



Universidade Técnica de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Contributo do Enfermeiro na Promoção e Educação para a Saúde no Serviço de Urgência Geral

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Ciências da
Educação na área de especialização em Educação para a Saúde

Orientador: Professor Doutor José Alves Diniz

Júri:

Presidente: Professor Doutor José Alves Diniz

Vogais: Doutora Maria Celeste Rocha Simões
Doutor Adilson Passos da Costa Marques
Doutora Ana Luisa Dias Quitério

Cláudia Maria Caetano Machado

2013

(...) um projecto é como um comprometimento entre a reflexão necessária e a acção desejada. É a tentação de se lançar na aventura, de correr o risco, de tentar, de se expor, de passar da situação protegida do espectador ou daquele que se contenta com sonhos seus, à posição vulnerável que resulta de ser actor, com o risco de ver as suas ideias traduzidas em propostas, em acções, efeitos, resultados, de pesar do pudor, ver os outros tendo acesso às suas ideias e criticando as suas realizações (...)

(Cortesão, 1993:81)

Agradecimentos

O meu reconhecimento muito especial ao Professor Doutor José Alves Dinis, pela forma transparente de me revelar o caminho e pelo seu optimismo na concretização deste projecto, promovendo a minha motivação, liberdade e autonomia.

Aos meus colegas que participaram neste estudo e a todos os enfermeiros que continuam a batalhar por cuidados de enfermagem de melhor qualidade.

A todos os utentes com quem me cruzo no meu percurso profissional, e aos que se voluntariaram para a participação neste estudo.

A todos os meus amigos, por todos os momentos de descontração, de gargalhadas e por todas as partilhas.

Ao meu avô Zé e à minha avó Carvalha, por todo o carinho e por tudo o que me transmitiram. Embora não estejam em presença física, continuam a ser um pilar de mim... Estão sempre no meu coração.

À minha avó Ana e ao meu avô Bento por continuarem a fazer parte da minha vida, e por me receberem sempre com tanto carinho.

Aos meus pais, por todo o amor. Por me ampararem em cada caminhada, em cada escalada e em todas as etapas da minha vida.

Ao meu irmão, por me fazer acreditar nos sonhos, e por tudo o que nos une.

Ao Fábio, pela amizade, pelo suporte e presença em todos os sonhos...pelo nosso amor...Por ser parte da minha felicidade...

Resumo

O contributo dos enfermeiros na melhoria da saúde da população através de intervenções alicerçadas na Promoção e Educação para a Saúde é cada vez mais relevante.

Este estudo pretende analisar o contributo do enfermeiro na promoção e educação para a saúde no serviço de urgência geral, considerando a percepção dos utentes e dos enfermeiros acerca desta temática.

Optou-se por estruturar este trabalho tendo por base um estudo exploratório-descritivo, organizado em duas fases. Na primeira fase aplicou-se questionários auto-administrados a trinta utentes do serviço de urgência geral, após a sua alta clínica da unidade de internamento de curta duração, e na segunda fase foram realizadas entrevistas semidirigidas a cinco enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência geral, do hospital em estudo.

Os métodos de tratamento de dados utilizados foram a estatística descritiva, correspondente aos questionários, e a análise de conteúdo, referente às entrevistas.

Através dos resultados que emergiram da pesquisa empírica, constata-se que as intervenções em educação para a saúde realizadas no serviço de urgência geral, são concretizadas em menor número do que o que seria desejável, de acordo com a percepção dos utentes e dos enfermeiros. A equipa de enfermagem justifica estes resultados, referindo vários aspectos que influenciam a prática da promoção e educação para a saúde no serviço de urgência geral, em estudo.

Apesar do insuficiente número de intervenções sustentadas pela promoção e educação para a saúde, os enfermeiros reconhecem a importância destas para a melhoria da qualidade de vida dos utentes, e para a visibilidade e reconhecimento da profissão de enfermagem.

Palavras-chave: promoção da saúde; educação para saúde; enfermagem; utentes; enfermeiros; serviço de urgência geral

Abstract

The contribution of nurses in improving population health through interventions built in health promotion and education is increasingly significant.

This study aims to analyze nurse's contribution in health promotion and education in the emergency room, considering the patients' and nurses' awareness on this subject.

This work is structured on an exploratory-descriptive study, organized in two stages. In the first stage, self-administered surveys were made to thirty patients of the emergency room after being clinically discharged from the internment unit. In the second stage, semi directed interviews were conducted to five nurses who work in the general emergency service of the hospital in this study.

