adequada resulta no crescimento de ganhos em saúde na população (Latter, 1998, *cit. in* Carvalho e Carvalho, 2006, p.32).

Neste contexto, surge o tema “Comportamento adoptado pelos alunos da Licenciatura de Enfermagem do 4º ano da UFP perante a Educação para a Saúde”, numa perspectiva de “(...) auxiliar na reflexão sobre as formas de planear e executar acções de desenvolvimento específicas” (Bernardino et al, 2007), de acordo com a experiência que os mesmos tiveram na área de Educação para a Saúde.

1.2. Pergunta de partida

Após uma retrospectiva das noções conceptuais anteriormente referidas, formulou-se a pergunta de partida: “ Qual o comportamento que os alunos da Licenciatura de Enfermagem do 4º ano da UFP assumem perante a EpS?”. De modo a compreender quais as dificuldades sentidas, no decurso deste processo e verificar a conduta que os alunos de Enfermagem tomam perante a EpS nos ensinamentos clínicos.

1.3. Questões de investigação

Ao delinear um problema de investigação, além de seleccionar um tema para elaborar a problemática, também é importante elaborar uma questão de partida. Pois, segundo Fortin (2009, p.72), “ constitui uma parte importante da investigação e determina o ângulo sob o qual será considerado, o tipo de dados a colher, assim como as análises a realizar”.

Segundo Hulley et al (2008, p.35), “A questão de pesquisa é a incerteza que o investigador pretende resolver sobre algo na população realizando nos sujeitos do estudo”.

As questões de investigação têm como principal objectivo esclarecer o investigador, para encontrar as respostas ao tema de investigação. Deste modo, articularam-se as seguintes questões de investigação:

- Quais as dificuldades que os alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP sentem na execução de EpS?
- Quais as necessidades de formação que os alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP sentem em relação à EpS?
- Qual a importância que os alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP concedem à EpS, nos diferentes níveis de cuidados?
- Qual o comportamento que os alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP adoptam na realização de EpS?

1.4. Objectivos

A elaboração de objectivos numa investigação, direcciona o caminho para encontrar algumas respostas que dão propósito ao estudo do investigador.

Para Fortin (2003, p.100), a delineação de objectivos num estudo consiste num “enunciado declarativo que precisa a orientação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos ao domínio da questão”.

Deste modo, para este estudo formaram-se os seguintes objectivos:

- Identificar as dificuldades dos alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP na execução de EpS;
- Verificar as necessidades de formação que os alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP têm relativamente à EpS;
- Identificar qual a importância que os alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP concedem à EpS, nos diferentes níveis de cuidados;
- Conhecer qual o comportamento que os alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP adoptam na realização de EpS.

1.5. Revisão Bibliográfica

1.5.1. Definição de conceitos

A evolução de conhecimentos aprofundados sobre a natureza, funcionalidade e constituição do corpo humano, relacionado com o estado de espírito e o contexto ambiental veio influenciar a conceptualização da saúde e da doença (Reis, 1998, *cit. in* Carvalho e Carvalho, 2006, p.7).

Assim como o conceito de saúde bem como outros conceitos que lhe estão subjacentes, como é o caso do conceito da Promoção da Saúde (PrS) e Educação para a Saúde (EpS), têm sofrido alterações ao longo dos tempos. Por outro lado, existem também conceitos diferentes, de pessoa para pessoa, como é o caso de “ser saudável”. Do mesmo modo que a mesma pessoa, ao longo do seu ciclo de vida, vai alterando o seu próprio significado de “ser saudável”. Deste modo, os significados direccionados à saúde são moldados pelo conhecimento, ideologias, experiências de vida e expectativas (Ewles e Simnett, 1999, p.33).

CONCEITO DE DOENÇA

Ribeiro (1994, *cit. in* Araújo, 2004, pp.51-52) defende que a concepção de doença pode ser entendida através de três termos da Língua Inglesa: *disease* (ter uma doença); *illness* (sentir-se doente) e *sickness* (comportar-se como doente).

O termo de *disease*, que significa ter uma doença é uma ocorrência biológica, definida por um conjunto de sintomas físicos que um utente revela. Quanto ao termo de *illness*, que possui como significado sentir-se doente, para além de ser biológico, acompanha uma carga subjectiva de sofrimento e incómodo resultante de várias condicionantes, num contexto social ou cultural onde o utente se encontra inserido, de acordo com a situação em que se encontra, e com a personalidade e o nível de stress que o mesmo possui. Deste modo, o utente pode sentir-se doente, não apresentar nenhuma justificação biológica, e simplesmente estar relacionado com as emoções e estado de espírito. Já o termo *sickness* está relacionado com o utente que admite estar e ser doente de forma assumida perante a sociedade. Este discernimento entre “estar doente”, “ter uma doença” e “sentir-se doente” é importante, porque relaciona o modo como os utentes

vivenciam a posse de um problema de saúde com o comportamento que adoptam perante esta situação (Ribeiro, 1994 *cit. in* Araújo, 2004, p.52).

CONCEITO DE SAÚDE

A Saúde é um conceito que vários autores tentaram definir, pelo simples facto de ser um termo muito valorizado e desejado pela sociedade, desde o início da humanidade.

Segundo Ribeiro (1994, *cit. in* Araújo, 2004, p.41) um indivíduo saudável pode ser entendido como aquele que se encontra em equilíbrio físico e mental, de acordo com o meio físico e social em que se encontra. Por sua vez, possui a capacidade de adaptação às alterações do meio e que consoante as suas aptidões, colabora para prosperar o bem-estar na sociedade.

É compreensível que a saúde seja delineada por uma concepção holística direccionada para um bem-estar subjectivo, no qual o indivíduo tem a capacidade de atingir os seus objectivos pessoais, inserido num contexto sociocultural, “(...) emergindo do diálogo homem – meio ambiente, e mediado pelas emoções e sentimentos” (Carcel, 2000, *cit. in* Carvalho e Carvalho, 2006, p.6).

Deste modo é possível verificar que a “(...) a saúde está conotada, em todas as perspectivas, como “bem-estar” numa visão positiva, e a doença como ausência desse “bem-estar” e com conotações negativas” (Araújo, 2004, p.57).

CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PrS)

A partir da Conferência de Alma-Ata (1978) o conceito de PrS começou a ser arquitectado e clarificado, pois para além implementação de medidas de prevenção e de combate à doença, tornou-se crucial desenvolver uma resolução das problemáticas na comunidade (Araújo, 2004, p.64).

Segundo Araújo (2004) a PrS pode ser compreendida como um conjunto de atitudes que encaminham para um estado de saúde positivo e de bem-estar, e não apenas para uma área de intervenção. Tem a capacidade de conceber condições para promover a saúde, em que são alteradas políticas ao nível internacional, nacional e local. “(...) Mais que uma disciplina a PrS é um planeamento filosófico global sobre a saúde e qualidade de vida das pessoas” (Ruiz et al, 1999, p.86, *cit. in* Araújo, 2004, p.67-68).

Deste modo, a PrS pode ser compreendida como um procedimento participativo e multifacetado, em que é deliberado conhecimento aos indivíduos e comunidades, sobre os factores que determinam a saúde e as várias atitudes saudáveis que podem adoptar, que por sua vez, podem gerir de forma autónoma (Araújo, 2004, p.68).

CONCEITO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (EPS)

De acordo com Nardiz (1989, p.65, *cit. in* Araújo, 2004, p.61) a EpS “é a transmissão de conhecimentos relativos à saúde individual e colectiva tendo, como objectivo fazer o sujeito activo e responsável em todos os processos de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e reinserção, relacionados tanto com a sua saúde de um utente, como com a de uma família e comunidade”.

A Eps pode ser vista como um processo educativo, no qual é dado realce à comunicação e reflexão, que visam alterar comportamentos e atitudes rotineiras ligados a problemas de saúde. Esta modificação de comportamentos é de única e exclusiva responsabilidade do utente, pois a EpS promove a tomada de decisão individual em direcção à saúde e bem-estar (Araújo, 2004, p.61).

Assim como, Tones e Tilford (1994, p.11, *cit. in* Araújo, 2004, p.62) referem que a EpS envolve “toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda, conduzir a mudanças de comportamentos e estilos de vida”.

Deste modo, actualmente, a EpS deve ser vista como um processo pedagógico direccionado à criação e aperfeiçoamento de aptidões individuais e colectivas, que por sua vez possam proporcionar decisões fundamentadas, autónomas e conscientes dos utentes ou comunidade, que visam a protecção da saúde (Pestana, 1996, *cit. in* Araújo, 2004,p.68).

1.5.2. Resenha histórica

Devido aos acentuados avanços tecnológicos que se desenvolveram principalmente no século XX, a Medicina teve a oportunidade de crescer com esta evolução. Lado a lado com este avanço tornou-se possível desenvolver e aprofundar conhecimentos que contribuíram para o melhoramento da elaboração de diagnósticos e da prevenção de doenças (Oliveira, 2004, p.44).

Segundo Carvalho (2007, p.24) “(...) O movimento de PrS está intimamente ligado às conferências internacionais organizadas pela OMS”. Deste modo, irá ser dada uma maior ênfase às principais conferências que contribuíram para a criação de condições viáveis para executar a PrS e EpS.

Na Declaração de Nairobi organizada pela Organização das Nações Unidas em 1976, vários Estados, incluindo Portugal, comprometeram-se em adoptar uma educação permanente e comunitária. Esta Declaração veio a provocar a reflexão sobre o desenvolvimento da ligação entre a EpS e o ser humano em várias perspectivas, e não apenas sob uma perspectiva comunitária (Oliveira, 2004, p.45).

Em 1978, a OMS organizou uma conferência na qual se elaborou a Declaração de Alma-Ata, em que é definido o conceito de saúde como um “(...) estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (Declaração de Alma-Ata – Cuidados de Saúde Primários, 1978).

E além disso é declarado que a saúde é “(...) um direito humano fundamental (...) em que todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de acção” (Declaração de Alma-Ata – Cuidados de Saúde Primários, 1978).

Em 1986 surgiu a preocupação pela PrS, deste modo foi conceptualizada como “ (...) um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e a modificar-se ou adaptar-se ao meio” (Carta de Ottawa – Promoção da Saúde nos Países Industrializados, 1986).

A segunda Conferência Internacional sobre a PrS realizada em Adelaide (1988), e a Carta Sundsvall (1991) vieram solidificar o comprometimento dos países signatários da

Carta de Alma-Ata e Ottawa, referindo que é necessário desenvolver políticas favoráveis à saúde que sejam capazes de gerir um ambiente físico e social propício à PrS, para que os cidadãos possam ter uma vida mais saudável (Recomendações de Adelaide – Promoção da saúde e Políticas Públicas Saudáveis, 1988; Declaração de Sundsvall – Promoção da Saúde e Ambientes favoráveis à Saúde, 1991).

A Declaração de Jacarta realizada em 1997, veio a provocar a reflexão sobre o que havia sido implementado para a PrS e para a intervenção sobre as determinantes da saúde do século XXI, a partir dos recursos já existentes.

Segundo a Declaração de Jacarta – Promoção da Saúde no século XXI (1997) as prioridades da promoção da saúde no século XXI consistem em:

- “(...) promover a responsabilidade social no que respeita à saúde
- reforçar os investimentos para o desenvolvimento em saúde;
- consolidar e expandir as parcerias em saúde;
- aumentar a capacitação da comunidade e do indivíduo;
- garantir uma infra-estrutura para a promoção da saúde”.

