

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM CONTEXTO HOSPITALAR – PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DOS ENFERMEIROS

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Luísa Maria Costa Lopes

Orientador(a):

Prof. Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Novembro 2006

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em

Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM CONTEXTO HOSPITALAR – PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DOS ENFERMEIROS

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Luísa Maria Costa Lopes



Orientador(a):

Prof. Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

162 922

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora

Novembro 2006

Educação para a Saúde em contexto hospitalar – Práticas e comportamentos dos Enfermeiros

Relatório de Investigação elaborado no âmbito do II Curso do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, na área de Diagnóstico e Intervenção Comunitária

Luísa Maria Costa Lopes

Aluna da Universidade de Évora nº 3015

Aluna da Estesl nº 39/04

Pesquisa orientada por:

Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Universidade de Évora

Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Novembro 2006

Ao meu príncipe, Bernardo, pelo tempo que não lhe dediquei, e pela tolerância às minhas incompreensões...

Ao meu Amor...

À minha família e amigos que compreenderam e aceitaram as ausências sem nunca deixarem de me apoiarem.

RESUMO

Educação para a saúde em contexto hospitalar – práticas e comportamentos dos enfermeiros

Capacitar os indivíduos e suas famílias para identificarem os seus problemas e necessidades, utilizarem adequadamente os seus recursos, e promoverem uma vida saudável, implica esforços dos vários agentes da promoção da saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

Os principais objectivos deste estudo quantitativo, correlacional e transversal foi analisar as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde realizada ao doente/família em contexto hospitalar, assim como, determinar alguns factores preditivos desses comportamentos a 100 enfermeiros que responderam a um questionário.

Foi igualmente construída e validada uma escala multidimensional que avalia as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde do doente e família, (registo da educação para a saúde; prática e comportamentos determinantes para continuidade dos cuidados; envolvimento dos doentes/famílias na educação para a saúde; aspectos a ter presente na educação para a saúde; metodologia usada pelos enfermeiros na educação para a saúde e avaliação da aprendizagem).

Os resultados indicam que os enfermeiros realizam com pouca frequência boas práticas e comportamentos no âmbito da educação para a saúde ao doente e família. A idade, grau académico, tempo de exercício profissional, área de exercício profissional, assim como a existência na carta de alta de local apropriado para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família, não são factores preditivos de melhores práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde.

Os resultados realçam a importância de serem tomadas em consideração algumas estratégias para a melhoria das práticas e comportamentos dos enfermeiros nesta temática.

Palavras-chave: Enfermeiros, Educação para a Saúde, Práticas, Comportamentos.

ABSTRACT

Education for health in clinical context – practices and behaviours of nurses

Enabling individuals and families to identify problems and needs, to make use of their resources and to promote a healthy life demands efforts from the different agents of health promotion, especially nurses.

The main purposes of this quantitative, co-relational and transversal study were to analyse the practices and behaviours of nurses in the domain of education for health given to the patient/family in clinical context, and to determine some predictive features for those behaviours in 100 nurses who answered to the questionnaire.

A multidimensional scale which assesses the practices and behaviours of nurses in the domain of education for health of the patient and family has also been built and made valid (record of education for health; determining practices and behaviours for the continuity of health care; engagement of patients/families in the process; features to bear in mind in the education for health; methodology used by nurses in education for health and in the assessment of learning).

The results indicate that nurses don't often use good practices and behaviours in the domain of education for health of the patient/family. The age, academic degree, time in professional activity, professional area, as well as the existence, in the document of discharge from hospital, of an appropriate place to record the education for health given to the patient/family are not predictive features for better practices and behaviours of nurses in this domain.

The results emphasize the importance of taking into account some strategies to improve the practises and behaviours of nurses on this issue.

Key-words: Nurses, Education for health, Practises, Behaviours.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria dos Anjos Rodrigues Dixe, pela sua orientação, saber, disponibilidade, apoio e incentivo.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Torres Vedras, por ter permitido e incentivado este estudo.

A todos os Enfermeiros do C.H.T.V. que participaram neste estudo, viabilizando-o.

Aos professores do mestrado, na pessoa do Professor Doutor Carlos Alberto da Silva pelo contributo que deram para a minha formação.

A todos aqueles que com o seu saber e amizade contribuíram para a realização deste estudo.

Bem Hajam!

ÍNDICE GERAL

	Pág.
DEDICATÓRIA	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
AGRADECIMENTOS	VI
ÍNDICE GERAL	VII
ÍNDICE DE QUADROS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XII
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
CAPÍTULO I – AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO E O CUIDAR EM ENFERMAGEM	6
CAPÍTULO II – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	19
2.1 - CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA	19
2.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	22
2.2.1 – Conceitos e Objectivos	22
2.3 - O ENFERMEIRO E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	27
2.4 - COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM UMA ESTRATÉGIA NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	31
2.5 - A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E A FAMÍLIA	38
2.6 – MATERIAIS E MÉTODOS UTILIZADOS NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	45
2.7 - REGISTOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	56
2.8 - A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO AMBITO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	67
	Pág.

2.9 - A FORMAÇÃO DOS “EDUCADORES DE SAÚDE”	71
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	79
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	79
3.1 - OBJECTIVOS E QUESTÕES DE PARTIDA DO ESTUDO	79
3.2 - HIPÓTESES.....	82
3.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	83
3.4 - INSTRUMENTOS	86
3.5 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS	101
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	105
4.1 - VARIÁVEIS RELATIVAS AO CONTEXTO SOCIO DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS	105
4.2 – VARIÁVEIS RELATIVAS ÀS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA INSTITUIÇÃO.....	109
4.3 - VARIÁVEIS RELATIVAS À FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	114
4.4 - PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DOS ENFERMEIROS NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE AO DOENTE E FAMÍLIA.....	120
4.5 - VARIÁVEL RELATIVA AO PAPEL DA INSTITUIÇÃO NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	132
4.6 - VERIFICAÇÃO E TESTAGEM DAS HIPOTÉSES	135
CONCLUSÃO	146
BIBLIOGRAFIA	153
ANEXO I – Questionário	
ANEXO II – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Torres Vedras	
ANEXO III – Autorização da aplicação do instrumento	
ANEXO IV – Syntax de Outputs	
ANEXO V – Base de dados e outputs (em CD-ROM)	

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala registo da educação para a saúde (n=89)	94
Quadro 2 Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala prática e comportamentos determinantes para continuidade dos cuidados (n=96)	95
Quadro 3 Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala envolvimento dos doentes/famílias na educação para a saúde (n=89)	95
Quadro 4 Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala aspectos a ter presente na educação para a saúde (n=97)	96
Quadro 5 Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala metodologia usada pelos enfermeiros na educação para a saúde (n=93)	97
Quadro 6 Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala avaliação da aprendizagem (n= 93)	98
Quadro 7 Correlação dos itens com a sub-escala da EPCEES a que pertence (excluindo esse item) e com as sub-escalas a que não pertencem	99
Quadro 8 Matriz de correlação de Pearson entre as seis dimensões da escala da EPCEES	101
Quadro 9 Caracterização da amostra segundo a idade	105
Quadro 10 Distribuição da amostra segundo o género	106
Quadro 11 Distribuição da amostra segundo o estado civil	106
Quadro 12 Distribuição da amostra segundo a formação académica/profissional	107
Quadro 13 Caracterização da amostra quanto à antiguidade profissional (em meses)	107
Quadro 14 Distribuição da amostra segundo a categoria profissional	108
Quadro 15 Distribuição da amostra segundo a área hospitalar onde desempenha funções	108

	Pág.
Quadro 16 Caracterização da amostra segundo o tempo de actividade profissional no actual serviço	108
Quadro 17 Distribuição da amostra segundo a existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde	109
Quadro 18 Distribuição da amostra que referiu ter no serviço um plano de ensino delineado de educação para a saúde de acordo com a forma como o realiza	110
Quadro 19 Distribuição das respostas dos inquiridos consoante os meios utilizados na educação para a saúde	111
Quadro 20 Distribuição das respostas dos inquiridos segundo o momento em que se realiza educação para a saúde ao doente e à família	112
Quadro 21 Distribuição da amostra segundo a opinião quanto ao momento em que se deverá dar início à educação para a saúde do doente/família	113
Quadro 22 Distribuição da amostra consoante a presença na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família	114
Quadro 23 Distribuição das respostas da amostra à questão “Na sua opinião devem ser os enfermeiros a realizar educação para a saúde”	114
Quadro 24 Distribuição das respostas da amostra consoante a necessidade por parte dos enfermeiros de formação específica na área da educação para a saúde	116
Quadro 25 Distribuição das respostas dos inquiridos que referiram necessitar de formação de acordo com o profissional que deve proporcionar essa formação	117
Quadro 26 Distribuição das respostas dos inquiridos que referiram necessitar de formação consoante as áreas da formação a satisfazer	118
Quadro 27 Caracterização da amostra segundo as características dos enfermeiros para realizar educação para a saúde	120
Quadro 28 Caracterização da amostra quanto às dimensões das práticas e comportamentos na educação para a saúde ao doente e família	121
Quadro 29 Caracterização da amostra quanto às suas práticas e comportamentos determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde	124
Quadro 30 Caracterização da amostra quanto às suas práticas e comportamentos no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde ao doente e família	125

	Pág.
Quadro 31 Caracterização da amostra quanto às suas práticas e comportamentos relacionadas com a metodologia utilizada na educação para a saúde ao doente e família	127
Quadro 32 Caracterização da amostra quanto às suas práticas e comportamentos no âmbito da educação para a saúde determinantes para continuidade de cuidados ao doente e família	129
Quadro 33 Caracterização da amostra quanto às suas práticas e comportamentos relacionadas com a avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família	130
Quadro 34 Caracterização da amostra quanto às suas práticas e comportamentos no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família	132
Quadro 35 Distribuição das respostas dos inquiridos à questão “Na sua opinião o que deveria a instituição fazer para colaborar com os enfermeiros na melhoria da educação para a saúde do doente e família”	134
Quadro 36 Matriz de Correlação de Spearman’s entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde e a idade	136
Quadro 37 Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney, ao nível das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação consoante as habilitações académicas	137
Quadro 38 Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis, ao nível das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação consoante a área hospitalar onde desempenham funções	139
Quadro 39 Matriz de Correlação de Spearman’s entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde e o tempo de exercício profissional no actual serviço..	140
Quadro 40 Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis, ao nível das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação consoante a existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde	142
Quadro 41 Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney, ao nível das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde consoante a necessidade de formação específica na área.....	143
Quadro 42 Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney, ao nível das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde consoante a presença na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família	145

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 Representação gráfica das médias das dimensões da escala de práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde do doente e família	122

INTRODUÇÃO

A saúde é considerada actualmente como um elemento importante no desenvolvimento social e económico e factor necessário ao bem-estar do ser humano. A sua promoção tem constituído uma preocupação para os prestadores de cuidados de saúde, sobretudo após a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, datada de Novembro de 1986, na qual a promoção da saúde é compreendida como o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controle e a melhoria da sua saúde. (WHO, 1986b,c)

A nível nacional a importância e prioridade atribuída à promoção da saúde está patente na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), quando nos referencia que a promoção da saúde abrange todos os profissionais da saúde de todos os níveis de prestação de cuidados, todas as áreas da nossa sociedade, em suma todas as pessoas. (Portugal, 1990)

A promoção da saúde integra qualquer medida que promova a saúde e evite ou trate eficazmente a doença e a incapacidade. (Tones, 1991) Uma destas medidas é a educação para a saúde entendida como “qualquer combinação planeada de experiências de aprendizagem, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades.” (Russel, 1996, p.5, citando Greene e Kreuter). Capacitar os indivíduos para identificarem os seus problemas e necessidades, utilizarem adequadamente os seus recursos e promoverem uma vida saudável, implica esforços conjuntos dos vários agentes da promoção da saúde. A Educação para a Saúde é um processo educacional compreensivo cuja responsabilidade deve ser participada pelas comunidades, pelas instituições e pelos grupos sociais (Official Journal, 1989). Nas instituições, o grupo profissional de enfermagem têm um papel privilegiado nesta temática.

A profissão de Enfermagem tem evoluído nas últimas décadas, no sentido da prevenção da doença e promoção da saúde, mantendo o Homem no seu meio ao mais alto nível de qualidade, permitindo-nos encarar a educação para a saúde como uma necessidade de desenvolvimento profissional. A aquisição de uma maior autonomia e clarificação do papel do enfermeiro enquanto membro de uma

equipa multidisciplinar permite actuar de forma coerente, responsável, fundamentada e com um nível de desempenho cada vez mais elevado. A enfermagem é então entendida como uma profissão em que o atendimento das necessidades tanto de saúde como de doença do Homem, é vista de forma holística, sempre numa perspectiva de necessidades físicas, emocionais, psicológicas, intelectuais, sociais e espirituais. “O exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades).” (OE, 2004, p.4)

Assim, uma das finalidades da intervenção de enfermagem é manter ou promover a independência do doente na satisfação das suas necessidades humanas básicas, sendo fundamental para a sua concretização a educação do doente/família. Este proceder incentiva o doente a cooperar mais activamente nos seus cuidados e a tomar decisões informadas sobre os mesmos, sendo a educação à família muito importante, porque esta continua a ser o grande suporte de ajuda aos seus elementos.

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. (...) procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.” (OE, 2002, pp.8,9)

Neste encadeamento propomo-nos desenvolver como tema de trabalho a “Educação para a saúde em contexto hospitalar – práticas e comportamentos dos enfermeiros”

Este surge no âmbito do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Especialização em Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária e tem como finalidade a apresentação da tese de dissertação.

Consideramos então a abordagem desta temática pertinente, uma vez que é através da educação que podemos ajudar os doentes/família a desenvolver o auto cuidado

e as suas competências para modificar comportamentos e atitudes que visem a melhoria da sua qualidade de vida. (Redman, 2003)

Constatamos no nosso dia a dia que nem sempre a educação realizada ao doente/família se efectua dentro dos padrões dos cuidados de enfermagem, com qualidade. Torna-se então indispensável que os profissionais de enfermagem identifiquem as necessidades educacionais do doente e família e coordenem as actividades de educação neste sentido, de forma a ajudá-los a construir o seu próprio processo de saúde.

O desenvolvimento desta temática enquadra-se também, num processo de melhoria da qualidade, relacionado com a educação para a saúde do doente /família. Este processo deve ser encarado pelos enfermeiros de forma sistemática, partindo das necessidades de aprendizagem, da avaliação da motivação, do diagnóstico e do estabelecimento dos objectivos com o doente/família, das metodologias de ensino / aprendizagem e sempre com a avaliação e reensino se necessário. (Redman, 2003)

Acreditamos que o tema em estudo é pertinente, útil e actual, visa detectar oportunidades de melhoria na educação do doente/família, contribuir para a qualidade dos cuidados a prestar ao doente/família, a satisfação do doente/família e dos enfermeiros, o rigor, eficácia e eficiência das intervenções de enfermagem, a formação e desenvolvimento dos enfermeiros, promover a comunicação na equipa de cuidados, bem como, contribuir para a possível acreditação da instituição segundo os padrões de qualidade definidos para a área de educação do doente/família.

Tendo presente todas as premissas apontadas anteriormente poderemos referir que definimos para a realização deste estudo os seguintes objectivos:

- Conhecer as práticas e comportamentos de educação para a saúde realizados pelos enfermeiros;
- Identificar as características que os enfermeiros determinam para se ser educador para a saúde;

- Identificar qual o momento/momentos privilegiados pelos enfermeiros para iniciar a educação para a saúde ao doente e família;
- Identificar áreas de maior e menor qualidade nas práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação do doente e seus familiares;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre o papel da instituição na melhoria da qualidade das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde;
- Saber qual o papel que desempenham factores como: a idade, o tempo de exercício profissional no serviço, a área hospitalar onde desempenham funções, as habilitações académicas, a existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde, a presença na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família e a necessidade de formação específica na área, nas práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde.

A amostra é constituída por 100 enfermeiros de uma instituição hospitalar, aos quais foi aplicado um questionário, tendo esta sido seleccionada através da técnica não probabilística e intencional.

O presente estudo é do tipo não experimental correlacional e transversal. O método utilizado é o quantitativo.

A sistematização estrutural deste trabalho compreende duas partes.

A parte I engloba a fundamentação teórica, constituída por dois capítulos. No primeiro, exploram-se os aspectos ligados às competências do enfermeiro e o cuidar em enfermagem. No segundo procuramos contextualizar conceptualmente a problemática em estudo, baseando-se sobretudo em concepções e pressupostos da educação para a saúde de vários autores. Ainda neste capítulo, referenciamos os métodos de educação para a saúde, a comunicação em enfermagem como uma estratégia na educação para a saúde, a educação para a saúde e a família, o enfermeiro e a educação para a saúde, os registos de enfermagem, a qualidade dos

cuidados de enfermagem no âmbito da educação para a saúde e por último a formação dos “educadores de saúde”.

A parte II é dedicada ao estudo empírico, e inclui dois capítulos.

O capítulo três, compreende a metodologia utilizada neste estudo, os objectivos e questões de partida do estudo, hipóteses, unidade de análise e o instrumento e os procedimentos de recolha e tratamento de dados.

No quarto e último capítulo, procedeu-se à apresentação, análise e discussão dos resultados através das variáveis relativas ao contexto sócio demográfico e profissional dos enfermeiros, às práticas da educação para a saúde na instituição, à formação dos enfermeiros sobre a educação para a saúde, às práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde ao doente e família, e ao papel da instituição na educação para a saúde e por último à verificação e testagem das hipóteses de investigação.

Na conclusão, salientam-se os objectivos, eficácia e eficiência de consecução, as limitações do estudo assim como sugestões de futuros trabalhos. Por fim são apresentadas algumas propostas de intervenção na área da educação para a saúde a aplicar na instituição onde foi desenvolvido o estudo.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I – AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO E O CUIDAR EM ENFERMAGEM

O entendimento e a lógica que fundamenta a prática de enfermagem baseiam-se na aplicação dos cuidados desta ciência. Na sua génese, estes têm a noção e toda a filosofia que define e rege o conceito de cuidar. Assim, na opinião de Collière “Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”. (Collière, 1989/1999, pp. 235,236)

Cuidar, como menciona Watson (2002, p.55) “é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”, é um processo complexo, que envolve várias vertentes como, um conhecimento sobre o indivíduo a quem se presta cuidados, nomeadamente sobre o significado que este atribui ao padrão de saúde e doença; os conhecimentos que o prestador de cuidados tem sobre a situação clínica que envolve a pessoa; as diversas interacções entre pessoa-ambiente; um conhecimento profundo sobre todo o processo de cuidar, sobretudo sobre a postura do profissional, de modo a contribuir para o processo de melhoria da qualidade de vida e do estado de saúde do doente; um conhecimento profundo sobre as limitações pessoais do prestador de cuidados, no que respeita à capacidade de poder prestar um contributo positivo em todo o processo do cuidar. Deste modo, cuidar implicará da parte do prestador de cuidados a existência de valores, de uma vontade, de conhecimentos, de uma postura de afecto e atenção para com o outro. (Watson, 2002)

Nesta perspectiva, Gaut expõe que “a noção do cuidar inclui: atenção individual para e preocupação por; responsabilidade por ou providenciar para em algum nível; consideração individual, afecto ou amizade.” (Watson, 2002, p.60)

Para o autor supracitado, as condições necessárias e suficientes para cuidar incluem:

- “ Consciência e conhecimento acerca das necessidades individuais para cuidar.
- Uma intenção para actuar e acções baseadas no conhecimento.
- Uma mudança positiva como resultado do cuidar, julgada unicamente com base no bem-estar dos outros.” (Watson, 2002, pp.60,61)

Guerra enfatiza que toda a acção do cuidar desenvolvida em enfermagem é considerada o “valor moral e absoluto”, sendo por isso desenvolvida para e pela pessoa. (Guerra, 2002, p.47)

Na mesma linha de pensamento, Collière reafirma a importância da adequação dos cuidados a prestar, de acordo com a história de vida de cada pessoa, nomeadamente com a inter-relação que existe entre as possibilidades, capacidades e recursos adquiridos ao longo da vida. Assim, o que torna muitas vezes difícil situar o campo da competência da enfermagem no domínio dos cuidados, é o facto de situar-se numa “encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação ou à sua doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio.” (Collière, 1989/1999, p. 287)

Contudo, se estivermos bem cientes, e se a nossa forma de ser e de estar com o doente estiver embebida do verdadeiro espírito de cuidar, todas estas dificuldades serão atenuadas. Para tal, primeiramente há que ter bem presente que a dignidade do cuidar, tal como clarifica Guerra, advém da pessoa que é cuidada, sendo que o cuidar tem início quando o enfermeiro “entra no próprio campo fenomenológico da pessoa que cuida”. (Guerra, 2002, p.50)

A capacidade que os enfermeiros têm para cuidar o outro, com o qual não têm laços de familiaridade, de forma profissional, obriga a existência “de valores de carácter ontológico”. (Guerra, 2002, p.50)

Esta perspectiva visa a existência de uma consciência de que a pessoa que é cuidada tem direito ao respeito e à dignidade que lhe é próprio devido à pertença da qualidade inerente à condição de ser humano. Deste modo, o agir do profissional de enfermagem deve-se reger por um imperativo moral, tal como refere Kant, “Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa,

como na de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio.” (Guerra, 2002, p.50)

Cuidar é considerado primeiramente um acto de vida, como defende Collière, visto que visa manter um conjunto de actividades que têm por finalidade a sustentação da vida. Tendo em conta que o doente possui autonomia, capacidade de decisão, somente lhe caberá a ele a deliberação final quanto aos cuidados que lhe serão prestados, sendo deste modo considerado um agente activo em todo o processo do cuidar. (Collière, 1989/1999)

Inerente à noção de cuidar está a noção de direitos, a noção de consentimento informado, e um aspecto fundamental sem o qual toda a filosofia inerente ao cuidar perderá o sentido, o estabelecimento de uma relação entre enfermeiro e doente/família, isto porque “A função da enfermagem na ciência, assim como na sociedade, é cuidar na totalidade da personalidade humana.” (Watson, 2002, p.54)

Todos os enfermeiros cuidam, mas não todos da mesma forma, e é toda a forma de cuidar que nos faz crescer enquanto pessoas e profissionais de enfermagem, por isso, é que Festas expõe que “cuidar é entendido e reconhecido actualmente como a essência ou como o núcleo da enfermagem” (Carrapato, 2006, p.49)

Watson considera ainda “a enfermagem como uma ciência humana e o processo de cuidar como actos humanitários e epistémicos significativos que contribuem para a preservação da humanidade”. (Watson, 2002, p.54)

O internamento é uma situação altamente fragilizadora para o doente/família, tornam-se dependentes dos enfermeiros para a realização de algumas actividades de vida. Todo o seu ritmo de vida é completamente alterado, com vista à adaptação do ritmo existente nos serviços.

Assim, como advoga Muller, Metzger, Schwetta e Walter, o que para os enfermeiros representa uma referência e lhes dá segurança, por tratar-se de actividades que desempenham no dia-a-dia, para o doente/família é altamente destabilizante e um mundo completamente desconhecido. Deste modo, o internamento “constitui para o doente uma fonte de angústia porque para ele, a situação pode ser completamente nova”. (Muller, Metzger, Schwetta & Walter, 2002, p.85)

Somente se poderá falar em relação de cuidar quando esta é estabelecida entre duas pessoas, em que ambas tenham um papel activo e possibilidade para expressar os seus sentimentos. Contudo, estas duas pessoas desempenham papéis diferentes, visto uma, ser o prestador de cuidados e a outra a pessoa a que recebe, no entanto “são parceiros activos e determinantes no processo de cuidar.” (Watson, 2002, p.56)

É devido a esta diferença que muitas vezes se verifica uma divergência de ideias e de modos de agir. A fragilidade causada pela doença e agravada pelo internamento, torna o doente/família susceptível a todos os contactos. Deste modo, são de extrema importância, cuidados redobrados com as palavras utilizadas, as expressões faciais, a postura corporal e a maneira de agir.

Nesta perspectiva, o prestador de cuidados deve ser “**conselheiro**, considerando que acompanha a pessoa esclarecendo-a sobre as oportunidades, os riscos, e as dificuldades associadas a este ou aquele caminho e que a ajuda a escolher aquele que é melhor para ela. Aconselhar não significa dar conselhos mas sim ‘criar um tipo de relação que permita ao utente, à pessoa que temos à frente a nós, ganhar suficiente confiança nela mesma para conseguir tomar decisões positivas’. O conselheiro é, com efeito, capaz de manter um discurso pertinente sobre os caminhos possíveis e de reflectir com o doente para o ajudar a orientar-se com o máximo de segurança e de serenidade, a partir da apreciação da situação em que se encontra.” (Hesbeen, 2001, pp.29,30)

Como prestadores de cuidados, nós enfermeiros, devemos adoptar uma postura não directiva. É o próprio doente/família que identifica e valoriza as suas necessidades e nós apenas servimos como mediadores, proporcionando um ambiente, adaptado a cada um, que facilite a recuperação e/ou manutenção de aspectos que contribuam para o equilíbrio do seu estado de saúde.

É necessário que o doente/família sinta liberdade para expressar os seus medos e anseios, situação que muitas vezes é negada pelos profissionais de enfermagem, uma vez que tentam encontrar soluções e adivinhar o que ocorre no espírito do doente/família e não lhes dão tempo para que estes se expressem. Deste modo, é

essencial que “nos calemos por alguns instantes e deixemos os doentes falar” (Muller et al., 2002, p.185)

Embora o estabelecimento de uma verdadeira relação entre enfermeiro/doente/família seja de extrema importância para o sucesso do processo de cuidar, é fundamental que o enfermeiro, não se coloque no lugar do outro, “mas sim que permita ou facilite ‘ocupar o seu lugar’, enquanto Sujeito e não Objecto de cuidados”. (Muller et al., 2002, p.186)

Contudo, o estabelecimento da relação não passa somente pelos aspectos supracitados, mas também por características pessoais dos enfermeiros, nomeadamente, pelos mecanismos de projecção e de defesa. Só assim se poderá explicar o porquê de, alguns doentes serem apelidados de ‘doente difícil’. (Muller, et al., 2002)

Se reflectirmos um pouco sobre estas temáticas algumas são as questões que incorrem no nosso espírito e sobre as quais somos obrigados a reflectir se tivermos em vista uma qualidade crescente do cuidar. Deste modo, na opinião dos mesmos autores, é fundamental que nos interroguemos sobre “Qual a nossa missão de prestadores de cuidados? Quais são os nossos direitos e os nossos deveres? O que é profissionalismo? Quais são os limites da relação com os doentes?”. (Muller, et al., 2002, p.186)

Somente a aquisição da capacidade do enfermeiro se conhecer integralmente a si, em termos de capacidades mas também de limitações, poderá facilitar o estabelecimento de uma relação com o doente/família, isto porque, “o cuidar requiere envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos, a enfermagem oferece a promessa da preservação do humano na sociedade.” (Watson, 2002, p.55)

O doente/família vivenciam os mesmos fenómenos de projecção e de defesa. Contudo, para estes, os fenómenos são vivenciados com uma maior insegurança e angústia. Isto porque, encontram-se preocupados com o diagnóstico e prognóstico da sua doença e também com todos os cuidados que lhe são prestados, podendo

esta situação ser agravada se as representações que o doente/família tem do mundo hospitalar ou de experiências anteriores forem negativas.

Estes aspectos, “influenciam consideravelmente o tipo de relação que irá estabelecer com os prestadores de cuidados”. Assim, é indiscutível que “os prestadores de cuidados têm (...) um papel essencial, o de atender, ouvir, compreender, satisfazer e apoiar todos os doentes”. (Muller, et al., 2002, p.187)

Na profissão de enfermagem, o doente/família são considerados a pedra basilar dos cuidados, neste sentido a sua satisfação também é de extrema importância para a excelência do exercício profissional.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), refere que na prestação de cuidados, os enfermeiros devem considerar como elementos essenciais na satisfação do doente/família:

- “o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- a procura constante da empatia nas interações com o cliente;
- o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;
- o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.” (OE, 2002, pp. 11,12)

Cada vez mais, se caminha para a perspectiva de que a prática do cuidar em enfermagem não seja delineada em função da doença mas sim do doente/família como alvo de cuidados, um ser total, igual a si mesmo, independente e autónomo, um ser livre, com deveres e direitos, com uma cultura, uma espiritualidade, valores próprios e que tem capacidade, desde que informado, para decidir o que lhe é mais conveniente.

A adoção desta postura requer por parte do enfermeiro a capacidade de assumir a responsabilidade da mudança, numa atitude constante de questionar as práticas e os valores que os regem.

Como já referenciamos, o enfermeiro é o profissional que na sua formação se encontra mais vocacionado para a educação/promoção da saúde. É ele que no seu desempenho, e por permanecer mais tempo junto do doente/família, tem a melhor oportunidade de poder estabelecer uma relação facilitadora do processo educativo e proporcionar um leque de conhecimentos que quando aplicados contribuem para que o doente/família atinja comportamentos mais adequados à sua situação. Podemos chamar a esta relação entre enfermeiro/doente/família, na prestação de cuidados, de relação de ajuda. (Lazure, 1987/1994)

Cuidar e ajudar, caminham juntos numa relação inter-pessoal, ou seja, numa relação de ajuda.

Tal como cita Lazure (1987/1994, p.14), estar em relação de ajuda “engloba não só a presença física do enfermeiro junto do cliente, mas também de todo o seu ser”. A autora, defende que o enfermeiro para estabelecer determinadas competências e manter relações de ajuda com o doente/família, necessita de desenvolver a sua capacidade de escuta, de clarificação, de respeito, de congruência, de empatia e de confrontação.

O enfermeiro ao estabelecer uma relação de ajuda tem de desenvolver determinadas competências centradas “na compreensão das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos” e não na doença. (Colliére, 1989/1999, p.155)

Para Florence Nightingale, o campo de competências da enfermagem situa-se por um lado em relação a tudo “que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente”. (Colliére, 1989/1999, p.285) Isto é, o campo de competência na enfermagem baseia-se nos cuidados de manutenção da vida com base em tudo o que permite a alguém continuar a viver com qualidade.

Contudo, ter conhecimentos ou mesmo recursos não implica ser competente, isto é, ser competente é saber mobilizar conhecimentos ou capacidades no momento

certo, perante determinada situação de trabalho. A competência demonstra um nível de desempenho profissional e de uma efectiva aplicação de conhecimento e de capacidades, destacando-se a capacidade de ajuizar. (OE, 2004)

O termo competência não sendo específico da enfermagem tem várias definições que se aplicam à prática de cuidados de enfermagem.

A competência não se reduz a saber ou saber-fazer, é necessário a actualização do saber num contexto singular para que ocorra a passagem à competência, isto porque, “Face às exigências profissionais, cada vez mais diversificadas e específicas, todos os enfermeiros se vêm ‘obrigados’ a aprender e desenvolver capacidades ao longo da vida.” (Lopes, 2005, p.42)

A competência não está nos recursos, tanto de conhecimentos como de capacidades, a mobilizar, mas sim na mobilização em si desses recursos. A competência é da ordem do saber mobilizar e só tem sentido numa situação real, no caso da enfermagem, numa situação de cuidados. É relacionada com determinada situação, não existe de forma autónoma, realiza-se na acção.

Nesta perspectiva, Perrenoud define competência como “uma capacidade de agir eficazmente num determinado tipo de situação, apoiado em conhecimentos, mas não se limitando a eles”. (Oliveira, 2005, p.213)

Competência poderá ainda ser entendida como um conjunto de características individuais, aperfeiçoado a partir de conhecimentos, capacidades e atitudes, que conduzem ao desempenho de actividades em determinados ambientes de trabalho e em áreas em que cada um se mobiliza. (Oliveira, 2005)

Portanto, ainda para o mesmo autor, considera-se como competência possuir conhecimentos e capacidades (domínio do saber - conceptual) e saber utilizá-los ou mobilizá-los (domínio do saber-fazer – competências técnicas e humanas), de forma pertinente e no momento oportuno, numa determinada situação real.

Este é um processo, uma realidade dinâmica, na combinação que faz dos diferentes elementos que a constituem (saber, saber-fazer prático, raciocínio) para responder às necessidades de adaptação às situações.

A responsabilidade é uma característica para que o indivíduo se torne competente, de forma a torná-lo autónomo conferindo-lhe poder de intervenção e tomada de decisão.

Para Le Boterf (1994), a competência é constituída por saber e saber-fazer; ela comporta também os comportamentos do poder e do querer. É necessário querer para poder mobilizar, querer agir para poder agir. O sujeito competente habita o seu domínio de competências.

O ser ou não ser competente passa também pelo reconhecimento dessa competência pelo outro, a pessoa não pode ser declarada competente se não for reconhecida como tal e toda a competência para existir supõe o julgamento do outro. (Le Boterf, 1994)

A capacidade para desenvolver competência é inata, no entanto, esta adquire-se, desenvolve-se e apruma-se ao longo do tempo.

A competência tem uma dimensão social. A imagem que a pessoa tem de si e o sentido que ela dá à sua acção é, sem dúvida, influenciáveis pelo sistema social e cultural em que essa pessoa participa. As competências são sempre contextualizadas, na medida em que toda a acção depende do meio ambiente em que a pessoa está inserida, do contexto em que ela age.

Ao longo do exercício da sua actividade profissional, o enfermeiro vai transitando por diferentes níveis de aquisição de perícia que o conduzem a níveis elevados de prestação de cuidados. A passagem de um nível para outro pressupõe alterações no seu desempenho, nomeadamente confiança progressiva em princípios abstractos que levam à utilização de experiências concretas passadas e uma mudança na percepção e entendimento de uma dada situação. (Benner, 2001)

As competências são adquiridas progressivamente, sendo um percurso dinâmico, que se desenvolve ao longo da vida.

Na perspectiva de Le Boterf, há cinco áreas de saber:

- Saber agir e reagir com pertinência;
- Saber ajustar recursos e mobilizá-los num determinado contexto;

- Saber transpor;
- Saber aprender e aprender a aprender;
- Saber envolver-se. (Lima Basto, 2005)

Por **saber** entende-se a utilização de capacidades, adquiridas nas formas mais distintas, correspondendo à percepção de sabedoria ou conhecimento, e o **saber prático** ou de acção é como que o produto histórico de uma capitalização da experiência, este diz respeito ao **saber-fazer** e ao **saber-ser**. (Lima Basto, 2005)

Benner (2001), por outro lado, refere também que a passagem de um nível para outro requer uma reflexão crítica das nossas experiências, o que permite aos enfermeiros desenvolverem concomitantemente o seu raciocínio moral e as suas competências com o intuito de alcançar a excelência dos cuidados.

Segundo Benner (2001), existem cinco graus de competência definidos, relacionados com a prática de enfermagem, que são: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito. Refere também que os padrões de excelência inerentes a uma prática são baseados na experiência e na educação do enfermeiro, pelo que nunca se começa com o nível de perito.

Grau I – Iniciado

O enfermeiro iniciado não tem experiências anteriores que lhe permitam estabelecer padrões de actuação perante situações novas. A sua actuação pauta-se por normas de actuação rígidas e bem limitadas, tal como nos diz Benner (2001, p.49) “São-lhes igualmente ensinadas as normas, independentemente do contexto, para guiar os seus actos em função dos diversos elementos.”

O enfermeiro neste nível tem dificuldade em integrar o conhecimento teórico (aprendido nos livros) com a prática (situação real), e não consegue estabelecer prioridades nas suas acções, o que torna os cuidados iguais para todos. Neste grau incluem-se os alunos de enfermagem, os profissionais em integração e todos os enfermeiros que não estejam familiarizados com “os objectivos e os aspectos inerentes aos cuidados” (Benner, 2001, p.50).

Grau II – Iniciado Avançado

Para Benner, “O comportamento das iniciadas avançadas é aquele que pode ser aceitável, pois já fizeram frente a suficientes situações reais para notar (elas próprias ou sobre a indicação de um orientador) os factores significativos que se reproduzem em situações idênticas”. (Benner, 2001, p.50)

Os iniciados e os iniciados avançados apenas apreendem um pequeno aspecto da situação, sentem que tudo é muito novo e estranho, e que têm de ter concentração nas regras aprendidas. Necessitam de orientação para estabelecer prioridades. Já conseguem saber as consequências das suas acções, através da sua experiência e agir de acordo com isso.

Grau III – Competente

O enfermeiro torna-se competente quando, “começa a aperceber-se dos seus actos em termos objectivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente”. (Benner, 2001, p.53) Para tal é necessário permanecer num serviço durante um intervalo de tempo considerável (pelo menos três anos).

Neste grau, o enfermeiro planeia conscientemente o que tem a fazer (com alguma limitação); tem consciência dos imprevistos e sente que é capaz de os resolver. A sua actuação segue um determinado padrão pois este não consegue ter uma perspectiva holística da pessoa.

Grau IV – Proficiente

O enfermeiro proficiente, “apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas”. Além disso “aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que acontecem numa determinada situação, e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar”. (Benner, 2001, pp.54,55)

A experiência adquirida ao longo dos anos permite-lhe ver a situação como um todo, o que lhe facilita a tomada de decisão. A sua característica fundamental é a percepção da situação que o rodeia. (Benner, 2001)

Grau V – Perito

Para Benner, o enfermeiro perito “já não se apoia sobre o princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao

acto apropriado. (...) tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”. (Benner, 2001, p.58),

Neste grau o profissional tem uma compreensão profunda da situação no seu todo. Age segundo a sua intuição o que dificulta a avaliação das suas capacidades. A característica do enfermeiro perito é a sua capacidade de percepção e de reconhecimento das várias situações. (Benner, 2001)

Benner (2001), no seu modelo valoriza fortemente as expectativas profissionais enquanto fonte de aprendizagem e reflexão. Considera que os conhecimentos em enfermagem não se desenvolvem na sua totalidade se os enfermeiros não interiorizarem os conhecimentos adquiridos com a prática e a experiência. Para além da preparação formal é necessário desenvolver as competências, uma vez que é impossível aprender maneiras de estar, unicamente através de conceitos e teorias.