The data processing methods used were descriptive statistics, corresponding to the surveys, and content analysis, referring to interviews.

Through the results that emerged from empirical research, it appears that the number of interventions in health education conducted in the emergency room is less than what would be desirable, according to the awareness of the patients and nurses. The nursing staff interviewed justifies these results referring several aspects that influence the practice of health promotion and education in the emergency room of the study.

Despite the insufficient number of interventions supported by health promotion and education, nurses recognize their importance in improving the quality of life of individuals and the visibility and recognition of the profession of nursing.

Keywords: health promotion; health education; nursing; patients; nurses; emergency room

Índice

Abreviaturas e Siglas	I
Índice de Gráficos	II
Índice de Tabelas	II
Introdução.....	1
I - Quadro Conceptual.....	4
1. Promoção e Educação para a Saúde	4
1.1 Saúde, a sua Promoção e Educação.....	4
1.2 Definição de Promoção e Educação para a Saúde	8
1.3 A prática da Educação para a Saúde.....	11
2.1 Serviço de Urgência Geral: Algumas Especificidades	18
2.1.1. Redescobrimdo o passado... ..	18
2.1.2. A conjuntura contemporânea.....	20
2.2. Os enfermeiros e a educação e promoção da saúde no Serviço de Urgência Geral.....	21
2.3. A comunicação com o utente e família no Serviço de Urgência Geral	23
3. Educação e Promoção da Saúde, representadas na Formação em Enfermagem.....	24
3.1 Formação inicial em enfermagem	24
3.2 Formação contínua em enfermagem	26
II- Percurso Metodológico.....	28
1. Problemática e Objecto de Estudo.....	28
2. Objectivos Gerais e Específicos	30
3. Questões/Hipóteses de Investigação.....	31
4. Opções Metodológicas.....	32
4.1. Estratégias Metodológicas	32
4.2 Método de Colheita dos Dados	33

4.2.1. Questionário	33
4.2.2. Entrevista.....	35
5. Caracterização do campo de estudo, dos utentes e da equipa de enfermagem	38
6. Critérios de selecção da amostra	40
7. Método de tratamento de dados	42
8. Considerações éticas.....	44
9. Limitações e Vantagens do Estudo.....	46
III - Apresentação e Análise dos resultados	48
1. Questionários.....	48
1.1 Caracterização geral dos participantes do estudo.....	48
1.2 Processo saúde-doença	51
1.3. Educação e Promoção da saúde nos cuidados diários	53
1.4. Enquadramento familiar/prestadores informais de cuidados	66
2. Entrevistas	68
2.1. Caracterização Geral dos participantes do estudo	69
2.2. Conceito de EpS	70
2.3 Formação em EpS	73
2.4 EpS na prática diária do SUG	77
3. Síntese Geral dos Resultados:	86
IV – Conclusão	89
Referencias Bibliográficas	93
Legislação (leis e decretos)	99
Anexos.....	100
Apêndices	108

Abreviaturas e Siglas

EpS – Educação para a saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

DGS – Direcção Geral da Saúde

SU – Serviço de urgência

SUG – Serviço de urgência geral

SUGH – Serviço de urgência geral hospitalar

OE – Ordem dos Enfermeiros

UICD – Unidade de internamento de curta duração

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Motivo do Actual Internamento	50
Gráfico 2: “Algumas doenças estão ligadas ao estilo de vida?”	52
Gráfico 3: “O motivo do seu internamento está ligado ao seu estilo de vida?”	53
Gráfico 4: “Depois deste internamento vai ter necessidade de adoptar ou alterar algum comportamento de saúde?”	54
Gráfico 5: “O enfermeiro partilhou consigo informações sobre estilos de vida que deveria adoptar ou alterar para melhorar a sua saúde?”	55
Gráfico 6: “Considera que a informação partilhada pelo enfermeiro durante o internamento sobre estilos de vida ou comportamentos de saúde foi suficiente?”	57
Gráfico 7: “Em que momento do internamento o enfermeiro partilhou essa informação?”	58
Gráfico 8: “De que forma o enfermeiro partilhou essa informação?”	59
Gráfico 9: “Os enfermeiros deram-lhe informações sobre estilos de vida ou comportamentos de saúde de forma compreensível?”	60
Gráfico 10: “Enquanto o enfermeiro estava a partilhar essa informação, estava a prestar-lhe outros cuidados?”	61
Gráfico 11: “As informações foram solicitadas por si ou pela sua família?”	62
Gráfico 12: “Mais do que um enfermeiro partilhou consigo o mesmo tipo de informação acerca de estilos de vida saudáveis?”	63
Gráfico 13: “O enfermeiro mostrou-se disponível para proporcionar mais informações ou esclarecer dúvidas?”	64
Gráfico 14: “Considera que seria importante os enfermeiros partilharem consigo mais informação?”	65
Gráfico 15: “Após a saída do hospital vai contar com o apoio de alguém para o ajudar a satisfazer as suas necessidades diárias?”	66
Gráfico 16: “Acha que foi transmitida informação necessária à pessoa que o vai ajudar no seu dia-a-dia?”	67