Esta declaração (Declaração de Jacarta – Promoção da Saúde no século XXI, 1997) também destacou a influência que os factores transnacionais podem ter sobre a saúde, como “(...) é o caso da globalização da economia, dos mercados financeiros e do comércio, do acesso generalizado aos órgãos de comunicação social e às tecnologias de informação e degradação do ambiente causada pela utilização irresponsável dos recursos”.

A quinta Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde realizada no México (2000) teve como ideia fulcral a PrS, com o foco sob a promoção de uma qualidade de vida melhorada, tanto a nível económico como social. Segundo Araújo (2004, p. 67) os principais objectivos definidos consistiam em “ (...) mostrar como a Promoção da Saúde marca a diferença para a saúde e para a qualidade de vida, especialmente para as pessoas que vivem em circunstâncias adversas; colocar a saúde no topo da agenda de desenvolvimento internacional, nacional e local; estimular as parcerias para a saúde entre diferentes sectores e a todos os níveis da sociedade ”.

Através desta resenha histórica torna-se perceptível um desenvolvimento conceptual da PrS, envolvido num contexto político e sócio-económico, em que a EpS se apresenta

como uma resposta estratégica da PrS, associada à transmissão de conhecimentos, no sentido de prevenir a doença e promover a saúde (Araújo, 2004, p.68).

1.5.3. Abordagens e modelos da EpS

Existem vários modelos e abordagens que fundamentam o planeamento e as intervenções de uma Eps e assim fomentam as mudanças de comportamento perspectivadas para o melhoramento da saúde. Somado este aporte teórico o enfermeiro pode promover “(...) a passagem do indivíduo passivo para o indivíduo responsável” (Araújo 2004, p.68).

1.5.3.1. Abordagens da EpS

Downie, Tannahill e Tannahill (2000, p.9-75, *cit. in* Carvalho, 2007, p.39-40) formularam três possíveis abordagens na EpS:

- **Abordagem tradicional** – está mais direccionada à prevenção da doença do que à promoção da saúde. Esta abordagem foca as características da doença, com o objectivo de expor conhecimento organizado em relação às atitudes que corrigem o comportamento que prejudica a saúde. É preferencialmente indicada a alvos individuais, e não para um conjunto de pessoas, mas sem esquecer que as pessoas têm livre arbítrio para elegerem o estilo de vida a adoptar, relacionado com a saúde;
- **Abordagem de transição** – verifica-se que o seguimento da ordem de ideias conhecimento - atitudes - comportamento, tomado como mais correcto, afinal não o era. Pois a conhecida técnica de exposição de imagens chocantes em maços de tabaco, com o intuito de assustar e fazer com que as pessoas alterassem o seu comportamento, quanto a este vício teve um efeito restrito;
- **Abordagem moderna** – está direccionada à complexidade da saúde e aos factores que a alteram. Centra-se na prevenção da doença e promoção da saúde, tendo em conta o estado físico, psicológico e social do indivíduo. É mais abrangente do que as abordagens anteriores, na medida em que admite que a simples transmissão de conhecimento não basta, para que se verifique uma evolução de comportamentos. Este processo educacional é bidireccional, entre o enfermeiro e o utente, no sentido de esclarecer as dúvidas e capacitar a auto-estima do utente. Sem esquecer que se

estiverem outros indivíduos (família ou prestadores de cuidados) presentes na EpS, o enfermeiro deve respeitá-los e valorizá-los, dando-lhes a oportunidade de demonstrar o seu conhecimento e opiniões.

1.5.3.2 Modelos de EpS

Começando por Becker et al (1977) que formulou o **Modelo de Crença na Saúde**, com o objectivo de identificar e compreender as causas/crenças, que levam os indivíduos/população a não adoptarem algumas atitudes preventivas da doença (Nemcek, 1990). É importante compreender que é possível fazer os utentes/comunidade adoptarem alguns comportamentos preventivos, após terem a capacidade de discernirem o quanto determinadas crenças/convicções podem afectar a detecção de um problema de saúde (Becker et al, (1977). A partir deste modelo, o enfermeiro pode identificar quais as limitações que realçam ou anulam as atitudes de saúde preventivas, ao qual pode aplicar intervenções educativas com o objectivo de aumentar a participação dos utentes nas atitudes de prevenção da doença numa fase assintomática. Como por exemplo, através um teste de rastreio e assim aplicar estratégias que apoiem a melhoria da saúde.

O **Modelo de Promoção da Saúde** proposto por Pender (1987), visa a aumentar a realização pessoal de um indivíduo ou grupo e o bem-estar do mesmo. Este modelo defende a implementação de medidas de PrS num indivíduo ou numa família, através de actividades de PrS e da utilização da comunicação social para este fim, traduz-se no aumento da participação activa destes elementos num comportamento que promova a saúde.

Finalmente, quanto ao **Modelo PRECEDER – PROSEGUIR** criado por Green e Kreuter (1991), que se designa, mediante a utilização de referências e de análises específicas, para ajudar o enfermeiro a planear a promoção da saúde. E assim, criar programas com objectivos definidos, intervenções e processos de avaliação. No âmbito de PRECEDER, é preciso ter em conta as condicionantes que moldam o estado de saúde (como é o caso dos estilo de vida e do ambiente), e formular posteriormente os objectivos e critérios específicos de avaliação e assim delinear os objectivos para a intervenção. Já no âmbito do PROSEGUIR, é dada a continuidade ao desenvolvimento de outras medidas, que por sua vez pode-se dar início à formação de políticas e deste modo, implementar e avaliar o programa educativo na população. Para o enfermeiro,

este modelo pode ser vantajoso para executar uma avaliação global da população, na identificação das necessidades, na implementação e na avaliação de programas de promoção e protecção da saúde (Green e Kreuter, 1991).

Este modelo pode proporcionar uma visão amplificada que ajuda a esclarecer as opções da prática e avaliar resultados, com o objectivo de melhorar os respectivos processos educativos.

1.5.4. Níveis de prevenção da doença

Não é fácil distinguir os limites que contornam os níveis de prevenção e enumerá-los. Contudo existe um reconhecimento mais abrangente, que consiste em cinco níveis de prevenção da doença: primordial, primária, secundária, terciária e quaternária.

Segundo Meireles (2008) o nível **prevenção primordial** tem como principal objectivo prevenir estilos de vida ao nível cultural, social ou económico que potenciem a instalação eminente da doença. Deste modo, fomenta-se o bem-estar e a saúde, reduzindo a oportunidade de se desenvolver a doença futuramente. Para este efeito, é importante a existência de políticas e programas que promovam comportamentos positivos para a saúde, na comunidade ou a grupos de utentes seleccionados. Como é o caso da “(...) legislação para criação de espaços livres de fumo do tabaco; plano nacional de saúde escolar (PNSE); plano nacional para a acção ambiente e saúde (PNAAS); regulamentação para a segurança alimentar com implementação obrigatória do sistema de análise e gestão do risco HACCP – “Hazard Analysis and Critical Control Points” ” (Meireles, 2008).

A **prevenção primária** tem como intuito prevenir a ocorrência de factores de risco ou causais que originem posteriores estados patológicos ao nível individual ou populacional, através da aplicação de métodos direccionados ao indivíduo, a um conjunto de indivíduos seleccionados ou à população (Meireles, 2008). Como exemplo da prevenção referida, nomeia-se a vacinação de algumas doenças; a utilização de seringas descartáveis por toxicodependentes, com o objectivo de evitar infecções como o VIH/SIDA e hepatites; e o uso de preservativos para a prevenir a ocorrência de contágio de doenças sexualmente transmissíveis (Meireles, 2008).

A **prevenção secundária** procura detectar precocemente problemas de saúde em pessoas que se encontram numa fase assintomática da doença. Para posteriormente existir a oportunidade de uma intervenção ajustada, que contribua para a recuperação

rápida da saúde ou para a integração positiva da situação, com vista à redução máxima das sequelas resultantes da doença. Como é o caso do rastreio das provas cutâneas e radiografia do tórax, para o rastrear e elaborar o diagnóstico precoce da tuberculose; do rastreio e vigilância da pressão arterial, dislipidemia e glicemia; e do rastreio do cancro do colo do útero, da mama, da próstata, do cólon e recto (Meireles, 2008).

A **prevenção terciária** possui algumas metas, que consistem no impedimento da evolução da doença; na prevenção ou redução de possíveis complicações/consequências características da doença; na fomentação da integração do doente à ocorrência de sequelas da doença incontornáveis (casos sem cura) e na prevenção de recorrências frequentes da doença, vigiando e estabilizando-a. Para cumprir estas metas, a intervenção médica está naturalmente associada. De facto, não é fácil distinguir as possíveis intervenções, devido à prevenção ou recuperação da doença baseada na medicação, vigilância e reabilitação médica. Contudo, é possível exercer intervenções de índole não médica e que possuem uma elevada importância, como é o caso do reforço da aptidão funcional do indivíduo, da contribuição para o melhoramento do seu bem-estar, do auxílio a fazer a sua re-integração social e familiar, e da assistência para diminuir os custos sociais e económicos de um indivíduo que se encontra doente (Meireles, 2008). Temos como exemplo, a execução de sessões educativas em escolas e locais de trabalho para diminuir ou extinguir os comportamentos fóbicos existentes, relativamente às pessoas seropositivas com o VIH (Meireles, 2008).

E finalmente, vai ser abordado um nível de prevenção recentemente inserido: a **prevenção quaternária**. Muitas pessoas ainda não tem conhecimento ou não aceitam. Contudo, este nível de prevenção ostenta evidências e fundamentos que se encontram num contexto pertinente e relacionado com a actualidade (Meireles, 2008).

É de conhecimento geral, que principalmente a população dos países mais desenvolvidos é maioritariamente envelhecida, que há uma maior prevalência de patologias crónico-degenerativas, e que os internamentos se tornaram mais longos, até o utente se encontrar numa fase terminal da doença. Com o surgimento de tecnologias inovadoras ligadas à ciência, verificou-se o aumento da exigência das populações, quanto aos cuidados de saúde. Todos estes factos referidos anteriormente contribuíram para originar o crescimento da recorrência do utente ao mercado farmacêutico e aos cuidados de saúde. Entretanto, a população tornou-se influenciável por entidades menos

credíveis, como é o caso da indústria farmacêutica, que através da publicidade e informação tendenciosas, somada a uma má gestão de informação excessiva, por parte do utente, o consumismo dos serviços e produtos foi potenciado. Como resultado das realidades referidas anteriormente, a sociedade encontra-se dependente e utilizadora excessiva de terapêutica, pois com a informação tendenciosa, a epidemia riscos, e os efeitos secundários resultantes de toma terapêutica excessiva (iatrogenias), os custos e os desperdícios na saúde tornaram-se elevados (Meireles, 2008).

Deste modo, Meireles (2008) afirma que os profissionais de saúde através de processos educativos, devem habilitar os utentes, “(...) quanto às implicações (individuais, sociais, económicas) do consumo inapropriado; quanto à aceitação e uso de informação necessária e suficiente para poderem tomar decisões autónomas, sem falsas expectativas; quanto ao conhecimento das vantagens e desvantagens dos métodos de diagnósticos e tratamento propostos e quanto à promoção de fontes independentes de informação em saúde”.