Em síntese, Benner (2001) descreve sete domínios de competência nos cuidados de enfermagem:

- Função de ajuda;
- Função de educação e de guia;
- Função de diagnóstico e de vigilância do doente;
- Actuação eficaz em situações de evolução rápida;
- Administração e vigilância dos protocolos terapêuticos;
- Assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados;
- Competências em matéria de organização e distribuição de tarefas.

Recentemente também a Ordem dos Enfermeiros (2004) definiu as competências do enfermeiro de cuidados gerais segundo os seguintes domínios:

- Prática profissional, ética e legal;
- Prestação e gestão de cuidados;
- Desenvolvimento profissional.

Tanto Benner como a Ordem dos Enfermeiros, descreveram os domínios das competências em enfermagem necessárias para as acções que os enfermeiros desenvolvem na sua prática, o que os diferencia dos restantes elementos da equipe multidisciplinar.

CAPÍTULO II – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

2.1 - CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA

O conceito de Saúde tem evoluído ao longo dos anos, e actualmente implica a capacitação dos indivíduos para que possam desenvolver-se e influenciar positivamente o meio que os envolve, tomando decisões saudáveis e adaptando-se continuamente às exigências do meio (Nutebean, 1997 e 1998; WHO, 1986b).

Para Atkinson e Murray (1985/1989), saúde é o estado de pleno funcionamento da pessoa, esta usa a mente e o corpo para viver de um modo que seja particularmente satisfatório e aceitável.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1986a), ao definir saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, apresentava já uma visão multidimensional afastada do tradicional modelo bio em que é dado ênfase médico à saúde física. No entanto, este conceito de saúde foi posto em causa pela sua limitação a uma vaga ausência de doença e a um impossível completo bem-estar. A evidência acumulada pela investigação nas várias áreas relacionadas com a saúde impôs a necessidade de se encontrar uma outra estrutura teórica que permitisse completar a compreensão do binómio saúde e doença. É assim que mais recentemente emerge um novo paradigma no campo da saúde, o paradigma da salutogénese (do latim: *salus* = *saúde*; e do grego: *genesis*= *origens*) que acentua as origens da saúde e do bem-estar, e que passa a constituir uma outra proposta fundamental na abordagem da saúde, focada na descoberta não da doença, mas sim dos factores que mantêm o cidadão com a melhor saúde (OPSS, 2003). Este conceito tornou-se mais objectivo, passando a definir-se como: a extensão em que um indivíduo ou grupo, é por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, e por outro, capaz de modificar ou lidar com o meio que o envolve. A saúde, actualmente, passa a ser vista como um recurso para a vida de todos os dias e uma dimensão da qualidade de vida. A isto Nutebean (1997) acrescenta que, a saúde, é avaliada como uma vantagem pessoal e social, e a noção de que a saúde não é apenas uma responsabilidade individual. Assim sendo, é muitas vezes difícil estabelecer a fronteira entre um indivíduo saudável e outro que não o é, ou seja, o que é considerado doença ou saúde. Por

outro lado, saúde e ausência de doença não são conceitos equiparáveis e inclusive, em certos casos torna-se difícil torná-los compatíveis (Costa & Lòpez, 1996)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1986b) os factores determinantes de saúde/doença decorrem de factores individuais (psicológicos, sociais e genéticos), sociais, culturais, económicos e ambientais. A intervenção benéfica ou maléfica de qualquer um destes factores no indivíduo pode suscitar um processo de saúde/doença e conseqüentemente uma definição de qualidade de vida variável de indivíduo para indivíduo.

Honoré (1996/2002), refere que a saúde caracteriza a existência do ser (homem), e que pode ainda ser entendida como um estilo de vida, como um bem que o homem possui e do qual pode dispor, como caracterizando as atitudes humanas (naquilo em que elas são objecto de um julgamento, de um avaliação), exprime a nossa relação com o ambiente e com os outros (na apreciação dos perigos, dos riscos e dos recursos), e por último refere que a palavra 'saúde' adquiriu actualmente uma forte ressonância económica e política. Nesse caso, "o conceito de saúde é particularmente polissémico quanto ao seu conteúdo, ao seu campo e ao valor que lhe é atribuído." (Honoré, 1996/2002, p.39)

A saúde está relacionada "com a percepção que cada pessoa ou comunidade tem num determinado momento e contexto, e depende de crenças relacionadas com a vida, o sofrimento e o significado de morte." (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005, p.11)

De acordo com os mesmos autores, "A saúde de cada pessoa depende do seu projecto de vida, do seu sentido de felicidade e da sua forma específica de estar no mundo." (Rodrigues et al, 2005, p.11)

A Ordem dos Enfermeiros considera que "A saúde é um estado, e simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. (...) um estado subjectivo; não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. (...) é variável no tempo, (...) procura o equilíbrio em cada momento, (...) é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja" (OE, 2002, p.6)

Tal como o conceito de saúde foi evoluindo ao longo dos tempos, o mesmo aconteceu com o conceito de doença. Já numa perspectiva mais recente a doença era frequentemente definida como ‘ausência de saúde’ – definição que também não era esclarecedora. Algumas autoridades encararam a doença como um estado de desconforto físico. Infelizmente, perspectivas redutoras como estas levaram os investigadores e os profissionais de saúde a descuidar os componentes emocionais e sociais da doença e da saúde. Definições mais flexíveis, quer de doença quer de saúde, consideraram variados aspectos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como factores psicológicos, sociais e biológicos (Bolander, 1998).

Poderá então considerar-se que a doença é o desequilíbrio do indivíduo, consigo mesmo, com os outros e/ou com o meio, indo para além de alterações morfofuncionais.

Tanto o conceito de saúde como o de doença corresponde a experiências singulares e objectivas, difíceis de serem expressas por meio de palavras, e tende-se a associar normalidade à saúde assim como anomalia à doença.

Em síntese, não existem definições universais, logo saúde e doença não são situações ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança, pois cada indivíduo interpreta a saúde e a doença de um modo diferente, dependendo do contexto social em que está inserido, ou seja, de acordo com seus valores e costumes, o indivíduo constrói as suas próprias definições de ‘saúde’ e ‘doença’. Ainda que não seja conscientemente, cada pessoa toma atitudes baseadas nesses conceitos particulares para manter-se saudável e não ficar doente.

Poderá dizer-se que saúde é sinónimo de qualidade de vida, uma fonte de riqueza da vida quotidiana e que, a doença, poderá ser uma ameaça à integridade da pessoa, uma degeneração da qualidade de vida.

2.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

2.2.1 - Conceitos e Objectivos

A promoção da saúde e a educação para a saúde são conceitos que sempre fizeram parte integrante da saúde das populações. Importa clarificar estes conceitos uma vez que eles se enquadram no tema geral do estudo.

A promoção da saúde é um conceito amplo, deve dirigir-se ao sistema e não apenas a indivíduos isolados dentro dele. A promoção da saúde, é assim um processo e não uma actividade.

Tanto é, que Green e Kreuter, referem que a promoção da saúde tem vindo a distinguir-se da educação para a saúde como sendo mais vasta, pois alguns dos métodos da promoção da saúde não compreendem uma “filosofia educacional” (Russel, 1996, p.5)

A educação para a saúde é uma das estratégias essenciais utilizada para a promoção da saúde, isto é, um dos caminhos a percorrer, constituindo uma finalidade comum a todos os que estão envolvidos na promoção da saúde.

A Promoção da Saúde teve o seu grande impulso em 1986, com a 1ª Conferência Internacional realizada a 21 de Novembro, na qual foi publicada a Carta de Ottawa. Esta, define promoção da saúde como um “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.” (WHO, 1986c, s.p.) Isto é, o processo através do qual os indivíduos são habilitados para ter maior controlo sobre e melhorar a sua própria saúde.

Em 1997, na Declaração de Jacarta, a Promoção da Saúde para o Século XXI, é entendida como um “investimento valioso (...) elemento essencial para o desenvolvimento da saúde (...) processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre a sua saúde e para melhorá-la.” (WHO, 1997, p.3)

As estratégias de promoção da saúde são essenciais para se obter mais equidade em matéria de saúde, sendo elas:

- Estabelecer políticas públicas saudáveis que implicam o envolvimento, a consciencialização e a responsabilidade de todos os decisores políticos, em todos os sectores e a todos os níveis;
- Criar ambientes favoráveis à saúde - consiste na criação de condições de vida e de trabalho que conduzam à saúde e ao bem-estar;
- Reforçar a acção comunitária - esta desenvolve-se através da participação do indivíduo e da comunidade nas tomadas de decisões em questões que dizem respeito à sua saúde;
- Desenvolver as competências pessoais, pressupõe o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informações sobre a saúde, educação para a saúde, nas escolas, locais de trabalho e em qualquer espaço público de forma a permitir que as pessoas desenvolvam as suas competências no sentido de obterem uma vida saudável;
- Reorientar os serviços de saúde, isto é, cada vez mais os profissionais de saúde devem transitar do enfoque curativo para um enfoque preventivo de promoção de saúde, com a formação de profissionais capazes de acompanhar esta mudança. (WHO, 1986c,1997)

Como se pode verificar, o aspecto mais importante da promoção da saúde é a participação activa dos indivíduos/comunidade. A efectiva participação em todos os processos e estratégias promotoras de saúde, permitirá a cada indivíduo e a cada comunidade, possuir um elevado grau de controlo sobre a sua própria vida e saúde.

Green e Kreuter consideram a promoção da saúde como “qualquer combinação planeada de suportes educativos, políticos e organizacionais para acções e condições de vida que conduzem à saúde dos indivíduos, grupos ou comunidades.” (Russel, 1996, p.5) Nesta perspectiva, a promoção da saúde inclui a educação para a saúde.

Existem muitas definições de educação para a saúde, sendo que a maior parte delas salientam que se trata de processos e experiências educacionais com a finalidade de influenciar positivamente a saúde, diminuindo os factores de risco e

incrementando os factores de protecção, detectando precocemente os problemas de saúde e alterando condutas que permitam o tratamento das doenças, recuperando a saúde e evitando as recaídas. (Bennett & Murphy, 1999; Costa & López, 1996; Paul & Fonseca, 2001)

Em 1991, Greene e Kreuter, definiram a educação para a saúde como “qualquer combinação planeada de experiências de aprendizagem, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades.” (Russel, 1996, p.5)

Com isto, subentende-se que a educação para a saúde seja uma educação mais global e polivalente.

A definição de educação para a saúde aceite pelo Conselho de Ministros da CEE e consagrada na Resolução n.º 89/C3/01 (Official Journal, 1989) menciona-a como um processo baseado em regras científicas que utiliza oportunidades educacionais programadas de forma a capacitar os indivíduos, agindo isoladamente ou em conjunto, para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com saúde.

Capacitar os indivíduos para identificarem os seus problemas e necessidades, utilizarem adequadamente os seus recursos e promoverem uma vida saudável, implica esforços conjuntos dos vários agentes da promoção da saúde, nomeadamente os enfermeiros. A Carta de Ottawa refere que a saúde não se produz nas pessoas pelos serviços de saúde, mas antes resulta da capacidade e de iniciativas individuais em interacção com os profissionais de saúde, com a sua rede social de apoio (por exemplo família) e com o seu meio ambiente físico e social. (WHO, 1986b)

Nardiz considera que, “a educação para a saúde 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 saúde como com a família e comunidade.” (Custódio & Cabrita, 2002, pp.55,56)

Poderemos também concluir, que a educação para a saúde implica uma real participação do indivíduo e da comunidade na melhoria da sua saúde, reflectindo

conjuntamente com os profissionais de saúde sobre os seus problemas, manifestando as suas necessidades consideradas prioritárias e participando activamente no processo da educação.

A educação para a saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. (Costa & López, 1996)

Trata-se de um recurso, por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida quotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde/doença para a adopção de novos hábitos e condutas de saúde, figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. (Costa & López, 1996)

Para Redman (2001/2003, p.4) “A educação para a saúde é praticada segundo um processo de diagnóstico e intervenção.” Isto pressupõe, educação centrada no doente/família, um processo dinâmico de reflexão-acção e para isso é indispensável uma comunicação eficaz e eficiente.

A Joint Commission International (1998/2003, p.127) refere-nos ainda que “A verdadeira educação começa com uma avaliação das necessidades de aprendizagem do doente e da família. Esta avaliação determina não só o que deve ser apreendido mas também como é que a aprendizagem se pode realizar da melhor forma. A aprendizagem é muito mais eficaz quando se ajusta às preferências de aprendizagem de um indivíduo, aos seus valores culturais e religiosos, às suas capacidades de linguagem e de leitura e quando ocorre em alturas adequadas no processo de cuidados.”

Mais uma vez, se reforça a necessidade do foco principal das intervenções de enfermagem em educação para a saúde ser aquele doente/família.

Ewles e Simnett (2003), definem que as acções de educação para a saúde como oportunidades planeadas para as pessoas aprenderem sobre saúde, e empreenderem alterações voluntárias nos seus comportamentos. Estes programas vão desde a disponibilização de informação, exploração de valores e atitudes, até à promoção de condições para a tomada de decisões e desenvolvimento de aptidões, que proporcionem as alterações de comportamento desejadas.



Como nos diz Martins, a educação para a saúde não deve ser encarada apenas como uma disciplina que ensina e avalia, mas sim como um estado de espírito, um princípio de acção, uma oportunidade de identificar as necessidades dos doentes, uma atitude permanente na vida de todos os dias. (Martins, 2002)

Esta autora refere ainda que, as acções de educação para a saúde não devem ter em conta só o indivíduo em contexto familiar, mas também devem contemplar a família, no sentido de desenvolver as suas competências na promoção e manutenção da saúde dos seus membros. O processo educativo deve premiar todas as práticas de cuidado do doente, e envolver a família no seu contexto, isto porque “A educação inclui tanto o conhecimento necessário durante o processo de cuidados como o conhecimento necessário após o doente ter alta para outro local de cuidados ou para casa.” (Joint Commission International, 1998/2003, p.127)

Neste sentido, a prática de educação para a saúde deve basear-se “num conjunto de teorias, em resultados de investigação e em competências que devem ser aprendidas e praticadas.” (Redman, 2003, p.3)

A educação para a saúde é assim um elemento indispensável à sociedade, possibilitando aos indivíduos adquirir conhecimentos e competências individuais e colectivas necessárias à obtenção de uma maior qualidade de vida.

Historicamente a educação para a saúde tem como objecto os comportamentos e estilos de vida, e orienta os seus objectivos para a prevenção primária, para a prevenção secundária e para prevenção terciária – recuperando a saúde e evitando as recaídas. (Bennett & Murphy, 1999; Costa & López, 1996; Paul & Fonseca, 2001)

Costa e López (1996) defendem que os objectivos da educação para a saúde se orientam no sentido de capacitar os indivíduos para: a) definir os seus próprios problemas e necessidades; b) compreender o que podem fazer acerca desses problemas com os seus próprios recursos e apoios internos; c) e promover as acções mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e o bem-estar da comunidade.

Concluindo, o grande objectivo da educação para a saúde é melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e das comunidades, isto é, auxiliá-los a atingir e a

manter um nível óptimo de saúde. Para tal, dirige-se particularmente às práticas e a comportamentos determinantes da saúde, visando debelar ou minimizar os que são prejudiciais, e promover os que são benéficos.

O objectivo da educação para a saúde será alcançado sempre que as estratégias utilizadas forem as mais apropriadas e adaptadas às necessidades, de modo a promoverem a saúde, permitindo aos indivíduos crescerem em autonomia e sentido de responsabilidade.

2.3 – O ENFERMEIRO E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

De acordo com o n.º 1 do Artigo 4º do Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro de 1996, a enfermagem é referida como uma “profissão (...) que tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, (...) de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”. (Portugal, 1996, p.2960)

Os Cuidados de Enfermagem, de acordo com o mesmo Decreto-lei, são entendidos como “as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”, tendo por fundamento:

- a interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;
- o estabelecimento de relação de ajuda com o utente;
- a utilização da metodologia do processo de enfermagem nas suas intervenções. (Portugal, 1996, p.2960)

A Ordem dos Enfermeiros refere, que os cuidados de enfermagem encontram-se centrados na relação inter pessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou grupo, com o objectivo de prestar ajuda para a realização do seu projecto de saúde. O enfermeiro no âmbito do seu exercício profissional, “distingue-se pela formação e

experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.” (OE, 2002, p.8)

Gândara e Lopes (1992), referem que os cuidados de enfermagem englobam tudo o que os profissionais fazem dentro das suas competências, para prestar cuidados ao doente/família com vista a ajudá-los, com o objectivo de contribuir para o seu bem-estar, qualquer que seja o seu estado. São as acções de enfermagem propriamente ditas.

Henderson afirma que a função singular da enfermeira é assistir o indivíduo, doente ou não, na realização das actividades que contribuem para a sua saúde, ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena) e que ele levaria a cabo sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessários. E fazê-lo de maneira a ajudá-lo a adquirir independência, o mais rapidamente possível. (Henderson, 1994)

É a intencionalidade colocada na realização destas actividades que constitui o contributo único e insubstituível da Enfermagem para as pessoas, no contexto de equipa de saúde. É nesta área que os enfermeiros são verdadeiros especialistas e há que reconhecê-lo. Porém esta actividade de enfermagem é muito complexa, exigindo o conhecimento de muitos e diversificados saberes e de técnicas neles fundamentadas que os enfermeiros dominam.

Hesbeen descreve que “Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova de talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados.” (Hesbeen, 2001, p.52)

Os enfermeiros são confrontados diariamente também com a necessidade de dar resposta às necessidades dos doentes, que resultam das decisões terapêuticas

médicas (terapêutica, monitorização, controlo de outros parâmetros, etc.), que obviamente os impõem, face à necessidade de dar resposta às necessidades do doente/família.

O essencial dos cuidados de enfermagem é, então, a acção interpessoal do enfermeiro e do doente/família, com vista a produzir neste um resultado terapêutico; os acessórios são as técnicas, protocolos, formas de organização, contextos utilizados pelos enfermeiros. (Watson, 2002)

Como referenciamos as intervenções de enfermagem são autónomas e interdependentes. A educação do doente e da família está englobada nas intervenções autónomas, isto é, são “as acções realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (OE, 2004, p.7)

Podemos ainda dizer que a educação do doente/ família é uma das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, pois, “A competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar.” (OE, 2004, p.16)

Na aplicação destas competências o enfermeiro leva a que a sua acção se traduza em autonomia do doente/família, de forma a que estes acreditem em si mesmos e a exercitem as suas competências, tornando-os autónomos, intervenientes e responsáveis. (Navarro, 1995)

A Ordem dos Enfermeiros refere 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.” (OE, 2004, p.5)

Assim, no campo da prestação de cuidados, mais propriamente, na promoção da saúde, é da competência dos enfermeiros a Educação para a Saúde e várias são as formas de actuação, destacando-se as seguintes:

- “Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação. (...)
- Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou manutenção das capacidades para uma vivência independente.
- Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.
- Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.
- Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.” (OE, 2004, p.20)

Podemos então proferir que a forma do enfermeiro enquanto educador, não se restringe a meros ‘ensinos’, como frequentemente observamos, mas sim, ir ao encontro das necessidades detectadas.

Para isso, teremos de treinar e utilizar competências básicas inerentes ao desempenho da enfermagem.

Contudo, existe um aspecto fundamental que é o sujeito (doente/família) dessa ‘educação’. Estes têm direito a serem respeitados nos seus princípios, na sua personalidade, nos seus valores, costumes e saberes. Só desta forma é que o doente/família aceitarão facilmente o enfermeiro e aquilo que ele lhes transmite. (Sousa & Frias, 2002)

Todo o processo educativo estabelece uma dinâmica de cooperação e inter ajuda, a qual proporciona o crescimento no sentido de pertença, aumenta a confiança em cada um dos intervenientes e torna evidente a importância e a utilidade de cada um, como elemento potenciador de desenvolvimento. (Navarro, 1995)

Na prática profissional os enfermeiros como educadores para a saúde devem:

- Ouvir o doente/família e descobrir quais as suas convicções e necessidades acerca da saúde;
- Criar uma relação de ajuda com o doente/família;
- Criar interesse e entusiasmo pelo bem-estar do doente/família;

- Participar com o doente e família na aprendizagem;
- Ajudar a tornar claras as escolhas à disposição do doente/família;
- Desenvolver as suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento, de maneira a contribuir para a tomada de decisão do doente/família;
- Conferir autoridade/responsabilização/capacidades quer a si próprio quer ao doente e família;
- Conseguir que o doente/família respondam e se adaptem de modo apropriado aos desafios e obstáculos que encontrem. (Lash, 1990)

Todos estes procedimentos diminuem a ansiedade do doente/família e aumentam a independência no seu dia-a-dia. Assim sendo, é importante dotar os enfermeiros de conhecimentos/competências que possam contribuir para um melhor desempenho nesta área.

2.4 - COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM UMA ESTRATÉGIA NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A comunicação é essencial para os seres humanos, sendo um meio importante pelo qual as pessoas expressam muitas das suas necessidades.

Tal é, que Mendes (1994), refere que comunicar é uma componente essencial da vida de cada um de nós que vivemos em sociedade, faz parte do dia-a-dia. É impossível não comunicar, isto é, estamos sempre a comunicar, seja verbalmente ou não.

Comunicar “sugere tornar comum o que é individual e próprio dos indivíduos ou pessoas vivas, em busca da complementaridade das mútuas diferenças, para construir comunidades solidárias. A comunicação sadia exige relacionamento recíproco e leal troca mútua, cujo estado mais perfeito é a comunhão interpessoal.” (Frei Bernardo, 1995, p.170)

A comunicação é também um instrumento básico da enfermagem e permite ao enfermeiro um contacto mais próximo com o doente/família. Cada enfermeiro deve munir-se de habilidades de comunicação e relacionamento, para captar as necessidades expressas, quer pela linguagem verbal, quer por comportamentos do doente/família. O relacionamento eficiente melhora a cooperação do doente/família e a auto-satisfação profissional do enfermeiro. (Ferreira, 2001)

Nesta perspectiva Frei Bernardo, refere que “A efectiva atitude comunicativa implica relacionamento sadio e abertura acolhedora, de modo a proporcionar efectiva troca de informações em que haja ir e vir na emissão e recepção recíproca das mensagens dos intervenientes no processo comunicativo saudável.” (Frei Bernardo, 1995, p.170)

Os enfermeiros necessitam de boas capacidades de comunicação para avaliarem as necessidades do doente/família e prestarem cuidados individualizados, necessitam ainda da comunicação para criarem boas relações interpessoais, nas quais há lugar para a socialização, o afecto e a empatia. (Marrucho, Fernandes & Sousa, 2001)

Segundo Atkinson e Murray (1985/1989), mais de 70% da actividade da enfermagem é dedicada a actividades relacionadas com a comunicação, que englobam o acolhimento, colheita de dados, ensino/educação, entrevista, realização de registos e participação na resolução de problemas de grupo (doente / família).

A interacção enfermeiro/doente/família faz parte integrante da prática de enfermagem, colocando o enfermeiro ora como receptor ora como emissor da mensagem, estando estes papéis sempre a alternar-se e a decorrer em situações vivenciais diárias. (Ferreira, 2001)

Enquanto receptor o enfermeiro deve ter capacidade de apreensão das mensagens significativas do doente/família, quer sejam elas emitidas pelo sentido das palavras, quer por linguagem corporal.

No seu papel de emissor, o enfermeiro deve ter atitudes de atenção, compreensão e ajuda, pelo que, a comunicação é inevitável e só ela permite estabelecer uma verdadeira relação de ajuda, no sentido de proporcionar uma eficaz educação.

Estar atento, “significa dar conta daquilo que fazemos, como o fazemos e o efeito que isso irá provocar nos outros. (...) implica reparar naquilo que os outros fazem e nos resultados que daí advém.” (Burnard, 1993, p.17)

Poderemos então dizer, que para ser um bom comunicador educacional é necessário apreender a ouvir e responder às necessidades do doente/família.

Leitão, refere que a comunicação em enfermagem tem três vertentes fundamentais: a comunicação funcional, a pedagógica e a terapêutica. (Marrucho et al., 2001)

“A **comunicação funcional** resulta da vivência diária com a pessoa, permitindo-lhe perceber o enfermeiro como alguém competente em quem pode depositar confiança. Em contrapartida, o enfermeiro deve desenvolver atitudes de receptividade e partilha. A **comunicação pedagógica** proporciona à pessoa informações necessárias à prevenção, ao tratamento e à reabilitação da sua situação. A **comunicação terapêutica** é a que permite estabelecer relações significativas entre o enfermeiro e a pessoa. Este tipo de comunicação implica a aceitação, respeito caloroso e compreensão empática, baseando-se na comunicação verbal e não verbal, e deve oferecer oportunidade à pessoa de caminhar no sentido da sua autonomia”. (Marrucho et al., 2001, p.17),

Segundo Rogers “uma boa comunicação, uma comunicação livre, dentro ou entre pessoas é sempre terapêutica”. (Rogers, 1970/1985, p.283)

Para promover uma comunicação terapêutica mais eficaz, o enfermeiro deve desenvolver algumas técnicas que, segundo Atkinson e Murray (1985/1989), são: a escuta activa, a reflexão, as perguntas abertas, o esclarecimento, o silêncio, o resumo, a resposta à comunicação imprópria. Assim:

- **Escuta activa:** é uma técnica por meio da qual o enfermeiro conscientemente se focaliza no doente, cujos interesses e necessidades são primários. A escuta activa requer tempo e atenção, porque ouvir é apenas uma parte da escuta. É preciso saber escutar para que depois se possa responder de forma apropriada e segura.

- **Reflexão:** ao utilizar a reflexão o enfermeiro tenta repetir as declarações, os sentimentos e os pensamentos do doente. A finalidade da técnica é ajudar o doente e consciencializá-lo dos seus próprios problemas e necessidades.
- **Perguntas abertas:** o enfermeiro utiliza perguntas abertas para permitir que o doente tenha toda a liberdade de resposta e ainda para recolher dados adicionais, ficando bem expressa a vontade do enfermeiro em escutar. São importantes para ajudar a estabelecer o vínculo da comunicação terapêutica no início do relacionamento enfermeiro/doente/família.
- **Esclarecimento:** é uma técnica que serve para o enfermeiro eliminar dúvidas sobre declarações ou factos que não foram totalmente compreendidos pelo doente/família. É particularmente útil quando as mensagens verbais e não verbais transmitidas pelo doente/família são divergentes às que são fornecidas pelo enfermeiro.
- **Silêncio:** o silêncio como meio de comunicação pode intensificar ou interferir com a interacção. Durante a conversa deve haver silêncio suficiente para que o doente/família fale e formule pensamentos e perguntas. Quando o doente/família não está à vontade ou não deseja falar com o enfermeiro, devemos respeitá-lo pois é um direito que ele tem.
- **Resumo:** o enfermeiro pode resumir por outras palavras os sentimentos e o conteúdo de determinada conversa com o doente/família, de forma sucinta, destacando e ordenando os pontos mais importantes. Utiliza-se normalmente no fim de uma entrevista, para reforçar as mensagens mais importantes. (Atkinson & Murray, 1985/1989)

Segundo Neeb (2000), por vezes, as nossas boas intenções como enfermeiros colocam-nos em conflito com as nossas capacidades de comunicação. De forma não intencional, tornamos a nossa comunicação ineficaz. Este autor apresenta uma lista de ‘obstáculos’ ou impedimentos à interacção terapêutica enfermeiro/doente:

- **Falsa segurança / Frases comuns:** estas frases são usadas como tentativa de dar apoio. Numa relação terapêutica elas anulam as preocupações do doente/família.

- **Minimizar / Desvalorizar:** Não dar a importância que o doente/família espera relativamente aos sentimentos que este expressa.
- **‘Porquê?’:** ‘porquê’ está conotado com censura, desagrado. Frequentemente o doente/família não sabe o porquê e pode sentir-se obrigado a dar uma resposta qualquer. O enfermeiro, muitas vezes, necessita saber ‘porquê’, mas há outras maneiras de perguntar, sem causar tanto stress ao doente/família.
- **Aconselhar:** Os enfermeiros devem evitar a utilização da palavra ‘deve’ ao doente/família. Isso desencadeia expectativas que o doente/família podem não estar aptos a atingirem. Também desencadeia na mente do doente/família, um sistema de valores em que estes acreditam que os valores ‘certos’ são os do enfermeiro.
- **Concordar ou Discordar:** Socialmente, concordamos e discordamos por várias razões. Algumas vezes, estamos apenas a expressar a nossa opinião. Outras vezes, estamos a tentar impressionar alguém para causar uma impressão favorável. Do ponto de vista terapêutico, é sensato evitar afirmações que expressem as nossas opiniões ou valores.
- **Perguntas fechadas:** Elas desencorajam o doente/família a darem respostas completas. As mesmas questões podem ser colocadas de maneira assertiva e terapêutica, de modo a afirmar ou perguntar o que se quer.

Green e outros, referem que a comunicação não verbal inclui todas as formas de comunicação que não envolvam palavras faladas. A percepção da comunicação não verbal envolve todos os sentidos. (Marrucho et al., 2001)

O enfermeiro deve reflectir cada vez mais, na forma como utiliza a linguagem não verbal, na medida em que o nosso corpo é um veículo importante de comunicação. Através dele estamos constantemente, consciente ou inconscientemente, a transmitir mensagens ao doente/família.

O profissional, tem que observar e interpretar o comportamento não verbal do doente/família, não se esquecendo que o seu comportamento também está a ser observado por estes.

Segundo Garcia (2002), existem várias técnicas de comunicação não verbal a ter em conta:

- **Postura** – A forma como nos posicionamos relativamente ao doente deve ser estratégica, o enfermeiro deve situar-se perto do doente, sentado ao seu lado, evitando barreiras físicas entre os dois, ligeiramente inclinado perante ele, com uma postura aberta, numa atitude de aceitação, permanecendo relativamente relaxado. A atitude de disponibilidade deve estar, igualmente bem explícita.
- **Gestos** – A postura inclinada da cabeça, os assentimentos e movimentos verticais e horizontais, servem como que para ‘participar’ no diálogo e incentivar a comunicação, pelo que devem ser correctamente utilizados, auxiliados por uma expressão facial adequada de apoio, interesse, sem censura ou impaciência. Gestos contínuos, circulares, braços abertos, são indicadores de disponibilidade e ajuda, pelo que devem ser os mais utilizados.
- **Tom de voz** – O tom de voz utilizado assim como o volume, velocidade e o ritmo, devem ser adequados às características pessoais do doente/família. Um tom de voz elevado poderá significar agressividade, ao passo que se for demasiado baixo pode tornar-se incompreensível e significar inibição. O ritmo da voz não deverá ser demasiado rápido para que a informação seja clara, assim como, é importante evitar o uso de uma linguagem demasiado técnica para que a mensagem seja recebida e compreendida correctamente.
- **Contacto visual** – É um processo interactivo complexo de grande utilidade na transmissão e recepção de informações, constituindo recurso privilegiado na relação enfermeiro/doente/família. Olhar o doente/família é acima de tudo confirmar-lhe a sua existência para nós, a nossa preocupação, os nossos sentimentos. Deve ser utilizado regularmente, funcionando como incentivo à comunicação.
- **Toque** – Tocar alguém é uma forma de criar laços, indispensáveis a qualquer tipo de relação, mesmo profissional. Apesar de ser função dos

enfermeiros tocar o doente no sentido de avaliar, estudar, observar, esquecemos o quanto importante é tocar o doente com o simples intuito de cuidar a pessoa que temos perante nós. Esta atitude é como que uma forma visível e real de construir pontes que permitam transmitir ao doente que não está sozinho e que pode contar connosco.

O espaço onde comunicamos com o doente/família é um aspecto importante a ter em conta, pois a privacidade é algo que devemos respeitar, devemos procurar um local tranquilo, acolhedor, evitando corredores ou enfermarias cheias de doentes, isto porque, a privacidade facilita a comunicação e proporciona ou induz a confiança. (Frei Bernardo, 1995)

O enfermeiro deve ter em atenção outro factor importante para uma comunicação eficaz, que é o da utilização do nome da pessoa, isto marca uma forma de individualidade, acolhimento e reconhecimento atencioso a ter sempre presente na prestação de cuidados de enfermagem. (Frei Bernardo, 1995)

O enfermeiro deve ser um elemento facilitador de comunicação, pois ao conseguir uma comunicação eficaz, ele está a melhorar o nível de saúde do seu doente, e a rejeitar a abordagem reducionista imposta pelo modelo biomédico. (Ferreira, 2001) “A comunicação correcta e a ajuda adequada facilitam o desenvolvimento da auto-confiança, a aceitação da própria doença e a elaboração recíproca. (...) os modos de agir e de comunicar revelam a qualidade e identidade da pessoa.” (Frei Bernardo, 1995, p.172)

Os modelos de enfermagem como modelos do cuidar, valorizam a relação interpessoal e a individualidade da pessoa humana, enfatizam as interacções corpo/espírito e corpo/espírito/ambiente, mais do que a função/disfunção de um órgão ou de um determinado sistema de um doente.

Vários são os modelos teóricos de enfermagem que se centram no processo de interacção entre o enfermeiro e a pessoa que necessita de cuidados. De acordo com este modelo, o cuidar depende do encontro e da caminhada em comum entre uma pessoa que cuida e uma outra pessoa, que recebe cuidados Este é um processo interactivo entre a pessoa que necessita de ajuda e uma outra capaz de a

dar, dando relevo à variedade dos comportamentos humanos dentro de diferentes contextos. (Hesbeen, 2001)

Pelo exposto, a consciencialização do papel da comunicação em enfermagem é imprescindível para o acto de cuidar, “na medida em que procuramos centrar o ‘Cuidado’ nas necessidades daqueles que ‘cuidamos’.” (Caseiro, Pinto, Ramiro & Santos, 2002, p.14)

Podemos concluir, que toda a relação de ajuda estabelecida pelo processo de comunicação se torna numa estratégia de extrema importância para a educação ao doente e sua família, isto porque como nos diz Hesbeen “Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular.” (Hesbeen, 2000, p.37)

2.5 - A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E A FAMÍLIA

Para uma melhor percepção acerca da família e da sua importância, torna-se pertinente uma abordagem à sua problemática.

Como alicerce da sociedade, a família é uma instituição protegida por essa mesma sociedade, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos da Família, a família é um elemento natural e fundamental da sociedade e tem direito à protecção da sociedade e do estado. A mesma declaração completa esta ideia no seu artigo nº 1 ao afirmar que a família “É uma comunidade de pessoas, de funções, de direitos e de deveres, e uma realidade afectiva, educativa, cultural, cívica, económica e social.” (União Internacional dos Organismos Familiares, 1994, s.p.)

Para Pinto (1991), a função principal da família é a função afectiva, pois a família é o lugar onde o individuo é aceite tal como é, e não pelo que representa socialmente. A mesma autora refere ainda que a promoção da função relacional assenta na amizade, pois é no seio da família que se desenvolve a interacção,

baseada na intimidade e prioridade pessoal, através do amor, do diálogo e da solidariedade.

Por outro lado, tal como refere Alberoni e Veca (1993) os seres humanos não querem ser bem tratados por dever, por obrigação, contra a vontade, querem sentir-se apreciados, amados sinceramente pelos que cuidam.

Neste sentido a família deve ser entendida como um sistema, um todo, na globalidade que só numa perspectiva holística pode ser correctamente compreendida. (Relvas, 1996)

Desde os tempos mais remotos, a família, fez sempre parte da vida do Homem, sendo uma unidade básica indispensável ao desenvolvimento da personalidade humana, da sociedade. Esta assume-se como o grupo social mais importante para o crescimento e desenvolvimento do próprio indivíduo.

Tal como o indivíduo, também, a família pode ser analisada em várias perspectivas: perspectiva biológica (laços de sangue), social (grupo organizado que convive seguindo certas normas) e psicológica (interacções e laços afectivos), pois a família funciona como um sistema integrado em que todos devem contribuir para o bem-estar comum. (Bonet, 1995)

A família quando saudável tem capacidade para solucionar as suas dificuldades assegurando a protecção física e psicossocial dos diferentes membros. Tem capacidade de amar e transmitir segurança, condições que se consideram básicas para que cada ser humano se torne uma pessoa realizada.

Fernandes refere que “A família continua a ser uma instituição significativa para o suporte e realização afectiva do indivíduo” (Jacob, 2001, s.p.).

A família é uma unidade social bastante complexa, e a diversidade dos aspectos que a envolve faz reconhecer que pouco se sabe da sua realidade, especialmente porque cada família tende a criar o seu próprio ambiente. (Althoff, 2004)

Considera-se família os elementos que estão emocionalmente ligados, compreendendo pelo menos três gerações, mas também se poderá considerar família, os elementos não ligados por traços biológicos mas, que são significativos no contexto relacional do indivíduo. (Sampaio & Gameiro, 1995) Estes elementos

significativos “são aqueles que sabem ouvir, dar a mão ou simplesmente estar junto, o sentimento de pertença à família, o sentir-se considerado e compreendido como pessoa pelos outros, em particular pelos prestadores de cuidados de saúde.” (Gomes, 1995, p.30)

Podemos então concluir que a “família é aquela que o doente define”, uma entidade histórica representativa e a base fundamental para a vida humana. (Almeida, Colaço & Sanchas, 1997, p.37)

A família tem acompanhado a evolução histórica da economia, da política e de outras forças sociais, lutando pelo seu espaço, articulando-se da melhor forma para manter a sua estrutura e o bem-estar dos membros que a compõem.

Cada um de nós, como elemento pertencente a uma família, sabemos o quanto nos é importante cada membro desta. A falta de um elemento da mesma, por morte ou por outro motivo, trás angústia, ansiedade, sensação de perda em relação à vida. Estes sentimentos realçam a importância da família no seu todo. Cada família está dotada de capacidades para lidar com as dificuldades sentidas de forma individual de modo a produzir um ambiente melhor para cada indivíduo que a compõe.