Índice de Tabelas

Tabela 1: Dados de caracterização dos participantes do estudo	69
---	----

Introdução

O conceito de Promoção e de Educação para a Saúde, têm vindo a ser desenvolvidos, paralelamente com a concepção de saúde, através de declarações universais e de regulamentos do exercício profissional, sendo que a sua prática determina que os profissionais manifestem competências nesta área do conhecimento (Redman, 2003).

Os documentos que sustentam os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, publicados pela Ordem dos Enfermeiros, esclarecem o papel da enfermagem, junto dos clientes, dos outros profissionais de saúde e da sociedade em geral. Estas obras definem a promoção da saúde como um elemento integrante na prática de enfermagem, ao longo de todo o ciclo vital dos indivíduos, grupos e comunidade, no sentido destes conquistarem o máximo potencial de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2002 e 2004).

A promoção e educação para a saúde deverão estar presentes em todos os contextos da prática profissional dos enfermeiros, sendo possível a sua concretização em qualquer local, momento ou grupos (Ribeiro, 1999).

Atendendo à conjuntura contemporânea do serviço de urgência geral (SUG) é cada vez mais essencial uma prática de cuidados, alicerçada na educação para a saúde, que tenha em conta as necessidades pedagógicas e os determinantes de saúde dos utentes e dos familiares. Em inúmeros casos, o contacto exclusivo de algumas pessoas com uma instituição de saúde, estabelece-se no serviço de urgência geral hospitalar (SUGH), sendo que é fundamental alcançar estes utentes, proporcionando-lhes ferramentas para adoptarem estilos de vida saudáveis, com consciência e autonomia, no sentido de alcançarem níveis óptimos de saúde e de reabilitação das suas situações de doença (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

No sentido de se apreender a realidade do SUG, em relação à Educação e Promoção da Saúde, definiram-se metas que se caracterizam no pilar de análise deste estudo, e se edificam na base dos seguintes objectivos:

Objectivo geral:

- Analisar o contributo do enfermeiro na promoção e educação para a saúde no serviço de urgência geral.

Objectivos Específicos:

- Analisar a percepção dos utentes acerca do papel dos enfermeiros na educação e promoção da saúde no serviço de urgência geral;
- Analisar a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência geral sobre o conceito de Educação para a Saúde;
- Descrever de que modo a formação inicial dos enfermeiros do serviço de urgência geral contribui para a sua prática em Promoção e Educação para a Saúde;
- Descrever a formação contínua dos enfermeiros do serviço de urgência geral em Promoção e Educação para a Saúde;
- Identificar as práticas de cuidados de enfermagem na área da Promoção e Educação para a Saúde nas diferentes valências que compõem o serviço de urgência geral;
- Identificar os aspectos que os enfermeiros reconhecem que influem na aplicação da Educação para a Saúde no serviço de urgência geral.

Para atingir os objectivos delineados, este estudo foi estruturado em quatro etapas, representadas pelo quadro conceptual, percurso metodológico, apresentação e análise dos resultados e conclusão final.

No quadro conceptual pretende-se abordar a problemática do estudo, com base nas concepções de saúde, educação e promoção da saúde. De seguida, identifica-se as especificidades do serviço de urgência hospitalar e a sua evolução ao longo do tempo, tendo em vista os contributos da equipa de enfermagem na educação e promoção da saúde neste contexto. Posteriormente será retratada o panorama da formação em enfermagem na educação e promoção da saúde.

No percurso metodológico descreve-se as opções metodológicas adoptadas no desenvolvimento do processo investigativo, justificando cada opção de acordo com o

conhecimento que se pretende adquirir. O objecto de estudo será retratado pela percepção dos utentes e dos enfermeiros acerca da educação e promoção da saúde, no serviço de urgência geral hospitalar. O tipo de estudo exploratório-descritivo, assim como a aplicação do questionário aos utentes e da entrevista semidirigida aos enfermeiros, foram as opções metodológicas eleitas, que permitem a compreensão da realidade do fenómeno no contexto seleccionado.