1.5.5. Papel do Enfermeiro na EpS

Uma vez que o enfermeiro tem a possibilidade de entrar em contacto directo com as famílias, consegue desenvolver a capacidade de conhecer os comportamentos de risco e os comportamentos saudáveis adoptados pelas respectivas famílias. Desta forma, o enfermeiro é aquela entidade profissional que por excelência possui um lugar cativo nas equipas multidisciplinares de saúde (Correia et al, 2001).

Desta forma, a função do enfermeiro engloba a capacidade de criar oportunidades, reforçar aptidões, e possibilitar a autonomia, tendo em conta que deve respeitar as decisões e os ritmos assimilação de conhecimento dos utentes, num processo de crescimento e desenvolvimento.

Segundo a informação explicitada sobre a Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 437/91 parcialmente alterado pelos Decretos-Lei n.º 412/98 e 411/99), no artigo 7 existe a alínea c) do Decreto-Lei n.º 437/91 que refere que os procedimentos educativos e promocionais quanto ao auto-cuidado do utente são uma parte integrante dos cuidados de enfermagem. Deste modo, torna-se claro que esta referência legislativa expõe o encaixe da execução de actividades de EpS na Enfermagem.

A relevância do papel do enfermeiro na EpS é referida nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem idealizados pela Ordem dos Enfermeiros (2001), quando é

mencionado que o auge da primazia no exercício profissional do enfermeiro é atingido, ao ser estabelecido uma busca incessante pelo exponents máximo de saúde dos utentes.

A Ordem dos Enfermeiros (2001, p.12) refere ser importante ter em atenção “(...) a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente”

Consciente da formação e das funções que ostentam um educador da saúde, o enfermeiro deve ser capaz de ouvir, dar apoio, saber guiar, ter uma postura imparcial e respeitar os valores, crenças e posturas do utente (Amado et al, 1999). Assim como, ter em conta as ideologias, preocupações e sentimentos do utente, família ou mesmo comunidade (Araújo, 2004, p.97).

Ao realizar uma EpS não é suficiente transmitir os conhecimentos de forma científica e técnica, culturalmente neutra. É importante estabelecer uma prévia interpretação de toda a cultura no qual o utente se encontra inserido, e compreender quais os conhecimentos, comportamentos e valores que o utente/família possuem previamente (Carvalho e Carvalho, 2006). Para depois poder transmitir os conhecimentos de forma compreensível aos utentes/família, dentro do contexto onde se encontram inseridos.

Segundo a publicação sobre as “Competências do enfermeiro de cuidados gerais” pertencente à Ordem dos Enfermeiros (2003, p. 19-22), estipula que o enfermeiro como agente da EpS deve dominar as seguintes características:

- Ver o utente, a família e a comunidade numa perspectiva holística, tendo em conta as variadas determinantes da saúde.
- Participar nas iniciativas de PrS e prevenção da doença, contribuindo simultaneamente numa avaliação.
- Fornecer a informação de saúde necessária para ajudar os utentes, a família e a comunidade a atingirem os níveis excelentes de saúde e de reabilitação.
- Compreender as tradições e crenças sobre a saúde dos utentes, das famílias ou das comunidades.
- Reconhecer o potencial da educação para a saúde nos cuidados de enfermagem.

- Actuar de forma que o utente, a família e a comunidade tenham um domínio plausível sob os estilos de vida saudáveis a adoptar.
- Saber explicar e exemplificar com estratégias de aprendizagem os procedimentos nas interacções com os indivíduos, famílias e comunidades.
- Responder adequadamente às perguntas e aos problemas dos utentes e cuidadores.
- Avaliar se o utente/família compreendeu o que lhe foi transmitido sobre as práticas de saúde.

O enfermeiro nunca deve esquecer que “(...) as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente, quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.6).

1.5.6. Directrizes para a realização de EpS

1.5.6.1. Locais de intervenção em prol da EpS

Existe uma noção de locais ideais para implementar projectos de EpS. Segundo Ruiz et al (1999), temos quatro grandes áreas de actuação: a escola, a comunidade, os doentes/prestadores de cuidados e o local de trabalho. Na escola, a EpS tem como principal objectivo fazer a promoção da saúde biopsicosocial dos adolescentes e crianças, tendo em conta que os professores articulados com os pais têm um papel fundamental na transmissão de informação e aptidões quanto à prevenção da doença e PrS.

Relativamente à intervenção em contexto comunitário, esta já não possui objectivos e contextos tão específicos. Simplesmente actua no sentido de prevenção e melhoramento das dificuldades inerentes à doença/saúde de uma comunidade (Lancaster e Stanhope, 2011).

Em contexto clínico, na qual os utentes estão diagnosticados com alguma doença e estão em tratamento, o enfermeiro já actua de forma que os comportamentos de risco e a evolução inerentes à respectiva doença sejam minimizados (Ruiz et al, 1999).

Segundo Rogado e Teixeira (1997, p.175), “(...) uma vez que o trabalho e a saúde estão intimamente ligados” o local de trabalho também é outro local onde a EpS pode ser

realizada, pois a produtividade no trabalho é maior se as pessoas possuírem boas condições de saúde. No qual se procura evidenciar que ao se protegerem dos riscos no trabalho, só advém vantagens na saúde fora do local de trabalho. Neste caso, a EpS incide nos comportamentos de risco, nos problemas de saúde individuais, no equipamento de protecção individual, na observação dos programas de segurança e riscos profissionais.

1.5.6.2. Processo de estruturação da EpS

O processo de uma EpS é estruturado por cinco passos, que são explicitados posteriormente.

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES EDUCATIVAS

Após uma avaliação sistemática e extensa do indivíduo/comunidade, o enfermeiro consegue identificar as suas necessidades (Bartholomew et al, 2000, *cit. in* Lancaster e Stanhope, 2011, p.324). Após identificação das necessidades, o enfermeiro pode actuar, de acordo à prioridade atribuída (Wolf, 2001, *cit. in* Lancaster e Stanhope, 2011, p.324). Ao identificar as necessidades de aprendizagem dos utentes, as características físicas, psicológicas, sociais, económicas, geográficas e espirituais devem ser consideradas (Bartholomew et al, 2000, *cit. in* Lancaster e Stanhope, 2011, p.324).

Também é necessário ter em conta os recursos e as barreiras à aprendizagem. Os recursos consistem no equipamento, material escrito, entre outros. As barreiras podem ser o financiamento, o espaço, o apoio organizacional, a confiança, a falta de tempo e a energia. (Rankin e Stallings, 1996, *cit. in* Lancaster e Stanhope, 2011, p.324). Também é necessário ter atenção às barreiras de comunicação resultantes das diferenças linguísticas e culturais. (Babcock e Miller, 1994, *cit. in* Lancaster e Stanhope, 2011, p.324).

Também é necessário ter em conta os recursos e as barreiras à aprendizagem. Os recursos consistem no equipamento, material escrito, entre outros. As barreiras podem ser o financiamento, o espaço, o apoio organizacional, a confiança, a falta de tempo e a energia. (Rankin e Stallings, 1996, *cit. in* Lancaster e Stanhope, 2011, p.324). Também é necessário ter atenção às barreiras de comunicação resultantes das diferenças

linguísticas e culturais. (Babcock e Miller, 1994, *cit. in* Lancaster e Stanhope, 2011, p.324).

ESTABELECEER FINALIDADES E OBJECTIVOS EDUCATIVOS

Segundo Wolf (2001, *cit. in* Lancaster e Stanhope, 2011, p.325) as finalidades caracterizam as necessidades globais dos utentes. Contudo devem ser amplas, direccionadas aos resultados para atingir a longo prazo.

Já os objectivos são critérios a atingir a curto prazo. Por sua vez, apontam para uma mudança de comportamento esperada, no qual o utente já tem de possuir um grau mínimo de conhecimento. Os objectivos podem ser vistos como metas que vão em direcção às finalidades (Lancaster e Stanhope, 2011).

SELECIONAR OS MÉTODOS EDUCATIVOS ADEQUADOS

Os métodos educativos consistem na estruturação de conteúdos, organização da sequência da informação, planeamento da velocidade de fornecimento de informação, identificação da necessidade de repetição na expressão de conceitos, exemplificações e avaliação dos resultados (Knowles et al, 1998, *cit. in* Lancaster e Stanhope, 2011, p.325).

Ao seleccionar os métodos educativos para realizar uma EpS, o enfermeiro deve ter em atenção a idade, o nível de escolaridade, o conhecimento sobre o assunto antes da EpS, os défices de desenvolvimento, as limitações na atenção e concentração e o número de pessoas, de acordo com as necessidades dos utentes (Lancaster e Stanhope, 2011).

O enfermeiro deve ser capaz de utilizar uma ampla variedade de instrumentos para difundir a informação. Como por exemplo executar apresentações, dirigir discussões de grupo, organizar dramatizações, proporcionar oportunidade aos utentes de exporem um feedback perante o que está a ser ensinado e utilizar os meios auxiliares de ensino. A EpS pode ser feita individualmente ou em grupo. A EpS direccionada a um grupo de utentes tem como benefícios a coesão entre os utentes, o aumento do número de utentes abrangidos na mesma aprendizagem, a capacidade de poderem aprender uns com os outros e um melhor custo-benefício (Lancaster e Stanhope, 2011).

IMPLEMENTAR O PLANO EDUCATIVO

A implementação é uma componente dinâmica no processo educativo. Durante o processo da EpS o enfermeiro pode deparar-se com desafios inesperados e pode ser necessário modificar os métodos e estratégias de ensino, deste modo entende-se que o enfermeiro deve ter uma postura e actuação flexíveis. Existem outras influências essenciais para que a implementação da EpS seja bem sucedida, como é o caso do apoio político e administrativo, as limitações temporais e os gastos monetários (Lancaster e Stanhope, 2011). Seleccionados os métodos educativos, durante a implementação da EpS é importante organizar as condições físicas do espaço, o fluxo da apresentação, as interrupções e gerir a manutenção dos materiais relacionados com o tema e as finalidades da EpS (Lancaster e Stanhope, 2011).

AVALIAR O PROCESSO EDUCATIVO

Através da avaliação é possível manter ou alterar o programa educativo com o intuito de ser melhorado (Babcock and Miller, 1994, *cit. in* Lancaster e Stanhope, 2011, p.326). É possível encontrar três componentes numa avaliação educativa: a avaliação do formador/enfermeiro, do processo e do resultado educativo.

- Avaliação do formador/enfermeiro

Ao receber o feedback do utente durante a EpS, é possível avaliar quais as mudanças necessárias no processo de ensino e responder melhor às necessidades do utente, durante o programa educativo. O enfermeiro pode compreender o feedback do utente sob a forma escrita num impresso apropriado, ou simplesmente através da linguagem verbal ou não verbal (Babcock and Miller, 1994; Knowles, 1990; Palazzo, 2001, *cit. in* Lancaster e Stanhope, 2011, p.326).

- Avaliação do processo

Através da avaliação do processo é possível examinar os componentes dinâmicos da EpS. A avaliação contínua permite que o enfermeiro faça uma correcção da informação, interpretação incorrecta ou da confusão estabelecida por parte do utente (Lancaster e Stanhope, 2011). Deste modo, ao acompanhar e avaliar a gestão da transferência de conhecimentos, é possível verificar se os objectivos são atingidos no tempo necessário para o seu cumprimento.