O estado de dependência do doente, faz com que a família tenha de ser ‘educada’ pela equipa de saúde, principalmente pelos enfermeiros, para que se torne capaz – física, psicológica e emocionalmente – e com conhecimentos suficientes que lhe permitam cuidar do seu doente com confiança e empenho. Associado a estes factores é também importante que haja uma boa rede de suporte social e de saúde para que a família se sinta segura e confiante; em caso de necessidade tem a quem recorrer evitando as situações limite ou a recorrência a serviços de urgência sem necessidade aparente. (Quaresma, 1993)

A família é então um participante activo no processo de cuidados, com uma função de motivação do seu familiar doente, surgindo o seu conhecimento da situação e o seu próprio sofrimento como elementos determinantes no cuidar com qualidade. Este aspecto torna ainda mais complexa a prática dos cuidados, pois de uma pessoa a cuidar passamos a um casal, família ou grupo. (Hesbeen, 2001)

A família empenha-se no processo de cuidados ao seu familiar, em aprender um conjunto de procedimentos, tarefas e aspectos a ter em consideração, tendo em

conta sempre as necessidades do seu membro e as suas, visto que não possui nem a formação nem a experiência profissional que lhe permita reconhecer, na globalidade e especificidade de cada pessoa, as suas necessidades de cuidados e tomar as decisões adequadas acerca do modo particular de cuidar. A razão para tal, é porque tem uma função a desempenhar, é alguém que participa nos cuidados do seu familiar, então, terá de ser integrada no processo de cuidados. (Hesbeen, 2001)

Segundo Quaresma (1993), o apoio à família foi iniciado e tem vindo a desenvolver-se progressivamente a pedido geralmente dos próprios familiares dos doentes. Este apoio tem-se revelado fundamental como forma de permitir, ainda que insuficientemente, aos familiares continuarem a cuidar dos seus doentes no domicílio.

A família é então considerada igualmente um dos enfoques importantes da educação em saúde, realizada pelos Enfermeiros. É necessário ajudar a família, quer nos conhecimentos que não têm, quer a enfrentar a realização de mudanças necessárias ao desenvolvimento das suas actividades de vida.

Entendendo que a família tem um papel fulcral na saúde, na doença e nos comportamentos de saúde torna-se fundamental que os enfermeiros conheçam a sua estrutura, as funções, o modo como a família e doente se relacionam com a saúde e a doença e ainda a relação da família com a doença.

Elsen (2004) afirma que a família é um sistema de saúde para os seus elementos e contém um modelo explicativo de saúde - doença que compreende um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que orientam as acções da família na promoção da saúde dos seus elementos, na prevenção e no tratamento da doença. Por este facto, a família de forma alguma deve ser excluída do processo de cuidados, uma vez que faz parte da vida do doente, é a sua referência de amor, confiança, e, muitas vezes, é motivo da sua existência. O enfermeiro, ao olhar o doente/família dentro da sua dinâmica e, tentando compreender as suas características, necessidades e expectativas, pode e deve prestar uma educação mais direccionada, levando a que o doente/família tomem as suas decisões conscientemente.

A participação do doente/família nos cuidados é assim imprescindível, uma vez que privilegia valores como a segurança, tranquilidade e confiança, pois todos os cuidados são efectuados no núcleo familiar com o envolvimento e responsabilização destes.

Sempre que o doente necessite de hospitalização logo durante o acolhimento do doente/família, o enfermeiro deve através da comunicação/entrevista: proceder à recolha de dados para a história de enfermagem; saber o tipo de conhecimentos que o doente/família tem acerca da sua situação, assim como iniciar uma apreciação preambular das suas necessidades educacionais e da sua família, de forma a ir logo no início preparando o regresso a casa. (Manley, 1989)

Este autor refere ainda que a avaliação das necessidades não deve ser só efectuada aos doentes, mas também aos seus familiares. O período ideal para tal é entre as 24 e as 72 horas após o internamento.

“A relação terapêutica (...) desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. (...) deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo).” (OE, 2002, p.8)

É ainda muito importante que durante o internamento o doente verbalize a sua preocupação e as suas necessidades de ensino/educação. Isso supõe que deve ser o doente/família a optar por expressá-las e não o enfermeiro a impô-las. Nesta perspectiva deve desenvolver-se um processo interactivo, ou o princípio da participação activa em que a relação educativa que se estabelece entre enfermeiro/doente/família “é caracterizada por fazer algo ‘com os outros’ em vez de ‘para os outros’.” (Rodrigues, 2005, p.47)

Cabe assim ao enfermeiro criar o espaço de abertura para o doente/família expressar as suas necessidades em matéria de aprendizagem.

Após o diálogo de necessidades/problemas e as manifestadas pelo doente/família, o enfermeiro deve ter como objectivos: educar, informar e transmitir habilidades. Aos enfermeiros, compete a função de desenvolver uma prática de educação para

a saúde que eduque na contemplação e valorização da diversidade e que confira poder ao doente/família.

A educação para a saúde para atingir a plena eficácia, necessita de ser permanente e de conseguir a cooperação empenhada do doente/família, assim como ser convenientemente adaptadas ao meio em que estes estão inseridos e corresponderem às necessidades sentidas pelos mesmos, não se limitando apenas à simples divulgação de conhecimentos técnicos. (Ferreira, 1990)

A participação e a responsabilização do doente/família no processo constitui um “direito e um dever por excelência, em que o enfermeiro deve ser um agente de mudança, encaminhando-se para um trabalho ‘com’ e não ‘para’” o doente/família, “não para intervir, mas para interagir, determinando as necessidades e contribuindo para a satisfação das mesmas, indo ao encontro das suas expectativas e fazendo-o acreditar na capacidade que tem para gerir os seus próprios recursos.” (Custódio & Cabrita, 2002, p.57)

Os autores supracitados referem ainda que, o enfermeiro após proporcionar informação ao doente/família tem o papel fundamental de perceber como estes a entenderam, assim como, ao lhes oferecer os recursos que tem à disposição, deverá discutir com estes o benefício que lhes proporciona, o importante é que a decisão final cabe sempre ao doente/família. (Custódio & Cabrita, 2002)

Ao enfermeiro compete a ajuda, de o tornar mais consciente e responsável, acreditando que a mudança é viável, mas só o doente/família poderá decidir quando e como mudar.

É durante a prestação de cuidados ao doente que encontramos frequentemente espaço para realizar educação para a saúde, este processo educativo deve permear todas as práticas de cuidado e envolver a família no seu contexto de vida, pois “Família envolvida é necessariamente família esclarecida e cooperante.” (Martins, 2000, p.135)

A doença por vezes requiere vários internamentos institucionais, afastando o doente do seu ambiente familiar, o que ocasiona transtornos na sua vida e da sua família.

Sempre que possível, os cuidados prestados ao doente/família devem ser realizados no domicílio, concretizando-se a intenção actual das instituições hospitalares, que é de conceder alta precoce ao doente, para diminuir os custos e acelerar a sua recuperação num ambiente familiar (Smeltzer & Bare, 1998). O lar exerce sobre o doente um papel importante na manutenção da sua própria identidade, podendo favorecer a sua autonomia e independência, proporcionando-lhe melhorias na sua recuperação e qualidade de vida.

O enfermeiro deve acreditar nas potencialidades do doente/família na perspectiva de educação para a saúde, e permitir-lhes encontrarem opções para a solução dos seus problemas. (Queiroz & Jorge, 2004)

Integrado neste contexto de ensino/aprendizagem, é indispensável o trabalho em equipa. E segundo o Ministério da Saúde, este “deve ser promovido e valorizado, numa concepção aberta e flexível, adaptando os seus modelos de funcionamento às necessidades dos utentes”. (Custódio & Cabrita, 2002, p.57)

Para tal, a equipa deve ser constituída por profissionais de saúde e por profissionais de outros sectores (se for necessário), assim como pelo próprio doente/família, isto porque, a função de participação e de responsabilidade deve ser de todos os envolvidos no processo. (Custódio & Cabrita, 2002)

De acordo com Pestana, são os enfermeiros, que “devido às funções que lhe são atribuídas ‘mais penetram e intervêm (ou deviam intervir)’ na área da educação para a saúde”. (Custódio & Cabrita, 2002, p.58)

O sucesso da recuperação do doente no domicílio depende da família preparada para continuar a prestar os cuidados que a pessoa necessita. Cabe à equipe multiprofissional avaliar criteriosamente o doente/família antes de conceder-lhes alta hospitalar, considerando o nível de conhecimento em relação aos cuidados gerais e à capacidade de aprendizagem dos cuidados específicos à recuperação do doente.

É certo que a doença quase sempre provoca uma crise no indivíduo, que se traduz em dependência, isolamento, ruptura de comunicação (com a vida, no dia-a-dia, com os familiares, etc.). Assim cabe ao enfermeiro em particular e à equipa de

saúde em geral, o planeamento de actividades que visem a adaptação à doença e o restabelecimento rápido de forma a permitir o regresso à vida activa.

Todos estes factores são indiscutíveis para o bem-estar, verifica-se porém que, devido a necessidades profissionais ou outras, muito dificilmente são concedidas às famílias as condições necessárias para que possam exercer o seu papel de cuidadora.

2.6 – MATERIAIS E MÉTODOS UTILIZADOS NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Vários são os significados atribuídos aos vocábulos ensino, aprender e aprendizagem, de acordo com o contexto em que estão inseridos.

Aprender é uma das características mais importantes da espécie humana; é uma forma de aprendizagem que permite ao ser humano adaptar-se às condições do ambiente permanentemente em mudança, assegurando-lhe assim uma flexibilidade no seu comportamento.

Aprender é um processo complexo que implica comportamentos perceptivos, motores, intelectuais, emocionais e sociais, está intimamente ligado à memória como forma de conservar o que foi aprendido. Não podemos aprender sem recordar, nem recordar sem aprender. É através dos conhecimentos e da experiência anterior que nos é permitido seleccionar, organizar e reconhecer as informações actuais. (Tavares & Alarcão, 1992)

A expressão ensino/aprendizagem reflecte a íntima relação entre ensinar e aprender. Poderemos dizer que “ensinar é orientar situações que levam outra pessoa a modificar o seu comportamento.” (Monteiro & Santos, 1997, p.12)

O ensino e a aprendizagem são processos recíprocos. O ensino facilita o processo de aprendizagem, isto é, não é apenas uma questão de transmitir a informação ou ensinar o doente a habilidade de fazer correctamente ou de alterar opiniões. É necessário que ocorra, no doente, todas as alterações do comportamento e o

enfermeiro pode apenas orientar e dirigir o processo de aprendizagem, de forma que ele ocorra de maneira mais fácil e eficaz. (Du Gas,1984)

Para Atkinson e Murray (1985/1989, p.98) o “ensino envolve a alteração de sentimentos ou modos de pensar” e pode ser entendido “como o processo de ajudar o aprendiz a mudar o comportamento em direcção predeterminada.”

Tavares e Alarcão (1992) entendem por aprendizagem uma construção pessoal, resultante de um processo experimental, interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento relativamente estável. Ao dizer que a aprendizagem é um processo, pretende exprimir-se que a acção de aprender não é fugaz e momentânea, mas realiza-se num tempo que pode ser mais ou menos longo.

Sprinthall e Sprinthall referem que, “Praticamente todo o nosso pensamento e comportamento foram aprendidos. A aprendizagem pode ser adaptativa ou desadaptativa, consciente ou inconsciente, manifesta ou não observável. Sentimentos e atitudes são certamente aprendidos como o são factos e competências.” (Monteiro & Santos, 1997, p.10). Para Berbaum (1993, p.13) a aprendizagem é “como um processo de construção e assimilação de uma nova resposta, isto é, um processo de adequação de comportamento, seja ao meio, seja ao projecto perseguido por cada interessado.”

Podemos então, definir aprendizagem como uma mudança estável e duradoura do comportamento e do conhecimento. Esta mudança do comportamento está relacionada com o exercício e a experiência, podendo ocorrer de forma consciente ou inconsciente, num processo individual ou interpessoal.

Através da aprendizagem aprendemos, adquirimos saberes, desenvolvemos capacidades/competências, provocando forçosamente uma mudança pessoal. É a aprendizagem que determina o nosso pensamento, a nossa linguagem, as motivações, as atitudes e a personalidade.

A aprendizagem é um processo que conduz à aquisição ou transformação de valores, atitudes e comportamentos. Não pode ser entendida simplesmente como um conjunto de informações que alguém recebe de outra pessoa.

Aprender é uma construção pessoal que resulta de um processo experimental interior à pessoa que se traduz numa modificação de comportamentos. Aprender é assim, construir e reconstruir metas.

Pode assim definir-se aprendizagem de uma forma simples, como aquisição de algum conhecimento, retenção na memória, ou seja, a existência de uma mudança de atitude. (Simões, 1999)

Na perspectiva de Ferreira (2003), a aprendizagem é um processo pessoal (processo, porque a acção de aprender não é momentânea, isto é, o tempo pode ser mais ou menos longo; pessoal, porque nada se aprende realmente se o que se pretende aprender não passar pela experiência de quem aprende) que, através da investigação, selecção, adesão e aplicação dos saberes à prática, conduz à aquisição ou transformação de valores, atitudes e comportamentos. Quem aprende torna-se, igualmente, mais humano, mais idêntico a si mesmo e mais competente.

A aprendizagem não pode ser entendida, portanto como um acto mecânico através do qual alguém, transformado em recipiente, recebe, dócil e passivamente, um conjunto de informações que outrem aí deposita.

A aprendizagem pode ser entendida de diferentes formas consoante a óptica pela qual é encarada; a aprendizagem e a mudança de comportamento observável ocorrem lado a lado e parecem estar interrelacionadas; a aprendizagem eficaz passa pela aprendizagem experiencial facilitando o chamado ‘conhecimento para a acção’. (Monteiro & Santos, 1997)

Assim, no contexto educativo, a aprendizagem é entendida como uma mudança mais ou menos permanente do comportamento, que se produz como resultado da prática.

Mas para se obter mudanças através da aprendizagem é necessário motivação e esta está relacionada com a vontade da pessoa para aprender. (Redman, 2003)

Como princípios básicos de motivação aplicáveis à aprendizagem em qualquer situação, Redman (2003) refere:

- O ambiente – este pode ser aproveitado para evocar a atenção do doente/família ou do que necessita ser apreendido. A aprendizagem deve

ser reforçada, o doente/família estimulado a praticar o que aprendeu, com feedback, para rectificação.

- A motivação intrínseca – esta é mais duradoura e auto-dirigida do que a extrínseca, deve ser constantemente reforçada pelo elogio e/ou recompensas concretas.
- A disposição do doente/família – a aprendizagem vem com o tempo e a função do enfermeiro é estimular o seu desenvolvimento.
- O material de educação - a motivação é aumentada pelo modo como este está organizado. Material bem organizado torna a informação mais significativa para o doente/família.
- Os objectivos realistas - aumentam a probabilidade de o doente/família os compreender e o desejo de os alcançar, isto faz com que a taxa de sucesso em relação à aprendizagem seja positiva, logo aumentará a motivação.
- A ansiedade média - é útil na motivação, isto é, induz no doente/família o querer aprender saudavelmente, para colmatar as suas necessidades de aprendizagem. A ansiedade excessiva é indutora de incapacidade de aprendizagem, isto é, numa situação de emergência, outros objectivos se sobrepõem aos da educação.
- O estabelecer de metas - demonstra uma intenção e activa a aprendizagem de um dia para o outro.

Antes de se iniciar a aprendizagem, torna-se fundamental activar a motivação e ajudar o doente/família a mantê-la durante o processo de aprendizagem.

Assim, a motivação e a aprendizagem proporcionam a base necessária para planear e ter sucesso na educação.

Para Aires da Silva (1996), os adultos têm formas próprias de aprender e, em particular alguns princípios:

- Se quiserem e se virem interesse nas experiências de aprendizagem em que são envolvidos;
- Associando a aprendizagem ao passado, ao presente e à aplicação futura;

- Praticando o que lhes foi ensinado;
- Com ajuda e orientação;
- Num ambiente informal e não ameaçador.

Estes princípios são válidos tanto para a aprendizagem realizada individualmente como a grupos, e os métodos usados permitem a interacção e a troca de experiências. (Aires da Silva, 1996)

Preconiza-se que a aprendizagem seja então feita de forma activa, isto é, a aprendizagem centrada no desenvolvimento do doente/família, sendo estes que identificam as necessidades de aprendizagem – conduzido/orientado pelo enfermeiro, promovendo assim a autonomia e independência do doente/família.

A aprendizagem reflecte-se na prática da enfermagem, nomeadamente nas sessões de educação para a saúde (formais e informais); estas visam abordar situações vivenciadas pelo doente/família e que necessitam de uma intervenção ‘terapêutica’, através de uma atitude interactiva entre enfermeiro e doente/família. Estas sessões só têm razão de ser, sob o ponto de vista de enfermagem, quando são o doente/família a identificarem as situações que constituem problema e a reconhecerem que necessitam de ajuda; em conjunto definem estratégias de intervenção, fazendo partilha de experiências. Não é “conveniente abordar a pessoa que recebe cuidados como alguém que apenas tem necessidades, uma vez que detém saberes próprios cuja mobilização constitui um poderoso meio de ajuda para accionar a promoção da saúde.” (Hesbeen, 2001, p.28)

No entanto, a educação para a saúde muitas vezes realizada, ainda permanece centrada na transmissão de conhecimentos consolidados nas concepções dos profissionais, e não é considerado o saber da família, a existência de práticas populares, as representações sobre o processo saúde/doença, enfim as condições existenciais no processo de ensino e de aprendizagem. (Queiroz & Jorge, 2004)

Segundo Hesbeen, “Não se trata de criar laços de dependência mas, antes, de criar laços de confiança que permitam a ajuda e facilitem a autonomia, com tudo o que esta implica de capacidade para gerir os seus próprios limites. O prestador de cuidados deve simplesmente acompanhar, esclarecer, transmitir as suas

expectativas e recomendações, enfim oferecer os seus recursos bem como os da equipa em que se integra, com vista a promover a saúde.” (Hesbeen, 2001, pp.31,32)

Desta forma, devemos assegurar uma formação equilibrada, interrelacionando o saber e o saber-fazer, a teoria e a prática, a cultura do próprio e a cultura do meio. Proporcionar ao doente/família experiências que favoreçam a sua formação cívica e sócio-afectiva, inculcando atitudes e hábitos positivos de relação e cooperação.

A educação do doente/família exige o conhecimento de muitos e diversificados saberes e de técnicas fundamentadas que os enfermeiros devem dominar, de forma a adaptar o método ao doente/família, de acordo com os problemas previamente identificados e da sua condição específica.

É igualmente importante que o enfermeiro conheça as suas capacidades de interacção e que igualmente adapte os métodos também às suas características pessoais.

Constata-se que a base legal da educação para a saúde tem-se desenvolvido através de leis e regulamentações da prática profissional, bem como da acreditação das instituições de saúde e mais especificamente através da doutrina do consentimento informado.

Como já referenciámos, o processo de ensino aprendizagem envolve uma metodologia de planeamento comum a qualquer processo educativo, que visa actividades de auto participação em que o cidadão não é um mero ouvinte, mas um actor participante como todos os outros elementos, incluindo os enfermeiros. Neste sentido, cada vez mais se preconiza as metodologias activas e participativas, isto porque envolve e responsabiliza mais o doente e a família. (Custódio & Cabrita, 2002)

Smeltzer e Bare (1993), referem que para atender às necessidades individuais do doente/família, o enfermeiro selecciona de forma adequada técnicas e métodos de ensino tais como:

- O método de ensino da leitura e/ou da explicação – utilizados conjuntamente, e seguido de uma breve discussão. Esta discussão dá oportunidade para o

doente/família expressar os seus sentimentos e preocupações, questionar e ser esclarecido em relação a alguma dúvida que tenha surgido.

- Ensino em grupo – destina-se a doentes/família que necessitam de informações e de se sentirem seguros por pertencerem a um grupo. O doente/família têm oportunidade de identificar-se com os outros, obtendo assim apoio moral e estímulo. Neste, a avaliação e o acompanhamento são realizados individualmente a cada doente/família, para garantir que cada um deles obtenha os conhecimentos e habilidades de que necessita.

- A demonstração e a prática – especialmente utilizado quando está implícito a aquisição de habilidades, por parte do doente/família. O enfermeiro executa em primeiro lugar o procedimento a ser aprendido, só depois proporciona ao doente/família a sua execução e prática.

- Recursos auxiliares ao ensino – diz respeito a panfletos, livros, fotos, filmes, modelos, etc. Estes, quando utilizados adequadamente, são instrumentos valiosos em termos de aprendizagem para o doente e família e porque poupam significativamente o tempo do profissional envolvido. É da responsabilidade do enfermeiro rever todos os recursos antes de os apresentar ao doente/família, para se certificar de que estes são essenciais e adequados para atender às necessidades sentidas.

- O reforço e o acompanhamento – são de extrema importância, porque uma sessão de ensino é insuficiente para a aprendizagem responder com êxito às necessidades do doente/família. As sessões de seguimento são fundamentais para promover a confiança, reforçar o ensino e avaliar o progresso do doente/família, e se necessário planear outras sessões de ensino, de acordo com as necessidades identificadas.

Ainda segundo Redman (2003), os métodos de educação para a saúde podem ser:

- Centrado no formador (Prelecção, interrogação e a demonstração);
- Interactivo (Discussão de classe, grupos de discussão, ensino aos pares e projectos de grupo);

- Individualizado (Ensino programado, ensino modular, projectos independentes e ensino computadorizado);
- Experimental (Campo ou clínica, laboratório, dramatização, simulações, jogos e exercício)

Williams (1988) refere que não se deve usar um único método de educação para a saúde, isto porque, quando um método falha, não devemos desistir e sim aplicar um outro método. O seu sucesso depende também do tempo necessário e da adesão do doente/família.

Para Redman (2003), os modos e os materiais de educação para a saúde são identificados ou construídos para fornecerem as condições de aprendizagem necessárias ao alcance dos objectivos. São eles:

- Modos de ensino interpessoal – este consiste na aprendizagem que ocorre experimentalmente em situações reais, através dos doentes/família e das tarefas que necessitarão realizar por si próprios, consoante a sua necessidade de se tornarem competentes.
- Dramatização – é uma excelente técnica para análise da motivação e da disposição para aprender, bem como para ensinar ideias e atitudes.
- Ensino verbal – diz respeito à linguagem que é utilizada. O formador deve ser competente na utilização desta, isto porque, a terminologia médica é estranha para a maior parte dos doentes/família, o que leva a baixos níveis de compreensão.
- Demonstração e prática – a demonstração é um desempenho de procedimentos ou capacidades psicomotoras, que articuladas com a prática, constituem o método mais adequado para adquirir habilidades. A demonstração tem como finalidade proporcionar uma imagem mental clara de como o procedimento é executado. A prática pressupõe praticar para desenvolverem habilidades motoras.
- Instrumentos de ensino – estes tanto podem ser escritos como audiovisuais. Se estes instrumentos forem bem elaborados, adequados aos

objectivos da educação e às capacidades do doente/família, podem ser quase auto instrucionais.

- Materiais impressos – o uso de vários aumenta a possibilidade de mais sucesso do que o uso de um único meio. Se estes estiverem bem elaborados e de acordo com o nível de literacia dos doentes/família, são uma forma de economizar tempo.
- Literacia – refere-se à capacidade de compreensão adquirida pelo doente/família. Para avaliar a literacia são utilizados testes de habilidades com a finalidade de seleccionar intervenções de educação adequadas. A literacia de saúde engloba uma constelação de competências.
- Computadores – são utilizados para finalidades de educação como exercícios e prática de resolução de problemas com feedback, até se obter o domínio de uma competência. Estes proporcionam aprendizagem individualizada e são um meio excelente para documentar o processo.
- Materiais visuais – quando a educação incide sobre objectos físicos reais é importante que este seja o material utilizado, excepto se o objecto real é muito pequeno, grande, complicado ou dispendioso, se este não está disponível, se a visão desejada não pode ser exposta, ou se o objecto não pode ser manipulado.

A aprendizagem visual é superior à aprendizagem verbal no que se refere ao reconhecimento e à recordação.

Como podemos verificar a metodologia é muita diversificada, mas o fundamental é que o formador domine o(s) método(s) utilizado(s) na educação para a saúde, e que esta vá de encontro às necessidades sentidas pelo doente/família.

Em resumo, em todo e qualquer momento de educação para a saúde, os enfermeiros devem, entre outros, ter atenção aos seguintes aspectos:

- Proporcionar os métodos com que os doentes se identifiquem e com os quais possam aprender;
- Adaptar a educação com os estadios de disposição dos doentes/família;

- Decompor as tarefas mais complexas em unidades mais simples, de sequência atingível, de maneira a que os doentes e família possam experimentar satisfação e sentimento de auto-eficácia;
- Organizar a informação complexa de vários modos para adaptar aos diferentes estilos de aprendizagem;
- Proporcionar feedback imediato de maneira a que os doentes e família possam melhorar as suas respostas;
- Finalizar a educação fazendo os doentes reverem o que aprenderam e sentirem confiança no que podem fazer. (Redman, 2003)

Nesta óptica, “O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.” (OE, 2004, p.4) A prática de enfermagem inscreve-se, assim, num encontro entre uma pessoa que é cuidada e as pessoas que cuidam; num encontro em que estas desenvolvem um processo “que se dirige ao outro para ir ao seu encontro no caminho que é o seu.” (Hesbeen, 2000, p.103)

Neste sentido, o enfermeiro deve desenvolver o seu processo de educação para a saúde com fundamento, isto é, o percurso deve estar organizado, bem delineado, para que quando se chega ao fim a educação para a saúde tenha surtido efeitos positivos.

Segundo Smeltzer e Bare (1993), o processo de educação é parte integrante do processo de enfermagem, logo este também percorre as mesmas etapas. Com a finalidade de atender às necessidades de educação do doente/família são utilizadas as seguintes etapas:

- Avaliação – visa obter informação sobre a história pessoal pertinente e sobre as reacções à doença e ao tratamento, isto é, sobre o nível de desenvolvimento, formação sócio-cultural, status socio-económico, status

intelectual, orientação espiritual, sistema de apoio social, reacções físicas à doença e ao tratamento, reacções emocionais e os estadios de adaptação. Após completar a avaliação, o enfermeiro organiza, analisa, sintetiza e resume os dados obtidos, afim de determinar as necessidades educacionais do doente/família.

- Diagnóstico de enfermagem – serve como orientação ao desenvolvimento do plano de educação;
- Planeamento – inicia-se com a atribuição de prioridades aos diagnósticos, isto é, à urgência das necessidades identificadas, dando prioridade às mais críticas. De seguida, procede-se à elaboração dos objectivos (estes devem ser os do doente/família e os da enfermagem), às estratégias de educação apropriadas para que sejam atingidos os objectivos, aos resultados esperados após a educação, ao período de tempo que se espera para atingir os objectivos e às respostas comportamentais do doente/família no final da educação.
- Implementação – as actividades destes são coordenadas pelo enfermeiro, servindo o plano da educação como base para a implementação. É de extrema importância que o enfermeiro use a criatividade de maneira a que mantenha a motivação do doente/família em aprender, e que identifique as necessidades que estes vão sentir após a alta hospitalar. Esta fase termina quando são completadas as estratégias propostas e registadas as respostas do doente/família às acções. Este registo serve de base à análise final.
- Análise final – é a componente final do processo de educação. Baseia-se na recolha de dados objectivos, isto é, comparar o comportamento final do doente/família às intervenções de enfermagem, de forma a avaliar se os objectivos foram atingidos; e a identificar as alterações que necessitam de ser efectuadas nos diagnósticos de enfermagem, objectivos, interacções de enfermagem e o progresso final esperado.

Cada uma destas etapas é contínua e está relacionada a todas as outras etapas, isto é, são etapas cíclicas e recorrentes. (Smeltzer & Bare, 1993)

Assim, segundo Redman (2003), a educação para a saúde deve ser praticada segundo um processo de diagnóstico, intervenção e avaliação. Este processo inicia-se pela avaliação das necessidades do doente/família. Neste decurso identificamos a natureza da necessidade, a motivação para aprender, e o estabelecimento das metas determinadas em conjunto com o doente/família. A intervenção é traçada para estimular a educação face às necessidades de aprendizagem dos doentes/família. A avaliação ocorre ao longo do processo, em intervalos periódicos, para aferir se as metas estão a ser atingidas. O re-ensino faz-se com frequência, visto que se torna difícil prever com rigor que intervenção conduzirá à aprendizagem desejada num determinado doente/família.

Para o autor supra citado, o processo de educação para a saúde pode ser perspectivado como análogo ao processo de enfermagem, no sentido de que cada um contém etapas de apreciação, diagnóstico, metas, intervenção e avaliação.

O processo de educação para a saúde baseia-se assim na avaliação da necessidade de aprendizagem, avaliação da motivação, declaração do diagnóstico e estabelecimento dos objectivos com o doente/família, ensino - aprendizagem e por último na avaliação e reensino se necessário. (Redman, 2003)

2.7 - REGISTOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Os registos são os alicerces que sustentam toda a filosofia e metodologia do trabalho de enfermagem, que dão visibilidade à prática diária, sendo o testemunho escrito das actividades de enfermagem, isto é, identificam e reforçam a autonomia e responsabilidade profissional dos enfermeiros. (Dias, Mendes, Mourinho, Carreira, Nunes & Ferreira, 2001; Torres & Reis, 2002)

É então, que a documentação dos cuidados de enfermagem constitui uma preocupação para todos os enfermeiros, e embora isso sirva os seus interesses, as principais vantagens são essencialmente em termos do doente/família.

Na prática diária a documentação dos cuidados efectuados é habitualmente denominada pelos enfermeiros como ‘registos’. Tal como refere Murcho (1997), os registos têm como fim descrever a condição do doente (pois eles são individualizados) e quais os cuidados de enfermagem que lhe foram prestados.

Se pensarmos na continuidade, no contexto dos cuidados de saúde em meio hospitalar, constatamos ser fundamental a coordenação entre a equipa multidisciplinar, no processo de assistência e na troca de informação relativa ao estado do doente, e aqueles que ao longo do internamento têm responsabilidade nos cuidados.

É notório que a quantidade de informação gerada e processada nos cuidados de enfermagem é demasiada para que os enfermeiros sejam capazes de a reter na sua totalidade. De acordo com esta realidade, é necessário recorrer a sistemas de informação e documentação que promovam a continuidade e qualidade dos cuidados, assegurando que as reais necessidades sejam garantidas.

Além da transmissão oral dos cuidados prestados, os enfermeiros iniciam assim a comunicação escrita, conhecida por registos de enfermagem, plano de cuidados de enfermagem, nota de alta de enfermagem, etc.

Nos últimos anos, os enfermeiros têm vindo a aperceber-se que os registos não só constituem parte fundamental para a evolução de enfermagem como ciência, como também para a sua afirmação e credibilidade no campo científico.

Neste contexto surge o Processo de Enfermagem, uma forma de registar todos os passos do raciocínio do enfermeiro tendo o doente/família no centro dos cuidados, isto porque, segundo Anderson, “um plano escrito força aqueles que o preparam a dar alguma atenção às necessidades individuais dos pacientes (...) Informa, a todos os que vão prestar cuidados ao paciente, qual a sequência a seguir na prestação desses mesmos cuidados.” (Murcho, 1997, p.26)

Este processo relaciona a identificação de problemas do doente/família, com o planeamento, execução e avaliação dos cuidados, em interdependência contínua, de forma a fornecer um registo completo dos cuidados ao doente. (Sweeney, 1998)

A utilização desta metodologia veio ajudar o enfermeiro a prestar cuidados fundamentados de acordo com o raciocínio lógico da resolução de problemas, evitando decisões baseadas no momento ou na experiência. Apresenta ainda a vantagem de estimular o doente no processo de cuidados, e de promover um processo de construção interactivo de conhecimentos e competências por parte dos enfermeiros. (Doenges & Moorhouse, 1994)

Uma das competências dos enfermeiros é fornecer informação de elevada qualidade, isto porque, esta é imprescindível para a continuidade dos cuidados individualizados ao doente e para a efectivação da melhoria dos cuidados de saúde na sociedade como um todo. (Sweeney, 1998)

Hoje, as 24 horas estão divididas em três turnos e não é possível transmitir verbalmente toda a informação sobre os doentes/família nas mudanças de turno. Assim, os enfermeiros devem ter sempre presente o que são, para que servem e como se fazem os verdadeiros registos de enfermagem. (Xavier, 1997)

Segundo Thora Kron, “Os registos são relatórios escritos que indicam o trabalho executado e os problemas solucionados pela equipa de enfermagem.” (Xavier, 1997, p.29)

Um registo não é só a descrição de um facto ocorrido com o doente/família, é também uma opção na orientação da prática, e como tal na estruturação da documentação, há que ter espaço para olhar a singularidade da pessoa que cuidamos. (Hesbeen, 2001)

Sweeney (1998, p.598), refere que o registo “ deve consistir numa descrição precisa e global do utente e dos factos ocorridos durante o período da prestação dos cuidados.”

Para a autora supra citada, os registos têm como objectivos:

- A comunicação que estes transportam acerca do doente;
- O planeamento dos cuidados, isto porque, desenvolve o trabalho de equipa na avaliação e modificação do plano terapêutico;

- Auditoria, esta serve para avaliar os cuidados de saúde prestados ao doente e as competências dos prestadores de cuidados ou ainda para verificar se os cuidados atingiram os objectivos pré-estabelecidos;
- Investigação;
- Educação;
- Documentos legais;
- Documentos históricos.

Xavier (1997), refere que a finalidade dos registos que mais se salienta é sem dúvida a comunicação entre a equipa de saúde, no entanto existem ainda outras substanciais, tais como: determinar as responsabilidades; colher dados; individualizar os cuidados; integrar diversos aspectos do doente; assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem; avaliar; permitir uma protecção legal; formular dados estatísticos; e analisar os custos hospitalares.

Dias et al. (2001), referem que os registos são uma forma de comunicação entre a equipa multidisciplinar, permitem a individualização dos cuidados e facilitam o planeamento e a continuidade dos mesmos.

No contexto deste trabalho, torna-se também fundamental a função de avaliação que os registos possuem, isto porque, na perspectiva de Doenges e Moorhouse (1994) os registos devem ser escritos de uma forma que traduza o trabalho realizado para conseguir os resultados mensuráveis e as intervenções utilizadas para os obter. Isto é, permite avaliar se os resultados esperados estão ou não a ser alcançados pelo doente/família, e ainda, no âmbito desta função, avaliar a qualidade dos cuidados prestados.

No processo do doente existem espaços específicos para os enfermeiros registarem o seu desempenho junto do doente/família. Esta forma de comunicar com a equipa de saúde deverá ser clara e aberta para que contribua para a qualidade da assistência, e haja respeito para com o doente/família. (Xavier, 1997)

A equipa multidisciplinar só ‘funciona’ se os vários elementos que a constituem tiverem como objectivo comum a melhoria da prestação de cuidados. Por sua vez, só poderemos prestar cuidados de enfermagem se tivermos um conhecimento

completo e profundo sobre o doente, sobre as suas necessidades, sobre os cuidados prestados pelos outros membros da equipa e sobre os resultados obtidos. Toda esta comunicação far-se-á através de registos.

É indiscutível o importante papel que os registos desempenham na continuidade dos cuidados de enfermagem prestados, contribuindo assim, indubitavelmente para a afirmação da enfermagem como ciência.

As informações ocorridas em cada doente, para além de escritas no processo clínico, são transmitidas oralmente pelo enfermeiro que termina o turno ao que vai iniciá-lo nas reuniões de passagem de turno permitindo assegurar a continuidade e a individualidade dos cuidados (Rodeia, 1993).

A medição dos benefícios da enfermagem só poderá ser feita através da efectivação de registos adequados.

O modo como habitualmente se efectuam os registos dá-nos ainda a vantagem de nos fornecer dados descritos de forma cronológica, o que permite uma consulta retrospectiva do processo do doente. (Sweeney, 1998)

Por outro lado, os registos fornecem-nos ainda uma base de dados possíveis de serem utilizados em investigação no sentido de detectar os problemas e definir as variáveis com vista a melhorar os cuidados ou planear necessidades futuras. (Sweeney, 1998)

Podem igualmente constituir uma base para a formação de cada um dos elementos da equipa, visando o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, se houver uma reflexão na equipa sobre determinados registos/situações dinamizada por um enfermeiro que simultaneamente supervisione os cuidados que são desenvolvidos. (Doenges & Moorhouse, 1994)

Os registos de enfermagem podem igualmente ser utilizados para avaliar os cuidados prestados, através das auditorias de enfermagem que analisam os registos fazendo uma comparação com os padrões de qualidade estabelecidos, para determinar se os cuidados atingiram os objectivos pré-estabelecidos. (Sweeney, 1998)

Como reflexo que são das reacções do utente/família, as notas de evolução tornam-se um método individual que permite elaborar os planos de cuidados necessários, assegurando a continuidade da identificação das necessidades do doente/família por toda a equipa. Este método permite rever, estudar e determinar resultados, fornecendo dados sobre a evolução ou não da situação clínica do doente, os problemas, as intervenções e os resultados obtidos e ainda a justificação de todas as intervenções previstas mas que não foram efectuadas. (Sweeney, 1998)

Assim o registo do que foi observado e efectuado constitui uma prova legal visto que não existindo registo, é considerado como não tendo sido efectuado.

Se efectuarmos bons registos de enfermagem, melhor será a comunicação na equipa de saúde, entre enfermeiros e outros técnicos de saúde e destes com o doente/família, seja em contexto hospitalar, seja na transferência dos doentes para o domicílio e que necessitem de cuidados de saúde.