Na apresentação e análise dos resultados procede-se à exposição e interpretação dos resultados provenientes dos questionários e das entrevistas, relacionando os dados empíricos, com o conhecimento teórico adquirido através da construção do quadro conceptual.

Por último, realiza-se a conclusão final do estudo que integra os resultados que advêm da fundamentação teórica e, da análise dos questionários e das entrevistas, enfatizando o papel da enfermagem na educação e promoção da Saúde no SUG.

Com a realização deste estudo pretende-se conhecer o modo como os utentes e os enfermeiros vivenciam a educação e promoção da saúde no SUG, no sentido de impelir a reflexão dos intervenientes nos cuidados sobre a sua acção determinante na saúde da sociedade, e no desenvolvimento e reconhecimento da profissão de enfermagem.

I - Quadro Conceptual

1. Promoção e Educação para a Saúde

*A saúde é um direito fundamental
e essencial para o desenvolvimento
social e económico.*
(Declaração de Jacarta, 1997)

1.1 Saúde, a sua Promoção e Educação

As concepções de saúde e doença têm vindo a ser alvo de modificações, em função do contexto histórico, cultural, científico, social e pessoal, sustentando assim, múltiplas representações. O conceito de saúde, que era inicialmente perspectivado de uma forma redutora, como ausência de doença, reportava-se a um equilíbrio fisiológico e biológico, e descurava outras dimensões.

Na actualidade, existem múltiplas dimensões de natureza subjectiva e objectiva, que influenciam a concepção de saúde, tais como os determinantes económicos, pessoais, sociais, culturais e a influência dos *media* (Araújo, 2006). Assim, na procura da acepção que cada pessoa atribui ao termo saúde, pode-se inferir que, apesar da subjectividade presente em cada uma das definições, está maioritariamente expressa uma abordagem holística, em que são valorizadas várias componentes da existência humana, tais como o bem-estar físico e mental, as condições de habitação, o sucesso profissional, entre outros elementos.

A Carta de Ottawa defende que a saúde é o maior recurso de desenvolvimento pessoal, social e económico, e uma importante dimensão da qualidade de vida. Os factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos devem ser considerados e destacados, visto que influenciam a saúde das populações (Organização Mundial da Saúde, 2009).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define a saúde como uma representação mental da condição individual e do bem-estar, que é variável ao longo do tempo. “A saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (Ordem dos Enfermeiros, 2002:7).

De acordo com a descrição promulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é “um estado absoluto de total bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Este bem-estar físico diz respeito ao bom funcionamento biológico, à satisfação pela forma corporal e pelo desempenho de actividades físicas. O bem-estar mental envolve o vigor psíquico e a satisfação pessoal pela subjectividade de cada um. O bem-estar social reúne as relações interpessoais e os vários conteúdos sociais relativos à satisfação material, profissional e comunitária (Laverack, 2008).

Laverack (2008) defende três principais abordagens contemporâneas de saúde, sendo estas a abordagem médica, a comportamental/estilo de vida e a socio ambiental. A abordagem médica tem-se empenhado no tratamento das enfermidades, sendo que actualmente se começou a interessar pela prevenção da doença entre indivíduos que de modo genético, comportamental ou com história familiar ou pessoal estão em maior risco de desenvolver alguma patologia. A abordagem comportamental/do estilo de vida reconhece que as condutas e o estilo de vida dos indivíduos influem directamente na sua saúde e na dos outros, sendo que os factores sociais, políticos e culturais têm influencia nos comportamentos que cada indivíduo adopta. A abordagem socio ambiental incorpora as abordagens anteriores, e sendo a mais completa, defende que o interesse pela justiça social e pela sustentabilidade ecológica moldam os estilos de vida e as conjunturas de bem-estar. O progresso destas abordagens resultou da evolução do conhecimento científico em relação aos factores de risco e determinantes da saúde, assim como da preocupação em relação ao impacto das condições sociais e ambientais da saúde.

Estas diferentes perspectivas motivam as estratégias utilizadas pelos promotores da saúde, que são distintas em relação à concepção, implementação e avaliação dos programas, dependendo do tipo de abordagem adoptada (Laverack, 2008).

O que determina a saúde?