- Avaliação do resultado educativo

A avaliação do resultado educativo em Enfermagem é importante para verificar a mudança do comportamento de saúde no utente. Pode-se verificar um bom ou mau resultado quando existe um aumento de capacidades e conhecimentos por parte do utente, ou pela ausência destas aquisições. Na avaliação do resultado de uma EpS deve-se avaliar as mudanças comportamentais e de saúde do utente, e executar uma avaliação a curto e longo prazo (Lancaster e Stanhope, 2011).

Na avaliação das mudanças comportamentais e de saúde do utente podem ser usados vários métodos e instrumentos, como por exemplo a demonstração de capacidades, escalas, questionários, feedback subjectivo por parte do utente e observação directa do progresso do utente no domínio das técnicas e materiais numa exemplificação prática (Babcock and Miller, 1994, *cit. in* Lancaster e Stanhope, 2011, p.327). E assim é possível verificar a mudança de conhecimento, comportamento, e sobretudo do estado de saúde e qualidade de vida dos respectivos utentes.

Na **avaliação a curto prazo** pode-se verificar se a EpS está a surtir efeito na colmatação de dificuldades num curto espaço de tempo. Por exemplo, ao pedir a uma utente para fazer uma demonstração do auto-exame da mama, num curto espaço de tempo e dispêndio monetário mínimos, o enfermeiro consegue avaliar se é bem realizado. Caso não o realize de forma correcta, é possível identificar o porquê, esclarecer as dúvidas do utente e solidificar o conhecimento, para que a aprendizagem ocorra (Lancaster e Stanhope, 2011).

A **avaliação a longo prazo** está direccionada ao acompanhamento e avaliação do estado de um utente, família, comunidade ou população, ao longo do tempo. Geralmente, para os enfermeiros educadores o objectivo da avaliação a longo prazo traduz-se na eficiência do processo educativo para toda a comunidade e não tanto para o estado de saúde de um único utente. Assim, o enfermeiro pode avaliar, modificar e adaptar a EpS à comunidade, ao longo do tempo, com o intuito de aumentar a consistência desta evolução, de forma a atingir as finalidades a longo prazo (Lancaster e Stanhope, 2011).

1.5.7. Pesquisa de estudos de investigação relacionados a temática

Neste item da revisão bibliográfica, espera-se que seja referido quais os estudos de investigação relacionados com o mesmo tema do projecto de graduação, a nível nacional e internacional. Após uma efectiva pesquisa, apenas é encontrado um estudo relacionado com esta temática, a nível nacional.

O estudo científico encontrado foi realizado por Ana Bernardino, Cátia Machado, Elsa Alves, Hélder Rebouço, Renata Pedro e Pedro Gaspar, em 2007. Por sua vez, domina-se “Os Enfermeiros enquanto agentes da Educação para a Saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para Saúde”.

Caracteriza-se por ser um estudo exploratório, quantitativo e transversal, em que foi utilizada uma amostra não probabilística e acidental, constituída por 301 Enfermeiros que trabalhavam no âmbito hospitalar e comunitário, no Distrito de Leiria.

Neste estudo não se verifica uma correlação significativa entre a idade e as práticas e comportamentos de EpS auto-relatados pelos enfermeiros. Contudo, nos factores relacionados com o Esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos (Factor 2) e o Aconselhamento (Factor 4), verifica-se que os enfermeiros mais velhos referem mais frequentemente. Não verificam diferenças significativas nas práticas e comportamentos de EpS autorelatados pelos enfermeiros, em função do tempo de exercício profissional. Mas pode-se constatar, que quanto ao factor 2 (Esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos), a correlação entre as práticas auto-relatadas e o tempo de exercício profissional é positiva e estatisticamente significativa. Também foi possível constatar que os enfermeiros que trabalham no Centro de Saúde relatam práticas e comportamentos de EpS mais frequentes do que os enfermeiros que trabalham no Hospital. As diferenças são estatisticamente significativas para o total da escala e para os factores, à excepção do factor 7 – relacionado com a Explicação e exemplificação de procedimentos. Desta forma, “(...) a estrutura da escala é pertinente e a sua utilização é uma possibilidade para desenvolver o conhecimento das práticas e comportamentos de Educação para a Saúde mais frequentemente adoptados pelos enfermeiros” (Bernardino et al, 2007).

Pode-se considerar que este estudo representa um grande avanço na EpS, e sobretudo na área de investigação científica, para a formulação de outros estudos em Enfermagem.

II – FASE METODOLÓGICA

De acordo com Fortin (2003,p.40) ,

“ (...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. (...) O investigador define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita de dados”.

2.1. Desenho de investigação

2.1.1. Meio

Fortin (2003, p.132) refere que “ (...) os estudos conduzidos fora dos laboratórios, tomam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efectuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios. O investigador define o meio onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha”.

O estudo teve lugar na Universidade Fernando Pessoa – Porto, mais concretamente na Faculdade de Ciências da Saúde.

2.1.2. Tipo de estudo

Baseado em Fortin (2009), o tipo de estudo diversifica-se de acordo com o que se pretende: descrever grupos de indivíduos ou variáveis, predizer relações de causalidade entre variáveis independentes e dependentes ou estudar a relação de associação entre variáveis.

Tendo em conta o objectivo desta investigação, desenvolveu-se um desenho descritivo-simples e transversal, com uma abordagem quantitativa.

Segundo Fortin (2009, p.34) “a investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação”.

Quanto à dimensão temporal, o estudo é transversal, dado que teve lugar num único momento a um grupo que representa a população.

Quanto à dimensão temporal, o estudo é transversal, dado que teve lugar num único momento a um grupo que representa a população.

Citando Fortin (2009, p.27), o método quantitativo pois “(...) coloca a tónica na explicação e na predição, assenta na medida dos fenómenos e na análise dos dados numéricos”.

2.1.3. População/Amostra

De acordo com Fortin (1999, p.41), a população “(...) compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”. Deste modo, a população do meu projecto de investigação são todos os alunos que frequentam o 4º ano da Licenciatura de Enfermagem – diurno na Universidade Fernando Pessoa do ano lectivo 2010/2011, que ao todo é constituída por noventa e três alunos.

A amostra é definida por “ (...) um subconjunto de elementos ou sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica, em miniatura, da população alvo” (Fortin, 2003, p.202). Neste estudo a amostra foi seleccionada de forma não aleatória – amostra accidental, que por sua vez, é constituída por quarenta e quatro estudantes do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP, do ano lectivo de 2010/2011.

2.1.4. Variáveis

Ao longo do processo de investigação, é importante que o investigador defina quais as variáveis que estão envolvidas no desenvolvimento do estudo. De acordo com Fortin (2009, p.171) as variáveis são

“ (...) unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo”.

No presente estudo, são consideradas variáveis: o comportamentos adoptado pelos alunos da Licenciatura em Enfermagem do 4º ano da UFP perante a EpS; as dificuldades sentidas na realização de EpS; necessidade de formação sobre a EpS após realização do Ensino Clínico de “Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II”; a importância que concedem à EpS, nos diferentes níveis de cuidados; a avaliação

de resultados da EpS; o esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos durante a EpS; a inclusão da família na EpS; o aconselhamento em EpS; a adequação da linguagem em EpS; a promoção de reflexão em EpS; e a explicação e exemplificação de procedimentos durante a EpS.

Variável Atributo

Segundo a linha de pensamento de Fortin (1999, p.37), as variáveis atributo são “(...) características dos sujeitos num estudo”.

As variáveis atributo consideradas são:

- Idade;
- Género;
- Estado civil.

2.1.5. Instrumento de colheita de dados

No planeamento do projecto de investigação, o investigador deve ser capaz de escolher e descrever o instrumento de colheita de dados mais adequado aos seus objectivos.

Para Fortin (2003) a colheita de dados consiste numa “(...) colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos”.

O instrumento de investigação é o conjunto de processos ou meios que se usam para obter a recolha de dados (Polit e Hungler, 1995).

De acordo com os objectivos delineados para este estudo, o instrumento de colheita de dados escolhido foi o questionário.

O instrumento de colheita de dados é composto por 14 questões fechadas.

Na segunda parte do questionário, há duas questões ao qual é aplicado uma escala de Likert, sendo que na questão número três são utilizados cinco itens, com a atribuição de: “1 - Nada importante”, “2 - Pouco importante”, “3 - Importante”, “4 - Significativamente importante” e “5 - Muito importante”.

Enquanto que na questão número quatro, é aplicada outra escala de Likert, constituída por cinco itens, que se traduzem em: “1 – Nunca”, “2 – Raramente”, “3 – Às vezes”, “4 – Frequentemente”, “5 – Sempre”, segundo a Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde (EPCEPS). Primariamente criada para co-existir uma “(...) possibilidade para desenvolver o conhecimento das práticas e comportamentos de EpS mais frequentemente adoptados pelos Enfermeiros” (Bernardino et al, 2007).

Após autorização cedida pelos respectivos autores (Ana Bernardino, Cátia Machado, Elsa Alves, Hélder Rebouço, Renata Pedro, Pedro Gaspar) do estudo científico, que validou esta Escala em 2007, que se pode ser encontrada no Anexo II. É conjugada às restantes perguntas constituintes do instrumento de colheita de dados, aplicado aos alunos numa perspectiva de “(...) auxiliar na reflexão sobre as formas de planear e executar acções de desenvolvimento específicas” (Bernardino et al, 2007), de acordo com a experiência que os mesmos têm na área de Educação para a Saúde.

No estudo científico “Os Enfermeiros enquanto agentes da Educação para a Saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para Saúde” é realizada “(...) uma análise factorial através do método da condensação em componentes principais e a aplicação da regra de Kaiser” (Bernardino et al, 2007), que por sua vez, é possível categorizar as 29 alíneas da Escala em sete factores:

- Factor um – Avaliação dos resultados da EpS, tendo em conta a avaliação das aptidões e conhecimentos do utente e da família;
- Factor dois – Esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos, exteriorizados pelo utente e pela família;
- Factor três – Inclusão da família no processo de EpS;
- Factor quatro – Aconselhamento ao utente e família, no contexto de EpS;

- Factor cinco – Adequação da linguagem ao doente na EpS, tendo em atenção a sua situação social, crenças e valores;
- Factor seis – Promoção de espaços de reflexão ao utente e família;
- Factor sete – Explicação e exemplificação de procedimentos ao utente, durante a EpS.

Tendo em conta que cada factor agrupa as seguintes alíneas da Escala (podem ser encontradas no questionário em anexo):

- Factor um: alínea número 23, 24, 25, 26, 27 e 28;
- Factor dois: alínea número 16, 19, 20, 21 e 22;
- Factor três: alínea número um, cinco, seis, 17 e 18;
- Factor quatro: alínea número 12, 13, 14 e 15;
- Factor cinco: alínea número sete, oito e nove;
- Factor seis: alínea número dez, 11 e 29;
- Factor sete: alínea número dois, três e quatro.

A aplicação dos questionários foi realizada no dia 18 de Março de 2011, aos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP.

2.1.6. Pré-teste

Para Fortin (2003, p.253) o pré teste “ (...) tem por objectivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do questionário e (...) verificar se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos (...); se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas; se o questionário não é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação, se as questões não apresentam ambiguidade”.

Neste estudo procedeu-se à aplicação do pré-teste a 10% da população em estudo, a fim de avaliar o grau de compreensão das perguntas e recolher comentários e sugestões que pudessem ser relevantes, com o objectivo de aperfeiçoar o instrumento de colheita de dados.