Assim, de modo geral podemos dizer que o objectivo dos registos é descrever problemas detectados, as intervenções realizadas, e consequentemente a avaliação dos resultados, habitualmente de modo cronológico. (Sweeney, 1998)

Pretende-se que simultaneamente reflectam o pensamento e as razões de decisão do enfermeiro.

Não podemos falar de registos de enfermagem sem abordarmos o processo de Enfermagem. Este é composto por: a 'Colheita de Dados Inicial', onde é registada a apreciação inicial; o 'Plano de Cuidados', onde são identificados os problemas/necessidades e planeadas intervenções; 'Registos de Evolução ou Notas de Evolução', que é a materialização do plano e onde se registam a avaliação dos cuidados e ainda registo de 'Planeamento da Alta'. (Doenges & Moorhouse, 1994)

A colheita de dados inicial deve ser feita no momento de admissão (podendo ser completada posteriormente), tem como finalidade identificar as necessidades, individualizar os cuidados e posteriormente avaliar as acções de enfermagem, e é normalmente feita em impresso próprio. (Dias et al., 2001)

Esta colheita de dados deve conter: dados biográficos, história social e história clínica de enfermagem. (Dias et al., 2001)

Este primeiro contacto deve ser efectuado num ambiente que privilegie a tranquilidade, empatia e tolerância, uma vez que é determinante para o relacionamento com os restantes elementos da equipa e para conseguir a adesão e participação do doente/família no plano terapêutico.

O plano de cuidados efectuado para cada doente serve como orientador dos cuidados, pelo que é necessário fazer uma avaliação diária dos resultados obtidos comparando-os com os esperados.

Sempre que possível o doente/família deve participar na elaboração do planeamento dos cuidados, o que irá certamente facilitar a sua adesão, recuperação e aumentar o sucesso da nossa intervenção.

As notas de evolução são registos cronológicos e pormenorizados de situações significativas do doente, evolução ou involução da sua situação e avaliação dos resultados obtidos. Através destas pode alterar-se o planeamento de intervenção e garantir a continuidade/individualidade dos cuidados.

O planeamento da alta assume especial importância quando o doente/família necessita de apoio por parte do Centro de Saúde, ou outras instituições, após a alta. Esta atitude de parceria é fundamental para garantir a continuidade dos cuidados.

Tal como nos refere Sands e Smith (2003, p.660), “O processo de planeamento da alta coordena a transição do doente, do hospital para o domicílio, e garante a continuidade absoluta dos cuidados. O planeamento da alta prepara o doente e a família para a transição de um local de prestação de cuidados de saúde para outro, e inclui a avaliação das necessidades do doente, (...) coordenar os vários serviços de profissionais e voluntários a ser usados nos cuidados ao doente no domicílio”.

Macheça (2000/2005, p.945) define o planeamento da alta como “um processo organizado, coordenado, interdisciplinar, que assegura um plano de cuidados ao cliente que sai do estabelecimento de cuidados de saúde”, tendo como objectivo

promover a continuidade dos cuidados e assegurar uma transição suave do estabelecimento de saúde para o contexto domiciliário.

Jesus, Silva e Andrade (2005, p.27) definem continuidade como “a transição real e eficaz do utente, da instituição de saúde onde está internado para casa”. Esta exige a preparação do doente para a alta e a coordenação dos recursos adequados, de forma a facilitar a adaptação do doente/família, sendo para isso fundamental que o enfermeiro do internamento e o enfermeiro de família promovam o envolvimento dos referidos actores nos cuidados e defendam uma utilização eficaz dos recursos profissionais e familiares, o que se revela imprescindível face às realidades dos dilemas económicos dos cuidados de saúde.

Como refere Luz, “a continuidade dos cuidados favorece o conhecimento do utente não como um elemento isolado mas sim intimamente integrado num grupo familiar e na sua comunidade.” (Luz, 2003, p.35)

Mas para que esta continuidade de cuidados se aplique quer em regime de internamento, ambulatório ou domiciliário, é fundamental a existência da carta de alta/transferência, a qual deve descrever o que ocorreu durante o internamento do doente, de modo a dar continuidade aos cuidados de enfermagem. (Dias et al., 2001)

Também na perspectiva de Luz (2003), a carta de alta é um bom instrumento de comunicação, pois contém informação importante e necessária à identificação do doente, das suas necessidades, do apoio familiar e dos recursos da comunidade. Deste modo, possibilita um conhecimento integral da situação do utente/família, bem como as suas respostas para a resolução de problemas, dando informações que possibilitam aos enfermeiros uma prestação adequada de cuidados de saúde.

No entanto, de acordo com a referida autora é necessário criar um instrumento de comunicação bidireccional que torne mais eficaz a continuidade de cuidados, não devendo a articulação de cuidados de enfermagem entre as instituições limitar-se à realização de uma carta de alta de enfermagem. A elaboração deste instrumento não deve substituir a carta de alta, mas sim complementá-la, no sentido de tornar mais efectiva, clara e concisa a comunicação entre os enfermeiros dos vários níveis de prestação de cuidados. (Luz, 2003)

Segundo Torres e Reis (2002), a carta de alta deve ser elaborada em duplicado e deve conter:

- Identificação dos problemas que atingiram o doente, e dos que ainda é detentor;
- Intervenções de enfermagem utilizadas para lidar com o problema;
- Programas futuros para a resolução do problema;
- Ensino/orientação do doente/família sobre o problema, e respectiva responsabilização.

Toda esta informação é de vital importância para a próxima equipa de saúde, pois confere satisfação e qualidade dos cuidados a prestar ao doente/família, constituindo um óptimo meio de comunicação/articulação inter-institucional. (Torres & Reis, 2002)

A família deve então ser envolvida em todo o processo, sendo que muitas vezes são fundamentais para garantir a recuperação ou satisfação das actividades de vida diária, quando o doente não consegue fazê-lo sem ajuda.

Os modelos de impresso onde se documentam os dados, variam obviamente segundo a instituição, no entanto existem determinadas recomendações que são reconhecidas nacional e internacionalmente:

- Escrever sempre com letra legível, e de preferência com caneta de tinta preta, visto ser mais legível, caso haja necessidade de fotocopiar;
- Registrar as ocorrências por ordem cronológica, este facto torna-se essencial sobretudo em doentes cuja situação clínica evolui ou involui rapidamente;
- Registrar observações tendo por base a isenção de julgamentos ou conclusões sem fundamento concreto;
- Escrever todas as informações de forma pertinente, precisa, legível, concisa, clara, e completa;
- Deve constar a data e a hora de todas as observações;

- Deve-se evitar o uso de abreviaturas, que não sejam compreendidas, quer pelos enfermeiros, quer pelos outros elementos da equipa multidisciplinar;
- Após a admissão devem ser feitos com a maior brevidade, todos os registos inerentes a esse facto;
- Sempre que o doente se desloque a outro serviço para a realização de exames de diagnóstico, ou mesmo, que os exames sejam realizados no serviço onde o doente se encontra, deve-se registar a hora a que ocorreu, como decorreu e qual a reacção do doente ao referido exame de diagnóstico;
- Nunca escrever prematuramente, nem deixar registos importantes para o fim do turno;
- Registar claramente qualquer ocorrência adversa ou medidas tomadas pelos enfermeiros e a respectiva resposta do doente/família;
- Registar todos os tratamentos e sempre que se preste assistência ao doente, faz prova que não houve negligência por parte do enfermeiro (Dias et al., 2001; Torres & Reis, 2002; Xavier, 1997).

Os registos de enfermagem devem também contemplar essencialmente:

- Observações do doente, que sejam pertinentes à sua situação clínica;
- Acções terapêuticas desempenhadas pelos membros da equipa de saúde, como por exemplo: os exames complementares de diagnóstico;
- Acções de enfermagem com o fim de satisfazer as necessidades do doente, por exemplo: proporcionar conforto, diálogo, educação;
- Acções prescritas pelo médico e desempenhadas pelo enfermeiro, por exemplo a administração de medicação;
- Reacções específicas do doente a todas as acções desempenhadas pelo enfermeiro, por exemplo a reacção manifestada após a educação efectuada, reacção durante ou após a hora de visitas, etc. (Dias et al., 2001; Torres & Reis, 2002; Xavier, 1997).

Ainda de acordo com Pereira (1992), os registos devem ser centrados no doente, isto é, com base nos problemas deste. O registo inicia-se logo de imediato com a colheita de dados, para a sua identificação e detecção de necessidades. Com base no processo de enfermagem de seguida procede-se ao registo dos problemas identificados e ao planeamento dos cuidados a prestar de maneira a que a continuidade destes se dê.

Os registos são de extrema importância para determinar quais as informações que já foram facultadas ao doente/família, quais as que falta complementar e as que falta fornecer na íntegra. Devemos ainda registrar quais os conteúdos abordados e quais as reacções do doente/família. (Williams, 1988)

Mas nem tudo o que se faz é registado, sabe-se por exemplo que os enfermeiros sabem mais do que dizem e dizem mais do que escrevem. Nesta perspectiva os registos ficam aquém dos cuidados prestados ao doente/família principalmente em relação à educação.

Como nos diz (Sweeney, 1998) na elaboração dos registos são encontrados diversos problemas, mas os mais comuns dizem respeito à falta de quantidade e de qualidade da informação.

Esta problemática provém de diversos factores tais como: das actividades de enfermagem que são difíceis de descrever; da escassez de tempo para registar; da falta de espaço para pensar e para redigir e da enorme quantidade de documentos existentes para preencher; da falta de adesão e motivação dos enfermeiros devido à falta de uniformização dos documentos utilizados; etc. (Sweeney, 1998)

Sendo assim, é de extrema importância que se mude comportamentos inadequados relativos aos registos, isto é, se reflecta sobre estes porque quem beneficia não é só o doente/família como também os profissionais de saúde.

Pois segundo a Ordem dos Enfermeiros, “são elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros (...) a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidas pelo cliente”. (OE, 2002, p.15)

“O que pode tornar a enfermagem uma actividade profissional é o tipo de comunicação (...) deliberada, centrada no cliente, com a intenção de o ajudar a tornar-se independente nas suas actividades ou decisões sobre essas actividades ou aumentar o seu conforto” (Lima Basto, 1998, p.49)

Em suma, podemos referir que a importância dos registos de enfermagem e não só, irão influenciar de forma positiva a continuidade e a qualidade dos cuidados a prestar ao doente/família, tal como nos refere Mendes, “Se houver bons registos, melhor será a comunicação na equipa de saúde, entre técnicos de Saúde e destes com o utente.” (Mendes, 1994, p.12)

2.8 - A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Cada vez mais se ouve falar nos hospitais e não só, de certificação, qualidade, etc. Os hospitais que não seguem esta linha de pensamento sujeitam-se a comprometer a sua própria sobrevivência e a cometer um dano para com a sociedade.

A certificação relaciona-se com um projecto social, um estímulo para os hospitais que têm consciência da sua responsabilidade perante a sociedade, e ao mesmo tempo de alerta para os que não a tem. Em suma, “A certificação (acreditação) é um processo educativo a serviço da melhoria da qualidade dos serviços dos hospitais.” (Mezomo, 2001, p.28)

Sendo um dos objectivos dos enfermeiros prestar cuidados de enfermagem ao doente/família com o melhor nível de qualidade possível, é fundamental que exista um quadro de referência, isto é, um conjunto de padrões nos quais se deve caminhar para a obtenção dos resultados.

O quadro de referência, ou seja os padrões ou aspectos a ter presente na educação do doente e sua família segundo as Normas da Joint Commission International são:

- ✚ “A educação apoia a participação do doente e da sua família nas decisões de cuidados e nos processos dos mesmos.

- ✦ As necessidades educacionais de cada doente são avaliadas e registadas no seu processo clínico.
- ✦ Cada doente e sua família recebem educação no sentido de serem ajudados a dar o consentimento informado, a participar nos processos de cuidados e a compreender quaisquer implicações financeiras nas escolhas de cuidados.
- ✦ A educação e a formação ajudam a satisfazer as necessidades de saúde contínuas dos doentes.
- ✦ A organização coopera com os recursos da comunidade disponíveis de forma a promover a saúde e a educação sobre a prevenção de doenças.
- ✦ A educação do doente e da sua família inclui os seguintes tópicos, quando adequados aos cuidados prestados ao doente: a utilização segura de medicamentos, a utilização segura de equipamento médico, as potenciais interacções entre os medicamentos e a alimentação, a orientação nutricional e as técnicas de reabilitação.
- ✦ Os métodos de educação têm em consideração os valores e as preferências do doente e da sua família e permitem uma interacção adequada entre o doente, a família e os profissionais para que possa ocorrer a aprendizagem.
- ✦ O doente e a família são ensinados numa linguagem e num formato que lhes é perceptível.
- ✦ Os profissionais de saúde que cuidam do doente colaboram de forma a proporcionar a educação.
- ✦ Estes profissionais têm o conhecimento e as competências exigidos para uma educação eficaz.” (Joint Commission International, 1998/2003, pp.127,128)

Todos estes aspectos devem ser consubstanciados para que o objectivo da educação ao doente/família seja atingido, isto é, melhorar os efeitos de saúde do doente, através da promoção de comportamento saudável, envolvendo-o como já

referenciamos nos seus cuidados e nas decisões dos mesmos. Nunca esquecendo que a educação promove comportamentos saudáveis, apoia a recuperação e apressa o regresso à função, capacitando os doentes a estarem implicados nas decisões sobre os seus próprios cuidados. (Redman, 2003)

Torna-se então, importante definir o que é Qualidade, tanto mais que várias definições são possíveis e usadas.

Na perspectiva de Mezomo, Qualidade significa a satisfação do doente e a ausência de defeitos. Isto, quer dizer que a organização terá que adequar a sua estrutura às necessidades do doente. (Mezomo, 2001)

A Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organisations define qualidade como “o modo como os serviços de Saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados esperados.” (IQS, 2000, p.12)

A Organização Mundial de Saúde expõe quatro elementos para a Qualidade: desempenho ou qualidade técnica, a utilização dos recursos ou eficiência económica, gestão do risco e a satisfação dos doentes. (Pisco, s.d.)

Apesar, da abrangência que toma a palavra ‘Qualidade’, todas estas definições têm em comum alguns aspectos, são eles o cumprir com os requisitos das normas e a satisfação do doente, isto é, a qualidade deve estar sempre orientada para o doente uma vez que é para ele, e para a satisfação das suas necessidades, que qualquer organização trabalha e existe.

Prestar cuidados de saúde de qualidade, significa prestar os melhores cuidados possíveis em função dos recursos disponíveis.

Tal implica, que a qualidade em saúde seja conduzida por uma equipa pluridisciplinar, em que esta exige reflexão sobre a prática, para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, e isso evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados.

A necessidade de implementar Sistemas de Gestão da Qualidade foi assumida formalmente quer por organismos internacionais, Organização Mundial da Saúde

e Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. (OE, 2005)

Nesta perspectiva a Qualidade em saúde pressupõe Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, isto é, melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A Ordem dos Enfermeiros tem “como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população”. (OE, 1998, p.8)

A qualidade de cuidados em enfermagem é então um processo que visa atingir a excelência na prestação de cuidados ao doente/família. No entanto, não é fácil definir excelência, porque é influenciada por valores, crenças, conhecimentos, capacidades e atitudes dos próprios enfermeiros. (Machado, 2000)

Para atingir esta excelência temos que ser capazes de olhar criticamente para:

- O que fazemos
- Como o fazemos
- Porque o fazemos

Isto porque, a essência dos cuidados de enfermagem deve basear-se quer na avaliação das necessidades do doente/família, quer em trabalhos de investigação feitos pelos enfermeiros sobre as suas práticas autónomas e que a formação não é um somatório de cursos e diplomas, mas antes uma reflexão crítica sobre a prática do dia a dia, na aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. (Machado, 2000)

A formação é então também responsável pela qualidade dos cuidados prestados ao doente/família visando a excelência do desempenho, isto porque, “A formação é uma experiência social e organizacional continuada que serve de estratégia para desenvolver práticas e criar serviços de qualidade, a fim de aumentar a satisfação dos usuários dos cuidados de saúde num mundo em constante mutação.” (Fabião, Magano, Jesus & Miranda, 2005)

A formação pressupõe mudança e aperfeiçoamento do desempenho e deverá contribuir para garantia da qualidade, que segundo Williamson é a “medida do

nível actual dos serviços prestados mais os esforços para modificar, sempre que necessário, a prestação desses serviços tendo em conta os resultados dessa medição.” (Sale, 2000, p.27)

2.9 - A FORMAÇÃO DOS “EDUCADORES DE SAÚDE”

A Formação Profissional não se pode considerar terminada com a obtenção de um grau académico ou de um diploma profissional.

A formação é cada vez mais pertinente, indispensável mesmo, como veículo de evolução pessoal e da Sociedade em que vivemos, cada vez mais exigente e competitiva.

Mendes menciona que “Formar-se significa, antes de mais, crescer, e se é inquestionável a presença da formação em todas as facetas da vida, a nível profissional é condição ‘*sine qua non*’ para a valorização e aumento das competências na pessoa”, revelando-se então como uma necessidade assente no dever moral. (Custódio & Cabrita, 2002, p.55)

A formação é entendida como um “processo de transformação individual que envolve a dimensão do **saber** (conhecimentos), do **saber-fazer** (capacidades), do **saber-ser** (atitudes e comportamentos) e do **saber-aprender** (evolução das situações e a permanente actualização e adaptação que estas exigem).” (Dias, 2004, p.58)

Watson (2002), refere ainda que a formação em enfermagem deve facultar a mudança do saber-fazer para o saber-ser, com formas de conhecimento fundamentadas em valores humanos e na atenção pelos outros.

Como se pode constatar, a formação pressupõe permanentemente uma acção cognitiva, medida por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica. (Fabião et al., 2005)

A interação destes saberes com o progresso social, a actualização de conhecimentos e a adaptação às novas exigências das situações de trabalho, conduzem ao desenvolvimento de competências. (Dias, 2004)

Le Boterf, refere que não podemos confundir a noção de competência com os conhecimentos obtidos através da formação, isto porque, os conhecimentos adquiridos pela formação estão evidentes no maior grau de conhecimentos e nas habilidades desenvolvidas após a formação profissional, enquanto as competências surgem pela aplicação adequada e ajustada, às situações concretas de trabalho, desses mesmos conhecimentos. (Dias, 2004)

Para Nóvoa, “a formação faz-se na produção e não no consumo, do saber.” (Dias, 2004, p.66)

A formação tem assim como função principal: ampliar as competências e conhecimentos das pessoas, ajudando-as a gerir as mudanças antecipando-se à evolução prevista, desenvolvendo o aperfeiçoamento profissional e a remotivação das pessoas. (Fabião et al., 2005)

Como se pode constatar, no caso da profissão de Enfermagem, este tema é de vital importância. É vital porque cuidamos de Vidas. Assim, desde que terminámos a nossa formação profissional, novas situações sociais, doenças, técnicas e equipamentos vão surgindo e se não nos empenharmos verdadeiramente numa constante actualização dos nossos conhecimentos, assistiremos passivamente a uma obsolescência dos mesmos.

Tal situação é, para quem escolheu como profissão o ‘Cuidar’, absolutamente incompatível com a satisfação profissional e pessoal, bem como com um desempenho competente e um elevado nível dos cuidados por nós prestados que se traduzem no bem-estar das Pessoas a quem são prestados.

Greene e Simons-Morton proferem que qualquer indivíduo, grupo, comunidade ou instituição podem assumir papéis na promoção e educação para a saúde, mas esta função compete mais aos profissionais de saúde, professores e à família. (Rodrigues et al, 2005)

Ainda para os autores supra citados, o educador de saúde deve ser “um especialista da equipa de saúde que diagnostica as questões de saúde numa perspectiva pedagógica, seguindo por esta via estratégias de intervenção educativa, através de uma metodologia programada e cientificamente avaliada.” (Rodrigues et al., 2005, p.49)

Neste âmbito, os educadores de saúde são convocados a desempenhar um papel relevante na prevenção e promoção de saúde, pelo que necessitam de formação pedagógica inovadora e adequado desenvolvimento de competências técnicas e científicas, e a “formação deve-nos conduzir ao coração das nossas práticas, nas situações onde agimos”. (Honoré, 1996/2002, p.225)

Segundo Rodrigues et al (2005) compete à Psicologia e Pedagogia da Saúde o estudo e a investigação das estratégias educativas, técnica e cientificamente válidas, capazes de obter transformações definitivas nos grupos e comunidades em contextos específicos e em relação a diferentes condutas.

A Pedagogia da Saúde é o estudo sistemático dos processos de educar para a saúde, isto é, ajuda as pessoas a construir os seus próprios saberes, aptidões e a capacidade de discernir e agir. No entanto consideram que o termo mais adequado ao da educação para a saúde seria “pedagogia para a saúde ou pedagogia aplicada à promoção e educação para a saúde.” (Rodrigues et al, 2005, p.56)

A experiência destes autores na docência tem-lhes permitindo compreender a importância do papel na formação de profissionais da área da saúde e da educação. (Rodrigues et al, 2005)

A formação de educadores de saúde deve assentar em pressupostos pedagógicos, sendo eles:

- “em educação é necessário cuidar a arte da relação” (Rodrigues et al, 2005, p.58)

Neste pressuposto, faz-se referência a que o educador não se deve limitar apenas ao conhecimento, mas à necessidade deste conquistar a área das interações educativas, apropriando-se do domínio da relação.

Construir a relação implica saber relacionar-se com as pessoas que se pretende educar, vê-lo como um ser holístico, com características inerentes, mas também criar essa reciprocidade em relação a nós educadores, isto é, ser respeitado, aceite pelo outro, etc. numa base de confiança.

Tal como nos indica Woods, um dos desafios dos educadores é aprender a lidar com relações interpessoais complexas, actuar de forma justa e congruente e ser criativo em relação aos comportamentos desviantes. (Rodrigues et al, 2005)

- “o educador deve saber semear o desejo de aprender” (Rodrigues et al, 2005, p.58)

Como a educação para a saúde é essencialmente uma questão de aprendizagem, torna-se fundamental que o educador consiga despertar nos educandos o verdadeiro sentido de conhecer/saber.

É pertinente valorizar a aprendizagem significativa para o educando, porque esta se converte assim numa condição para a sua adesão e actuação.

Os métodos de educação devem desenvolver a curiosidade e a capacidade do educando, de maneira a que estes se envolvam em projectos pessoais de interesse com vista à satisfação das suas necessidades. (Rodrigues et al, 2005)

- “é difícil pretender mudar o comportamento de alguém que não deseja convictamente mudar” (Rodrigues et al, 2005, p.61)

Mudança só ocorre quando desperta significado e desejo de abertura a uma nova experiência. E a mudança não é um processo fácil, isto porque, implica sempre autonomia, motivação e capacidade de decisão.

Neste sentido compete ao educador ter em atenção os seguintes aspectos, quanto aos processos de mudança:

- Planejar a mudança, isto porque, a falta de planeamento na mudança pode ser uma irresponsabilidade;

- Princípio do prazer, isto é, o educando não vai mudar um comportamento que lhe concede prazer;

- Valorizar a diversidade e as origens culturais;

- Promover a conscientização, a mudança de facto tem que ser muito significativa e evoluir de acordo com a consciência. (Rodrigues et al, 2005)

- “é vantajosa a estratégia educativa, constituindo grupos de formandos de diferentes disciplinas” (Rodrigues et al, 2005, p.63)

A percepção, a experiência, a actividade simbólica, o mundo fenomenológico e os valores de cada um são de extrema importância para a obtenção de uma abordagem panorâmica divergente, de forma a entender as questões de saúde, na sua diversidade, complexidade, oposição e contradição.

Os grupos trazem riqueza pela sua diversidade, pluralidade e pelas experiências de vida, tudo isto, contribui para construir uma dinâmica de grupo mais motivante, sinérgica e a enriquecer os seus elementos numa dimensão transversal. (Rodrigues et al., 2005)

- “o educador necessita de aprender a promover o seu próprio desenvolvimento pessoal” (Rodrigues et al, 2005, p.67)

Neste pressuposto dá-se ênfase ao desenvolvimento pessoal do formador, isto é, ao seu enriquecimento pela:

- Via da interioridade (aprendizagem orientada para um percurso reflexivo à interioridade);

- Via da exterioridade (desenvolvimento da consciência e do conhecimento das pessoas a quem se deseja ajudar e educar);

- Via dos recursos educativos (domínio dos métodos pedagógicos). (Rodrigues et al, 2005)

- “a formação dos educadores de saúde deve ser um processo orientado para a criatividade.” (Rodrigues et al, 2005, p.70) Esta deve ser centrada nas

necessidades de aprendizagem dos educandos e no domínio dos métodos pedagógicos inovadores e credíveis. Esta pode ser uma das soluções para que se obtenha sucesso na educação para a saúde, isto porque, a necessidade de educar obriga ao desenvolvimento de competências criativas de envolvimento cognitivo e afectivo.

A criatividade é uma necessidade humana e inevitável. Esta cresce nas vivências e na adição das experiências.

Para De Bono, o processo de educar os indivíduos para a criatividade, é fazê-los sentirem-se mais humanos, mais perceptivos, sensíveis, imaginativos, independentes, singulares, originais e distintos. (Rodrigues et al, 2005)

Segundo Torrance et al, a criatividade desenvolve a personalidade, mantém a saúde mental, ajuda a solucionar os problemas e a conquista de novos conhecimentos e ajuda as gerações do presente e do futuro a sobreviver. (Rodrigues et al, 2005)

Em suma, “Educar para saúde implica abertura à criatividade.” (Rodrigues et al, 2005, p.73)

A educação para a saúde em enfermagem assenta na promoção de atitudes positivas que facilitem a alteração de comportamentos no sentido de promover a saúde. Esta actividade trata-se de um processo pedagógico, onde é o próprio doente/família que deve identificar e valorizar os assuntos/vertentes que deverão ser alvo de formação; estes processos são mediados pelo enfermeiro. Este, assume um papel passivo de mediador e facilitador da aprendizagem.

Torna-se então fundamental “A formação centrada no desenvolvimento pessoal e global, na criatividade, no desenvolvimento de projectos pessoais, na consciencialização das percepções e centrada na capacidade de análise contribui para a qualidade dos cuidados.” (Fabião et al., 2005, p.246)

Para os autores supra citados a formação, por si só, não muda atitudes de uma pessoa, mas pode estimular a sua mudança. Essa tem de ser pessoal, comportamental e visualizar-se no desempenho.

Assim, toda a formação dos Educadores de saúde é de extrema importância para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros no sentido de contribuir para a qualidade de vida através da educação ao doente/família.

É de tal importância a educação/formação dos profissionais que a Joint Commission International, refere que sendo estes a primeira fonte de contacto com o doente/família, é necessário serem “educados e treinados de forma a desempenhar os seus papéis (...) na protecção dos outros e deles próprios”. (Joint Commission International, 1998/2003, p.191)

Esta mesma entidade menciona que “Cada organização tem de decidir o tipo e o nível de formação para os profissionais e depois desenvolver e documentar um programa para esta formação e educação”, assim como a “formação pode vir da organização, (...) ou de qualquer outra fonte com conhecimento sobre o assunto.” (Joint Commission International, 1998/2003, p.191)

Na opinião de Lopes (2005), a formação que advém dos funcionários da própria organização é sem duvida importante por dois motivos, primeiro porque permite que estes partilhem o seu conhecimento e se sintam valorizados, e segundo porque esta prática de formação é mais económica uma vez que aproveita especialistas internos.

No entanto, é fundamental que exista uma interacção entre as pessoas e a organização de maneira a alcançar os objectivos de ambos em comum, pois, a formação é portadora de crescimento da eficiência e da melhoria da eficácia dos resultados. Mas para obter tais resultados é necessário a responsabilização de todos os intervenientes no processo de formação. (Lopes, 2005)

Em suma, a formação “deve complementar e deve estar perfeitamente adaptada às necessidades do indivíduo e da organização em que este se insere.” (Lopes, 2005, p.42)

Fernandes e Venâncio, referem que a formação “deve estar ligada à construção da identidade pessoal/profissional de cada um de nós” e que “deverá ser feita ao longo de todo o processo evolutivo do indivíduo e baseada nos contextos de trabalho, deverá passar a ser uma realidade”. (Fernandes & Venâncio, 2004, p.15)

Podemos concluir que o empenho quer da instituição quer das pessoas que nela trabalham é fundamental para uma formação com qualidade, “a formação é o principal meio social e institucional gerador de competências, o que lhe confere prioridade e responsabilidade na garantia da qualidade.” (Fabião et al., 2005, p.235)

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

3.1 - OBJECTIVOS E QUESTÕES DE PARTIDA DO ESTUDO

A investigação científica é um processo sistemático de enfrentar questões cuja resposta é desconhecida parcial ou totalmente. Um investigador, ao ser confrontado com um problema em aberto, tenta descobrir uma solução através de uma abordagem, “A abordagem adoptada e os métodos de recolha de informação seleccionados dependerão da natureza do estudo e do tipo de informação que se pretenda obter.” (Bell, 1993/1997, p.20)

Fortin considera que a metodologia é o “Conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Também, secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação.” (Fortin, 1999, p.372)

O método científico significa o “Processo de aquisição de conhecimentos definido pela utilização de métodos reconhecidos de colheita de dados, de classificação, de análise e de interpretação dos dados.” (Fortin, 1999, p.372)

Assim, a função do método consiste fundamentalmente em operar a selecção das técnicas de pesquisa a aplicar por referência ao objecto e à teoria que o constrói, em determinar-lhes os limites e as condições úteis de exercício, em integrar os resultados obtidos, ou seja, a fase metodológica operacionaliza o estudo. A metodologia é o estudo (análise e descrição) de qualquer método científico para chegar à verdade.

Também Quivy e Campenhoudt consideram que “Os métodos não são mais do que formalizações particulares do procedimento, percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados.” (Quivy & Campenhoudt, 1995/2003, p.25)

O tipo de estudo não é mais que um plano, a estrutura e a estratégia de investigação com o qual se vai obter uma resposta válida às questões de investigação, isto é, o tipo de estudo depende do problema formulado e tem que

permitir responder às questões de investigação propostas, bem como atingir os objectivos.

A primeira questão a definir é o que se quer investigar. Esta constitui o elemento fundamental do início de uma investigação. Com esta, o investigador tentará exprimir o mais exactamente possível o que pretende saber, constituindo desta forma o fio condutor da investigação. Assim, várias questões se poderão colocar, as quais servirão de guia orientador para o que se pretende saber e compreender. (Quivy & Campenhoudt, 1995/2003)

Um trabalho de investigação inicia-se habitualmente para dar resposta a um conjunto de dúvidas ou interrogações, que no nosso caso concreto foram:

- Qual é a percepção dos enfermeiros sobre as competências que devem ter para realizar a educação para a saúde do doente e sua família?
- Que tipo de práticas e comportamentos são realizados pelos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde do doente e família?
- Qual é o momento/momentos privilegiados pelos enfermeiros para dar início à educação do doente e família?
- Qual o papel desempenhado por factores como a idade, o tempo de exercício profissional no serviço, a área hospitalar onde desempenham funções, as habilitações académicas, a existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde, a presença na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família e a necessidade de formação específica na área determinam as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde?
- De que forma pode a instituição colaborar, na melhoria das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde do doente e família?

Nesta perspectiva, para que a pesquisa possa ganhar corpo e uma sequência fidedigna, torna-se imprescindível definir objectivos, que vão contribuir para a concretização da finalidade do estudo.

Os objectivos deste estudo são:

- Conhecer as práticas e comportamentos de educação para a saúde realizados pelos enfermeiros;
- Identificar as características que os enfermeiros determinam para se ser educador para a saúde;
- Identificar qual o momento/momentos privilegiados pelos enfermeiros para iniciar a educação para a saúde ao doente e família;
- Identificar áreas de maior e menor qualidade nas práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação do doente e seus familiares;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre o papel da instituição na melhoria da qualidade das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde;
- Saber qual o papel que desempenham a idade, tempo de exercício profissional no serviço, área hospitalar onde desempenham funções, habilitações académicas, a existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde, a presença na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família e necessidade de formação específica na área, nas práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde.

O presente estudo é do tipo, não experimental correlacional e transversal. O método utilizado é o quantitativo.

É um estudo não experimental porque não tem o objectivo de controlar os fenómenos, portanto, não há manipulação das variáveis tratadas, nem controlo das mesmas com o objectivo de limitar ao máximo o erro e a influência do exterior.

E como este estudo não trata apenas a relação entre as variáveis mas também estabelece relações mais definitivas entre elas por meio da verificação de hipóteses de associação de maneira a perceber melhor um fenómeno ou a iniciar

uma explicação do que se passa numa determinada situação, então considera-se ser um estudo correlacional, isto porque, num “estudo correlacional propriamente dito, o investigador verifica a natureza (força e direcção) das relações que existem em determinadas variáveis.” As variáveis “são escolhidas em função de um quadro teórico e da variação ou da mudança que podem exercer umas sobre as outras.” (Fortin & Ducharme, 1999, pp.176,178)

Assim, este tipo de estudo aplica-se aos meios de colheita de dados quantitativos.

E é um método quantitativo porque “O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. (...) tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos”. (Fortin, Côté & Vissandjée, 1999, p.22)

Paraphrasing Fortin (1999, p.100) “O objectivo de estudo será explorar o domínio em profundidade e explorar o conceito para extrair dele todas as manifestações com vista a descrever o fenómeno.”

3.2 - HIPÓTESES

A formulação de hipóteses é um passo fundamental e incontornável em qualquer estudo de investigação de forma a atingir resultados úteis e satisfatórios.

Para Fortin (1999, p.109), uma “ hipótese é um enunciado formal (escrito no presente) das relações previstas entre duas ou várias variáveis”. Uma hipótese é, portanto, uma proposição provisória, uma proposição que deve ser confirmada ou infirmada.

De um modo geral, o objectivo das hipóteses é orientar a investigação. O seu objectivo crítico “é dirigir o desenho da investigação no que respeita à recolha, análise e interpretação de dados (...) As hipóteses inter-relacionam as variáveis com interesse estabelecendo relações formais; são estas relações que são submetidas a provas empíricas”. (Polit e Hungler, 1995, p.141)

De acordo com o problema em estudo enunciámos as seguintes hipóteses:

H1 – As práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde correlacionam-se positivamente com a idade;

H2 – Existem diferenças significativas entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde e as habilitações académicas;

H3 – Existem diferenças significativas entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde e a área hospitalar onde desempenham funções;

H4 – As práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde correlacionam-se positivamente com o tempo de exercício profissional na actual área onde desempenham funções;

H5 – Existem diferenças significativas entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde consoante a existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde;

H6 – Existem diferenças significativas entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde consoante a necessidade de formação específica na área;

H7 – Existem diferenças significativas entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde consoante a presença na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar o tipo de educação para a saúde efectuada ao doente/família.

3.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Quivy e Campenhoudt (1995/2003), não basta saber que tipos de dados devem ser recolhidos, é também fundamental circunscrever o campo de análise no espaço geográfico, social e no tempo.

A realização de qualquer estudo seria otimizada se fosse possível o estudo integral da população. Contudo, tal facto é impossível de ser concretizado, pelo que se torna fundamental recorrer-se a processos de amostragem.

Como refere Fortin (1999), a amostragem é um processo através do qual um subgrupo da população é seleccionado, de forma a que a população de interesse para o estudo esteja representada, com a finalidade de se obter informações que estejam de acordo com o fenómeno estudado.

Deste modo, torna-se imprescindível fazer a distinção clara e objectiva entre população e amostra.

População “é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.” (Fortin, 1999, p.202)

A População é então um conjunto de indivíduos (famílias ou outras organizações), acontecimentos ou outros objectos de estudo que o investigador pretende descrever, ou para os quais pretende generalizar as suas conclusões/resultados. Contudo, esta população não pode ser estudada na sua totalidade, pelo que é necessário definir-se um subconjunto, sobre o qual vai incidir o estudo, sendo este designado por amostra.

“A Amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. (...) uma réplica em miniatura da população alvo. (...) representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.” (Fortin, 1999, p.202)

A população alvo deste estudo são todos os enfermeiros do Centro Hospitalar de Torres Vedras, o que perfaz 150 enfermeiros.

Desta população foi seleccionada uma amostra constituída pelos enfermeiros do Centro Hospitalar de Torres Vedras que cumpriam os seguintes critérios de inclusão:

- Consentir e participar de livre vontade no estudo;

- Comparecer no local de trabalho, no período estabelecido para a colheita de dados, nos diferentes turnos (ou seja, não estarem de férias, de licença ou de atestado);
- Exercer funções de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista, por serem as categorias profissionais em que desempenham funções na área de actuação da prestação de cuidados, tal como refere o artigo 7º do Decreto-lei nº 437/91 de 8 Novembro; (Portugal, 1991)
- Não trabalhar no serviço de urgência e no bloco operatório, devido às características destas unidades e das situações clínicas atendidas, que não permitem realizar todas as dimensões da educação para a saúde.

Tendo presente estes critérios, a amostra ficou constituída por 100 enfermeiros, ou seja, 66,7% da totalidade da amostra.

A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística intencional.

Entendendo-se por amostra não probabilística como “um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra.” (Fortin, 1999, p.208)

A escolha dos indivíduos para o estudo foi determinada por um critério subjectivo – ser Enfermeiro no Centro Hospitalar de Torres Vedras –, porque estes podem prestar a cooperação de que se necessita para o estudo em causa, assim, a “Amostra intencional é uma amostra composta de elementos seleccionados deliberadamente (intencionalmente) pelo investigador, geralmente porque este considera que possuem características que são típicas ou representativas da população.” (Vogt citado por Vicente, Reis & Ferrão, 1996, p.61)

3.4 - INSTRUMENTOS

Em qualquer trabalho, o investigador deve optar pelo instrumento de colheita de dados que mais se adequa ao tema em estudo, aos objectivos propostos, à população a que se destina, e ainda, ao horizonte temporal e aos recursos financeiros disponíveis para a realização da pesquisa.