Existe um modelo de determinantes da saúde que inicialmente foi desenvolvido pela Iniciativa Canadiana para a Doença Cardíaca, e pelo Departamento de Saúde de Toronto, sendo posteriormente adoptado pela OMS. Este modelo integra como determinantes da saúde, as Condições de Risco (estatuto social baixo, actividade laboral perigosa/cansativa, ambiente poluído e ruidoso, a discriminação, o individualismo e a competitividade, entre outras causas), os Factores de Risco Fisiológicos (hipertensão, hipercolesterolémia e ansiedade), Factores de Risco Comportamentais (fumar, alimentação pouco saudável, sedentarismo e abuso de substâncias pouco saudáveis) e os Factores de Risco Psicossociais (isolamento, redes sociais fracas, baixa auto-estima, carência de sentido de determinação e fraco poder de percepção) (Romanow, 2002; Laverack, 2008).

O determinante Condições de Risco defende que quanto mais elevado for o estatuto social de uma pessoa, melhores serão as suas condições de saúde e bem-estar. De acordo com estudos de Smith et al (1990) actualmente morrem mais pessoas pobres de doenças cardíacas ou certos tipos de neoplasias, do que pessoas de estatuto social mais elevado (Laverack, 2008).

O determinante Factores de Risco Psicossociais descreve que os estados cognitivos e emocionais de cada indivíduo são geralmente, reacções às condições de risco, e influenciam o desejo de se adoptar comportamentos de risco, denominando-se esta atitude como Factores de Risco Comportamentais (Laverack, 2008).

Todos estes determinantes estão incluídos nos estilos de vida adoptados por cada indivíduo, e experimentados ao longo de uma determinada fase da sua vida. Sands e Wilson (2003) advogam que o estilo de vida saudável é definido como aquele em que a pessoa se empenha, com regularidade diária, e que influencia positivamente a sua saúde. Este é o resultado de opções, conscientes e inconscientes, e de compromissos com determinadas práticas diárias, pelo que a auto responsabilização é um dos passos mais importantes na aceitação e mudança de atitudes. É através dos estilos de vida que são implementados a grande maioria dos projectos de promoção e educação para a saúde (Sands & Wilson, 2003).

Que patologias são mais frequentes, no nosso quotidiano?

As doenças despoletadas por factores de risco individuais variam ao longo do tempo. No passado, a maioria das enfermidades baseava-se em patologias infecciosas, tais como a peste negra ou a lepra, que originaram pandemias e afectaram milhões de pessoas. Estas patologias eram o resultado de precárias condições sanitárias e de trabalho, má nutrição, e de tempos austeros por que os países passavam, tais como as guerras (Laverack, 2008).

Actualmente, as doenças crónicas não transmissíveis, como patologias cardiovasculares, patologias respiratórias crónicas, neoplasias, diabetes *mellitus*, patologias osteoarticulares e perturbações da saúde mental, compõem a maior causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas. Em Portugal, as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, encontram-se entre as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade, constituindo-se um importante problema de saúde pública (Ministério da Saúde, 2004). Estas doenças são igualmente responsáveis, por situações de inaptidão, que pode ser temporária ou permanente, e diminuição da qualidade de vida, com manifestação considerável no consumo de serviços de saúde, meios complementares de diagnóstico, fármacos e internamentos, representando em 2000 a nível europeu, cerca de 75% da carga da doença (European Health Report, OMS, 2002, cit. por Ministério da Saúde, 2003).

Estas patologias crónicas não transmissíveis têm como etiologia comum, um conjunto de factores relacionados com os estilos de vida individuais, correspondentes às áreas da nutrição, exercício físico, consumo excessivo de substâncias etílicas, tabagismo e má gestão do *stress* (Ministério da Saúde, 2003; Sands & Wilson, 2003). Intervir nestes determinantes surge como uma estratégia de saúde essencial, que permitirá obter, a médio prazo, vantagens consideráveis em termos de redução do predomínio de doenças crónicas, e dos custos económicos e sociais que lhe estão associados (Ministério da Saúde, 2003 e Romanow, 2002).

Segundo a Carta de Ottawa, a implementação de estratégias de promoção da saúde, pode organizar-se em cinco domínios: definição de políticas; legislação e regulamentação; criação de ambientes de suporte; reforço da acção comunitária; informação, educação para a saúde e a capacitação individual e colectivo, e reorientação dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2003). Por exemplo, as actividades inerentes aos estilos de vida podem ser regulamentadas por leis que estabelecem o preço

dos produtos nocivos ou que decretam restrições relacionadas com a idade do comprador e de espaços onde se efectua esta prática, o que acontece com o consumo de tabaco e de álcool. Estas medidas pretendem travar ou reduzir o consumo destes produtos (Laverack, 2008).