O questionário foi aplicado a cinco alunos, que possuem as mesmas características que a população em estudo, ou seja, alunos no 4º ano do CLE que frequentam a UFP no Porto, do ano lectivo de 2010/2011. Por sua vez, estes alunos não foram incluídos na amostra ao qual foi realizado o estudo.

Após a aplicação do pré-teste, verificou-se que não havia a necessidade de reformular o instrumento.

2.1.7. Princípios éticos

Ao longo da investigação são levantadas questões morais e éticas, deste modo o investigador deve assegurar a protecção de todos os direitos e liberdades dos participantes no estudo.

Segundo Fortin (1999, p.116)

“A investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e as liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética (...)”.

Quanto ao direito à autodeterminação Fortin (2003, p.116) menciona que é um direito baseado “ (...) no princípio ético do respeito às pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino”.

No que respeita ao direito da intimidade, o investigador deve verificar se a intimidade dos participantes em estudo é protegida e se este é o menos invasivo possível (Fortin, 2003, pp. 116 – 117).

Relativamente ao direito ao anonimato e à confidencialidade, deverá ser certificado que na análise dos dados, nenhum dos indivíduos em estudo seja identificado pelo investigador ou leitos do projecto de investigação. Em relação á confidencialidade, esta deve respeitar a informação privada do indivíduo em estudo, deste modo o investigador tem o dever de salvaguardar o tratamento de informações privadas que lhe são fornecidas (Fortin, 2003, p.117).

No que confere ao direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo, o indivíduo em estudo deve ser protegido pelo investigador quanto a possíveis danos que possam prejudicá-lo ou trazer-lhe algum malefício (Fortin, 2003, p.118).

Para Fortin (2003, p.119), o direito a um tratamento justo e equitativo consiste no direito que o indivíduo tem de ser informado sobre a origem, o objectivo e a duração da investigação, ao qual participa, bem como os métodos utilizados no estudo.

De forma a não provocar danos nos participantes do estudo, os princípios éticos referidos anteriormente serão aplicados e assegurados.

III – FASE EMPÍRICA

3.1. Caracterização da amostra

A fase empírica é caracterizada por operacionalizar o plano de investigação elaborado na fase anterior. Nesta fase são previstos, de acordo com Fortin (2009), a recolha de dados, seguida da organização e do tratamento dos dados.

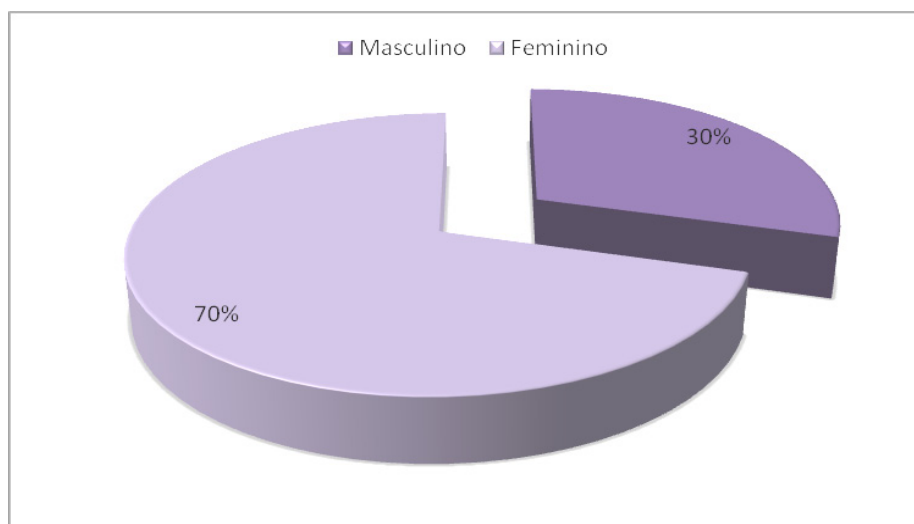
Para Fortin (2003, p. 277):

“A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram escolhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis”.

Nesta etapa pretende-se apresentar os dados que foram recolhidos após a aplicação do questionário a quarenta e quatro alunos da Licenciatura em Enfermagem do 4º ano da UFP. No tratamento de dados foi utilizado o programa Excel 2007, para ambiente Windows.

Em seguida são apresentados os resultados relativos à primeira parte do questionário, ou seja, a caracterização da amostra.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo o género



De acordo com a análise do Gráfico 1, verifica-se que dos 44 alunos inquiridos é predominante o género feminino com 70%, seguido do género masculino com 30%.

Quadro 1.A – Distribuição da amostra quanto à idade

Idades	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
21	11	25
22	13	29,5
23	11	25
24	2	4,5
26	2	4,5
27	1	2,3
28	1	2,3
34	1	2,3
36	1	2,3
40	1	2,3
Total	44	100

Quadro 1.B – Distribuição nominal dos estudantes segundo a amostra

	Moda	Média	Mediana	Mínima	Máxima	Variância	Desvio Padrão
Idade	22	23,52	22	21	40	15,57	3,95

De acordo com os dados obtidos, o grupo etário com maior incidência no estudo é a idade dos 22 anos, com uma frequência absoluta de 13, que corresponde a 29,5%. A média das idades é de 23,52, sendo o limite máximo de 40 e o mínimo de 21 anos. Tanto a moda como a mediana é de 22. A variância é de 15,57 e o desvio padrão é de 3,95.

Quadro 2 – Distribuição da amostra relativamente ao estado civil

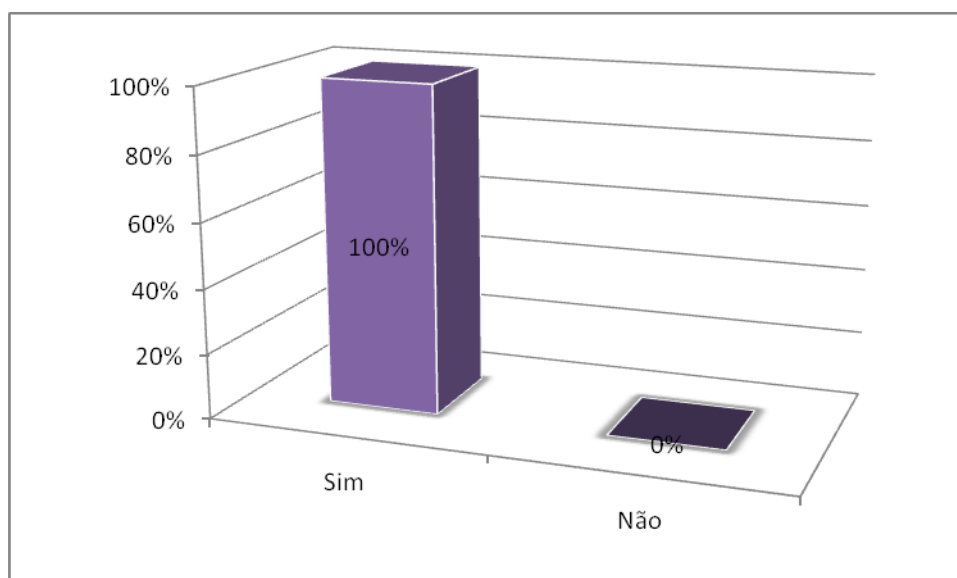
Estado civil	n	%
Solteiro/a	41	93,18
Divorciado/a	0	0
Casado/a ou União de facto	3	6,82
Viúvo/a	0	0
Total	44	100

Analisando o Quadro 2, a amostra apresenta uma predominância do estado civil de solteiro com 93,18%.

3.2. Apresentação dos dados

Aqui são apresentados os resultados relativos à segunda parte do questionário.

Gráfico 2 - Distribuição da amostra de acordo com a realização da disciplina teórica “Enfermagem de Intervenção familiar e Comunitária I”



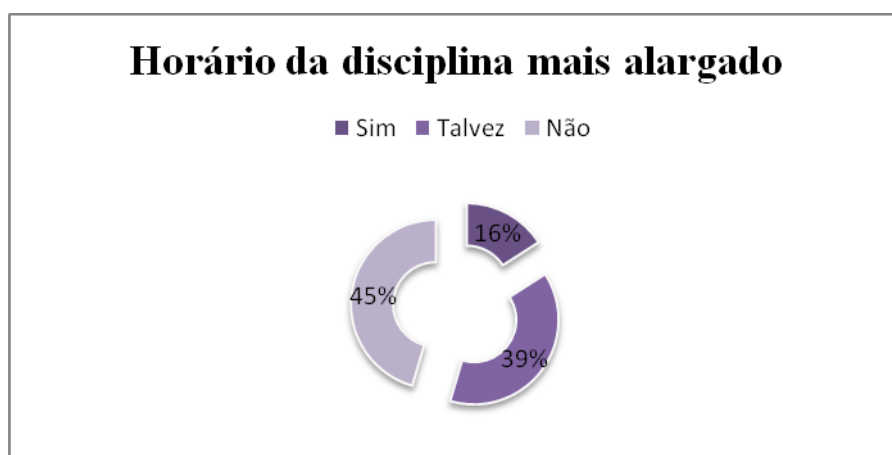
De acordo com o Gráfico 2, podemos constatar que a totalidade da amostra realizou a disciplina teórica de Enfermagem de Intervenção familiar e Comunitária I.

Quadro 3 – Distribuição de frequências segundo “os conteúdos abordados foram suficientes para a prática clínica?”.

Conteúdos abordados na disciplina	n	%
Suficiente	28	63,64
Razoável	15	34,09
Insuficiente	1	2,27
Total	44	100

Pela análise do Quadro 3, constata-se que 63,64% dos alunos considera “Suficiente” os conteúdos abordados para a prática clínica.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo a questão “Considera que a disciplina deveria ter um horário mais alargado?”.



De acordo com a análise do Gráfico 3, verifica-se que 45% dos alunos inquiridos considera que o horário da disciplina de Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária I não deve ser alargado.

Gráfico 4 – Distribuição da amostra de acordo com o Ensino Clínico onde teve mais oportunidade de efectuar alguma intervenção de EpS.



Segundo a análise do Gráfico 4, constata-se que 84% da amostra teve maior oportunidade de realizar EpS no Ensino Clínico de Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II, seguido do Ensino Clínico de Integração à Vida Profissional com 16%.

Quadro 4.A – Distribuição da amostra relativamente à questão “Sentiu dificuldades na realização de Educação para a Saúde?”