Depois de definida a população e seleccionada a amostra, é necessário a elaboração de instrumentos de colheita de dados, que segundo Polit e Hungler, “deve ser composto por um conjunto de questões, que permitam colher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação”. (Polit & Hungler, 1995, p.166)

Tendo em conta os objectivos do trabalho, as características da amostra e as variáveis em estudo, elaboramos como instrumento de colheita de dados um questionário.

O questionário é uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc. Este tem como funções: descrever as características (sexo, idade, estado civil, etc.) e medir determinadas variáveis de um grupo social. (Quivy & Campenhoudt, 1995/2003).

De seguida, apresentamos a conceptualização e a operacionalização das variáveis que se pretendem medir, bem como o processo de construção e validação da escala de práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde.

O instrumento de colheita de dados (Anexo I) é constituído por cinco grupos distintos nomeadamente: variáveis sócio demográficas e profissionais dos enfermeiros, práticas da educação para a saúde realizada no Centro Hospitalar de Torres Vedras, formação dos enfermeiros sobre a educação para a saúde, práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde ao doente e família e o papel da instituição na educação para a saúde.

Grupo I – Variáveis sócio demográficas e profissionais:

Idade – Esta variável apresenta-se como uma pergunta aberta, onde os enfermeiros incluídos na amostra responderam qual a sua idade em número de anos completos até à data da aplicação do questionário.

Género – A operacionalização desta variável, foi realizada através de uma pergunta fechada dicotómica, com duas opções de resposta: feminino e masculino.

Estado civil – os inquiridos foram classificados considerando, não apenas a sua situação legal mas, também, a sua rotina habitual. Em conformidade foram considerados 4 grupos de indivíduos – solteiro, casado/união de facto, divorciado/separado e viúvo.

Formação académica/profissional – Para esta variável foi elaborado uma pergunta de resposta mista com seis opções de resposta – *Bacharelato ou equivalente legal, Licenciatura ou equivalente legal, Pós-graduação, Mestrado, Doutoramento e Outra*. Os inquiridos que responderam *Pós-graduação, Mestrado, Doutoramento e Outra*, foram convidados a identificar qual o tipo de formação realizada.

Antiguidade na profissão – Esta variável apresenta-se como uma pergunta aberta onde se pretende medir o tempo decorrido desde o início da actividade profissional até ao momento em número de anos e meses.

Categoria profissional – A operacionalização desta variável apresentou-se como uma pergunta fechada, onde foram consideradas três categorias: *Enfermeiro, Enfermeiro graduado e Enfermeiro especialista*.

Área hospitalar onde desempenha funções – área onde o enfermeiro desenvolve as suas competências técnicas, científicas e relacionais. Variável operacionalizada através de uma pergunta fechada com três opções: *Especialidades cirúrgicas, Especialidades médicas e ambulatório*.

Tempo de exercício profissional no actual serviço – tempo decorrido desde que iniciou funções no serviço onde desempenha actualmente a actividade profissional. Variável operacionalizada através de uma pergunta aberta, definida em anos e meses.

Grupo II – Práticas da educação para a saúde na instituição

Existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde – A operacionalização desta variável apresentou-se como uma pergunta fechada onde foram consideradas três categorias: *Sim, Não e Não sei*. Os inquiridos que responderam afirmativamente a esta questão foram convidados a indicar como é efectuado através da resposta a uma pergunta fechada com quatro opções de resposta: *Individualizado, Grupo e Outros*. Os que indicarem esta última opção poderão referir quais.

Meios utilizados na educação para a saúde – esta variável é operacionalizada através de uma pergunta fechada com seis opções de resposta: *Demonstração e prática, Meios auxiliares, Exposição oral, Filmes, Dramatização e Outros*, e uma pergunta aberta para identificar, no caso de ter respondido *Outros*, quais são os outros meios utilizados. Nesta variável o enfermeiro pode assinalar mais que uma resposta.

Momentos em que se realiza educação para a saúde ao doente e à família - nesta variável pretendemos saber se a educação para a saúde é realizada ao doente e à família e qual o momento privilegiado em que ela é realizada. Para tal foram elaboradas duas perguntas (uma dirigida para o doente e outra para a família) com seis opções de resposta: *Não realizo, No acolhimento, No momento da alta, Sempre que necessário, Quando tem disponibilidade, e Outros*. Os enfermeiros que indicarem esta última opção foram convidados a indicar quais.

Momento em que deveria dar-se início à educação para a saúde do doente/família – Foi elaborada uma pergunta aberta onde foi pedido que indicassem quando deveria ser iniciada a educação para a saúde do doente/família.

Presença na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família – a operacionalização desta variável, foi realizada através de uma pergunta fechada dicotómica, *Sim e Não*.

Grupo III – Formação dos enfermeiros sobre educação para a saúde

Função do enfermeiro como educador para a saúde ao doente e à família - esta variável é operacionalizada através de uma pergunta fechada que foi categorizada em: *Sim e Não*.

Necessidade por parte dos enfermeiros de formação específica na área da educação para a saúde – a operacionalização desta variável, foi realizada através de uma pergunta fechada dicotómica, em *Sim e Não*.

Profissional que deve proporcionar a formação da educação para a saúde aos enfermeiros – foi elaborada uma pergunta aberta, onde foi pedido que indicassem quem deve fornecer a formação de que necessitam.

Áreas de formação a satisfazer – esta variável é operacionalizada através de uma pergunta fechada, categorizada em: *Formas de comunicação, Relação de ajuda, Estratégias de ensino, Levantamento de necessidades educacionais, Registos, Recursos de saúde à disposição do doente/família na comunidade, Meios auxiliares de ensino, Métodos de educação para a saúde, Formação teórica/prática em áreas específicas da saúde e Outros*. É uma pergunta aberta para identificar em *Outros*, quais.

Características que os enfermeiros devem ter para realizar educação para a saúde – Foram elaboradas 10 asserções de resposta fechada, dicotómica, categorizadas em: *Sim e Não*, e uma pergunta aberta para identificarem *Outras*.

As asserções são as seguintes: *Capacidade para ouvir o doente/família; Capacidade para descobrir quais as convicções e necessidades acerca da saúde; Capacidade para criar uma relação de ajuda com o doente/família; Capacidade para criar interesse pelo bem-estar do doente/família; Capacidade para criar entusiasmo pelo bem-estar do doente/família; Capacidade para participar com o doente e família na aprendizagem; Capacidade para ajudar a tornar claras as escolhas à disposição do doente/família; Capacidades de comunicação e aconselhamento de maneira a contribuir para a tomada de decisão do doente/família; Capacidade para conferir autoridade/responsabilização/capacitação quer a si próprio quer ao*

doente/família; Capacidade para conseguir que o doente/família respondam e se adaptem de modo apropriado aos desafios e obstáculos que encontram.

Grupo IV – Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde ao doente e família

Após exaustiva pesquisa na literatura, não encontramos qualquer instrumento de avaliação das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde ao doente e família. A fim de prosseguirmos o nosso estudo, deliberámos criar um instrumento que nos permitisse medir a variável exposta. Embora conhecedores das dificuldades desta tarefa, decidimos que só nesta linha de orientação poderíamos esclarecer, não só a nossa variável, mas também as dúvidas que tínhamos na construção de instrumentos de avaliação.

a) Seleccção dos itens a incluir nas diferentes dimensões

A pesquisa das questões significativas a incluir nas dimensões da escala foi feita segundo quatro critérios:

- Revisão das descrições feitas na literatura sobre os temas já anteriormente referidos e selecção das questões que nos pareceram mais significativas.
- O quadro de referência, ou seja os padrões ou aspectos a ter presente na educação do doente e sua família segundo as Normas da Joint Commission International.
- Entrevistas realizadas a enfermeiros de instituições hospitalares que se encontram num processo de acreditação e que são especialistas na área da educação para a saúde.
- Nossa experiência profissional como enfermeira num serviço hospitalar.

Classificação dos itens ou pontuação atribuída

Construímos, com um conjunto de 83 itens, 6 dimensões com uma escala de resposta tipo Likert. A cada item fizemos corresponder 5 classes de resposta: Nunca, Poucas vezes, Algumas vezes, Muitas vezes, e Sempre. Cada dimensão apresenta uma pontuação contínua, resultante da soma de itens que a constituem.

Em virtude das várias dimensões não apresentarem o mesmo número de itens e para que seja mais fácil fazer comparações o total de cada dimensão será dividido pelo número de itens que a constitui de tal maneira que as pontuações para as seis dimensões variam entre o mínimo de 1 e o máximo de cinco.

As respostas estão quantificadas de maneira a que quanto mais alta a pontuação mais frequentemente são realizadas as práticas e comportamentos correctos por parte dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde ao doente e família.

Características psicométricas da escala de práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde ao doente e família (EPCEES)

Para que qualquer medição seja precisa, é essencial que, primeiro, meça o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido (validade) e segundo, que se a medição for repetida, nas mesmas condições e com os mesmos respondentes, o resultado obtido seja idêntico (fidelidade). Dadas as características do instrumento constituído por seis escalas independentes, que pretendem avaliar práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde, algumas delas composta por um número reduzido de itens, é de referir que, para os estudos de fiabilidade, os índices mencionados foram calculados em relação à escala a que pertencem e não à totalidade do instrumento.

A inspecção da validade dos itens foi feita de duas maneiras: a) inspecção da correlação de cada item com a dimensão a que pertence (validade convergente). b) comparação da correlação do item com a dimensão a que pertence com a correlação do item com as dimensões a que não pertencem. Esta deverá ser superior em 10 pontos à da correlação com as dimensões a que não pertence (validade discriminante). Na correlação do item com a dimensão a que pertence o valor encontrado reporta-se à correlação do item com a soma dos restantes itens, ou seja ele próprio foi excluído da soma da escala. Para vários autores nomeadamente Nunnally (1978) e Steiner e Norman (1989), estas correlações devem ser superiores a 0,20, no entanto, devido ao reduzido tamanho da nossa amostra decidiu-se aceitar valores superiores a 0,40.

O estudo da fidelidade foi realizado através da determinação do coeficiente Alfa de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens da dimensão como para o conjunto de cada dimensão após irem sendo excluídos, um a um, os vários itens. A determinação do coeficiente Alfa de Cronbach de todos os itens é uma medida da consistência global, tanto melhor quanto mais elevada a nota obtida. Segundo alguns autores, entre os quais Ribeiro (1999) e Hill e Hill (2005) uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80, mas são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número muito baixo de itens.

Seguindo estes critérios, e partindo de um total de 83 (Registo da educação para a saúde – 12 itens; Práticas e comportamentos determinantes para Continuidade dos cuidados – 5 itens; Envolvimento dos doentes/famílias na educação para a saúde - 15 itens; Aspectos a ter presente na educação para a saúde – 16 itens; Metodologia usada pelos enfermeiros na educação para a saúde – 31 itens e Avaliação da aprendizagem - 4 itens) seleccionámos 63 itens, distribuídos como a seguir se apresenta.

- ❖ **Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família (F1)** – Esta dimensão (11 itens) avalia o registo das práticas e comportamentos dos enfermeiros durante todo o processo de educação para a saúde.
- ❖ **Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinantes da continuidade de cuidados (F2)** – Esta dimensão (5 itens) é constituída por processos educacionais com a finalidade de promover a continuidade de cuidados.
- ❖ **Práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde (F3)** – Dimensão constituída por itens (11 itens) que avaliam o facto dos enfermeiros envolverem a família e o doente no processo de educação para a saúde.
- ❖ **Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde (F4)** – Esta dimensão constituída por 13 itens inclui os padrões ou aspectos a ter presente na educação do

doente e sua família segundo as Normas da Joint Commission International: a utilização segura de medicamentos, a utilização segura de equipamento médico, as potenciais interações entre os medicamentos e a alimentação, a orientação nutricional e as técnicas de reabilitação.

- ❖ **Práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde (F5)** – Dimensão constituída por 19 itens que avaliam essencialmente práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com os materiais e métodos usados na educação para a saúde.
- ❖ **Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família (F6)** – Dimensão formada por 4 itens que pretende medir com que frequência os enfermeiros realizam a avaliação da aprendizagem do doente e família.

Fidelidade

A fidelidade das várias dimensões foi avaliada com recurso à consistência interna, mais especificamente, ao α de Cronbach, verificando-se (quadro 1 a quadro 6) os seguintes valores: Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde, $\alpha= 0,9543$; Práticas e comportamentos determinantes dos enfermeiros e determinantes da continuidade dos cuidados, $\alpha=0,8872$; Práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde, $\alpha=0,8902$; Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde, $\alpha=0,9146$; Práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde, $\alpha=0,9224$ e Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde, $\alpha=0,7967$. Estes valores são elevados, evidenciando que os itens de cada dimensão medem o mesmo construto.

Verifica-se que, na grande maioria dos casos, os valores do alfa de Cronbach descem quando os itens da respectiva dimensão são excluídos, o que significa que quando esses itens estão presentes melhoram a homogeneidade da dimensão. Há

no entanto alguns itens que depois de retirados, não fazem baixar o valor do coeficiente alfa de Cronbach da respectiva sub-escala. No entanto, não foram retirados em virtude de não prejudicarem substancialmente a homogeneidade da escala quando presentes, e serem considerados importantes em termos de conteúdo.

Quadro 1 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala registo da educação para a saúde (n=89)

Nº do item	Item	\bar{X}	s	r sem o item	α de Cronbach sem o item
22	Registo as conclusões da avaliação das necessidades de educação do doente/família no processo clínico	2,9663	1,0708	0,7615	0,9509
23	Registo as conclusões da avaliação da habilidade de aprender do doente/família no processo clínico	3,0000	1,1078	0,7996	0,9496
24	Registo as facilidades de aprendizagem do doente/família no processo clínico	3,0337	1,1624	0,8159	0,9490
68	Registo todos os ensinamentos efectuados ao doente/família	2,7753	1,0418	0,6958	0,9531
69	Registo o método de educação para a saúde utilizado	3,4382	1,2150	0,7559	0,9514
70	Registo a quem foi efectuada a educação para a saúde	2,6629	1,1476	0,7906	0,9499
71	Registo o progresso da aprendizagem do doente/família	3,0787	1,1101	0,8681	0,9471
72	Registo se a educação para a saúde foi eficaz ou não	2,9101	1,1041	0,8245	0,9487
73	Registo as necessidades do doente/família atendidas no final da educação para a saúde	3,1011	1,0558	0,7379	0,9517
74	Registo as necessidades que faltam satisfazer do doente/família no final da educação para a saúde	3,1573	1,0542	0,7999	0,9496
75	Registo em que áreas existem necessidade de reensino da educação	3,0562	1,1615	0,8340	0,9483
α de Cronbach total = 0,9543					

Quadro 2 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala práticas e comportamentos determinantes para a continuidade dos cuidados (n=96)

Nº do item	Item	\bar{X}	s	r sem o item	α de Cronbach sem o item
59	Identifico o doente/família que necessitam de recursos na comunidade na área da saúde	2,3438	0,9495	0,7517	0,8570
60	Indico ao doente/família os recursos que a comunidade tem na área da saúde	2,3333	0,8419	0,7258	0,8643
61	Encaminho o doente/família para os recursos da comunidade que promovam a continuidade da saúde e a educação	2,2188	0,8609	0,6674	0,8760
62	Forneço informação aos recursos da comunidade, sobre que tipo de educação para a saúde foi realizado ao doente/família	2,7917	1,0353	0,7748	0,8519
63	Forneço informação aos recursos da comunidade, sobre as necessidades de educação para a saúde o doente/família têm	2,7917	0,9938	0,7265	0,8633
χ de Cronbach total =0,8872					

Quadro 3 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala envolvimento dos doentes/famílias na educação para a saúde (n=89)

Nº do item	Item	\bar{X}	s	r sem o item	α de Cronbach sem o item
1	Consciencializo o doente/família da sua importância na educação para a saúde	2,0778	0,9146	0,5520	0,8842
2	Envolve directamente o doente/família na avaliação das necessidades de educação	2,3111	0,9439	0,5978	0,8815
3	Estabeleço conjuntamente com o doente/família as necessidades da educação a efectuar	2,7556	0,8781	0,6754	0,8768
4	Atribuo conjuntamente com o doente/família prioridades aos diagnósticos na educação a efectuar	2,8889	1,0106	0,5674	0,8838
5	Durante a educação para a saúde incluo a participação da família	2,3556	0,8652	0,5370	0,8849
7	Informo os doentes e família sobre o direito que tem de participar nas decisões dos cuidados	2,2222	0,9455	0,6138	0,8804
8	No processo de educação para a saúde incluo a participação da família nos cuidados	2,4000	1,0364	0,6319	0,8796
9	Avalio a motivação do doente/família relativamente à educação para a saúde	2,1556	0,8857	0,7111	0,8746
10	Avalio a habilidade do doente/família para aprender	2,0222	0,8609	0,7074	0,8750
11	Avalio a facilidade de aprendizagem do doente/família	1,9222	0,8377	0,7109	0,8750
47	Antes de realizar os ensinamentos verifico se o doente/família estão motivados para a aprendizagem	2,2000	0,7818	0,4480	0,8894
Alfa de Cronbach total = 0,8902					

Quadro 4 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala aspectos a ter presente na educação para a saúde (n=97)

Nº do item	Item	\bar{X}	s	r sem o item	α de Cronbach sem o item
25	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre a utilização segura e eficaz de medicamentos	2,2371	0,9103	0,5884	0,9105
26	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre os potenciais efeitos colaterais dos medicamentos	2,5155	0,9587	0,7070	0,9054
27	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre a utilização segura e eficaz do equipamento médico	2,7113	1,0099	0,6739	0,9072
28	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre como prevenir interações entre os medicamentos e a alimentação	2,6392	1,0019	0,7394	0,9040
29	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre uma dieta e uma nutrição adequadas	2,1340	0,7307	0,6846	0,9069
30	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre algumas técnicas de reabilitação	2,6804	0,8484	0,4610	0,9153
31	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre procedimentos fundamentais para a continuidade da qualidade dos cuidados a prestar no domicílio	2,1031	0,6995	0,6691	0,9076
32	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre complicações, do seu problema de saúde que possam surgir no domicílio	2,1134	0,8276	0,6706	0,9070
33	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre como resolver situações pontuais relacionadas com o seu problema de saúde específico	2,2268	0,8102	0,6785	0,9067
34	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre as eventuais alterações que possam surgir (instruções de follow-up)	2,4845	0,9255	0,6411	0,9083
35	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre o reconhecimento de sintomas associados à sua doença	2,1237	0,7536	0,6286	0,9088
36	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre as actividades de vida diária	2,0309	0,6685	0,6291	0,9091
37	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre os hábitos de vida saudáveis	2,0000	0,7071	0,6359	0,9087
α de Cronbach total = 0,9146					

Quadro 5 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala metodologia usada pelos enfermeiros na educação para a saúde (n= 93)

Nº do item	Item	\bar{X}	s	r sem o item	α de Cronbach sem o item
6	Presto continuamente informação explícita ao doente/família	1,9355	0,7194	0,4152	0,9221
15	Nas acções de educação que realizo ao doente/família disponibilizo informação para promover condições que levem à tomada de decisões	2,4301	0,8262	0,5664	0,9191
16	Nas acções de educação que realizo ao doente/família faço a exploração de valores e atitudes para promover condições que levem à tomada de decisões	2,7527	0,7893	0,6181	0,9180
17	Nas acções de educação que realizo ao doente/família promovo o desenvolvimento das aptidões dos mesmos	2,4731	0,7008	0,5255	0,9200
18	Ao realizar a educação para a saúde preparo a informação de maneira a ajustar aos diferentes estilos de aprendizagem	2,3118	0,7658	0,5541	0,9194
19	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nos valores (culturais, religiosos, etc.) do doente/família	2,3763	0,9315	0,5788	0,9190
20	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nas preferências do doente/família	2,9140	0,9048	0,5845	0,9188
21	Durante a educação para a saúde selecciono o modelo de educação que o doente/família compreendam	2,3333	0,8639	0,6738	0,9166
22	Durante a educação para a saúde decomponho as tarefas mais complexas em unidades mais simples	2,1290	0,8370	0,5703	0,9190
23	Durante a educação para a saúde adapto a educação com os estádios de disposição do doente/família	2,3118	0,8844	0,5596	0,9193
38	Durante a educação para a saúde do doente/família tenho presente as sua aprendizagens passadas	2,3871	0,8972	0,6014	0,9183
40	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base na motivação para aprender	2,5161	0,8158	0,6759	0,9167
41	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nas barreiras emocionais do doente/família	2,5161	0,8548	0,7376	0,9151
42	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nas limitações físicas, cognitivas ou sensoriais do doente/família	2,0645	0,8184	0,7013	0,9161
43	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nas dificuldades de comunicação relacionadas com a linguagem, nível de literacia, entre outros	2,0753	0,7259	0,6792	0,9170
45	Antes de iniciar a educação para a saúde identifico as barreiras à aprendizagem que o doente/família possuem	2,2581	0,8328	0,6795	0,9166
44	A educação para a saúde é planeada de acordo com as barreiras à aprendizagem que o doente/família possuem	2,9462	1,1264	0,6075	0,9190

Quadro 5 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala metodologia usada pelos enfermeiros na educação para a saúde (n= 93) (continuação)

Nº do item	Item (continuação)	\bar{X}	s	r sem o item	α de Cronbach sem o item
46	A educação para a saúde é planeada de acordo com o nível de conhecimento do doente/família	1,9785	0,7369	0,5732	0,9190
56	Pratico com o doente/família os ensinamentos que efectuou	2,4946	0,9397	0,4732	0,9216
Alfa de Cronbach total =0,9224					

Quadro 6 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala avaliação da aprendizagem (n= 93)

Nº do item	Item	\bar{X}	s	r sem o item	α de Cronbach sem o item
24	Durante a educação para a saúde proporciono feedback de imediato para que o doente/família possa melhorar as suas competências	2,2581	0,7648	0,5784	0,7624
39	Durante o processo de educação para a saúde avalio o progresso da aprendizagem do doente/família	2,2903	0,8416	0,5564	0,7704
57	No final do ensino faço o doente/família rever o que aprenderam	2,5054	1,0068	0,6156	0,7480
58	Procedo ao reensino do doente/família sempre que necessário	2,0108	0,8784	0,7028	0,6976
Alfa de Cronbach total = 0,7967					

Validade dos itens

Validade convergente - correlação de cada item com a dimensão a que pertence

Pode verificar-se pela análise do quadro 7, que no que diz respeito à correlação entre os itens e a escala a que o item pertence, todos os itens satisfazem o critério de correlação $\geq 0,40$ o que permite referir a homogeneidade dos itens em 100%

Validade discriminante do item – comparação da correlação do item com a sub-escala a que pertence e com as escalas a que não pertence

Relativamente à validade discriminante verifica-se que:

- Nas dimensões registo da educação para a saúde e práticas e comportamentos determinantes para continuidade dos cuidados todos os

itens exibem uma correlação com a escala a que pertencem superior em 10 pontos à correlação com as dimensões a que não pertencem;

- Nas dimensões envolvimento dos doentes/famílias na educação para a saúde e aspectos a ter presente na educação para a saúde, apenas um item não cumpre o critério por não apresentar uma correlação com a escala a que pertence superior em 10 pontos à correlação com as dimensões a que não pertencem;
- Para as dimensões metodologia e avaliação dois itens não satisfazem o critério em análise.

Em resumo, podemos afirmar que a maioria dos itens satisfazem os critérios que permitem afirmar que avaliam a dimensão a que pertencem embora alguns itens necessitem, eventualmente, de ser revistos, se se pretender melhorar as propriedades psicométricas.

Quadro 7 – Correlação dos itens com a sub-escala da EPCEES a que pertence (excluindo esse item) e com as sub-escalas a que não pertencem

	Registo	Continuidade De cuidados	Envolvimento	Aspectos	Metodologia	Avaliação
12	0,761	0,350	0,445	0,489	0,565	0,414
13	0,799	0,368	0,478	0,569	0,616	0,474
14	0,815	0,356	0,420	0,500	0,626	0,452
48	0,695	0,228	0,350	0,355	0,474	0,263
49	0,755	0,453	0,394	0,406	0,549	0,263
50	0,790	0,398	0,494	0,466	0,604	0,302
51	0,868	0,509	0,542	0,547	0,637	0,474
52	0,824	0,444	0,467	0,440	0,593	0,461
53	0,737	0,425	0,418	0,464	0,563	0,434
54	0,799	0,459	0,440	0,522	0,589	0,387
55	0,834	0,549	0,512	0,558	0,652	0,467
59	0,363	0,751	0,433	0,464	0,533	0,643
60	0,345	0,725	0,44	0,483	0,485	0,522
61	0,418	0,667	0,348	0,447	0,408	0,493
62	0,586	0,774	0,462	0,530	0,509	0,438
63	0,497	0,726	0,473	0,472	0,502	0,370
1	0,360	0,218	0,552	0,505	0,491	0,264
2	0,433	0,215	0,597	0,467	0,413	0,287
3	0,417	0,374	0,675	0,438	0,496	0,407
4	0,405	0,417	0,567	0,463	0,471	0,350
5	0,173	0,267	0,537	0,360	0,274	0,223
7	0,297	0,453	0,613	0,523	0,417	0,250
8	0,221	0,257	0,631	0,420	0,349	0,298
9	0,480	0,470	0,711	0,479	0,554	0,408
10	0,480	0,428	0,707	0,506	0,619	0,442
11	0,497	0,438	0,710	0,499	0,582	0,429

Quadro 7 – Correlação dos itens com a sub-escala da EPCEES a que pertence (excluindo esse item) e com as sub-escalas a que não pertencem (continuação)

	Registo	Continuidade De cuidados	Envolvimento	Aspectos	Metodologia	Avaliação
47	0,485	0,340	0,448	0,496	0,669	0,488
25	0,413	0,299	0,459	0,588	0,432	0,327
26	0,425	0,430	0,556	0,707	0,537	0,379
27	0,320	0,377	0,448	0,673	0,456	0,452
28	0,485	0,481	0,506	0,739	0,559	0,413
29	0,491	0,485	0,577	0,684	0,529	0,328
30	0,248	0,248	0,254	0,461	0,303	0,208
31	0,563	0,448	0,494	0,669	0,620	0,512
32	0,485	0,355	0,425	0,670	0,557	0,486
33	0,521	0,413	0,478	0,678	0,649	0,589
34	0,472	0,376	0,391	0,641	0,524	0,508
35	0,439	0,379	0,367	0,628	0,503	0,425
36	0,332	0,400	0,526	0,629	0,518	0,408
37	0,297	0,401	0,529	0,635	0,532	0,462
6	0,215	0,344	0,260	0,457	0,415	0,474
15	0,466	0,344	0,601	0,520	0,566	0,341
16	0,425	0,436	0,538	0,544	0,618	0,432
17	0,389	0,455	0,487	0,350	0,525	0,421
18	0,363	0,267	0,465	0,280	0,554	0,319
19	0,405	0,259	0,449	0,481	0,578	0,269
20	0,526	0,415	0,467	0,341	0,584	0,420
21	0,529	0,279	0,448	0,464	0,673	0,480
22	0,375	0,221	0,301	0,387	0,570	0,480
23	0,396	0,246	0,403	0,351	0,559	0,400
38	0,431	0,417	0,369	0,639	0,601	0,579
40	0,469	0,238	0,578	0,452	0,675	0,563
41	0,524	0,392	0,536	0,498	0,737	0,485
42	0,533	0,363	0,537	0,593	0,701	0,555
43	0,570	0,460	0,591	0,633	0,679	0,559
44	0,538	0,455	0,504	0,601	0,679	0,632
45	0,788	0,592	0,525	0,535	0,607	0,484
46	0,417	0,413	0,415	0,448	0,573	0,594
56	0,451	0,491	0,382	0,542	0,473	0,345
24	0,337	0,350	0,349	0,491	0,603	0,578
39	0,485	0,331	0,561	0,601	0,672	0,556
57	0,392	0,497	0,298	0,358	0,493	0,615
58	0,291	0,554	0,358	0,395	0,535	0,702

Correlação entre as várias dimensões

Ao analisar-se o quadro 8, verifica-se que existe uma correlação positiva e significativa entre as várias dimensões. Uma correlação positiva entre estas escalas corresponde a que o aumento numa das escalas se encontra associado a um aumento nas restantes escalas. As dimensões devem apresentar correlações entre si não muito elevadas (pois indicariam que poderíamos estar a utilizar duas ou

mais escalas para avaliar o mesmo aspecto) mas também não demasiado baixas (pois assim não existia relação entre elas).

Os valores das correlações verificadas nas dimensões da EPCEES permite-nos referir que existe relação entre elas mas não a sua independência nem sobreposição.

Quadro 8 – Matriz de correlação de Pearson entre as seis dimensões da escala da EPCEES

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1	1,000					
F2	0,533**	1,000				
F3	0,550**	0,508**	1,000			
F4	0,597**	0,559**	0,666**	1,000**		
F5	0,723**	0,588**	0,710**	0,727**	1,000	
F6	0,487**	0,582**	0,491**	0,593**	0,737**	1,000

** Significativo para $P < 0,01$

Grupo V – Papel da instituição na educação para a saúde

Colaboração da instituição na educação para a saúde – Foi elaborada uma pergunta aberta onde foi pedido que se pronunciassem como deveria a instituição colaborar com os enfermeiros na melhoria da educação para a saúde.

3.5 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Para proceder à recolha de dados foi necessário, em primeiro lugar seleccionar a instituição. Seguidamente enviamos ao Conselho de Administração um pedido escrito, juntamente com o instrumento de recolha de dados, os objectivos e o interesse do estudo. (Anexo II). Após a autorização da aplicação do instrumento (Anexo III) realizámos reuniões individuais com os enfermeiros chefes da instituição, no sentido de dar a conhecer o instrumento de recolha de dados, os objectivos e o interesse do estudo, com a finalidade de podermos contar com a sua colaboração e ajuda. Foram igualmente informados da confidencialidade dos resultados e que o preenchimento tinha carácter não obrigatório.



Após estas reuniões, foram entregues os questionários aos enfermeiros chefes, cada um dentro de um envelope que os enfermeiros fecharam após o seu preenchimento e antes de os devolverem ao enfermeiro chefe. Na data acordada com os enfermeiros chefes foram recolhidos os respectivos envelopes.

O questionário utilizado resultou do aperfeiçoamento de uma versão que foi ensaiada em dois momentos distintos:

1º Momento

Com o objectivo de testar a compreensão e a adequação dos itens, a clareza das instruções e da escala das respostas, sentimos a necessidade de realizar uma aplicação experimental do questionário elaborado (dos itens respeitantes à escala de práticas e comportamentos) utilizando o método da reflexão falada (*“Thinking Aloud”*.)

Assim, seleccionámos alguns elementos com características idênticas à população alvo e com eles realizámos reuniões individuais, precedidas de uma breve explicação acerca do que consiste o método da reflexão falada, de como o iríamos por em prática e de quais os objectivos que pretendíamos atingir.

As reuniões decorreram num clima informal. Os participantes mostraram-se interessados e motivados, tecendo comentários adequados e oportunos. Como resultado da análise foram introduzidos alguns itens e redefinidos outros.

Numa segunda fase, procedemos à aplicação do questionário, a um grupo de enfermeiros, do Centro Hospitalar de Torres Vedras (tendo sido posteriormente excluídos da aplicação final). Pela análise dos resultados da aplicação destes questionários e não havendo necessidade de proceder a alterações, considerámos o instrumento de avaliação definitivo.

A recolha de dados decorreu de 28 de Maio a 16 Junho de 2006, tendo-se verificado um tempo médio de resposta de cerca de 20 minutos.

Seguiu-se o tratamento estatístico, procedimento indispensável para a análise e interpretação dos dados obtidos, e a determinação da existência ou ausência de relação entre as variáveis.

O tratamento dos dados obtidos foi realizado por computador, através dos programas *Microsoft Word XP*, *Microsoft Excel* e *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* – versão 12.0 para *Windows*.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas e medianas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, coeficiente de variação) e inferencial (teste U de Mann Whitney, de Kruskal-Wallis e correlação de Spearman's).

Nas variáveis a estudar antes da utilização dos testes estatísticos, aplicámos o teste de Kolmogorov-Smirnov (como teste de normalidade da distribuição) para avaliar se as variáveis em estudo apresentavam ou não distribuição normal dos seus resultados. O teste revelou que nem todas as variáveis apresentavam distribuição normal, ou seja, $p > ,05$. Por esse facto, optámos por realizar, em todas as situações, testes não paramétricos.

A propósito dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis pretendemos fazer uma advertência. Estes métodos avaliam diferenças estatísticas através de ranks (ou postos) das variáveis estudadas. A medida de tendência central mais correcta para resumir o que se passa com cada um dos grupos é a mediana. Contudo, nos estudos que elaborámos, tendo havido muitos indivíduos com o mesmo rank achámos, mais expressivo, para se compreenderem as diferenças entre variáveis, a indicação das médias, embora não seja através destas que o procedimento estatístico actua. De qualquer forma, sempre que referimos a utilização destes testes, os valores de p indicados são os que o método extraiu.

Finalmente, é necessário assinalar que em todas as provas estatísticas, utilizámos, os seguintes níveis de significância:

$p > ,50$ – a diferença não é significativa;

$p \leq ,05$ – a diferença é significativa;

$p \leq ,01$ – a diferença é muito significativa.

Para o estudo das propriedades psicométricas do instrumento (práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde ao doente e

família) estudado foram calculadas as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total da escala a que pertence (excluindo o respectivo item) e o Alfa de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após irem sendo excluídos um a um. Foi igualmente realizada a inspecção da correlação do item com a escala a que pertence e com as escalas a que não pertencem.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação e discussão dos dados obtidos através do questionário, pretendendo que estes transmitam a educação para a saúde em contexto hospitalar. A opção de incluir a discussão dos resultados neste capítulo foi feita no sentido de facilitar a leitura e interpretação dos mesmos tornando menos árida a sua apresentação.

Com o objectivo de uma melhor visualização e compreensão dos dados obtidos, apresentam-se os resultados sob a forma de quadros e gráficos, precedidas de uma breve análise descritiva de modo a tornar mais elucidativa a sua apresentação, omitindo-se as referências à fonte, local e data, por resultar da aplicação do instrumento de colheita de dados, como já referido anteriormente.

4.1 - VARIÁVEIS RELATIVAS AO CONTEXTO SOCIO DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

Idade

Dos 100 inquiridos, 98 responderam a esta questão. Perante a análise do quadro 9, constatou-se que na amostra em estudo, a idade mínima dos inquiridos é de 22 anos e a máxima de 54 anos, com uma média de idades de 33,5, sendo o desvio padrão de 8,2. Tendo presente que o valor do coeficiente de variação é de 24,5%, pode ainda referir-se que não há grande dispersão dos dados em torno da média.

Quadro 9 – Caracterização da amostra segundo a idade

Idade (em anos)	N	Xmin	Xmax	\bar{X}	S	Cv
	98	22	54	33,5	8,2	24,5

Género

Pela análise do quadro 10, constatou-se que 89 dos inquiridos pertencem ao género feminino, correspondendo a 89% do seu total, 10 pertencem ao género masculino, ou seja 10%, e houve ainda um que não respondeu a esta questão.

Quadro 10 – Distribuição da amostra segundo o género

Género	Nº	%
Masculino	10	10,0
Feminino	89	89,0
Não responde	1	1,0
Total	100	100,0

Estado civil

Mediante o quadro 11, podemos verificar que 50 (50%) dos inquiridos são casados/união de facto, 40 (40%) são solteiros. De referir que na amostra não existem enfermeiros viúvos.

Quadro 11 – Distribuição da amostra segundo o estado civil

Estado civil	Nº	%
Solteiro	40	40,0
Casado /união de facto	50	50,0
Divorciado /separado	9	9,0
Viúvo	0	0,0
Não responde	1	1,0
Total	100	100,0

Formação académica/profissional

Ao observarmos o quadro 12, constata-se que dos 100 inquiridos, três não responderam à questão sobre a formação académica, o que corresponde a 3% do total da amostra. 69 dos inquiridos, ou seja 69,0%, tem o grau de licenciatura ou equivalente legal; 27 (27%) tem o grau de bacharelato ou equivalente legal, e um dos inquiridos (1%) possui uma Pós-graduação em sociopsicologia da saúde.

Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo a formação académica/profissional

Formação académica/profissional	Nº	%
Bacharelato ou equivalente legal	27	27,0
Licenciatura ou equivalente legal	69	69,0
Pós-graduação (sociopsicologia da saúde)	1	1,0
Mestrado	0	0,0
Doutoramento	0	0,0
Outra	0	0,0
Não responde	3	3,0
Total	100	100,0

Antiguidade na profissão

Quanto à antiguidade na profissão, o tempo mínimo é de 8 meses e o máximo é de 384 meses, isto é, 32 anos; a média é de 124,8 meses (10,3 anos) e o desvio padrão é de 96,7. Tendo presente que o coeficiente de variação é de 77,5% pode ainda referir-se que há grande dispersão dos dados referentes à antiguidade na profissão em torno da média. (quadro 13)

Quadro 13 – Caracterização da amostra quanto à antiguidade profissional (em meses)

Antiguidade na profissão (em meses)	N	Xmin	Xmax	\bar{X}	S	Cv
	96	8	384	124,8	96,7	77,5

Categoria profissional

Pode observar-se no quadro 14, que relativamente à categoria profissional, 57 dos inquiridos, correspondendo a 57% do total da amostra, têm a categoria de enfermeiro graduado, 38 (38%) têm a categoria de enfermeiro, 4 enfermeiros, têm a categoria de enfermeiro especialista, o que corresponde a 4%, e um (1%) não respondeu.

Quadro 14 – Distribuição da amostra segundo a categoria profissional

Categoria profissional	Nº	%
Enfermeiro	38	38,0
Enfermeiro graduado	57	57,0
Enfermeiro especialista	4	4,0
Não responde	1	1,0
Total	100	100,0

Área hospitalar onde desempenha funções

Na análise do quadro 15, verificamos que 56 inquiridos (56%) exercem actividade profissional nas Especialidades Médicas, 31 (31%) nas Especialidades Cirúrgicas seguido do Ambulatório com um total de 13 (13%) inquiridos.

Quadro 15 – Distribuição da amostra segundo a área hospitalar onde desempenha funções

Área Hospitalar	Nº	%
Especialidades Cirúrgicas	31	31,0
Especialidades Médicas	56	56,0
Ambulatório	13	13,0
Total	100	100,0

Tempo de exercício profissional no actual serviço

Na amostra em estudo, o tempo mínimo de actividade profissional no actual serviço corresponde a um mês e o tempo máximo a 300 meses, isto é, 25 anos para uma média de 58,9 meses, com um desvio padrão de 54,2. Tendo presente que o coeficiente de variação é de 92% pode ainda referir-se que há grande dispersão dos dados em torno da média. (quadro 16)

Quadro 16 – Caracterização da amostra segundo o tempo de actividade profissional no actual serviço

Tempo de actividade profissional no actual serviço (em meses)	N	Xmin	Xmax	\bar{X}	S	Cv
	97	1,0	300,0	58,9	54,2	92,0

4.2 - VARIÁVEIS RELATIVAS ÀS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA INSTITUIÇÃO

Existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde

Pela análise dos dados apresentados no quadro 17, constata-se que, 58 (58%) dos inquiridos referem que não existe no serviço nenhum plano de ensino delineado de educação para a saúde, 32 (32%) referem que existe, 9 (9%) citam que não sabem se existe e um (1%) não responde a esta questão.

De referir ainda que um número razoável, 9 (9%) apesar de trabalhar no serviço desconhece se existe ou não um plano de ensino delineado de educação para a saúde. Estes resultados não vão ao encontro da opinião de Ewles e Simnett (2003) ao definirem que as acções de educação para a saúde devem ser vistas como oportunidades planeadas para as pessoas aprenderem sobre saúde, e empreenderem alterações voluntárias nos seus comportamentos. Também Atkinson e Murray (1985/1989) referem que o ensino é um processo que ajuda o doente ensinado (aprendiz) a mudar o seu comportamento em direcção predeterminada, pelo que deve ser planeado.

A existência de um plano de ensino delineado pressupõe uma aprendizagem por parte do doente/família mais orientada e complementada, pois é através da aprendizagem que o doente/família aprende, adquire saberes, desenvolvem capacidades/competências, provocando forçosamente uma aquisição ou transformação de valores, atitudes e comportamentos. (Berbaum, 1993; Ferreira, 2003; Monteiro & Santos, 1997; Simões, 1999; Tavares & Alarcão, 1992)

Quadro 17 – Distribuição da amostra segundo a existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde

Existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde	Nº	%
Sim	32	32,0
Não	58	58,0
Não sei	9	9,0
Não responde	1	1,0
Total	100	100,0

Dos 32 enfermeiros que responderam existir no seu serviço um plano de ensino delineado de educação para a saúde, 20 indicam que este ensino é efectuado de forma individualizada, o que corresponde a 62,5% do total da amostra, 6 indicam que é efectuado em grupo, o que corresponde a 18,8%, 5 indicam que é efectuado de maneira individualizada e em grupo, o que corresponde a 15,6% e apenas um (3,1) não responde à questão.

Para Readman (2003) os métodos de educação para a saúde podem ser vários, no entanto a maioria dos enfermeiros participantes no estudo apenas salientaram dois: o individualizado e em grupo, e apenas 5 referem a utilização de mais do que um. Só estes últimos 15,6% é que vão de encontro ao preconizado por Williams (1988) ao salientar que não se deve usar um único método de educação devendo no entanto ser adequado às necessidades individuais do doente e família (Smeltzer e Bare, 1993)

Quadro 18 – Distribuição da amostra que referiu ter no serviço um plano de ensino delineado de educação para a saúde de acordo com a forma como o realiza

Forma como realiza o plano de ensino	Nº	%
Individualizado	20	62,5
Grupo	6	18,8
Outros	0	0,0
Individualizado e grupo	5	15,6
Não responde	1	3,1
Total	32	100,0

Meios utilizados na educação para a saúde

Quanto aos meios utilizados na educação para a saúde, constata-se pela análise do quadro 19, que maioritariamente é utilizada a exposição oral 80 (40,8%), seguidamente com os mesmos percentuais (29,1%) a demonstração e prática e os meios auxiliares (panfletos, livros, etc.) respectivamente.

Estes dados são corroborados por vários autores, nomeadamente Smeltzer e Bare (1993) e Redman (2003), ao referirem que a exposição oral, a demonstração e prática, e os meios auxiliares são os instrumentos mais utilizados na educação para a saúde, isto porque, o doente/família deve ser um actor participante como

todos os outros elementos (Custódio & Cabrita, 2002), pois as metodologias activas e participativas são as que mais envolve e responsabiliza o doente e a família.

Williams (1988) refere igualmente que não se deve usar um único método de educação para a saúde, isto porque, quando um método falha, não devemos desistir e sim aplicar um outro método. Tendo presente que a totalidade das respostas foi muito superior ao número de participantes podemos referir que utilizam mais do que um meio.

Quadro 19 – Distribuição das respostas dos inquiridos consoante os meios utilizados na educação para a saúde

Os meios utilizados na educação para a saúde*	Nº	%
Demonstração e prática	57	29,1
Meios auxiliares (panfletos, livros, etc.)	57	29,1
Exposição oral	80	40,8
Filmes	2	1,0
Dramatização	0	0,0
Outros	0	0,0
Total	196	100,0

*resposta múltipla

Momento em que se realiza educação para a saúde ao doente e à família

Ao analisarmos o quadro 20, constata-se que as respostas dos inquiridos totalizam 249 sendo que em 97 (39%) das respostas referem que a educação para a saúde ao doente é realizada sempre que necessário, 68 (27,3%) das respostas referem o acolhimento, 59 (23,7%) o momento da alta e 25 (10%) quando tem disponibilidade. Quanto à educação para a saúde realizada à família, 87 (41,4%) das respostas dos enfermeiros referem que a realizam sempre que necessário, 55 (26,2%) realizam-na no momento da alta, 42 (20%) no acolhimento, 21 (10%) quando tem disponibilidade, 4 (1,9%) referem outros momentos ou seja, realizam-na quando a família aparece no serviço. Finalmente, é de salientar que um (0,5%) dos inquiridos refere não realizar educação para a saúde à família.

Quadro 20 – Distribuição das respostas dos inquiridos segundo o momento em que se realiza educação para a saúde ao doente e à família

Momento em que se realiza educação para a saúde**	Doente		Família	
	Nº	%	Nº	%
Não realizo	0	0	1	0,5
No acolhimento	68	27,3	42	20,0
No momento da alta	59	23,7	55	26,2
Sempre que necessário	97	39,0	87	41,4
Quando tem disponibilidade	25	10,0	21	10,0
Outros*	0	0,0	4	1,9
Total	249	100,0	210	100,0

* Realizo quando a família aparece no serviço; ** resposta múltipla

Momento em que deveria dar-se início à educação para a saúde do doente/família

Observando o quadro 21, concluímos que o enfermeiro acha que deveria iniciar-se a educação para a saúde do doente/família maioritariamente no acolhimento 71 (71%), seguida de quando é diagnosticada uma necessidade (10%), observamos também que 12 (12%) enfermeiros não responderam a esta questão.

A opinião dos enfermeiros quanto ao momento em que se deve dar início á educação para a saúde é corroborada por Manley (1989) quando nos refere que a identificação das necessidades educacionais quer do doente, quer da família deve ser logo iniciada no momento do acolhimento de forma a que o enfermeiro o vá preparando para o regresso a casa. Martins (2002), profere ainda, que a educação para a saúde deve ser encarada como uma oportunidade de identificar as necessidades dos doentes permanentemente.

De salientar que tendo presente os dados do quadro anterior podemos ainda acrescentar que a diferença entre as práticas do início da educação para a saúde e a opinião dos enfermeiros quanto ao início é muito diferente (27,3% e 71% respectivamente o que faz e o quando o deveria fazer). Estas respostas alertam-nos para uma questão: quais os factores que levam os enfermeiros a não realizarem educação para a saúde apesar de reconhecerem a sua importância?

Quadro 21 – Distribuição da amostra segundo a opinião quanto ao momento em que se deverá dar início à educação para a saúde do doente/família

Início da educação para a saúde do doente/família	Nº	%
Acolhimento	71	71,0
Comunidade	2	2,0
Nos cuidados de saúde primários	2	2,0
Quando diagnosticada uma necessidade	10	10,0
Desde o nascimento	3	3,0
Não responde	12	12,0
Total	100	100,0

Presença na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família

Quanto à carta de alta possuir um espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família, como podemos constatar pelo quadro 22, 69 (69%) enfermeiros respondem que não existe um espaço próprio, 23 (23%) respondem que existe espaço próprio e 8 (8%) não responde a esta questão.

A existência de um espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família pressupõe a continuidade dos cuidados a prestar, e estes resultados não vão de encontro a esta opinião, que também é defendida por Luz (2003), quando refere que a continuidade dos cuidados favorece o conhecimento do doente não como um elemento isolado mas sim intimamente integrado num grupo familiar e na sua comunidade.

Neste sentido a carta de alta é um bom instrumento de comunicação, pois contém informação importante e necessária à identificação do doente, das suas necessidades, do apoio familiar e dos recursos da comunidade. Deste modo, possibilita um conhecimento integral da situação do utente/família, bem como as suas respostas para a resolução de problemas, dando informações que possibilitam aos enfermeiros uma prestação contínua e com qualidade dos cuidados de saúde. (Dias et al., 2001; Luz, 2003; Torres & Reis, 2002)

Quadro 22 – Distribuição da amostra consoante a presença na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família

Presença na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família	Nº	%
Sim	23	23,0
Não	69	69,0
Não responde	8	8,0
Total	100	100,0

4.3 - VARIÁVEIS RELATIVAS À FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Função do enfermeiro como educador para a saúde ao doente e à família

Pela análise do quadro 23, constata-se que maioritariamente 99 (99,0%) enfermeiros concordam que faz parte da sua função a educação para a saúde ao doente, assim como a educação para a saúde à família, 97 (97,0%).

A opinião dos enfermeiros que participaram neste estudo é corroborada por vários autores quando mencionam que a educação para a saúde ao doente/família é uma das competências dos enfermeiros. (Colliere, 1989/1999; Henderson, 1994; OE, 2004; Quaresma, 1993; Rodrigues et al, 2005; Watson, 2002)

Quadro 23 – Distribuição das respostas da amostra à questão “Na sua opinião devem ser os enfermeiros a realizar educação para a saúde”

Educação para a saúde do doente e da família como função do enfermeiro	Doente		Família	
	Nº	%	Nº	%
Sim	99	99,0	97	97,0
Não	1	1,0	1	1,0
Não responde	0	0,0	2	2,0
Total	100	100,0	100	100,0

Necessidade por parte dos enfermeiros de formação específica na área da educação para a saúde

Pela análise do quadro 24, pode constatar-se que existe pouca discrepância quanto à opinião dos enfermeiros em relação à existência de formação específica na área da educação para a saúde, isto porque, 55 (55%) refere que os enfermeiros necessitam de ter formação específica na área da educação para a saúde, enquanto que 44 (44%) refere que não necessitam. Existe ainda um (1%) enfermeiro que não responde a esta questão.

A competência de enfermagem diz respeito quer ao domínio do saber (conceptual), quer ao domínio do saber-fazer (competências técnicas e humanas), sendo que a formação de educação adquire-se quer na aprendizagem, quer no desenvolvimento de capacidades ao longo da experiência profissional. (Benner, 2001; Le Boterf, 1994; Lima Basto, 2005; Lopes, 2005; Oliveira, 2005)

De salientar, no entanto, que a formação tem como função ampliar as nossas competências (Fabião et al., 2005) e tendo presente o aparecimento de novas situações sociais, doenças, técnicas entre outras, é necessário empenharmo-nos verdadeiramente numa constante actualização dos nossos conhecimentos.

55% dos enfermeiros são da opinião de Honoré (1996/2002), pois este autor refere que os educadores de saúde necessitam de formação pedagógica inovadora e adequado desenvolvimento de competências técnicas e científicas.

Também Rodrigues et al. (2005), refere que o educador não se deve limitar apenas ao conhecimento, mas à necessidade de conquistar a área das interacções educativas necessitando de aprender a promover o seu próprio desenvolvimento pessoal. Ainda para estes autores a formação de educadores de saúde é de extrema importância para o desenvolvimento das competências.

Quadro 24 – Distribuição das respostas da amostra consoante a necessidade por parte dos enfermeiros de formação específica na área da educação para a saúde

Necessidade por parte dos enfermeiros de formação específica na área da educação para a saúde	Nº	%
Sim	55	55,0
Não	44	44,0
Não responde	1	1,0
Total	100	100,0

Profissional que deve proporcionar a formação específica na área da educação para a saúde aos enfermeiros

Como podemos observar pela análise do quadro 25, dos 55 enfermeiros que responderam necessitar de formação específica na área da educação para a saúde, 13 (23,6%) referem que são os enfermeiros que a devem proporcionar, 12 (21,8%) referem que devem ser enfermeiros mas com formação específica, 9 (16,4%) referem que deve ser uma pessoa com formação específica, 12 (21,8%) referem que quem deve proporcionar a formação deve ser o centro de formação e a equipa multidisciplinar com 6 (10,9%) respectivamente. No entanto, 9 (16,4%) enfermeiros não respondem a esta questão. Se tivermos presentes as respostas referentes aos enfermeiros verificamos que 45,4% dos inquiridos referem que a formação deve ser efectuada pelos enfermeiros o que vai de encontro ao referido pela OE (2004) ao referir que os enfermeiros devem participar na formação de enfermeiros. Esta opinião é ainda corroborada pela Joint Commission International, (1998/2003) e por Lopes (2005), quando referem que a formação deve ser realizada pelas pessoas que trabalham na organização.

Ainda para Lopes (2005), a formação deve ser realizada por funcionários da própria organização pois é fundamental a interacção entre as pessoas e a organização.

Quadro 25 – Distribuição das respostas dos inquiridos que referiram necessitar de formação de acordo com o profissional que deve proporcionar essa formação

Em caso de necessidade de formação, quem a deve proporcionar	Nº	%
Centro de formação	6	10,9
Equipa multidisciplinar	6	10,9
Enfermeiros	13	23,6
Pessoa com formação específica	9	16,4
Enfermeiro com formação específica	12	21,8
Não responde	9	16,4
Total	55	100,0

Áreas de formação a satisfazer

Ao analisarmos o quadro 26, constata-se que as 248 respostas dos inquiridos sobre as áreas de formação estão distribuídas da seguinte forma: 40 (16,1%) assinalaram como áreas de formação a satisfazer as estratégias de ensino, 35 (14,1%) assinalaram a formação teórica/prática em áreas específicas da saúde, 34 (13,7%) assinalaram os métodos de educação para a saúde, 30 (12,1%) assinalaram os recursos de saúde à disposição do doente/família na comunidade, 27 (10,9%) assinalaram as formas de comunicação, 25 (10,1%) a relação de ajuda, 24 (9,7%) o levantamento de necessidades educacionais, 20 (8,1%) os registos e por último os meios auxiliares de ensino com 13 (5,2%) respostas assinaladas.

Se tivermos presentes a totalidade das respostas podemos verificar que os enfermeiros que responderam a esta questão são da opinião de Lopes (2005), de que a formação deve complementar e estar perfeitamente adaptada às necessidades do indivíduo e da organização, deve estar ligada à construção da identidade pessoal/profissional de cada um e que deve ser realizada ao longo de todo o processo evolutivo do indivíduo e baseada nos seus contextos de trabalho. (Fernandes & Venâncio, 2004)

Pode constatar-se ainda pela análise a este quadro, que a opinião dos enfermeiros em relação à satisfação da formação vem de encontro à opinião de Oliveira (2005), quando refere que a competência é entendida como um conjunto de características individuais, aperfeiçoada a partir de conhecimentos, capacidades e atitudes. E que, a formação tem como principal função ampliar as competências e

conhecimentos, o que contribuirá para a qualidade dos cuidados prestados ao doente/família visando a excelência do desempenho. (Fabião et al., 2005)

10,9% das respostas dos enfermeiros salientam a necessidade de formação na área da comunicação. Estes dados vão ao encontro do salientado por Marrucho et al. (2001), ao referir que os enfermeiros necessitam de boas capacidades de comunicação para avaliarem as necessidades do doente/família, tão importante na educação para a saúde, opinião igualmente partilhada por Caseiro et al. (2002)

O estabelecimento da relação de ajuda com o doente é uma das funções dos enfermeiros referidos no Decreto-lei nº161/96 de 4 de Setembro (Portugal, 1996), para além de ser uma prática indispensável durante o processo de educação para a saúde (Lash, 1990). Para tal é importante capacitar os enfermeiros desta competência, sendo de salientar as 10,1% de respostas dos enfermeiros ao referir a necessidade de desenvolver estas competências.

Sendo o enfermeiro que selecciona técnicas, métodos e estratégias de ensino que sejam mais adequados para atender às necessidades individuais do doente e família (Smeltzer & Bare, 1993) é de salientar os 35% de respostas que abarcam estas áreas a satisfazer em termos de formação dos enfermeiros no sentido de contribuir para a qualidade de vida do doente e família. Desta opinião também partilha a Joint Commission International (1998/2003) ao referir que os educadores devem ser educados e treinados.

Quadro 26 – Distribuição das respostas dos inquiridos que referiram necessitar de formação consoante as áreas da formação a satisfazer*

Áreas de formação a satisfazer	Nº	%
Formas de comunicação	27	10,9
Relação de ajuda	25	10,1
Estratégias de ensino	40	16,1
Levantamento de necessidades educacionais	24	9,7
Registos	20	8,1
Recursos de saúde à disposição do doente/família na comunidade	30	12,1
Meios auxiliares de ensino	13	5,2
Métodos de educação para a saúde	34	13,7
Formação teórica/prática em áreas específicas da saúde	35	14,1
Outras	0	0,0
Total	248	100,0

* Resposta múltipla

Características que os enfermeiros devem ter para realizar educação para a saúde

Pela análise do quadro 27, podemos constatar que as 3 características mais valorizadas pelos enfermeiros para realizar educação para a saúde são: a capacidade para ouvir o doente/família, a capacidade para criar uma relação de ajuda com o doente/família e a capacidade para conseguir que o doente/família respondam e se adaptem de modo apropriado aos desafios e obstáculos que encontram, com respectivamente 97 (97%), 95 (95%) e 92 (92%) respostas assinaladas. As características que estes menos valorizam são: capacidade para criar entusiasmo pelo bem-estar do doente/família, capacidade para descobrir quais as convicções e necessidades acerca da saúde e a capacidade para conferir autoridade/responsabilização/capacitação quer a si próprio quer ao doente/família, com respectivamente 73 (73%) e as duas últimas com igual número (82) de respostas assinaladas (82%). Podemos também constatar que existem capacidades não referidas por alguns enfermeiros, tais como: capacidade para criar entusiasmo pelo bem-estar do doente/família, capacidade para conferir autoridade/responsabilização/capacitação quer a si próprio quer ao doente/família, com 17 (17%) respostas assinaladas respectivamente, assim como, a capacidade para criar interesse pelo bem-estar do doente/família, com 15 (15%).

A opinião dos enfermeiros deste estudo quanto às características que devem possuir para realizar educação para a saúde, não é totalmente concordante com a opinião de alguns autores, mais precisamente com Lash (1990), Navarro (1995) e com a OE (2004), isto porque, se a educação para a saúde é uma das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, então o processo educativo deve estabelecer uma dinâmica de cooperação e inter ajuda, proporcionando assim confiança em cada um dos intervenientes na educação para a saúde.

Os enfermeiros na sua prática como educadores para a saúde ao utilizarem as capacidades na íntegra, ajudam a diminuir a ansiedade e a desenvolver competências para a aprendizagem tornando-as mais independentes, sendo por isso, na opinião de Lash (1990) importante dotar os enfermeiros destas capacidades.

Quadro 27 – Caracterização da amostra segundo as características dos enfermeiros para realizar educação para a saúde

Capacidades dos enfermeiros para realizar educação para a saúde	Sim		Não		Não responde		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Capacidade para ouvir o doente/família	97	97,0	0	0,0	3	3,0	100	100,0
Capacidade para descobrir quais as convicções e necessidades acerca da saúde	82	82,0	7	7,0	11	11,0	100	100,0
Capacidade para criar uma relação de ajuda com o doente/família	95	95,0	2	2,0	3	3,0	100	100,0
Capacidade para criar interesse pelo bem-estar do doente/família	82	82,0	3	3,0	15	15,0	100	100,0
Capacidade para criar entusiasmo pelo bem-estar do doente/família	73	73,0	10	10,0	17	17,0	100	100,0
Capacidade para participar com o doente e família na aprendizagem	86	86,0	4	4,0	10	10,0	100	100,0
Capacidade para ajudar a tornar claras as escolhas à disposição do doente/família	85	85,0	4	4,0	11	11,0	100	100,0
Capacidades de comunicação e aconselhamento de maneira a contribuir para a tomada de decisão do doente/família	88	88,0	3	3,0	9	9,0	100	100,0
Capacidade para conferir autoridade/responsabilização/capacitação quer a si próprio quer ao doente/família	76	76,0	7	7,0	17	17,0	100	100,0
Capacidade para conseguir que o doente/família respondam e se adaptem de modo apropriado aos desafios e obstáculos que encontram	92	92,0	2	2,0	6	6,0	100	100,0
Outras	-	-	-	-	100	100,0	100	100,0

4.4 - PRÁTICAS E COMPORTAMENTOS DOS ENFERMEIROS NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE AO DOENTE E FAMÍLIA

Nesta variável faremos a análise das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde, autorrelatados pelos enfermeiros, nas 6 dimensões anteriormente descritas. Numa primeira fase, faremos a comparação entre as várias dimensões e posteriormente analisaremos em cada dimensão os itens que nos merecem mais relevo, pois só assim nos será possível detectar em que áreas, dentro de cada dimensão é necessário intervir para que os enfermeiros realizem uma educação para a saúde, em concordância com as normas de

qualidade referenciadas pela Joint Commission International (1998/2003) e pela OE (2002).

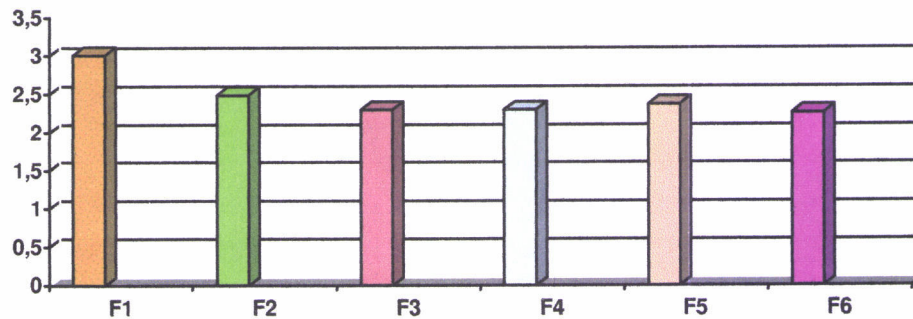
Tendo em consideração que cada uma das dimensões da EPCEES permite um *score* mínimo de 1 e um *score* máximo de 5, a média dos valores obtidos, (quadro 28 e gráfico 1) com exceção da dimensão Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família ($\bar{X} = 3,01$; $s=0,92$) apresentam pontuação mais baixa que o valor atribuído para a mediana de cada dimensão (ou seja 2,5). De salientar ainda que pelos valores do coeficiente de variação existem uma razoável dispersão dos dados em relação à média com exceção das práticas e comportamentos relacionados com a metodologia usados pelos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde (apesar de se encontrar próximo dos valores de referência, ou seja 25%) Estes resultados indicam-nos que as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde do doente e família não estão em sintonia com as normas da Joint Comissions International (1998/2003). Só com educação para a saúde de qualidade se promove comportamentos saudáveis, apoia-se a recuperação e apressa-se o regresso à função, capacitando os doentes a estarem implicados nas decisões sobre os seus próprios cuidados. (Redman, 2003)

Pelos valores médios apresentados podemos referir que os enfermeiros privilegiam a dimensão dos registos.

Quadro 28 – Caracterização da amostra quanto às dimensões das práticas e comportamentos na educação para a saúde ao doente e família

EPCEES	Nº	\bar{X}	Mediana	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Mínimo	Máximo
F1	93	3,01	2,3	0,92	30,56	1	4
F2	97	2,49	2,4	0,77	33,47	1	5
F3	90	2,30	2,4	0,62	26,95	1	3,8
F4	97	2,30	3,0	0,59	25,65	1	5
F5	93	2,37	2,4	0,54	24,84	1	3,5
F6	93	2,26	2,3	0,69	30,53	1	4,2

Gráfico 1 – Representação gráfica das médias das dimensões da escala de práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde do doente e família



Práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde

A educação para a saúde implica uma real participação do indivíduo e da família na melhoria da sua saúde, reflectindo conjuntamente com os profissionais de saúde sobre os seus problemas, manifestando as suas necessidades consideradas prioritárias e participando activamente no processo da educação (Custódio & Cabrita, 2002). A mesma opinião é partilhada por Martins (2002) e pela OE (2004) ao referirem que a educação para a saúde deve contemplar o doente e família. Estas opiniões não são corroboradas pelos nossos resultados pois nesta dimensão e tendo presente a média e o desvio padrão ($\bar{X} = 2,30$; $s = 0,62$) do total somos levados a concluir que os enfermeiros em média têm apenas às vezes práticas e comportamentos determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde.

Ao analisarmos os valores de cada um dos itens, apresentados no quadro 29 constatamos que nesta dimensão apenas dois itens “atribuo conjuntamente com o doente/família prioridades aos diagnósticos na educação a efectuar “ com uma média de 2,88 para um desvio padrão 1,01 e “estabeleço conjuntamente com o doente/família as necessidades da educação a efectuar” com uma média de 2,75 para um desvio padrão 0,87, excedem o valor da mediana da escala (2,5).

Custódio e Cabrita (2002), referem que o enfermeiro deve envolver o doente e família na avaliação das suas necessidades de educação para a saúde pois as necessidades são as deles e não as do enfermeiro. Também a Joint Commission International (1998/2003) refere que a educação para a saúde começa com uma avaliação das necessidades de aprendizagem do doente e da família. Os valores ($\bar{X}=2,31$; $s= 0,94$) apresentados no item “Envolvo directamente o doente/família na avaliação das necessidades de educação” sugerem que os enfermeiros fazem poucas vezes o recomendado pelos autores supracitados.

Na opinião de Elsen (2004) e Oliveira (2005) a participação do doente e família na educação para a saúde leva-os a tomar as suas decisões conscientemente. Este aspecto não é corroborado pelos dados deste estudo, pois no item “Informo os doentes e família sobre o direito que tem de participar nas decisões dos cuidados” os valores médios são baixos ($\bar{X}=2,22$; $s = 0,94$).

Se tivermos presente a opinião de Readman (2003) e Rodrigues et al. (2005) ao referirem que para haver mudanças através da aprendizagem é preciso motivação sendo necessário estimulá-la, é de salientar que no item “Avalio a motivação do doente/família relativamente à educação para a saúde” os valores médios de 2,15 apresentados encontram-se muito longe dos 5 possíveis o que nos sugere que os enfermeiros nem sempre tem este aspecto presente nas suas práticas e comportamentos no âmbito da educação para a saúde.

A análise deste quadro não estaria terminada sem referir que nas práticas e comportamentos determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde os enfermeiros realizam poucas vezes a avaliação da facilidade de aprendizagem do doente/família ($\bar{X} = 1,92$; $s = 0,83$) o que poderá comprometer todo o processo de educação para a saúde tal como é referido por alguns autores que se debruçaram sobre a aprendizagem e comunicação. (Rogers, 1970/1985; Rodrigues et al., 2005)

Somos da opinião de Monteiro e Santos (1997), ao referir que ensinar é orientar situações que levam outra pessoa a modificar o seu comportamento. Como se

pode levar outras pessoas a modificar o seu comportamento sem avaliar a facilidade de aprendizagem?

Quadro 29 – Caracterização da amostra quanto às suas práticas e comportamentos determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde

	Item	n	\bar{X}	s
Participação activa do doente e família na educação para a saúde	Consciencializo o doente/família da sua importância na educação para a saúde	100	2,07	0,91
	Envolve directamente o doente/família na avaliação das necessidades de educação	100	2,31	0,94
	Estabeleço conjuntamente com o doente/família as necessidades da educação a efectuar	99	2,75	0,87
	Atribuo conjuntamente com o doente/família prioridades aos diagnósticos na educação a efectuar	98	2,88	1,01
	Durante a educação para a saúde incluo a participação da família	97	2,35	0,86
	Informo os doentes e família sobre o direito que tem de participar nas decisões dos cuidados	99	2,22	0,94
	No processo de educação para a saúde incluo a participação da família nos cuidados	99	2,40	1,03
	Avalio a motivação do doente/família relativamente à educação para a saúde	99	2,15	0,88
	Avalio a habilidade do doente/família para aprender	98	2,02	0,86
	Avalio a facilidade de aprendizagem do doente /família	97	1,92	0,83
	Antes de realizar os ensinamentos verifico se o doente/família estão motivados para a aprendizagem	96	2,20	0,78
	Total da escala		90	2,30

Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde do doente e família

A educação do doente e da sua família deve ter presente as suas necessidades no entanto e segundo as Normas da Joint Commission International (1998/2003) devem ser incluídos alguns tópicos, nomeadamente: a utilização segura de medicamentos, a utilização segura de equipamento médico, as potenciais interacções entre os medicamentos e a alimentação, a orientação nutricional e as técnicas de reabilitação. Ao analisarmos os dados apresentados no quadro seguinte constatamos que os valores médios apresentados oscilam entre o valor 2,00 ($s=0,70$) no item “Durante a educação para a saúde proporciono

ensinamentos sobre os hábitos de vida saudáveis e 2,68 ($s=0,84$) no item “Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre a utilização segura e eficaz do equipamento médico”. O que corresponde a afirmar que os enfermeiros tem apenas às vezes estas práticas e comportamentos e não sempre, o que corresponderia à opinião dos autores supracitados.

Segundo a OE (2004) é função dos enfermeiros proceder ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos pelo que ao observarmos os resultados ($\bar{X}=2,23$; $s=0,91$) obtidos no item “Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre a utilização segura e eficaz de medicamentos” poderemos referir que os enfermeiros inquiridos nem sempre cumprem esta função.

Se tivermos presente que ao valor 5 corresponderia que os enfermeiros realizavam sempre estas práticas e comportamentos somos da opinião que os enfermeiros que participaram neste estudo ainda tem uma longa caminhada a fazer para que possam cumprir na íntegra o recomendado pelos autores supracitados.

Quadro 30 – Caracterização da amostra quanto às suas práticas e comportamentos no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde ao doente e família

	Item	n	\bar{X}	s
Aspectos a ter presente no ensino	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre a utilização segura e eficaz de medicamentos	98	2,23	0,91
	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre os potenciais efeitos colaterais dos medicamentos	98	2,51	0,95
	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre a utilização segura e eficaz do equipamento médico	98	2,71	1,00
	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre como prevenir interações entre os medicamentos e a alimentação	98	2,63	1,00
	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre uma dieta e uma nutrição adequadas	98	2,13	0,73
	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre algumas técnicas de reabilitação	98	2,68	0,84
	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre como resolver situações pontuais relacionadas com o seu problema de saúde específico	98	2,22	0,81
	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre as eventuais alterações que possam surgir (instruções de follow-up)	97	2,48	0,92

Quadro 30 – Caracterização da amostra quanto às suas práticas e comportamentos no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde ao doente e família (continuação)

Aspectos a ter presente no ensino (continuação)	Item (continuação)	n	\bar{X}	s
	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre o reconhecimento de sintomas associados à sua doença	98	2,12	0,75
	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre as actividades de vida diária	98	2,03	0,66
	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre os hábitos de vida saudáveis	98	2,00	0,70
Total da escala		97	2,30	0,59

Práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde

A aprendizagem é mais eficaz quando se ajusta às preferências de aprendizagem de um indivíduo/família, aos seus valores culturais e religiosos, às suas capacidades de linguagem e leitura (Joint Comission Internacional, 1998/2003) à sua personalidade, costumes e saberes (Sousa & Frias, 2002). Ao analisarmos os valores médios apresentados no quadro 31, para cada item desta dimensão verificamos que os enfermeiros que participaram neste estudo nem sempre cumprem os requisitos sugeridos pelos autores supracitados para que a aprendizagem seja eficaz.

De salientar que o item que apresenta em média o valor mais baixo ($\bar{X}=1,93$; $s = 0,71$) é “Presto continuamente informação explícita ao doente/família” e o que apresenta em média valor mais elevado ($\bar{X} = 2,94$; $s = 1,12$) é o item “A educação para a saúde é planeada de acordo com as barreiras à aprendizagem que o doente/família possuem.

“Durante a educação para a saúde decomponho as tarefas mais complexas em unidades mais simples”, é apenas realizado às vezes pelos enfermeiros ($\bar{X} = 2,12$, $s = 0,83$). Este aspecto não é corroborado por Redman (2003) ao referir que o enfermeiro deve organizar a informação complexa de vários modos para adoptar aos diferentes estilos de aprendizagem.

Sendo a aprendizagem um processo pessoal (Ferreira, 2003) deverão ser avaliadas as barreiras que cada doente e família apresenta a fim de a tornar eficaz. Ainda para Redman (2003) deve ter-se presente a literacia do doente e família aquando da educação para a saúde. Esta opinião não é partilhada pela maioria dos respondentes do nosso estudo, pois os valores médios encontrados para o item “Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nas dificuldades de comunicação relacionadas com a linguagem, nível de literacia, entre outros” é apenas de 2,07 (s = 0,72).

Aires da Silva (1996), refere que os adultos têm formas próprias de aprender nomeadamente praticando o que lhes foi ensinado. Ora este princípio nem sempre é realizado pelos enfermeiros durante a educação para a saúde ($\bar{X} = 2,49$, s = 0,93). Em síntese, poderemos salientar que ainda muito há a fazer no sentido do desenvolvimento destas práticas e comportamentos dos enfermeiros.

Quadro 31 – Caracterização da amostra quanto às suas práticas e comportamentos relacionadas com a metodologia utilizada na educação para a saúde ao doente e família

	Item	n	\bar{X}	s
Metodologia	Presto continuamente informação explícita ao doente/família	99	1,93	0,71
	Nas acções de educação que realizo ao doente/família disponibilizo informação para promover condições que levem à tomada de decisões	99	2,43	0,82
	Nas acções de educação que realizo ao doente/família faço a exploração de valores e atitudes para promover condições que levem à tomada de decisões	98	2,75	0,78
	Nas acções de educação que realizo ao doente/família promovo o desenvolvimento das aptidões dos mesmos	98	2,47	0,70
	Ao realizar a educação para a saúde preparo a informação de maneira a ajustar aos diferentes estilos de aprendizagem	98	2,31	0,76
	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nos valores (culturais, religiosos, etc.) do doente/família	99	2,37	0,93
	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nas preferências do doente/família	98	2,91	0,90
	Durante a educação para a saúde selecciono o modelo de educação que o doente/família compreendam	97	2,33	0,86
	Durante a educação para a saúde decomponho as tarefas mais complexas em unidades mais simples	98	2,12	0,83
	Durante a educação para a saúde adapto a educação com os estádios de disposição do doente/família	95	2,31	0,88

Quadro 31 – Caracterização da amostra quanto às suas práticas e comportamentos relacionadas com a metodologia utilizada na educação para a saúde ao doente e família (continuação)

	Item (continuação)	n	\bar{X}	s
Metodologia (continuação)	Durante a educação para a saúde do doente/família tenho presente as suas aprendizagens passadas	98	2,38	0,89
	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base na motivação para aprender	98	2,51	0,81
	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nas barreiras emocionais do doente/família	98	2,51	0,85
	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nas limitações físicas, cognitivas ou sensoriais do doente/família	98	2,06	0,81
	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nas dificuldades de comunicação relacionadas com a linguagem, nível de literacia, entre outros	98	2,07	0,72
	Antes de iniciar a educação para a saúde identifico as barreiras à aprendizagem que o doente/família possuem	98	2,25	0,83
	A educação para a saúde é planeada de acordo com as barreiras à aprendizagem que o doente/família possuem	95	2,94	1,12
	A educação para a saúde é planeada de acordo com o nível de conhecimento do doente/família	97	1,97	0,73
	Pratico com o doente/família os ensinamentos que efectuo	97	2,49	0,93
Total da escala	93	2,48	0,83	

Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinantes para continuidade de cuidados

O processo educativo na opinião da Joint Commission International (1998/2003) deve incluir não só o conhecimento necessário durante o processo de cuidados mas também o conhecimento necessário após o doente ter alta para outro local de cuidados ou para casa.

Ao analisarmos os itens desta sub-escala verificamos que os itens relacionados com a informação aos recursos da comunidade sobre o tipo de educação para a saúde realizados e as necessidades de educação que o doente tem, ultrapassam ligeiramente em média (2,74) a mediana de cada item (2,5), no entanto, ainda existem muitos enfermeiros que não o fazem sempre, o que constitui um fonte de preocupação tendo presente a continuidade de cuidados.

Quanto à informação e encaminhamento do doente e família para os recursos da comunidade (“Indico ao doente/família os recursos que a comunidade tem na área da saúde” e “Encaminho o doente/família para os recursos da comunidade que promovam a continuidade da saúde e a educação”) nenhum dos itens atingiu a média do 5 o que significaria que os enfermeiros o fazem sempre.