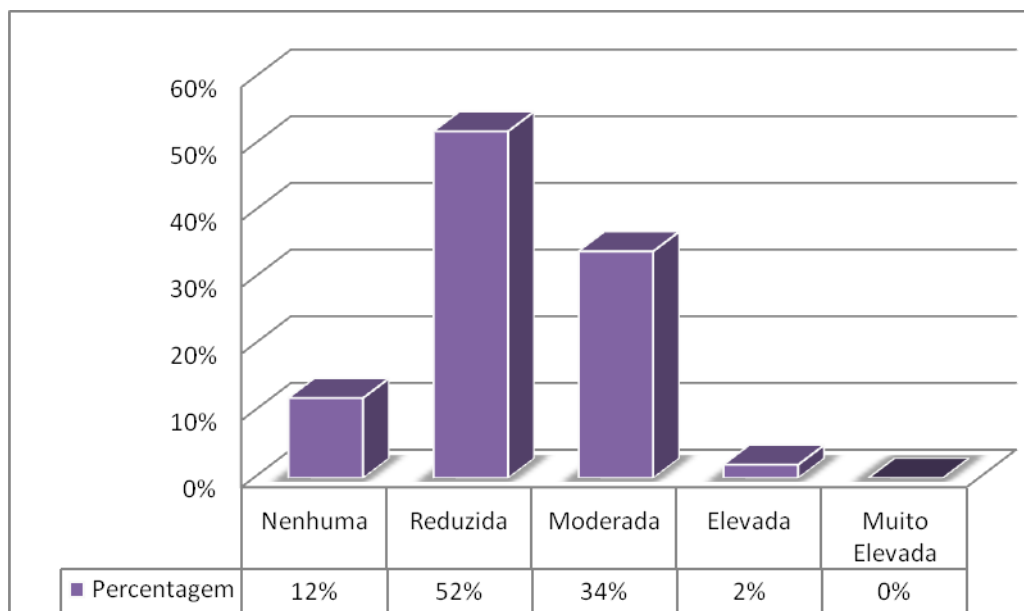
	n	%
Sim	12	27,3
Não	32	72,7
Total	44	100

Quadro 4.B – Distribuição da amostra relativamente à “opção que melhor se encaixa na dificuldade sentida”

	n	fi	fi %
Falta de disponibilidade do/a Enfermeiro/a Orientador/a	1	0,08	8
Falta de motivação	2	0,17	17
Difícil elaboração	3	0,25	25
Falta de conhecimentos a nível da preparação pedagógica	2	0,17	17
Falta de tempo	4	0,33	33
Total	12	1	100

Segundo a análise dos dados obtidos no Quadro 4.A, verifica-se que 72,7% dos alunos refere não ter sentido dificuldade na realização de EpS. De acordo com o Quadro 4.B, a opção mais assinalada pelos alunos que sentiram dificuldades foi a “Falta de tempo” com 33%, seguido da opção “Difícil elaboração” com 25%.

Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo a necessidade de formação adicional relativamente à realização de EpS, após a realização do Ensino Clínico de “Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II”.



Segundo o Gráfico 5 pode-se observar que 52% da amostra considera “Reduzida” a necessidade de formação adicional relativamente à realização de EpS, após efectuar o Ensino Clínico de “Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II”. É ainda de salientar que 34% da amostra considera “Moderada” esta mesma necessidade de formação.

Quadro 5 – Distribuição das questões assinaladas pela amostra relativamente ao grau de importância atribuído aos diferentes níveis de prevenção.

	1	2	3	4	5
Opções	Nada importante	Pouco importante	Importante	Significativamente importante	Muito importante
Prevenção primária	0%	0%	4,5%	27,3%	50%
Prevenção secundária	0%	0%	20,5%	47,7%	31,8%
Prevenção terciária	0%	0%	29,5%	38,6%	31,8%

Através da análise do Quadro 5 observa-se que 50% dos inquiridos considera “Muito importante” a EpS na prevenção primária. Relativamente à prevenção secundária, 47,7% considera “Significativamente importante” a EpS neste nível de prevenção. Por fim, constata-se que 38,6% dos alunos assinala “Significativamente importante” a EpS na prevenção terciária.

Quadro 6 – Distribuição da amostra relativamente ao factor 1 (avaliação dos resultados da EpS, tendo em conta a avaliação das aptidões e conhecimentos do utente e da família), que engloba a respostas atribuídas quanto ao comportamento referido nas alíneas número 23, 24, 25, 26, 27 e 28, adoptado com maior frequência.

Factor 1	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Nunca	0	0
Raramente	13	4,9
Às vezes	73	27,7
Frequentemente	139	52,7
Sempre	39	14,8

Através da análise do Quadro 6, pode-se verificar que 52,7% dos alunos considera que avaliam os resultados da EpS, tendo em conta a avaliação das aptidões e conhecimentos do utente e da família (factor 1), “frequentemente”. Seguidamente, 27,7% admite que “às vezes” toma este comportamento, 14,8% refere que adopta este comportamento “sempre” e por fim, 4,9% admite que o executa “raramente”.

Quadro 7 - Distribuição das frequências segundo o factor 2, que se refere ao esclarecimento de dúvidas e expressão de sentimentos, exteriorizados pelo utente e pela família. No qual estão consideradas as respostas atribuídas quanto ao comportamento adoptado com maior frequência, nas alíneas número 16, 19, 20, 21 e 22.

Factor 2	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Nunca	0	0
Raramente	4	1,8
Às vezes	41	18,6
Frequentemente	111	50,5
Sempre	64	29,1

Relativamente à informação obtida no Quadro 7, constata-se que 50,5% dos alunos considera que esclarece as dúvidas e permite que a expressão de sentimentos seja exteriorizada pelo utente e pela família (factor 2), “frequentemente”. De seguida, 29,1% admite que toma este comportamento “sempre”, 18,6% refere que “às vezes” adopta este comportamento e por fim, 1,8% admite que “raramente” o faz.

Quadro 8 - Distribuição da amostra relativamente ao factor 3, que aborda a inclusão da família no processo de EpS, nas alíneas número 1, 5, 6, 17 e 18. No qual este comportamento é adoptado, de acordo com a frequência que é realizado.

Factor 3	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Nunca	1	0,5
Raramente	14	6,4
Às vezes	70	31,8
Frequentemente	105	47,7
Sempre	30	13,6

Segundo a análise do Quadro 8, pode-se verificar que 47,7% da amostra incluí a família no processo de EpS (factor 3), “frequentemente”. Seguidamente, 31,8% admite que “às vezes” o faz, já 13,6% entende que adopta este comportamento “sempre”, 6,4% “raramente” realiza este comportamento e 0,5% admite que “nunca” o adopta.

Quadro 9 - Distribuição da amostra quanto ao factor 4, que está relacionado com o aconselhamento ao utente e família no contexto de EpS, nas alíneas número 12, 13, 14 e 15. No qual este comportamento é adoptado, de acordo com a frequência que é realizado.

Factor 4	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Nunca	0	0,0
Raramente	5	2,8
Às vezes	30	17,0
Frequentemente	94	53,4
Sempre	47	26,7

Relativamente à informação obtida no Quadro 9, constata-se que 53,4% dos inquiridos considera que aconselha o utente e família, no contexto de EpS (factor 4), “frequentemente”. De seguida, 26,7% admite que toma este comportamento “sempre”, 17,0% refere que “às vezes” adopta este comportamento e por fim, 2,8% admite que “raramente” o realiza.

Quadro 10 – Distribuição das frequências segundo o factor 5, que engloba a adequação da linguagem ao doente na EpS, tendo em atenção a sua situação social, crenças e valores. Por sua vez, este factor abrange as alíneas 7, 8 e 9. De acordo com a frequência que é efectuada.

Factor 5	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Nunca	0	0,0
Raramente	0	0,0
Às vezes	27	20,5
Frequentemente	66	50,0
Sempre	39	29,5

Segundo a análise do Quadro 10, pode-se verificar que 50% dos alunos considera que adequa a linguagem direccionada ao doente na EpS, tendo em conta a sua situação social, crenças e valores (factor 5), “frequentemente”. Seguidamente, 29,5% entende que adopta esta atitude “sempre” e 20,5% admite que “raramente” toma esta atitude.

Quadro 11 - Distribuição da amostra relativamente ao factor 6, que se refere à promoção de espaços de reflexão ao utente e família, nas alíneas 10, 11 e 29. No qual este comportamento é adoptado, de acordo com a frequência que é efectuado.

Factor 6	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Nunca	0	0
Raramente	15	11,4
Às vezes	48	36,4
Frequentemente	60	45,5
Sempre	9	6,8

Relativamente à informação obtida no Quadro 11, constata-se que 45,5% dos inquiridos considera que promove espaços de reflexão ao utente e à família (factor 6), “frequentemente”. De seguida, 36,4% refere que toma este comportamento “às vezes”, 11,4% admite que “raramente” adopta este comportamento e por fim, 6,8% considera que “sempre” o executa.

Quadro 12 – Distribuição das frequências quanto ao factor 7, que está relacionado com a explicação e exemplificação de procedimentos ao utente, durante a EpS, que abrange as alíneas número 2, 3 e 4. De acordo com a frequência o comportamento é efectuado.

Factor 7	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Nunca	0	0
Raramente	2	1,5
Às vezes	29	22,1
Frequentemente	60	45,8
Sempre	40	30,5

Segundo a análise do Quadro 12, pode-se verificar que 45,8% dos alunos considera que explica e exemplifica os procedimentos ao utente na EpS (factor 7), “frequentemente”. Seguidamente, 30,5% entende que adopta esta atitude “sempre”, 22,1% refere que “às vezes” tem este comportamento e por fim, 1,5% admite que “raramente” o faz.

3.3. Discussão dos resultados

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos a partir do questionário, é fundamental interpretar toda a informação obtida do estudo (Fortin, 2009), sem esquecer toda a bibliografia que contribuiu para a elaboração do respectivo.

No que diz respeito à amostra deste estudo, verifica-se que é constituída por 44 alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem, em que predominam elementos com 22 anos de idade (29,5%), do género feminino, com 70% e estado civil solteiro (93,18%).

Relativamente à realização da disciplina teórica “Enfermagem de Intervenção familiar e Comunitária I”, 100% da amostra refere que frequentou a disciplina teórica, por sua vez 63,4% considerou que os conteúdos abordados foram suficientes para a prática clínica e 45% referiu que não deveria ter um horário mais alargado

Quanto ao Ensino Clínico que referem terem mais oportunidade de efectuar intervenções de EpS, constata-se que 84% dos elementos teve maior oportunidade de realizar EpS no Ensino Clínico de Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II, indo ao encontro com o que Pestana (1996, *cit. in* Araújo, 2004,p.68) refere sobre a EpS, que deve ser vista como um processo pedagógico direccionado à criação e aperfeiçoamento de aptidões individuais e colectivas, que por sua vez possam proporcionar decisões fundamentadas, autónomas e conscientes dos utentes ou comunidade. Contudo, 16% da amostra referiu ter mais oportunidade de efectuar intervenções de EpS no Ensino Clínico de Integração à Vida Profissional, que é um ensino clínico efectuado no meio hospitalar. Deste modo, estes inquiridos referidos anteriormente, vão ao encontro do autor Ruiz e tal (1999) quando refere que em contexto clínico, na qual os utentes estão diagnosticados com alguma doença e estão em tratamento, o enfermeiro já actua de forma que os comportamentos de risco e a evolução inerentes à respectiva doença sejam minimizados.

Dos 44 alunos inquiridos, 32 alunos (72,7%) refere não ter sentido dificuldade na realização de EpS, e dos 12 alunos (27,3%) que afirmou possuir dificuldades, 33% apontou como causa principal a “Falta de tempo”.

Relativamente à necessidade de formação adicional sobre a realização de EpS, após efectuar o Ensino Clínico de “Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II”, 52% da amostra considera sentir uma necessidade “Reduzida”. O que demonstra que

após as bases teóricas abordadas na disciplina teórica e a experiência no campo de estágio, os alunos têm consciência da importância da EpS e da dedicação que aplicaram, durante o percurso académico. Deste modo, confirmam os ideais de Lash (1990, *cit. in* Carvalho e Carvalho, 2006, p.34) ao afirmar que a EpS está a demonstrar-se uma prática cada vez mais importante na Enfermagem.

Quanto ao grau de importância atribuído à EpS nos diferentes níveis de prevenção, verifica-se que os inquiridos (50%) deram mais importância à prevenção primária, atribuindo o grau de “Muito importante”. Desta forma, os alunos vão ao encontro de Meireles (2008) que considera um nível de prevenção que tem como o intuito prevenir a ocorrência de factores de risco ou causais que originem posteriores estados patológicos ao nível individual ou populacional.