Sendo a carta de alta um instrumento indispensável para garantir a continuidade absoluta dos cuidados, é fundamental que esta seja como nos refere Macheca (2000/2005), um processo organizado, coordenado e interdisciplinar. Neste sentido deve a carta de alta possuir informação importante e necessária à identificação do doente, das suas necessidades, do apoio familiar e dos recursos da comunidade (Luz, 2003), sendo assim um óptimo meio de comunicação/articulação inter-institucional. (Torres & Reis, 2002)

Quadro 32 – Caracterização da amostra quanto às suas práticas e comportamentos no âmbito da educação para a saúde determinantes para continuidade de cuidados ao doente e família

	Item	n	\bar{X}	s
Continuidade de cuidados	Identifico o doente/família que necessitam de recursos na comunidade na área da saúde	96	2,34	0,94
	Indico ao doente/família os recursos que a comunidade tem na área da saúde	97	2,33	0,84
	Encaminho o doente/família para os recursos da comunidade que promovam a continuidade da saúde e a educação	97	2,21	0,86
	Forneço informação aos recursos da comunidade, sobre que tipo de educação para a saúde foi realizado ao doente/família	97	2,79	1,03
	Forneço informação aos recursos da comunidade, sobre as necessidades de educação para a saúde o doente/família têm	97	2,79	0,99
Total da escala		97	2,49	0,77

Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família

Esta dimensão das práticas e comportamentos apresenta-se com médias bastantes baixas (média =2,3 e 0,6 de desvio padrão; para um máximo possível de 5). Na totalidade da dimensão poderemos referir que os enfermeiros não avaliam muitas vezes mas sim poucas vezes ou algumas vezes a educação para a saúde realizada ao doente e família. De salientar que na área da avaliação e reensino o que os

enfermeiros em média fazem menos vezes é “Procedo ao reensino do doente/família sempre que necessário” ($\bar{X}=2,05$; $s=0,87$). Por outro lado “No final do ensino faço o doente/família rever o que aprenderam” é a intervenção que mais vezes fazem os enfermeiros ($\bar{X}=2,50$; $s=1,0$) apesar de ainda estar muito longe do muitas vezes. Estes resultados não estão de acordo com os referidos por vários autores. Segundo a OE (2004) é da competência dos enfermeiros avaliar a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas da saúde. Também Custódio e Cabrita (2002) referem que o enfermeiro tem o papel fundamental de perceber como é que os doentes e família entendem a informação dada.

Proporcionar feedback imediato de maneira a que os doentes e família possam melhorar as suas respostas é a opinião de Readman (2003) o que não é corroborado pelos nossos resultados pois nesta área os enfermeiros fazem-no poucas vezes “Durante a educação para a saúde proporciono feedback de imediato para que o doente/família possa melhorar as suas competências” dado que obtivemos uma média de 2,25 para um desvio padrão de 0,76.

Quadro 33 – Caracterização da amostra quanto às suas práticas e comportamentos relacionadas com a avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família

	Item	n	\bar{X}	s
Avaliação da Educação	Durante a educação para a saúde proporciono feedback de imediato para que o doente/família possa melhorar as suas competências	98	2,25	0,76
	Durante o processo de educação para a saúde avalio o progresso da aprendizagem do doente/família	97	2,29	0,84
	No final do ensino faço o doente/família rever o que aprenderam	96	2,50	1,00
	Procedo ao reensino do doente/família sempre que necessário	95	2,01	0,87
Total da escala		93	2,26	0,69

Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família

Ao analisarmos os valores médios referentes aos itens que avaliam as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família podemos constatar que os valores oscilam entre um

valor mínimo de 2,78 ($s=1,03$) no item “Registo todos os ensinamentos efectuados ao doente/família” e um valor máximo de 3,46 ($s=1,19$) no item “Registo o método de educação para a saúde utilizado”. De salientar que apesar de apresentarem valores ainda distantes do valor óptimo (5) poderemos referir que todos ultrapassam a mediana (2,5).

Sendo que a documentação dos cuidados de enfermagem (registos) é uma preocupação dos enfermeiros (Murcho, 1997) que correspondem a relatórios escritos que indicam o trabalho executado e os problemas solucionados ao doente e família pela equipa de enfermagem (Hesbeen, 2001; Xavier, 1997) e tendo em linha de conta os dados das outras dimensões, somos levados a referir que os enfermeiros em média registam algumas vezes o que fazem no âmbito da educação para a saúde, no entanto, é de salientar que apesar dos valores médios das práticas e comportamentos dos enfermeiros serem baixos, o que fazem neste âmbito registam-no com alguma frequência.

Segundo Williams (1988) os registos devem incluir quais as informações que já foram facultadas ao doente quais as que falta complementar e as que falta fornecer na íntegra. Desta opinião partilham alguns enfermeiros se tivermos presentes os resultados dos seguintes itens: “Registo as necessidades que faltam satisfazer do doente/família no final da educação para a saúde” ($\bar{x} = 3,16$, $s = 1,05$) e “Registo todos os ensinamentos efectuados ao doente/família” ($\bar{x} = 2,78$, $s = 1,03$)

Quadro 34 – Caracterização da amostra quanto às suas práticas e comportamentos no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família

	Item	n	\bar{X}	s
Registo	Registo as conclusões da avaliação das necessidades de educação do doente/família no processo clínico	97	2,92	1,08
	Registo as conclusões da avaliação da habilidade de aprender do doente/família no processo clínico	97	2,94	1,13
	Registo as facilidades de aprendizagem do doente/família no processo clínico	98	2,97	1,15
	Registo todos os ensinamentos efectuados ao doente/família	96	2,78	1,03
	Registo o método de educação para a saúde utilizado	96	3,46	1,19
	Registo a quem foi efectuada a educação para a saúde	96	2,69	1,15
	Registo o progresso da aprendizagem do doente/família	95	3,07	1,09
	Registo se a educação para a saúde foi eficaz ou não	93	2,90	1,10
	Registo as necessidades do doente/família atendidas no final da educação para a saúde	95	3,05	1,06
	Registo as necessidades que faltam satisfazer do doente/família no final da educação para a saúde	96	3,16	1,05
	Registo em que áreas existem necessidade de reinsino da educação	96	3,04	1,13
Total da escala		93	3,01	0,92

4.5 - VARIÁVEL RELATIVA AO PAPEL DA INSTITUIÇÃO NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Colaboração da instituição na educação para a saúde

Como se pode constatar pela análise do quadro 35, sobre a colaboração da instituição na educação para a saúde, da análise das respostas obtivemos 4 categorias, **Formação, Estratégia de actuação, Reforço positivo aos enfermeiros e Recursos materiais e humanos**, com um total de 139 respostas. A categoria mais referida foi **Formação**, esta foi sub categorizada em 7 com um total de 66 respostas obtidas. Destas, as mais significativas foram “Formação na área” e “Horas para formação” com 48 e 12 respostas respectivamente.

A opinião dos enfermeiros que participaram neste estudo é corroborada por Fabião et al., (2005), quando estes referem que a formação é uma experiência social e organizacional contínua que serve de estratégia para desenvolver práticas

e criar serviços de qualidade, com o objectivo de aumentar a satisfação dos doentes/família.

A categoria **Plano estratégico**, compreende 10 sub categorias, sendo a mais aludida “Proporcionar mais tempo disponível para o ensino”, com 17 respostas.

A categoria **Reforço positivo aos enfermeiros**, compreende 4 sub categorias, sendo a mais mencionada “Incentivos /estimular os enfermeiros”, com 6 respostas.

Nesta perspectiva, encontra-se a opinião de Fabião et al. (2005), ao referir que a formação desenvolve o aperfeiçoamento profissional e a remotivação das pessoas, também para Lopes (2005), a formação que advém dos funcionários da própria organização é sem dúvida importante porque permite que estes partilhem o seu conhecimento e se sintam valorizados.

Em relação à categoria **Recursos materiais e humanos**, compreende 8 sub categorias, sendo as mais aludidas “Material didáctico e meios audiovisuais” e “Mais enfermeiros para que cada enfermeiro tenha maior disponibilidade para a educação” respectivamente com 12 e 10 respostas.

Esta opinião é partilhada por Custódio e Cabrita (2002), ao referir que cada vez mais se preconiza as metodologias activas e participativas, Smeltzer e Bare, (1993) referem ainda que os recursos auxiliares ao ensino promovem o aumento da competência do enfermeiro para ajudar o doente/família e quando utilizados adequadamente são valiosos por poderem poupar significativamente o tempo do profissional envolvido, bem como os custos.

Se tivermos presente as áreas de formação sugeridas pelos enfermeiros (apontadas anteriormente), podemos referir que existem muitos pontos de contacto com estas respostas, nomeadamente ao nível de formação e dos meios.

De salientar a necessidade que os enfermeiros têm que a instituição defina o plano estratégico na área da educação para a saúde. Mezomo (2001) refere que sendo um dos objectivos dos enfermeiros prestar cuidados de enfermagem com o melhor nível de qualidade possível, estes têm necessidade que exista na instituição um quadro de referência, o que vai de encontro a algumas das sugestões dos

enfermeiros. Este quadro de referência (plano estratégico) está definido por agências de acreditação sendo a Joint Commission International (1998/2003) uma delas.

Quadro 35 – Distribuição das respostas dos inquiridos à questão “Na sua opinião o que deveria a instituição fazer para colaborar com os enfermeiros na melhoria da educação para a saúde do doente e família”

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Nº
Formação	Formação na área	48
	Horas para formação	12
	Disponibilizar espaço para pesquisa	1
	Disponibilizar tempo para pesquisa	2
	Diálogo e debates com outros colegas acerca de determinados assuntos	1
	Permitir que os enfermeiros pudessem escolher o tipo de formação mais pertinente	1
	Disponibilizar tempo aos profissionais para aprender, discutir e implementar poucos meios explorados nesta área	1
	Sub total	66
Plano estratégico	Proporcionar mais tempo disponível para o ensino	17
	Formação de equipas motivadas para a realização de educação para a saúde	1
	Definir estratégias orientadoras	1
	Possibilitar encontros entre os vários utentes do hospital com as mesmas necessidades de educação	1
	Delinear planos de ensino	1
	Mudar a filosofia de distribuição de doentes	1
	Uniformizar linguagem e informação transmitida	1
	Interligações com as equipas multidisciplinares	1
	Valorizar os projectos de enfermagem cujo objectivo seja a educação para a saúde	1
	A instituição deveria estar aberta para o exterior	1
	Levantamento das necessidades de ensino nos diferentes serviços	1
Sub total	27	
Reforço positivo aos enfermeiros	Incentivos /estimular os enfermeiros	6
	Motivação	3
	Valorização do tema	1
	Valorizar profissionalmente os enfermeiros que promovam a educação para a saúde	1
Sub total	11	
Recursos materiais e humanos	Material didáctico e meios audiovisuais	12
	Mais enfermeiros para que cada enfermeiro tenha maior disponibilidade para a educação	10
	Criação de espaços próprios que favoreçam as sessões	7
	Meios bibliográficos	2
	Melhores condições de trabalho	2
	Equipas multidisciplinares	1
	Pessoal especializado	1
Sub total	35	
Total	139	

4.6 - VERIFICAÇÃO E TESTAGEM DAS HIPÓTESES

H1 – As práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde correlacionam-se positivamente com a idade

Ao analisarmos os resultados apresentados no quadro seguinte constata-se que existe correlação fraca e negativa entre a idade dos enfermeiros e as práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde ($rs=-0,025$); práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde ($rs=-0,166$); práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde ($rs=-0,017$); práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinantes para continuidade de cuidados ($rs=-0,054$) e práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família ($rs=-0,044$). Isto, permite-nos afirmar que os enfermeiros mais novos têm melhores práticas e comportamentos no âmbito da educação para a saúde (nestas dimensões) no entanto essas diferenças não tem significado estatístico. Quanto à dimensão práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família verifica-se que apresenta uma correlação fraca, positiva e não significativa com a idade.

Pelo exposto pode afirmar-se que se rejeita a hipótese experimental e aceita-se a nula, ou seja a idade não é um factor preditivo de melhores práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde.

Quadro 36 – Matriz de Correlação de Spearman's entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde e a idade

Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde	rs	p
Práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde	-0,025	0,820
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde	-0,166	0,107
Práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde	-0,017	0,871
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família	0,162	0,126
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinantes para continuidade de cuidados	-0,054	0,602
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família	-0,044	0,682

H2 – Existem diferenças significativas entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde e as habilitações académicas

Para a verificação desta hipótese utilizamos apenas dois grupos (Bacharelato e licenciatura) em virtude de um dos grupos apresentar um número inferior a 5. Esta última constituída pelos enfermeiros que apresentam a licenciatura ou uma pós-graduação.

Ao compararmos, as médias e medianas das várias dimensões das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde, verificamos que os enfermeiros que têm como habilitações académicas o bacharelato em média realizam melhores práticas e comportamentos no âmbito da educação para a saúde do que os enfermeiros que têm uma licenciatura ou uma pós-graduação. Ao aplicarmos o teste estatístico adequado ao carácter das variáveis verificamos que essas diferenças apenas têm significado estatístico nas práticas e comportamentos relacionados com a avaliação ($p < 0,05$). Ou seja, as habilitações académicas não é um factor preditivo de melhores práticas e comportamentos no âmbito da educação para a saúde.

Para Rodrigues et al (2005), um bom educador necessita de aprender a promover o seu próprio desenvolvimento pessoal através de uma aprendizagem orientada

para um percurso reflexivo e desenvolvimento da consciência e do conhecimento das pessoas a quem se deseja ajudar a educar. Para estes autores é necessário o desenvolvimento de competências criativas, de envolvimento cognitivo e afectivo. Se tivermos presente os resultados deste estudo poderemos salientar que mais formação académica não foi suficiente para o desenvolvimento destas competências.

Quadro 37 – Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney, ao nível das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação consoante as habilitações académicas

Práticas e comportamentos	Categoria profissional	Média	Mediana	U	Z	P
Práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde	Bacharelato	2,4	2,4	628,500	-1,036	0,300
	Licenciatura	2,2	2,3			
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde	Bacharelato	2,3	2,3	887,500	-0,142	0,887
	Licenciatura	2,3	2,3			
Práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde	Bacharelato	2,5	2,6	641,000	-1,379	0,168
	Licenciatura	2,3	2,3			
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família	Bacharelato	2,6	2,5	534,000	-2,802	0,005
	Licenciatura	2,1	2,0			
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinante para a continuidade de cuidados	Bacharelato	2,5	2,4	889,000	-0,017	0,986
	Licenciatura	2,4	2,4			
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família	Bacharelato	3,0	3,0	724,000	-0,479	0,632
	Licenciatura	2,9	3,0			

H3 – Existem diferenças significativas entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde e a área hospitalar onde desempenham funções

No quadro 38, podemos verificar que em relação às práticas e comportamentos no âmbito da educação para a saúde, os enfermeiros que exercem funções nos serviços de especialidades médicas apresentam, em média, valores mais elevados em quase todas as dimensões com excepção das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde, do que os enfermeiros que trabalham em serviços cirúrgicos e ambulatório. De salientar que essas diferenças têm significado estatístico ($p < 0,05$) em três das 6 dimensões nomeadamente: práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde; práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde e práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinante para a continuidade de cuidados. A área hospitalar onde os enfermeiros desempenham funções só é um factor preditivo de boas práticas e comportamentos no que diz respeito às práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde e práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde.

Quadro 38 – Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis, ao nível das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação consoante a área hospitalar onde desempenham funções

Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde	Área hospitalar onde desempenham funções	Média	Mediana	χ^2	P
Práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde	Especialidades cirúrgicas	2,3	2,4	6,514	0,039
	Especialidades médicas	2,3	2,4		
	Ambulatório	1,8	1,8		
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde	Especialidades cirúrgicas	2,4	2,2	7,109	0,029
	Especialidades médicas	2,3	2,4		
	Ambulatório	1,9	1,8		
Práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde	Especialidades cirúrgicas	2,3	2,2	5,339	0,069
	Especialidades médicas	2,4	2,5		
	Ambulatório	2,1	2,0		
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família	Especialidades cirúrgicas	2,1	2,1	4,337	0,114
	Especialidades médicas	2,3	2,2		
	Ambulatório	1,9	2,1		
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinante para a continuidade de cuidados	Especialidades cirúrgicas	2,3	2,2	8,534	0,014
	Especialidades médicas	2,6	2,6		
	Ambulatório	2,1	2,1		
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família	Especialidades cirúrgicas	2,8	2,9	1,180	0,554
	Especialidades médicas	3,0	3,1		
	Ambulatório	3,0	2,8		

H4 – As práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde correlacionam-se positivamente com o tempo de exercício profissional no actual serviço

Com o objectivo de se perceber se as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde que trabalham à mais tempo no actual serviço eram mais frequentes do que as dos enfermeiros que trabalham à menos tempo, realizámos a correlação de Spearman's, cujos resultados se apresentam no quadro 39. A sua análise revela que há uma correlação moderada, positiva e significativa ($r_s=0,223$; $p < 0,05$) entre o tempo de exercício no actual serviço e as práticas e

comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde. Em virtude da correlação entre estas duas variáveis ser positiva e significativa pode ainda referir-se que são os enfermeiros que trabalham há mais tempo no serviço que realizam com maior frequência este tipo de práticas.

Quanto às restantes dimensões das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde verifica-se uma correlação fraca, positiva e não significativa.

Para Carrapato (2006) todos os enfermeiros cuidam, mas nem todos cuidam da mesma forma, sendo que a capacidade para desenvolver competências é inata, no entanto, para Le Boterf (1994) esta adquire-se, desenvolve-se e aprimora-se ao longo do tempo. Também para Benner (2001) ao longo da actividade profissional, o enfermeiro vai transitando por diferentes níveis de aquisição de perícia que o conduzem a níveis elevados de prestação de cuidados (de iniciado a perito). Estas opiniões não são corroboradas pelos resultados deste estudo, pois que mais tempo de exercício profissional não é acompanhado de melhores práticas e comportamentos no âmbito da educação para a saúde com excepção da dimensão Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família.

Quadro 39 – Matriz de Correlação de Spearman's entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde e o tempo de exercício profissional no actual serviço

Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde	rs	p
Práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde	0,168	0,120
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde	0,048	0,647
Práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde	0,176	0,097
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família	0,223	0,035
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinantes para continuidade de cuidados	0,096	0,360
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família	0,200	0,065

H5 – Existem diferenças significativas entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde consoante a existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde

No quadro 40, podemos verificar que em relação às práticas e comportamentos no âmbito da educação para a saúde, os enfermeiros que referem não ter no serviço um plano de ensino delineado de educação para a saúde relatam realizar com maior frequência práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde e determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde do que os que relataram ter um plano de ensino ou não saber se tinham, tendo essas diferenças significado estatístico ($p < 0,05$).

Nas restantes dimensões, as diferenças existentes nas práticas dos enfermeiros ao nível dos três grupos não têm significado estatístico.

Em síntese, existem diferenças significativas apenas entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família e na metodologia no âmbito da educação do doente e família consoante a existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde.

Para Rodrigues et al. (2005), o educador de saúde é um especialista que diagnostica as questões de saúde numa perspectiva pedagógica, seguindo por esta via estratégias de intervenção educativa, através de uma metodologia programada, o que vai de encontro a alguns dos resultados deste estudo

Quadro 40 – Resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis, ao nível das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação consoante a existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde

Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde	Existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde	Média	Mediana	χ^2	P
Práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde	Sim	2,0	2,0	9,407	0,009
	Não	2,4	2,5		
	Não sei	2,0	2,0		
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde	Sim	2,1	2,0	3,890	0,143
	Não	2,4	2,3		
	Não sei	2,2	2,4		
Práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde	Sim	2,2	2,1	6,525	0,038
	Não	2,5	2,5		
	Não sei	2,2	2,1		
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família	Sim	2,1	2,0	2,326	0,313
	Não	2,3	2,5		
	Não sei	2,3	2,1		
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinante para a continuidade de cuidados	Sim	2,3	2,2	2,556	0,279
	Não	2,5	2,6		
	Não sei	2,3	2,3		
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família	Sim	2,7	2,9	2,691	0,260
	Não	3,1	3,1		
	Não sei	2,7	2,7		

H6 – Existem diferenças significativas entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde consoante a necessidade de formação específica na área

Para verificarmos se as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde eram diferentes consoante a necessidade de formação específica na área aplicamos o teste U de Mann Whitney. Ao consultarmos os resultados apresentados no quadro 41, verificamos que os enfermeiros que referem não necessitar de formação específica nesta área apresentaram em média melhores práticas e comportamentos no âmbito da educação para a saúde em quatro das dimensões, não sendo no entanto essas diferenças estatisticamente

significativas ($p>0,05$). De salientar que nas outras duas dimensões (Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinante para a continuidade de cuidados e Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família) são os enfermeiros que referem necessitar de formação os que apresentam melhores práticas e comportamentos, no entanto essas diferenças também não tem significado estatístico.

Em síntese e tendo presente os resultados poderemos referir que a necessidade de formação na área não é factor preditivo de melhores práticas e comportamentos na área da educação para a saúde.

Para Honoré (1996/2002) os educadores de saúde são convocados a desempenhar um papel relevante na prevenção e promoção de saúde, pelo que necessitam de formação pedagógica inovadora e adequado desenvolvimento de competências técnicas e científicas. Também a Joint Commission International (1998/2003) refere que nesta área os enfermeiros devem ser educados e treinados de forma a desempenhar os seus papéis. Destas opiniões não partilham os enfermeiros que participaram neste estudo.

Quadro 41 – Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney, ao nível das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde consoante a necessidade de formação específica na área

Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde	Necessidade de formação específica na área	Média	Mediana	U	Z	P
Práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde	Sim	2,2	2,2	873,000	-0,941	0,347
	Não	2,3	2,4			
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde	Sim	2,2	2,2	993,000	-1,043	0,297
	Não	2,3	2,4			
Práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde	Sim	2,3	2,4	965,500	-0,587	0,557
	Não	2,4	2,3			
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família	Sim	2,1	2,2	945,500	-0,824	0,410
	Não	2,3	2,2			

Quadro 41 – Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney, ao nível das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde consoante a necessidade de formação específica na área (continuação)

Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde	Necessidade de formação específica na área	Média	Mediana	U	Z	P
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinante para a continuidade de cuidados	Sim	2,5	2,4	1098,000	-0,068	0,946
	Não	2,4	2,4			
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família	Sim	3,1	3,2	798,500	-1,320	0,187
	Não	2,9	2,8			

H7 – Existem diferenças significativas entre as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde consoante a presença na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família

Para verificarmos se as práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde eram diferentes consoante a existência na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família aplicamos o teste U de Mann Whitney. Ao consultarmos os resultados apresentados no quadro 42, verificamos que em média as práticas e comportamentos dos enfermeiros são realizadas mais frequentemente pelos enfermeiros que referiram não o ter quando comparados com os que referiram ter na carta de alta de um espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada. No entanto, essas diferenças só tem significado estatístico ao nível dos registos ($p < 0,05$), ou seja, são os enfermeiros que referiram não ter um espaço próprio na carta de alta de enfermagem que em média (3,1) registam no processo do doente mais frequentemente as suas práticas e comportamentos no âmbito da educação para a saúde.

Para que exista uma completa continuidade de cuidados é fundamental a existência da carta de alta/transferência, na qual deve descrever o que ocorreu durante o internamento do doente, inclusive a educação para a saúde, (Dias et al., 2001) o que não se verifica neste caso. Os enfermeiros que referiram ter espaço

próprio para registarem na carta de alta a educação para a saúde não apresentam melhores práticas e comportamentos. Será que apesar de existir espaço ele não é aproveitado? Qual será a eficácia da realização da carta de alta?

Quadro 42 – Resultados da aplicação do teste U de Mann Witney, ao nível das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde consoante a presença na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família

Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde	Presença na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família	Média	Mediana	U	Z	P																																														
Práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde	Sim	2,1	1,9	476,500	-1,428	0,153																																														
	Não	2,4	2,4				Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde	Sim	2,2	2,2	700,000	-0,554	0,580	Não	2,3	2,3	Práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde	Sim	2,2	2,2	603,500	-1,181	0,237	Não	2,4	2,4	Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família	Sim	2,2	2,2	621,000	-0,522	0,601	Não	2,3	2,2	Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinante para a continuidade de cuidados	Sim	2,4	2,4	687,500	-0,574	0,566	Não	2,5	2,6	Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família	Sim	2,5	2,6	422,500	-0,264
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde	Sim	2,2	2,2	700,000	-0,554	0,580																																														
	Não	2,3	2,3				Práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde	Sim	2,2	2,2	603,500	-1,181	0,237	Não	2,4	2,4	Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família	Sim	2,2	2,2	621,000	-0,522	0,601	Não	2,3	2,2	Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinante para a continuidade de cuidados	Sim	2,4	2,4	687,500	-0,574	0,566	Não	2,5	2,6	Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família	Sim	2,5	2,6	422,500	-0,264	0,008	Não	3,1	3,0						
Práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde	Sim	2,2	2,2	603,500	-1,181	0,237																																														
	Não	2,4	2,4				Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família	Sim	2,2	2,2	621,000	-0,522	0,601	Não	2,3	2,2	Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinante para a continuidade de cuidados	Sim	2,4	2,4	687,500	-0,574	0,566	Não	2,5	2,6	Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família	Sim	2,5	2,6	422,500	-0,264	0,008	Não	3,1	3,0																
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família	Sim	2,2	2,2	621,000	-0,522	0,601																																														
	Não	2,3	2,2				Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinante para a continuidade de cuidados	Sim	2,4	2,4	687,500	-0,574	0,566	Não	2,5	2,6	Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família	Sim	2,5	2,6	422,500	-0,264	0,008	Não	3,1	3,0																										
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinante para a continuidade de cuidados	Sim	2,4	2,4	687,500	-0,574	0,566																																														
	Não	2,5	2,6				Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família	Sim	2,5	2,6	422,500	-0,264	0,008	Não	3,1	3,0																																				
Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família	Sim	2,5	2,6	422,500	-0,264	0,008																																														
	Não	3,1	3,0																																																	

CONCLUSÃO

Os resultados mais importantes deste estudo serão resumidamente apresentados, tendo em consideração os objectivos do presente estudo: conhecer as práticas e comportamentos de educação para a saúde realizados pelos enfermeiros; identificar as características que os enfermeiros determinam para se ser educador para a saúde; identificar qual o momento/momentos privilegiados pelos enfermeiros para iniciar a educação para a saúde ao doente e família; identificar áreas de maior e de menor qualidade nas práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação do doente e seus familiares; conhecer a opinião dos enfermeiros sobre o papel da instituição na melhoria da qualidade das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde e saber qual o papel que desempenham a idade, tempo de exercício profissional no serviço, área hospitalar onde desempenham funções, habilitações académicas, a existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde, a presença na carta de alta de enfermagem de espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família e necessidade de formação específica na área, nas práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde.

Gostaríamos no entanto de salientar que as conclusões que a seguir se apresentam são válidas para esta amostra, pelo que não podemos fazer generalizações e devido à natureza predominantemente correlacional do estudo desaconselhamos, obviamente também, as interpretações causais.

Para alcançarmos estes objectivos, inquirimos 100 enfermeiros do Centro Hospitalar de Torres Vedras. O instrumento de recolha de dados inclui os dados sócio demográficos e profissionais, práticas da educação para a saúde realizada na instituição, formação dos enfermeiros sobre a educação para a saúde, papel da instituição na educação para a saúde e uma escala de avaliação de práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde ao doente e família, constituída por 63 itens, escala essa construída e validada, revelando boa consistência interna e com 6 dimensões: registo da educação para a saúde, prática e comportamentos determinantes para continuidade dos cuidados, envolvimento

dos doentes/famílias na educação para a saúde, aspectos a ter presente na educação para a saúde, metodologia usada pelos enfermeiros na educação para a saúde e avaliação da aprendizagem.

O esforço na construção de uma escala justificou-se pela inexistência de instrumentos de medida adequados ao estudo das práticas e comportamentos dos enfermeiros. Conceptualmente existe informação abundante sobre a educação para a saúde, no entanto, pouco sabemos sobre as questões relacionadas com as práticas e os comportamentos nesta área.

Em geral, no que diz respeito aos principais resultados obtidos e sem pretendermos repetirmo-nos aqui referimos apenas que:

- Os enfermeiros que participaram no estudo são em média jovens, predominantemente do sexo feminino;
- Maioritariamente são casados ou vivem em união de facto e quanto às habilitações académicas, mais de metade têm a licenciatura em enfermagem e trabalham em média há 10 anos, sendo por este facto maioritariamente da categoria de enfermeiro graduado;
- Mais de metade dos enfermeiros desempenha funções na área de especialidades médicas;
- Mais de metade dos enfermeiros referiram não ter no serviço um plano de ensino delineado de educação para a saúde. Quando este existe o método usado nesse plano é o individualizado;
- Sempre que necessário, é o momento mais referido pelos enfermeiros para iniciar a educação para a saúde ao doente e família; no entanto mais de metade referem que deveria ser iniciada no acolhimento;
- Na opinião, da quase totalidade dos inquiridos devem ser os enfermeiros a realizar a educação para a saúde, sendo que mais de metade refere necessitar de formação específica nesta área. As áreas mais referidas foram: estratégias de ensino; métodos de educação para a saúde e formação teórica/prática em áreas específicas da saúde;

- Na carta de alta não existe, na opinião de mais de metade dos enfermeiros, espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família;
- Quanto às práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde verificou-se que em média não apresentam boas práticas nas seguintes dimensões: práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde; práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde do doente e família; práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde; práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinantes para continuidade de cuidados; práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família. Em todas estas dimensões o valor médio apresentado foi inferior ao valor da mediana proposto para cada uma dessas dimensões;
- A formação foi a estratégia que os enfermeiros referiram para melhorar as práticas e comportamentos destes no âmbito da educação para a saúde;
- Habilitações académicas (bacharelato) são factor preditivo de melhores práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família;
- A área de valência hospitalar é factor preditivo de melhores práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde; práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito dos aspectos a ter presente na educação para a saúde; e das práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde determinante para a continuidade de cuidados;

- Mais anos de exercício profissional correlaciona-se com melhores práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da avaliação da educação para a saúde realizada ao doente e família;
- A não existência no serviço de um plano de ensino delineado de educação para a saúde é factor preditivo de melhores práticas e comportamentos dos enfermeiros determinantes de uma participação activa do doente e família na educação para a saúde e melhores práticas e comportamentos dos enfermeiros relacionados com a metodologia utilizada na educação para a saúde;
- Não ter na carta de alta de enfermagem um espaço próprio para registar a educação para a saúde realizada ao doente/família é factor preditivo de melhores práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito do registo da educação para a saúde realizada ao doente e família.

Investigações futuras

Dada a natureza deste trabalho, de certa forma pioneira nomeadamente no que diz respeito à construção e validação de um instrumento que avalia as práticas e comportamentos dos enfermeiros na educação para a saúde, assim como a sua avaliação e análise de alguns dos factores preditivos de melhores práticas e comportamentos, vislumbram-se algumas linhas de investigação, que nos parecem pertinentes e que passamos a enumerar.

Os resultados revelaram que a idade, as habilitações académicas, tempo de exercício profissional não são importantes factores preditivos de melhores práticas e comportamentos dos enfermeiros na área da educação para a saúde. Pensamos ser importante, em investigações futuras:

- Identificar os factores que justificam estes resultados, e muito particularmente verificar se a incrementação de preparação específica durante os cursos de enfermagem assim como ao longo da actividade profissional melhoraria essas práticas e comportamentos.

- Identificar as razões porque é que os enfermeiros com formação de nível bacharelato, a não existência de espaço próprio na carta de alta de enfermagem para o registo de educação para a saúde realizada ao doente/família e a não existência de um plano de ensino delineado de educação para a saúde no serviço, são factores de melhores práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde;
- Identificar se a satisfação profissional, conhecimentos na área da educação para a saúde e competências relacionais são factores preditivos de boas práticas e comportamentos dos enfermeiros;
- Para a construção e validação de escalas, todos os autores concordam que são necessárias grandes amostras para que se possa minorar o efeito do erro padrão do coeficiente de correlação; no entanto, existe discordância quanto ao número concreto de indivíduos. Nunnally (1978) sugere a utilização de uma amostra mínima de 300 pessoas, enquanto Kline (1986) refere a utilização de 200 pessoas. De salientar que Bryman e Cramer (1993), citando Gorsuch, defendem um mínimo absoluto de cinco sujeitos por variável e nunca menos de 100 indivíduos por análise. Por este facto, sugerimos que a escala de práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde deveria ser submetida a nova avaliação com mais indivíduos.

Limitações e Implicações do estudo

A avaliação dos resultados não poderá deixar de ter em conta algumas limitações da investigação realizada. Entre as limitações identificamos o número reduzido de participantes, principalmente tendo em vista a validação da escala.

No sentido de potenciar as finalidades deste estudo, e consequentemente contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na área da educação para a saúde, propomo-nos:

- ✚ Facultar ao Conselho de Administração os resultados do estudo;
- ✚ Propor ao Conselho de Administração a criação e desenvolvimento de um projecto de Educação para a Saúde do doente/família, com o apoio do

Gabinete da Qualidade, no sentido de contribuir para a acreditação da instituição segundo os padrões de qualidade definidos para esta área. Este grupo ao ser criado terá como objectivos:

- Organizar grupos de profissionais por especialidades, para que cada grupo trabalhe a sua área de actuação;
 - Pesquisar e recolher material existente no Centro Hospitalar de Torres Vedras na área da Educação para a Saúde ao doente/família de modo a uniformizá-lo, com a colaboração do Gabinete de Relações Públicas, Comunicação e Imagem;
 - Identificar outras áreas que necessitem de material na área da educação para a saúde ao doente/família;
 - Disponibilizar todo o material educacional existente a todos os serviços da instituição;
 - Elaborar e uniformizar uma folha de registo da Educação para a Saúde ao doente/família;
 - Envio de carta de alta com espaço próprio de registo da educação para a saúde realizada a todos os doentes/família, Equipa de saúde nos cuidados continuados ou enfermeiro de família e às unidades de apoio domiciliário;
 - Reunião com as Unidades de Saúde da área de influência do Centro Hospitalar de Torres Vedras, no sentido de dar a conhecer o projecto e obter informação sobre as áreas de excelência de cada uma;
 - Realizar protocolos de formação em comum com estas Unidades de Saúde.
- ✚ Facultar ao Centro de formação, informação sobre as áreas de formação a satisfazer por parte dos enfermeiros;

Em síntese gostaríamos de referir que uma organização qualificante facilita a aprendizagem de todos os seus membros e auto-transforma-se continuamente para

atingir os seus objectivos estratégicos. Inquestionável para a aprendizagem, parece ser, pois, a necessidade de complementaridade entre o conhecimento e a experiência. Uma eficiente integração e articulação entre a formação instituída e a formação experiencial constituirão no futuro, as práticas de formação.

BIBLIOGRAFIA

- Aires da Silva, J. M. (1996). Novos métodos para novas competências. *Dirigir*, 41, 20-24.
- Alberoni, F., & Veca, S. (1993). *O altruísmo e a moral* (3ª ed.). Venda Nova: Bertrand.
- Almeida, C., Colaço, C., & Sanchas, L. (1997). Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação nos cuidados ao doente durante o período de internamento. *Enfermagem Em Foco*, 28 (7), 36-43.
- Althoff, C. R. (2004). Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In I. Elsen, et al (Eds.), *O viver em família e sua interface com a saúde e doença* (2ªed., pp. 25-43). Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá.
- Atkinson, L., & Murray, M. E. (1989). *Fundamentos de enfermagem: Introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (Obra original publicada em 1985)
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação: Trajectos* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva. (Obra original publicada em 1993)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.

- Berbaum, J. (1993). *Aprendizagem e formação*. Porto: Porto Editora.
- Bolander, V. B. (1998). Saúde, doença e cuidados de saúde – Conceitos em mudança. In V. B. Bolander (Ed), *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiologica* (pp. 31-52). Lisboa: Lusodidacta.
- Bonet, I. U. (1995). Atención a la familia. *Rol*, 18 (203), 75-78.
- Bryman, A. & Cramer, D. (1993). *Análise de dados em ciências sociais – Introdução às técnicas usando o SPSS* (2ª ed.). Oeiras: Celta editora.
- Burnard, P. (1993). Comunicação: Uma aptidão essencial. *Nursing*, 66 (6), 15-17.
- Carrapato, P. M. C. (2006). Será que cuidamos? *Sinais Vitais*, 64, 49-50.
- Carreira, S. M. C. (2003). Relação enfermeiro/doente. *Nursing*, 181,30-34.
- Caseiro, H., Pinto, I., Ramiro, R. & Santos, S. (2002). Abordagem familiar em contexto hospitalar. *Nursing*, 162 (14), 14-15.
- Centro de Documentação do ISPA (2003). *Guia prático para a elaboração das citações e referências bibliográficas de acordo com a normativa APA/2001*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Collière, M-F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros Portugueses.
(Obra original publicada em 1989)

- Collière, M-F. (2003). *Cuidar: A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Costa, M., & Lòpez, E. (1996). *Educación para la salud: Una estratégia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Custódio, J. A. S., & Cabrita, M. F. G. (2002). Educação para a saúde: Prioridade em cuidados de saúde primários. *Sinais Vitais*, 44, 55-58.
- Dias, A., Mendes, C., Mourinho, E., Carreira, F., Nunes, S., & Ferreira, L. (2001). Registos de enfermagem. *Servir*, 49 (6), 267-271.
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que desempenho?* Loures: Lusociência.
- Doenges, M. E. & Moorhouse, M. F. (1994). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: Um texto interactivo*. Lisboa: Lusodidacta.
- Du Gás, B. W. (1984). *Enfermagem prática* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Duhamel, F., & Fortin, M-F. (1999) Os estudos de tipo Descritivo. In M-F. Fortin (Ed.), *O processo de investigação: Da concepção à realização* (pp. 161-172). Loures: Lusociência.
- Elsen, I. (2004). Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In I. Elsen, et al (Eds.), *O viver em família e sua interface com a saúde e doença* (2ª ed., pp.11-24). Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá.