A partir da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde (EPCEPS), criada para co-existir uma “(...) possibilidade para desenvolver o conhecimento das práticas e comportamentos de EpS mais frequentemente adoptados pelos Enfermeiros” (Bernardino, A. et al, 2007), através da categorização das 29 alíneas constituintes (presentes no questionário em anexo) em sete factores, é possível verificar o comportamento adoptado pelos inquiridos na EpS.

Através dos resultados, verifica-se que 52,7% dos alunos considera que avaliam “frequentemente” os resultados da EpS, tendo em conta a avaliação das aptidões e conhecimentos do utente e da família (factor um: alínea número 23, 24, 25, 26, 27 e 28). Por sua vez, entram em concordância não só com Lancaster e Stanhope (2011) que referem que a avaliação do resultado educativo em Enfermagem é importante para verificar a mudança do comportamento de saúde no utente; mas também com a OE (2003, p.19-22) em que refere que avaliar se o utente/família compreendeu o que lhe foi transmitido sobre as práticas de saúde, é uma das características que o enfermeiro deve dominar na EpS.

Relativamente ao esclarecimento de dúvidas e liberdade de expressão de sentimentos exteriorizados pelo utente e pela família (factor dois: alínea número 16, 19, 20, 21 e 22), constata-se que 50,5% dos alunos considera que o realiza “frequentemente”. Deste modo, os inquiridos vão respectivamente ao encontro de Lancaster e Stanhope (2011) que afirmam que o enfermeiro deve esclarecer as dúvidas do utente e solidificar o conhecimento, para que a aprendizagem ocorra; e de Araújo (2004, p.97) ao referir que

o enfermeiro deve ter em conta as ideologias, preocupações e sentimentos do utente, família ou mesmo comunidade.

Quanto à inclusão da família no processo de EpS (factor três: alíneas número um, cinco, seis, 17 e 18) 47,7% da amostra refere que o efectua “frequentemente”. Entrando em concordância com a OE (2003, p.6) que afirma que o enfermeiro nunca deve esquecer que “(...) as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados (...) tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde”.

Em relação ao aconselhamento do utente e família, no contexto de EpS (factor 4: alínea número 12, 13, 14 e 15) constata-se que 53,4% dos inquiridos considera que o realiza “frequentemente”, indo ao encontro de Tones e Tilford (1994, p.11, *cit. in* Araújo, 2004, p.62) ao afirmarem que a EpS envolve “toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde”, e da OE (2003, p. 19-22) quando refere que o enfermeiro deve responder adequadamente às perguntas e aos problemas dos utentes e cuidadores.

Quanto à adequação da linguagem ao doente na EpS, tendo em atenção a sua situação social, crenças e valores (factor cinco: alínea número sete, oito e nove) pode-se verificar que 50% dos alunos considera que o efectua “frequentemente”, entrando em concordância com Carvalho e Carvalho (2006) quando refere que é importante estabelecer uma prévia interpretação de toda a cultura no qual o utente se encontra inserido, e compreender quais os conhecimentos, comportamentos e valores que o utente/família possuem previamente. Para depois poder transmitir os conhecimentos de forma compreensível aos utentes/família, dentro do contexto onde se encontram inseridos.

Relativamente à promoção de espaços de reflexão ao utente e família (factor seis: alínea número 10, 11 e 29) constata-se que os inquiridos consideram que 45,5% o realizam “frequentemente”, indo ao encontro de Araújo (2004, p.61) quando afirma que a Eps pode ser vista como um processo educativo, no qual é dado realce à comunicação e reflexão, que visam alterar comportamentos e atitudes rotineiras ligados a problemas de saúde.

Em relação à explicação e exemplificação de procedimentos ao utente, durante a EpS (factor sete: alínea número dois, três e quatro) verifica-se que 45,8% dos alunos considera que o efectua “frequentemente”, entrando em concordância com a OE (2003, p. 19-22) que refere que é necessário saber explicar e exemplificar com estratégias de aprendizagem os procedimentos nas interacções com os indivíduos, famílias e comunidades.

IV – CONCLUSÃO

Finalizado o trabalho científico, torna-se importante pensar sobre o que foi realizado, e a partir daí extrair as devidas conclusões.

A investigação científica, tem vindo a conquistar um lugar cativo na prosperidade na fundamentação de atitudes e intervenções de Enfermagem.

Tendo em atenção, que os enfermeiros estão a participar cada vez mais no desenvolvimento de programas e liderança de equipas de serviço, no sentido de provocar progressos na saúde da população. A EpS tem vindo a demonstrar que é um elemento fundamental nos cuidados de enfermagem, em que “(...) a promoção de atitudes e comportamentos saudáveis tornou-se um dos componentes do atendimento de enfermagem em todos os contextos da prática profissional” (Carvalho e Carvalho, 2006, p.34).

Um dos objectivos nomeados para este estudo consiste em identificar as dificuldades dos alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP na execução de EpS, ao qual 72,7% dos inquiridos nega essa dificuldade. Contudo em 27,3% da amostra (12 alunos) referem sentir essa dificuldade, sendo que a maioria desses alunos (33%) apontaram como causa principal a “Falta de tempo”.

Os inquiridos escolhem a opção “Reduzida” com 52%, quando são questionados sobre as necessidades de formação relativamente à EpS”, verifica-se que consideram a necessidade de formação “Reduzida”.

Relativamente ao objectivo “Identificar qual a importância que os alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP concedem à EpS, nos diferentes níveis de cuidados”, também foi possível obter resposta, ao qual 50% dos inquiridos atribuiu mais importância à prevenção primária, assinalando a opção “Muito importante”.

Quanto ao objectivo “Conhecer qual o comportamento que os alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP adoptam na realização de EpS”, utilizando a “Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde ” (Bernardino et al, 2007) foi possível constatar que:

Comportamento adoptado pelos alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da UFP perante a EpS

- 50,5% considera que esclarece “frequentemente” as dúvidas e permite que a expressão de sentimentos seja exteriorizada pelo utente e pela família;
- 47,7% da amostra inclui “frequentemente” a família no processo de EpS;
- 50% considera que adequa “frequentemente” a linguagem direccionada ao doente na EpS, tendo em conta a sua situação social, crenças e valores;
- 53,4% dos inquiridos considera que aconselha “frequentemente” o utente e família, no contexto de EpS;
- 45,8% dos alunos considera que explica e exemplifica “frequentemente” os procedimentos ao utente na EpS;
- 45,5% dos inquiridos considera que promove “frequentemente” espaços de reflexão ao utente e à família;
- 52,7% dos alunos considera que avalia “frequentemente” os resultados da EpS, tendo atenção a avaliação das aptidões e conhecimentos do utente e da família.

Deste modo, é possível constatar que os objectivos delineados inicialmente, foram atingidos.

Ao realizar o projecto de graduação foi possível enriquecer a sua formação, não só quanto à temática deste projecto, mas quanto à capacidade inerente de reflectir sobre o comportamento adoptado pelos alunos na EpS.

Sem esquecer o quanto didáctico foi, envolver-se na metodologia de um trabalho científico e colocá-la em prática. O que por sua vez, fomentou a inspiração de um dia vir a apostar na investigação em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amado, R. et alii. (1999). Opinião dos utentes face ao ensino em grupo. *Revista Nursing – Edição Portuguesa*. Vol. nº 131, p. 35-42.

Araújo, I. M. B. (2004). *Aprendem doença, educam para a saúde – Influência da formação em futuros profissionais de saúde, em concepções de saúde/doença, educação para a saúde e sua implementação*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em educação para a saúde apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho, Braga, pp. 41-68.

Becker, M. H. et alii. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, nº17, pp.348-366.

Bernardino A. et alii. (2007). Os Enfermeiros enquanto agentes de Educação para a Saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde. [Em linha]. Disponível em <
<http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/113/1/OS%20ENFERMEIROS%20ENQUANTO%20AGENTES%20DE%20EDUCAÇÃO%20PARA%20A%20SAÚDE%20Validação%20da%20Escala%20de%20Práticas%20e%20Comportamentos%20de%20Educação%20para%20a%20Saúde..pdf>>. [Consultado em 10/02/2011].

Carvalho, A. A. S. (2007). *Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. Dissertação de Doutoramento à Universidade do Minho, pp.24-54.

Carvalho, A. e Carvalho, G.S. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa. Editora Lusociência, pp.6-34.

Correia, C. et alii. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, pp.75-82.

Declaração de Alma-Ata – Cuidados de Saúde Primários. (1978). [Em linha]. Disponível em <http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm>. [Consultado em 22/01/2011].

Declaração de Jacarta – Promoção da Saúde no século XXI. (1997). [Em linha]. Disponível em <http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Jacarta.htm>. [Consultado em 24/01/2011].

Declaração de Ottawa – Promoção da Saúde nos Países Industrializados. (1986). [Em linha]. Disponível em <http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm>. [Consultado em 23/01/2011].

Declaração de Sundsvall – Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde. (1991). [Em linha]. Disponível em <http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Sundsvall.htm>. [Consultado em 23/01/2011].

Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro. Diário da República I Série. Nº 257 (91-11-08), p. 5723-5741.

Decreto-lei nº 412/98 de 30 de Dezembro. Diário da República I Série. Nº 300 (98-12-30), p. 7257-7264.

Decreto-lei nº 412/98 de 30 de Dezembro. Diário da República I Série. Nº 300 (98-12-30), p. 7257-7264.

Decreto-lei nº 411/99 de 15 de Outubro. Diário da República I Série. Nº 241 (99-10-15), p. 6959-6960.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta

Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação - da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação*. Loures. Lusociência

Green, L. e Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning: an educational & environmental approach: Mountain View*. Califórnia. Mayfield Publishing Company.

Hulley, S. et alii. (2008). *Delineado a pesquisa Clínica – Uma abordagem epidemiológica*. 3ª Ed. Porto Alegre. Artmed Editora.

Lancaster, J. e Stanhope, M. (2011). “Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População”. 7ª Edição. Loures. Editora Lusodidacta, pp. 324-329.

Meireles, A. (2008). Níveis de prevenção: conceito e contributo do médico de saúde pública. [Em linha]. Disponível em <<http://www.saudepublica.web.pt/TRabCatarina/NiveisPrevencao.htm>>. [Consultado em 16/02/2011].

Nemcek, M. A. (1990). Health beliefs and preventive behavior. *AAOHN Journal*, 38(3), pp.127-138.

Oliveira, C. C. (2004). *Auto-Organização, Educação e Saúde*. Coimbra. Adriadne Editora. pp. 44-45.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>>. [Consultado em 21/02/2011].

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. (2001). [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=29&view=news:Print&id=58>>. [Consultado em 20/ 02/ 2011].

Pender, N. (1987). *Health promotion in nursing practice*. 2ª Ed. Norwalk. Appleton & Lange.

Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre, Artes Médicas Editora.

Polit, D. F., et alii. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre. Artmed Editora.

Precioso, J. (2004). *Educação para a Saúde na universidade: um estudo realizado em alunos na Universidade do Minho*. Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias. Vol. 3, nº 2., p. 1-4.

Recomendações de Adelaide – Promoção da Saúde e Políticas Saudáveis. (1988). [Em linha]. Disponível em <http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Adelaide.htm>. [Consultado em 24/01/2011].