- Ewles, L., & Simnett, I. (2003). *Promoting health: A practical guide*. New York: Baillière Tindall.
- Fabião, A. C. P., Magano, C. O., Jesus, M. A. F., & Miranda, P. M. R. (2005). Formação: Contributo para a qualidade. *Servir*, 53 (5), 235-247.
- Fernandes, J., & Venâncio, D. (2004). Mudar para educar. *Nursing*, 192, 14-15.
- Ferreira, F. A. G. (1990). *Moderna saúde pública* (6ªed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, M. M. C. (2001). O relacionamento interpessoal: Um instrumento básico em enfermagem. *Servir* 49 (1), 8-11.
- Ferreira, P. T. (2003). *Guia do animador: Animar uma acção de formação* (5ª ed.). Lisboa: Multinova.
- Fonseca, S. C. L., & Videira, A. P. V. (2002). Como informar em meio hospitalar? *Nursing*, 168, 31-33.
- Fortin, M-F. (1999). Glossário. In M-F. Fortin (Ed.), *O processo de investigação: Da concepção à realização* (pp. 363-377). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F. (1999). Métodos de amostragem In M-F. Fortin (Ed.), *O processo de investigação: Da concepção à realização* (pp. 201-214). Loures: Lusociência.

- Fortin, M-F. (1999). Os objectivos da investigação e as suas questões ou hipóteses. In M-F. Fortin (Ed.), *O processo de investigação: Da concepção à realização* (pp. 99-110). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., Côte, J. & Vissandjée, B. (1999). A investigação científica. In M-F. Fortin (Ed.), *O processo de investigação: Da concepção à realização* (pp. 15-24). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., & Ducharme, F. (1999). Os estudos de tipo correlacional. In M-F. Fortin (Ed.), *O processo de investigação: Da concepção à realização* (pp. 173-182). Loures: Lusociência.
- Frei Bernardo, D. (1995). Comunicação solidária para a promoção da saúde. *Servir*, 43 (4), 170-172.
- Frei Bernardo, D. (1996). Humanizar-se para cuidar. *Servir*, 42 (2), 59-62.
- Gândara, M. M., & Lopes, M. A. P. (1992). Os modelos teóricos e a crise da identidade da enfermagem portuguesa. *Servir*, 40 (3), 115-127.
- Garcia, S. P. (2002). Comunicação enfermeiro/doente oncológico terminal, em contexto hospitalar. *Nursing* 165 (14), 20-25.
- Gil, A. C. (1993). *Como elaborar projectos de pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
(Obra original publicada em 1987)

- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1992). *O inquérito: Teoria e prática*. Lisboa: Editora Celta.
- Gomes, C. A. A. (1995). O enfermeiro na ajuda à família com um doente terminal. *Sinais Vitais*, 3, 29-32.
- Guerra, M. J. J. (2002). Dignidade do cuidar: O direito à recusa. *Revista Informar*, 27 (7), 47-51.
- Henderson, V. A. (1994). *La naturaleza de la enfermaria: Reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário (2ª ed. rev.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1996)
- Instituto da Qualidade em Saúde (2000). Instituto da qualidade em saúde em demanda de melhores serviços. *Qualidade em Saúde*, 1, 12-13. Consultado em 7 Julho de 2005, através de <http://mercurrio.iqs.pt/pdf/pagina12-13.PDF>

Jacob, L. (2001). *Gerontologia*. Consultado em 04 de Novembro de 2003 através de <http://luísjacob.planetaclix.pt/gerontologia>

Jesus, C. S., Silva, C. M. R., & Andrade, F. M. M. (2005). Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio. *Sinais Vitais*, 59, 25-28.

Joint Commission International (2003). *Joint commission international normas de acreditação para hospitais* (2ª ed.). Lisboa: Autor. (Obra original publicada em 1998)

Kline, P. (1986). *A handbook of test construction - Introduction to psychometric design*. London: Methuen and Co.Ld.

Lash, S. (1990). Convicções e comportamento na educação da saúde. *Nursing*, 27, 46-48.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta. (Obra original publicada em 1987)

Le Boterf, G. (1994). *De la competence: Essai sur un attracteur étrange*. Paris : Les Éditions d'Organisation.

Lima Basto, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei dos Livros.

Lima Basto, M. (2005). Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: Cuidados prestados num centro de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (1), 25-41.

- Lopes, S. S. F. (2005). Formação na enfermagem: Quais os desafios? *Servir*, 53 (1), 40-42.
- Luz, E. L. (2003). Importância dos conteúdos da carta de alta para a continuidade dos cuidados. *Nursing*, 175, 34-44.
- Machado, M. G. S. (2000). Uma enfermagem para o século XXI. *Enfermagem Em Foco*, 41 (IX), 21-25.
- Malhadas, H. J. (2005). Consulta de enfermagem e ensino ao doente. *Nursing*, 195 (16), 41-43.
- Macheca, M. K. K. (2005). Preparação para a alta e para os cuidados de saúde no domicílio. In M. K. Elkin, A. G. Perry, & P. A. Potter (Eds.), *Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos* (2ª ed., pp. 945-974). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 2000)
- Manley, K. (1989). As carências e o apoio dos familiares. *Nursing*, 18 (2), 13-17.
- Marrucho, A. F. A., Fernandes, J. J. S., & Sousa, M. O. (2001). A comunicação: Veículo da relação enfermeiro/doente com prótese ventilatória. *Pensar Enfermagem*, 5 (1), 17-25.
- Martins, C. A. (2002). Seremos educadores para a saúde? *Sinais Vitais*, 40, 21-22.
- Martins, C. R. E. A. (2000). A família e a hospitalização: A participação da família no cuidar. *Servir*, 48 (3), 133-135.

- Mendes, C. C. (1994). A comunicação em enfermagem: Comunicar para ajudar. *Nursing*, 82 (7), 12-13.
- Mendes, C. S. (2004). Desafiar a mudança para um futuro com mais qualidade. *Nursing*, 189 (15), 6-15.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde*. São Paulo: Manole.
- Monteiro, M., & Santos, M. R. (1997). *Psicologia*. Porto: Porto Editora.
- Muller, A., Metzger, C., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de enfermagem e dor* (1ªed.). Loures: Lusociência.
- Murcho, N. A. C. (1997). Registos de enfermagem no serviço de urgência: Uma breve reflexão sobre os mesmos. *Enfermagem em Foco*, 27 (7), 26-27.
- Navarro, M. F. (1995). Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4 (13), 77-83.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Loures: Lusociência.
- Nunnally, G. C. (1978). *Psychometric theory* (2ª ed.). New York: McGraw Hill.
- Nutebean, D. (1997). Promoting health and preventing disease: An international perspective on Youth Health Promotion. *Journal of Adolescent Health*, 20, 396-402.

- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Padrões de qualidade dos cuidados e sistemas de informação de enfermagem: Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*. Lisboa: Autor.
- Paul, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, I. C. B. F. (1992). Reflexão sobre a importância da comunicação escrita em enfermagem. *Servir*, 40 (5), 257-262.
- Pinto, M. (1991). A promoção da família como expressão da sua defesa e do seu desenvolvimento. *Servir*, 39 (5), 235-242.
- Pinto, V. F. (1991). A importância da família no universo da saúde. *Servir*, 39 (5), 243-251.
- Pinto, V. L. C. M. (2000). Participação da família no processo terapêutico do doente idoso internado num serviço de medicina. *Servir*, 48 (4), 162-166.
- Pisco, L. (s.d.). *Melhoria contínua da qualidade*. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quaresma, M. L. B. (1993). *Cuidados familiares às pessoas muito idosas*. Lisboa: Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e de trabalho.

- Queiroz, M. V. O., & Jorge, S. B. (2004). Ações educativas no cuidado infantil e intervenções dos profissionais junto às famílias. *Acta Scientiarum, Health Sciences, 1* (26), 71-81. Consultado em Outubro, 20, 2005, através de http://www.ppg.vem.br/Docs/ctf/Saude/2004_1/10_245-03%20Maria%20Veraci%20%Queiroz_Acoes%20educativas%20no%20cuida%20pdf
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais* (3ª ed.). Lisboa: Gradiva. (Obra original publicada em 1995)
- Redman, B. K. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rodeia, J. (1993). Registos de enfermagem. *Servir, 41* (2), 89-94.
- Rodrigues, V. M. C. P. (2005). Educar para a saúde: Uma estratégia de promoção da saúde. *Sinais Vitais, 59*, 47-51.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.

- Rogers, C. R. (1985). *Tornar-se pessoa* (7ª ed.). Lisboa: Moraes Editores. (Obra original publicada em 1970)
- Russel, N. (1996). *Manual de educação para a saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da saúde.
- Sale, D. (2000). *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: Para os profissionais da equipa de saúde* (2ª ed.). Lisboa: Principia.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (1995). *Terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Sands, J. K., & Smith, C. E. (2003). O ambiente dos cuidados domiciliários. In J. F. Marek, W. J. Phipps & J. K. Sands (Coord.), *Enfermagem médico-cirúrgica - Conceitos e prática clínica* (6ª ed., pp.655-677). Loures: Lusociência.
- Serra, M. N. (2004). *Aprender a ser doente: Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Simões, J. F. (1999). O enfermeiro como formador. *Nursing*, 135, 42-47.
- Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (1996). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros* (Estatuto profissional uma realidade). Lisboa: Autor.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (1993). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*, (Vol. 1, 5ª ed.). Rio de Janeiro; Guanabara Koogan.

- Sousa, P. C. P. & Frias, L. I. G. (2002). As atitudes dos utentes no que respeita à educação para a saúde no âmbito da vacinação antitetânica. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5, 48-61.
- Streiner, D. L. & Norman, G. R. (1989). *Health Measurement scales: A prattical guide to development and use*. London: Oxford Medical Publications.
- Sweeney, M.A. (1998). Registo dos cuidados. In V. B. Bolander (Ed.), *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiologica* (pp. 597-619). Lisboa: Lusodidacta.
- Tavares, J. & Alarcão, I. (1992). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem* Coimbra: Livraria Almedina.
- Tones, K. (1991). Saúde positiva. *Nursing*, 44, 8-11.
- Torres, M. R., & Reis, M. B. P. (2002). Reflexão sobre a importância dos registos de enfermagem. *Sinais Vitais*, 41, 57-59.
- União Internacional dos Organismos Familiares (1994). Declaração Universal dos direitos da família. *Pensem Família*, 35 (5). Consultado em Outubro, 20, 2005, através de http://babelfish.altavista.com/babelfish/trurl_pagecontent?lp=fr_pt&trurl=http_%3a%2
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar: Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Williams, S. M. (1988). A educação para a saúde. *Nursing*, 9 (1), 21-24.

WHO (1986a). *Health Promotion: concepts and principles in action, a policy framework*. Geneve: Autor.

WHO (1986b). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneve: Autor.

WHO (1986c). *Promoção da saúde: A carta de Ottawa*. Consultado em 20 Janeiro de 2006 através de www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/iou5525.pdf

WHO (1997). *A declaração de Jacarta sobre promoção da saúde no século XXI*. Consultado em 20 Janeiro de 2006 através de http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jacarta_declaration_portuguese.pdf

WHO (2000). Quinta conferência global sobre promoção da saúde: Rumo a uma maior equidade. Declaração ministerial do México para a promoção da saúde. Consultado em 20 Janeiro de 2006 através de www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/iou5523.pdf

WHO (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Consultado em 20 Janeiro de 2006 através de www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

Vicente, P., Reis, E., & Ferrão, F. (1996). *Sondagens: A amostragem como factor decisivo de qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo.

Xavier, S. (1997). É urgente aprender a registar. *Enfermagem em Foco*, 27 (7), 28-30.

Legislação consultada:

Portugal (1990). Lei n° 48/90 de 24 de Agosto. Lei de bases da saúde. *Diário da República, I Série-A, n°195*. Lisboa: Imprensa Nacional, 3452-3459.

Portugal, Ministério da Saúde (1991). Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro. Aprova o regime legal da carreira de enfermagem. *Diário da República, I Série-A, n° 257*. Lisboa: Imprensa Nacional, 5723-5741.

Portugal, Ministério da Saúde (1996). Decreto-Lei 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. *Diário da República, I Série-A, n°205*. Lisboa: Imprensa Nacional, 2959-2962.

ANEXO I
QUESTIONÁRIO

Caro(a) Colega,

Sou aluna do 2º Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, da Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, e no desenvolvimento da dissertação, cujo o tema é “Educação para a saúde em contexto hospitalar – Práticas e comportamentos dos enfermeiros” gostaria de ver respondidas algumas questões relacionadas com este tema. Assim sendo, solicito a sua colaboração para o preenchimento do questionário.

A sua participação no preenchimento deste questionário é fundamental para se poder conhecer o contributo que podem ter as variáveis em estudo.

A confidencialidade e o anonimato serão mantidos, por isso não o assine.

Este questionário encontra-se na frente e verso da folha.

Após o preenchimento do questionário, coloque-o no envelope, feche-o e entregue-o ao enfermeiro chefe.

Obrigada

Luísa Lopes

E-mail – l.m.c.lopes@clix.pt

QUESTIONÁRIO

Grupo I (dados sociodemográficos e profissionais)

1. Idade: _____ anos

2. Género:

Masculino

Feminino

3. Estado civil:

Solteiro

Casado/União de facto

Divorciado/Separado

Viúvo

4. Formação académica/profissional

Bacharelato ou equivalente legal

Licenciatura ou equivalente legal

Pós-graduação

Qual _____

Mestrado

Qual _____

Doutoramento

Qual _____

Outra

Qual _____

5. Tempo de exercício profissional _____ anos e _____ meses

6. Categoria Profissional:

Enfermeiro (a)

Enfermeiro (a) Graduado (a)

Enfermeiro (a) Especialista

7. Área Hospitalar onde desempenha funções:

Especialidades Cirúrgicas

Especialidades Médicas

Ambulatório

7.1. Há quanto tempo? _____ Anos e _____ meses.

Grupo II – Práticas da educação para a saúde na instituição

2. A educação para a saúde no seu serviço é praticada segundo um plano de ensino já delineado?

Sim

Não

Não sei

2.1. Se sim, como o realiza?

Individualizado

Grupo

Outros

Quais

3. Que meios utiliza (poderá assinalar mais que uma resposta)

Demonstração e prática

Meios auxiliares (Panfletos, livros, etc)

Exposição oral

Filmes

Dramatização

Outros

Quais

4. Em que altura realiza educação para a saúde? (poderá assinalar mais que uma resposta)

Ao doente

Não realizo

No acolhimento

No momento da alta

Sempre que necessário

Quando tem disponibilidade

Outros _____

À família

Não realizo

No acolhimento

No momento da alta

Sempre que necessário

Quando tem disponibilidade

Outros _____

5. No seu entender, quando deveria ser iniciada a educação para a saúde ao doente/família?

6. A carta de alta de enfermagem, contempla um espaço próprio para registar o tipo de educação para a saúde efectuada ao doente/família?

Sim

Não

Grupo III – Formação dos enfermeiros sobre educação para a saúde

7. Na sua opinião devem ser os enfermeiros a realizar educação para a saúde do
doente **família**

Sim

Sim

Não

Não

8. Para que os enfermeiros realizem educação para a saúde necessitam de ter alguma formação específica nesta área?

Sim

Não

8.1. Se Sim, quem a deve realizar?

8.2. Se sim, em que áreas gostaria de ter formação? (pode assinalar mais que uma questão)

Formas de comunicação

Relação de ajuda

Estratégias de ensino

Levantamento de necessidades educacionais

Registos

Recursos de saúde à disposição do doente/família na comunidade

Meios auxiliares de ensino

Métodos de educação para a saúde

Formação teórica/prática em áreas específicas da saúde

Outras

Quais _____

9. Na sua opinião, quais as características que o enfermeiro deve ter para realizar educação para a saúde.

Itens	Sim	Não
Capacidade para ouvir o doente/família		
Capacidade para descobrir quais as convicções e necessidades acerca da saúde		
Capacidade para criar uma relação de ajuda com o doente/família		
Capacidade para criar interesse pelo bem-estar do doente/família		
Capacidade para criar entusiasmo pelo bem-estar do doente/família		
Capacidade para participar com o doente e família na aprendizagem		
Capacidade para ajudar a tornar claras as escolhas à disposição do doente/família		
Capacidades de comunicação e aconselhamento de maneira a contribuir para a tomada de decisão do doente/família		
Capacidade para conferir autoridade/responsabilização/capacitação quer a si próprio quer ao doente/família		
Capacidade para conseguir que o doente/família respondam e se adaptem de modo apropriado aos desafios e obstáculos que encontram		

Outras

Grupo IV – Práticas e comportamentos dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde ao doente e família

Os enfermeiros não adoptam comportamentos iguais quando realizam educação para a saúde. O inventário que se segue é composto por um conjunto de comportamentos que os enfermeiros podem ter perante a educação para a saúde. Leia atentamente cada uma das afirmações que se seguem e decida com que frequência as realiza, e que melhor descrevem a sua maneira de actuar.

A todas as questões pedimos-lhe que responda sincera e espontaneamente com base na sua maneira habitual de realizar. Não há respostas certas ou erradas, há apenas a sua resposta. Relembramos que o resultado do questionário é absolutamente confidencial.

Para cada um dos itens assinale a sua resposta com um X na coluna que melhor o identifica.

Quando terminar verifique se respondeu a todas as questões.

	Itens					
		Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
1.	Consciençializo o doente/família da sua importância na educação para a saúde					
2.	Envolve directamente o doente/família na avaliação das necessidades de educação					
3.	Estabeleço conjuntamente com o doente/família as necessidades da educação a efectuar					
4.	Atribuo conjuntamente com o doente/família prioridades aos diagnósticos na educação a efectuar					
5.	Durante a educação para a saúde incluo a participação da família					

	Itens (continuação)	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
6.	Presto continuamente informação explícita ao doente/família					
7.	Informo os doentes e família sobre o direito que tem de participar nas decisões dos cuidados					
8.	No processo de educação para a saúde incluo a participação da família nos cuidados					
9.	Avalio a motivação do doente/família relativamente à educação para a saúde					
10.	Avalio a habilidade do doente/família para aprender					
11.	Avalio a facilidade de aprendizagem do doente/família					
12.	Registo as conclusões da avaliação das necessidades de educação do doente/família no processo clínico					
13.	Registo as conclusões da avaliação da habilidade de aprender do doente/família no processo clínico					
14.	Registo as facilidades de aprendizagem do doente/família no processo clínico					
15.	Nas acções de educação que realizo ao doente/família disponibilizo informação para promover condições que levem à tomada de decisões					
16.	Nas acções de educação que realizo ao doente/família faço a exploração de valores e atitudes para promover condições que levem à tomada de decisões					
17.	Nas acções de educação que realizo ao doente/família promovo o desenvolvimento das aptidões dos mesmos					
18.	Ao realizar a educação para a saúde preparo a informação de maneira a ajustar aos diferentes estilos de aprendizagem					
19.	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nos valores (culturais, religiosos, etc.) do doente/família					
20.	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nas preferências do doente/família					
21.	Durante a educação para a saúde selecciono o modelo de educação que o doente/família compreendam					
22.	Durante a educação para a saúde decomponho as tarefas mais complexas em unidades mais simples					
23.	Durante a educação para a saúde proporciono/adapto a educação com os estádios de disposição do doente/família					
24.	Durante a educação para a saúde proporciono feedback de imediato para que o doente/família possa melhorar as suas competências					
25.	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre a utilização segura e eficaz de medicamentos					
26.	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre os potenciais efeitos colaterais dos medicamentos					
27.	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre a utilização segura e eficaz do equipamento médico					
28.	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre como prevenir interacções entre os medicamentos e a alimentação					
29.	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre uma dieta e uma nutrição adequadas					
30.	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre algumas técnicas de reabilitação					
31.	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre procedimentos fundamentais para a continuidade da qualidade dos cuidados a prestar no domicílio					
32.	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre complicações, do seu problema de saúde que possam surgir no domicílio					
33.	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre como resolver situações pontuais relacionadas com o seu problema de saúde específico					
34.	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre as eventuais alterações que possam surgir (instruções de follow-up)					

	Itens (continuação)	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
35.	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre o reconhecimento de sintomas associados à sua doença					
36.	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre as actividades de vida diária					
37.	Durante a educação para a saúde proporciono ensinamentos sobre os hábitos de vida saudáveis					
38.	Durante a educação para a saúde do doente/família tenho presente as suas aprendizagens passadas					
39.	Durante o processo de educação para a saúde avalio o progresso da aprendizagem do doente/família					
40.	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base na motivação para aprender					
41.	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nas barreiras emocionais do doente/família					
42.	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nas limitações físicas, cognitivas ou sensoriais do doente/família					
43.	Durante a educação para a saúde selecciono os métodos com base nas dificuldades de comunicação relacionadas com a linguagem, nível de literacia, entre outras					
44.	Antes de iniciar a educação para a saúde identifico as barreiras à aprendizagem que o doente/família possuem					
45.	Presto continuamente informação explícita ao doente/família					
46.	A educação para a saúde é planeada de acordo com o nível de conhecimento do doente/família					
47.	Antes de realizar os ensinamentos verifico se o doente/família estão motivados para a aprendizagem					
48.	Registo todos os ensinamentos efectuados ao doente/família					
49.	Registo o método de educação para a saúde utilizado					
50.	Registo a quem foi efectuada a educação para a saúde					
51.	Registo o progresso da aprendizagem do doente/família					
52.	Registo se a educação para a saúde foi eficaz ou não					
53.	Registo as necessidades do doente/família atendidas no final da educação para a saúde					
54.	Registo as necessidades que faltam satisfazer do doente/família no final da educação para a saúde					
55.	Registo em que áreas existem necessidade de reensino da educação					
56.	Pratico com o doente/família os ensinamentos que efectuo					
57.	No final do ensino faço o doente/família rever o que aprenderam					
58.	Procedo ao reensino do doente/família sempre que necessário					
59.	Identifico o doente/família que necessitam de recursos na comunidade na área da saúde					
60.	Indico ao doente/família os recursos que a comunidade tem na área da saúde					
61.	Encaminho o doente/família para os recursos da comunidade que promovam a continuidade da saúde e a educação					
62.	Forneço informação aos recursos da comunidade, sobre que tipo de educação para a saúde foi realizado ao doente/família					
63.	Forneço informação aos recursos da comunidade, sobre que necessidades de educação para a saúde o doente/família têm					

Grupo V – Papel da instituição na educação para a saúde

Na sua opinião o que deveria a instituição fazer para colaborar com os enfermeiros na melhoria da educação para a saúde do doente e família.

Obrigada pela sua colaboração

ANEXO II

**Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de
Torres Vedras**

Presidente do Conselho de
Administração do Centro
Hospitalar de Torres Vedras

Data: Maio de 2006

Assunto: Aplicação de questionários aos enfermeiros do Centro Hospitalar de Torres Vedras.

Luísa Maria Costa Lopes, enfermeira graduada do C.H.T.V., a desempenhar funções no serviço de Cirurgia Unidade B, a frequentar o II Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Especialização em Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa em parceria com a Universidade de Évora, vêm por este meio solicitar a Vossas Excelências que me seja concedida autorização para que possa aplicar o questionário que se anexa a todos os enfermeiros do C.H.T.V. que exerçam funções de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista, excepto aos enfermeiros que trabalham no serviço de urgência, devido às características da unidade e das situações atendidas.

Este pedido surge no contexto da realização de uma Tese de Mestrado sobre “Educação para a saúde em contexto hospitalar”.

Gostaria que o questionário fosse aplicado no período compreendido entre 15 e 28 de Maio, no entanto estou receptiva a outra data mais conveniente para a Instituição.

Compromete-mo ao sigilo de dados e a enviar os resultados da pesquisa, se assim o entenderem.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e fico ao dispor.

Torres Vedras, 3 Maio de 2006

Com os meus melhores cumprimentos,

ANEXO III

Autorização da aplicação do instrumento

C.H.T.V.
Conselho de Administração
Rec 06/05/06

Emenda
4/5 loc
JOSÉ MATEUS
Presidente do Conselho de Administração

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Torres Vedras

Nada a
informar.
2006/05/04

Data: Maio de 2006

Assunto: Aplicação de questionários aos enfermeiros do Centro Hospitalar de Torres

MÁRIO VILELA
Enfermeiro Director

Luísa Maria Costa Lopes, enfermeira graduada do C.H.T.V., a desempenhar funções no serviço de Cirurgia Unidade B, a frequentar o II Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Especialização em Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa em parceria com a Universidade de Évora, vêm por este meio solicitar a Vossas Excelências que me seja concedida autorização para que possa aplicar o questionário que se anexa a todos os enfermeiros do C.H.T.V. que exerçam funções de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista, excepto aos enfermeiros que trabalham no serviço de urgência, devido às características da unidade e das situações atendidas.

Este pedido surge no contexto da realização de uma Tese de Mestrado sobre "Educação para a saúde em contexto hospitalar".

Gostaria que o questionário fosse aplicado no período compreendido entre 15 e 28 de Maio, no entanto estou receptiva a outra data mais conveniente para a Instituição.

Comprometo-me ao sigilo de dados e a enviar os resultados da pesquisa, se assim o entenderem.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e fico ao dispor.

Torres Vedras, 3 Maio de 2006

Com os meus melhores cumprimentos,

Luísa Maria Costa Lopes

Se Enfa Luísa H.C. Lopes:
Embora este autorizado
e aplicação do instrumento
de colheita de dados deve
comunicar a cada um de serviços
e respectivos chefes de serviço
em que se irá concretizar
o estudo (o questionário)
2006/05/04

ANEXO IV

Syntax de Outputs

Reliability

Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=iii42 iii57 iii80 iii81 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL .
---------------	--

Frequencies

Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=iii42 iii57 iii81 iii80 .
---------------	--

Frequencies

Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=iii23 iii24 iii25 iii71 iii72 iii73 iii74 iii75 iii76 iii77 iii78 .
---------------	---

Reliability

Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=iii23 iii24 iii25 iii63 iii71 iii72 iii73 iii74 iii75 iii76 iii77 iii78 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL .
---------------	--

Reliability

Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=iii23 iii24 iii25 iii71 iii72 iii73 iii74 iii75 iii76 iii77 iii78 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL .
---------------	---

Reliability

Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=iii23 iii24 iii25 iii74 iii75 iii78 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL .
---------------	---

Frequencies

Syntax	FREQUENCIES
---------------	-------------

	VARIABLES=iii82 iii83 iii84 iii85 iii86 .
--	--

Reliability

Notes

Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=iii82 iii83 iii84 iii85 iii86 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL .
---------------	--

Frequencies

Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=iii6 iii5 iii4 iii3 iii11 iii13 iii14 iii15 iii18 iii19 iii20 iii21 iii22 iii66 .
---------------	--

Reliability

Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=iii66 iii6 iii5 iii4 iii3 iii2 iii18 iii19 iii20 iii21 iii22 iii15 iii13 iii11 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL .
---------------	---

Reliability

Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=iii66 iii6 iii5 iii4 iii3 iii2 iii18 iii19 iii20 iii21 iii22 iii15 iii13 iii11 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL .
---------------	---

Reliability

Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=iii66 iii6 iii5 iii4 iii3 iii2 iii18 iii19 iii20 iii21 iii22 iii15 iii13 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL .
---------------	---

Reliability

Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=iii66 iii6 iii5 iii4 iii3 iii18 iii19 iii20 iii21 iii22 iii15 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL .
---------------	---

Frequencies

Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=iii17 iii25 iii26 iii43 iii44 iii45 iii46 iii47 iii48 iii49 iii50 iii51 iii52 iii53 iii54 iii55 iii7 .
---------------	---

Reliability

Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=iii17 iii26 iii43 iii44 iii45 iii46 iii47 iii48 iii49 iii50 iii51 iii52 iii53 iii54 iii55 iii7 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL .
---------------	---

Reliability

Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=iii43 iii44 iii45 iii46 iii47 iii48 iii49 iii50 iii51 iii52 iii53 iii54 iii55 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL .
---------------	--

Reliability

Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=iii43 iii44 iii45 iii46 iii47 iii49 iii50 iii51 iii52 iii53 iii54 iii55 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL .
---------------	--

Reliability

Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=iii58 iii59 iii60 iii61 iii68 iii69 iii70 iii29 iii30 iii33 iii36 iii37 iii38 iii39 iii40 iii79 iii62 iii16 iii12 iii8
---------------	--

	<pre> iii41 iii31 iii32 iii9 iii56 iii34 iii64 iii65 iii10 iii35 iii67 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL . </pre>
--	--

Frequencies

Syntax	<pre> FREQUENCIES VARIABLES=iii10 iii58 iii59 iii60 iii61 iii68 iii69 iii70 iii29 iii30 iii36 iii33 iii37 iii38 iii39 iii40 iii79 iii62 iii12 iii16 iii8 iii41 iii31 iii32 iii9 iii56 iii34 iii64 iii65 iii67 iii35 . </pre>
---------------	--

Reliability

Syntax	<pre> RELIABILITY /VARIABLES=iii58 iii59 iii60 iii61 iii30 iii33 iii36 iii37 iii38 iii39 iii40 iii79 iii62 iii41 iii56 iii34 iii64 iii65 iii35 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL . </pre>
---------------	--

Reliability

Syntax	<pre> RELIABILITY /VARIABLES=iii58 iii59 iii60 iii61 iii33 iii36 iii37 iii38 iii39 iii40 iii62 iii41 iii56 iii34 iii64 iii65 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL . </pre>
---------------	--

Correlations

Syntax	<pre> CORRELATIONS /VARIABLES=registro continui diagn interven metodolo avaliaçã iii23 iii24 iii25 iii71 iii72 iii73 iii74 iii75 iii76 iii77 iii78 /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE . </pre>
---------------	--

Correlations

Syntax	<pre> CORRELATIONS /VARIABLES=registro continui diagn interven metodolo avaliaçã iii82 iii83 iii84 iii85 iii86 /PRINT=TWOTAIL NOSIG </pre>
---------------	--

	/MISSING=PAIRWISE .
--	---------------------

Correlations

Syntax	CORRELATIONS /VARIABLES=registro continui diagn interven metodolo avaliaçã iii3 iii4 iii5 iii6 iii15 iii18 iii19 iii20 iii21 iii22 iii66 /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE .
---------------	--

Correlations

Syntax	CORRELATIONS /VARIABLES=registro continui diagn interven metodolo avaliaçã iii43 iii44 iii45 iii46 iii47 iii48 iii49 iii50 iii51 iii52 iii53 iii54 iii55 /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE .
---------------	---

Correlations

Syntax	CORRELATIONS /VARIABLES=registro continui diagn interven metodolo avaliaçã iii30 iii34 iii35 iii36 iii38 iii39 iii40 iii41 iii56 iii58 iii59 iii60 iii61 iii62 iii64 iii65 iii79 /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE .
---------------	--

Correlations

Syntax	CORRELATIONS /VARIABLES=registro continui diagn interven metodolo avaliaçã iii30 iii34 iii35 iii36 iii38 iii39 iii40 iii41 iii56 iii58 iii59 iii60 iii61 iii62 iii64 iii65 iii79 iii33 iii37 /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE .
---------------	--

Correlations

Syntax	CORRELATIONS /VARIABLES=registro continui diagn interven metodolo avaliaçã iii42 iii57 iii80 iii81 /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE .
---------------	--

Notes

Syntax	CORRELATIONS /VARIABLES=registro continui diagn interven metodolo avaliaçã /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE .
---------------	---

Notes

Syntax	RELIABILITY /VARIABLES=iii3 iii4 iii5 iii6 iii15 iii18 iii19 iii20 iii21 iii22 iii66 iii43 iii44 iii45 iii46 iii47 iii48 iii49 iii50 iii51 iii52 iii53 iii54 iii55 iii30 iii33 iii34 iii35 iii36 iii37 iii38 iii39 iii40 iii41 iii56 iii58 iii59 iii60 iii61 iii62 iii64 iii65 iii79 iii42 iii57 iii80 iii81 iii82 iii83 iii84 iii85 iii86 iii78 iii77 iii76 iii75 iii74 iii73 iii71 iii72 iii23 iii24 iii25 /FORMAT=LABELS /SCALE (ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA.
---------------	--

Correlations

Syntax	CORRELATIONS /VARIABLES=registro continui diagn interven metodolo avaliaçã /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE .
---------------	---

Syntax	DESCRIPTIVES VARIABLES=avali2 cont2 diag2 reg2 met2 int2 /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .
---------------	--

Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=avali2 cont2 diag2 reg2 met2 int2 /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN .
---------------	--

Notes

Syntax	DESCRIPTIVES VARIABLES=avali2 cont2 diag2 reg2 met2 int2 /STATISTICS=MEAN STDDEV VARIANCE MIN MAX .
---------------	---

Syntax	DESCRIPTIVES VARIABLES=registro2 /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .
---------------	--

Descriptives

Syntax	DESCRIPTIVES VARIABLES=registro /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .
---------------	---

Syntax	DESCRIPTIVES VARIABLES=iii23 iii24 iii25 /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .
---------------	--

Descriptives

Syntax	DESCRIPTIVES VARIABLES=continui /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .
---------------	---

Syntax	DESCRIPTIVES VARIABLES=aspectos /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .
---------------	---

Syntax	DESCRIPTIVES VARIABLES=met /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .
---------------	--

Syntax	DESCRIPTIVES VARIABLES=avaliaçã /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .
---------------	---

Explore

Syntax	EXAMINE VARIABLES=registro met envolvim continui avaliaçã aspectos /PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT /COMPARE GROUP /STATISTICS DESCRIPTIVES /CINTERVAL 95 /MISSING LISTWISE /NOTOTAL.
---------------	--

Syntax	NPAR TESTS /M-W= aspectos avaliaçã continui envolvim met registro BY sexo(1 2) /MISSING ANALYSIS.
---------------	--

Nonparametric Correlations

Syntax	NONPAR CORR /VARIABLES=envolvim continui avaliaçã idade met registro aspectos /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
---------------	--

	/MISSING=PAIRWISE .
--	---------------------

Nonparametric Correlations

Syntax	NONPAR CORR /VARIABLES=envolvim continui avaliaçã met registo aspectos tpoexerc /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE .
---------------	---

Nonparametric Correlations

Syntax	NONPAR CORR /VARIABLES=envolvim continui avaliaçã met registo aspectos qtotpo /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE .
---------------	---

NPar Tests

Syntax	NPAR TESTS /M-W= aspectos avaliaçã continui envolvim met registo BY foracade(1 2) /MISSING ANALYSIS.
---------------	---

Means

Syntax	MEANS TABLES=aspectos avaliaçã continui envolvim met registo BY foracade /CELLS MEAN MEDIAN .
---------------	--

Means

Syntax	MEANS TABLES=aspectos avaliaçã continui envolvim met registo BY planoens /CELLS MEAN MEDIAN .
---------------	--

NPar Tests

Notes

Syntax	NPAR TESTS /K-W=aspectos avaliaçã envolvim met registo continui BY planoens(1 3) /MISSING ANALYSIS.
---------------	--

Means

Syntax	MEANS TABLES=aspectos avaliaçã continui envolvim met registo BY
---------------	--



	planoens /CELLS MEAN MEDIAN .
--	----------------------------------

NPar Tests

Syntax	NPARTESTS /M-W= aspectos avaliaçã continui envolvim met registo BY forespec(1 2) /MISSING ANALYSIS.
---------------	--

Means

Syntax	MEANS TABLES=aspectos avaliaçã continui envolvim met registo BY forespec /CELLS MEAN MEDIAN .
---------------	--

NPar Tests

Syntax	NPARTESTS /M-W= aspectos avaliaçã continui envolvim met registo BY notaalta(1 2) /MISSING ANALYSIS.
---------------	--

Means

Syntax	MEANS TABLES=aspectos avaliaçã continui envolvim met registo BY notaalta /CELLS MEAN MEDIAN .
---------------	--

NPar Tests

Syntax	NPARTESTS /M-W= aspectos avaliaçã continui envolvim met registo BY notaalta(1 2) /MISSING ANALYSIS.
---------------	--

Means

Syntax	MEANS TABLES=aspectos avaliaçã continui envolvim met registo BY notaalta /CELLS MEAN MEDIAN .
---------------	--

NPar Tests

Syntax	NPARTESTS /K-W=aspectos avaliaçã continui envolvim met registo BY areahosp(1 3) /MISSING ANALYSIS.
---------------	---

Means

Syntax	MEANS TABLES=aspectos avaliaçã envolvim met registo continui BY areahosp /CELLS MEAN COUNT STDDEV .
---------------	--

Means

Syntax	MEANS TABLES=aspectos avaliaçã continui envolvim met registo BY areahosp /CELLS MEAN COUNT STDDEV .
Syntax	MEANS TABLES=aspectos avaliaçã continui envolvim met registo BY areahosp /CELLS MEAN MEDIAN .
Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=áreafo10 áreafor1 áreafor2 áreafor3 áreafor4 áreafor5 áreafor6 áreafor7 áreafor8 áreafor9 areahosp áreaquai caract1 caract10 caract2 caract3 caract4 caract5 caract6 caract7 caract8 caract9 cartaalt catprof enfesdte enfesfam esdte1 esdte2 esdte3 esdte4 esdte5 esfamil1 esfamil2 esfamil3 esfamil4 esfamil5 esfamil6 estadoc fap fapoutqu foracade forespec inicios meios1 meios2 meios3 meios4 meios5 meios6 pgrqual planoens qtotpo quemdeve realiza registo sexo .

Descriptives

Syntax	DESCRIPTIVES VARIABLES=aspectos avaliaçã continui envolvim idade met registo tpoexerc qtotpo /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX .
---------------	--

ANEXO V

Base de dados e outputs (em CD-ROM)