Rogado, T. e Teixeira, J. A. C. (1997). *Intervenção psicológica na educação para a saúde no sistema de cuidados de saúde primários*. Braga. Editora Ribeiro.

Ruiz, P. Y. et alii. (1999). *Estilo de vida e salud*. Valencia. Albatos Education.

ANEXOS

Anexo I

Instrumento de Colheita de Dados - Questionário

Rayma Lilian Ferreira Barros

QUESTIONÁRIO

“Comportamento adoptado pelos alunos da Licenciatura de Enfermagem do 4º ano da
UFP perante a Educação para a Saúde”

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

QUESTIONÁRIO

Rayma Lilian Ferreira Barros, aluna do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. No âmbito desta Licenciatura pretende realizar um estudo de investigação, cujo título consiste no “Comportamento adoptado pelos alunos da Licenciatura de Enfermagem do 4º ano da UFP perante a Educação para a Saúde”.

Esta investigação tem como principais objectivos:

- Identificar as dificuldades dos alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP na execução de Educação para Saúde;
- Verificar as necessidades de formação que os alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP têm relativamente à Educação para Saúde;
- Identificar qual a importância que os alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP concedem à Educação para Saúde, nos diferentes níveis de cuidados;
- Conhecer qual o comportamento que os alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP adoptam na realização de Educação para Saúde.

Para tal, venho solicitar a sua colaboração e rigor no preenchimento deste questionário.

Uma vez que as respostas serão anónimas e confidenciais, não necessita de se identificar em nenhuma folha com o seu nome.

O preenchimento deste questionário demora cerca de 10 minutos.

Grata pela sua disponibilidade.

Os melhores cumprimentos.

A aluna

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Responda, assinalando com um “X” nas respectivas quadriculas, de acordo ao seu caso:

1. Género:

a) Masculino

b) Feminino

2. Idade _____ anos

3. Estado civil:

Solteiro/a

Casado/a ou União de facto

Divorciado/a

Viúvo/a

**PARTE II - COMPORTAMENTO ADOPTADO PELOS ALUNOS DE ENFERMAGEM DO 4º ANO
DA UFP PERANTE A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Responda, assinalando com um “X” nas respectivas quadrículas, de acordo com a sua experiência.

1. Frequentou a disciplina teórica “Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária I” ?

Sim

Não

1.1. Os conteúdos abordados foram suficientes para a prática clínica?

Suficiente

Razoável

Insuficiente

1.2. Considera que a disciplina deveria ter um horário mais alargado?

Sim

Talvez

Não

2. Indique nas opções seguintes, o Ensino Clínico onde teve mais oportunidade de efectuar alguma intervenção de Educação para a Saúde (EpS), durante o 4º ano da Licenciatura de Enfermagem:

i) Ensino Clínico de Enfermagem de Urgência e Emergência II

ii) Ensino Clínico de Integração à Vida Profissional

iii) Ensino Clínico de Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II

2.1. Sentiu dificuldades na realização de Educação para Saúde (EpS)?

Sim

Não

2.1.1. Se respondeu “**Sim**”, escolha a opção que melhor se encaixa na dificuldade sentida:

Falta de disponibilidade do/a Enfermeiro/a Orientador/a

Falta de motivação

Difícil elaboração

Falta de conhecimentos, a nível de preparação pedagógica

Falta de tempo

2.2. Após a realização do Ensino Clínico de “Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II”, sente necessidade de formação adicional relativamente à realização de Educação para a Saúde (EpS)?

- Nenhuma
- Reduzida
- Moderada
- Elevada
- Muito Elevada

3. Na sua opinião qual o grau de importância que atribui à Educação para a Saúde (EpS) nos seguintes níveis de cuidados.

Atribua uma resposta a cada alínea, através da seguinte Escala de Likert.

1	2	3	4	5
Nada importante	Pouco importante	Importante	Significativamente importante	Muito importante

3.1. Prevenção primária

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.2. Prevenção secundária

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3.3. Prevenção terciária

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Segundo a Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde, atribua um (X) a cada alínea destas afirmações, na opção que considera mais adequada.

(Escala validada no estudo científico de Bernardino A. et al. “Os Enfermeiros enquanto agentes de Educação para a Saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde” (2007)).

Legenda: 1 – Nunca; 2- Raramente; 3 – Às vezes; 4 – Frequentemente; 5 – Sempre.	1	2	3	4	5
1. Promovo a presença da família nas sessões de EpS.					
2. Comunico ao doente os procedimentos que planeio realizar.					
3. Explico ao doente os procedimentos enquanto os realizo.					
4. Exemplifico ao doente o que pretendo que ele execute.					
5. Explico à família os procedimentos enquanto os realizo.					
6. Exemplifico à família o que pretendo que ela execute.					
7. Adequo a linguagem utilizada em EpS a cada doente.					
8. Adequo a linguagem utilizada em EpS a cada doente de acordo com as suas crenças e valores.					
9. Adequo a linguagem utilizada em EpS a cada doente de acordo com a sua situação social.					
10. Promovo, para o doente, espaços de reflexão.					
11. Promovo, para a família, espaços de reflexão.					
12. Tomo a iniciativa de aconselhar o doente.					
13. Tomo a iniciativa de aconselhar a família.					
14. Aconselho o doente quando este me procura.					

15. Aconselho a família quando esta me procura.					
16. Esclareço as dúvidas expressas pelo doente.					
17. Crio oportunidades para a família demonstrar aquilo que aprendeu.					
18. Incentivo a família a demonstrar o que aprendeu.					
19. Permito que a família exponha as suas dúvidas.					
20. Esclareço as dúvidas expressas pela família.					
21. Permito que o doente exprima os seus desejos e sentimentos.					
22. Permito que a família exprima os seus desejos e sentimentos.					
23. Avalio os conhecimentos do doente antes da EpS.					
24. Avalio os conhecimentos do doente depois da EpS.					
25. Avalio os conhecimentos da família antes da EpS.					
26. Avalio os conhecimentos da família depois da EpS.					
27. Avalio as habilidades/capacidades adquiridas pelo doente.					
28. Avalio as habilidades/capacidades adquiridas pela família.					
29. Disponibilizo informação adicional em diferentes formatos (folhetos, CD, DVD, entre outros).					

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Anexo II

Resposta ao pedido de autorização para utilizar a Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde (EPCES) no questionário.

Hotmail - hello_raym@hotmail.com - Windows Live - Windows Internet Explorer

http://o115w.coi115.mail.live.com/default.aspx?wa=wsignin1.0&fmail=fb01c4f8...asp?hw=79518373&id=30e=1262870250&mid=22791642-7882-42a6-64fb-05154832986f=1

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Favoritos desktop

Hotmail - hello_raym@hotmail.com - Windows Live

Caixa de Entra... Pedido de autorização. Voltar para mensagens

Pastas
Lixo (22)
Rascunhos (3)
Enviados
Excluídos (4)
Nova pasta

Visualizações rápidas
Sinalizadas (2)
Fotos
Documentos do Office...

Messenger (20)
Pesquise contatos

- andrea
- Hugo Santos
- Luis Bastiao
- Mariana Silva
- miguel castanheira
- moliveira@radionova...
- Nadia
- Nuno Oliveira
- Pedro Neves
- pedro santos

Mostrar todas
Sair do Messenger

Início
Contatos
Calendário

acesso fácil

25/02/2011
Responder

Para pedro.gaspar@ipleiria.pt

Bom dia!

Sou aluna do 4º ano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa e chamo-me Rayma Lilian Ferreira Barros.

Estou a realizar uma monografia sobre o "Comportamento adoptado pelos alunos de Enfermagem do 4º ano da UFP perante a Educação para aSaúde".

Durante a revisão da literatura bibliográfica direccionada ao tema do meu estudo, deparei-me com um artigo científico realizado por si, Professor Adjunto Pedro Gaspar e pelas/os Enfermeiras/os Ana Bernardino, Cátia Machado, Elsa Alves, Hélder Rebouço e Renata Pedro licenciados na Escola Superior de Saúde de Leiria sobre "Os Enfermeiros enquanto agentes de Educação para a Saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde". No qual achei muito interessante a Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde (EPCES) que conseguiram validar através do vosso estudo científico.

Uma vez que apenas encontrei o seu contacto disponível na plataforma do site electrónico da ESSL, venho por este meio pedir autorização para utilizar a Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde, no questionário idealizado para o estudo científico que estou a realizar.

Aguardo atentamente a sua resposta.

Os melhores cumprimentos.

Fechar anúncio

Concluído

KINSTON (E:) (Nô res...)

Hotmail - hello_raym...

ENTREGA (Modo de Com...)

Microsoft Word

Internet

125%

19:04

Hotmail - hello_raym@hotmail.com - Windows Live - Windows Internet Explorer

http://o115w.coi115.mail.live.com/default.aspx?wa=wsignin1.0&fmail=fb01c4f8...asp?hw=79518373&id=18f6c=108faw=18e=1262870250&mid=7719638d-40e1-11a0-bf62-00c27d63f3e6&fw=1

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Favoritos desktop

Hotmail - hello_raym@hotmail.com - Windows Live

Hotmail (27) Messenger (20) SkyDrive

Hotmail

Novo | Responder | Responder a todos | Encaminhar | Excluir | Lixo Eletrónico | Limpar | Marcar como | Mover para | Opções

Caixa de Entra... R: Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para Saúde Voltar para mensagens

Pastas
Lixo (22)
Rascunhos (3)
Enviados
Excluídos (4)
Nova pasta

Visualizações rápidas
Sinalizadas (2)
Fotos
Documentos do Office...

Messenger (19)
Pesquise contatos

- andrea
- Luis Bastiao
- Mariana Silva
- moliveira@radionova...
- Nadia

25/02/2011
Responder

Para hello_raym@hotmail.com

Cara Rayma, boa tarde :)

É com muito interesse que vejo a possibilidade do nosso trabalho poder ser acrescentado com o seu estudo. Não só autorizo como manifesto o meu agrado por isso.

Apenas exigimos, como é habitual nestas circunstâncias, que cite o nosso trabalho e identifique a Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para Saúde com os autores. Estarei disponíveis para esclarecimentos que necessite.

Obrigado pelo interesse e BOM TRABALHO.
Cumprimentos

--
Pedro Gaspar, PhD
Professor Adjunto
Instituto Politécnico de Leiria
Escola Superior de Saúde

PARAR

Concluído

KINSTON (E:) (Nô res...)

Hotmail - hello_raym...

ENTREGA (Modo de Com...)

Microsoft Word

Internet

150%

19:02

Anexo III

Cronograma

Barros, R. L. F. “Comportamento adoptado pelos alunos da Licenciatura de Enfermagem do 4º ano da UFP perante a Educação para a Saúde”. Licenciatura de Enfermagem, UFP-FCS, Porto.

Tempo Actividades	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho
Revisão Bibliográfica	xxx ...	xxx ...	xxx ...	xxx ...	xxx ...	xxx ...	xxx ...	xxx ...
Definição do tema, questões de investigação e objectivos		xxx ...	xxx ...	xxx ...				
Metodologia			xxx ...	xxx ...				
Instrumento de colheita de dados, pré-teste e aplicação			xxx	xxx ...	xxx ...			
Tratamento de dados e resultados					xxx	xxx ...	xxx
Conclusões							xxx	...
Entrega na UFP							xxx	...

Legenda:xxx - Actividades planeadas; ... - Actividades realizadas.