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 defende a mudança centrada no cidadão, sendo esta relacionada com a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. É pretendido que as actividades de promoção da saúde ocupem uma posição de maior relevo na prestação dos cuidados de saúde, no sentido de se procurar combater as causas implícitas nas principais patologias relacionadas com os estilos de vida, assim como sensibilizar os profissionais de saúde para identificarem oportunidades de promoção de comportamentos saudáveis junto dos utentes com quem estabelecem contacto, constituindo esta medida um potencial elevado de ganhos em saúde (Ministério da Saúde, 2004).

1.2 Definição de Promoção e Educação para a Saúde

O reconhecimento da promoção da saúde advém de meados de 1974, na sequência da publicação da obra de referência *A New Perspective on the health of Canadians*, no Canadá, onde foi salientada a importância de intervenções para prevenir a doença e promover o bem-estar, em detrimento do sistema tradicional de saúde onde era preconizado o tratamento e enfatizado o modelo biomédico. Este relatório realçou a responsabilidade de cada indivíduo sobre a sua saúde, e identificou desigualdades sanitárias que são determinantes na saúde das populações (Lalonde, 1974 cit. por Laverack, 2008).

Na actualidade, a promoção da saúde pode ser descrita como uma relação entre o Estado (regulador das oportunidades de saúde), as economias de mercado (criadoras das oportunidades e dos riscos da saúde) e os grupos comunitários (que através de propósitos individuais ou colectivos, influenciam o Estado e as economias de mercado, assim como a sua própria saúde). É fundamental enfatizar a ideia de que promover a saúde é aumentar o controlo que as pessoas têm sobre a sua saúde, sendo que o papel dos promotores de saúde deve abranger a forma como os indivíduos definem os seus objectivos de saúde, contribuindo deste modo para a concretização desses mesmos objectivos (Laverack, 2008).

A OMS define promoção de saúde como “um processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde” (OMS, 2009).

O conceito de educação para a saúde (EpS), foi entendido inicialmente como uma actividade prescritiva, autoritária e estereotipada, sendo que, no decorrer do tempo, esta perspectiva foi considerada por vários autores como insuficiente visto que não atendia aos vários contextos que influenciam as atitudes e comportamentos dos indivíduos. Deste modo, na actualidade considera-se que a educação para a saúde é guiada por um processo de diagnóstico e intervenção, faseado, cuja meta é estabelecida com a pessoa. Neste percurso, a intervenção é arquitectada em concordância com as necessidades de aprendizagem e motivação demonstradas pelos sujeitos, e a avaliação ocorre ao longo do processo, de forma periódica. Em grande parte dos casos, o reforço da informação e o reensino são necessários, particularmente em indivíduos com patologias crónicas, ou que estão a empenhar-se na sua prevenção. É de salientar que o exercício da EpS integra um conjunto de teorias baseadas em resultados de investigação, e em competências que devem ser aprendidas e exercitadas. (Redman, 2003). A EpS tem como meta a informação das pessoas no sentido de influenciar de forma positiva as futuras tomadas de decisão individuais e colectivas, e a promoção de saúde visa as acções sociais e as políticas complementares, permitindo que as transformações políticas no ambiente social, de trabalho e da comunidade destaquem a saúde (Green & Kreuter, 1991, cit. por Laverack, 2008).

Pode-se concluir que promoção de saúde integra a EpS e abrange uma série de actividades didácticas e que promovem a saúde (Laverack, 2008).

Existem várias declarações internacionais, que conceptualizam e legitimam a promoção de saúde, sendo que entre elas se realçam a Declaração de Alma-Ata, de 1978, a Carta de Ottawa para a Promoção de Saúde, de 1986, e a Declaração da Conferência de Jacarta, de 1997.

A Declaração de Alma-Ata surge com a necessidade da igualdade da saúde entre e dentro dos vários povos, sendo os cuidados primários o motor da justiça social e da equidade de acesso à saúde, em particular nos países em desenvolvimento. Esta Declaração incentiva o empoderamento como uma componente essencial nos cuidados de saúde primários, e enfatiza o direito e dever dos povos em participar a nível

individual ou colectivo no projecto e na realização dos seus cuidados de saúde (OMS, 1978).

A Carta de Ottawa para a Promoção de Saúde nomeou algumas condições e recursos pilares para a melhoria da saúde das populações, sendo estes a paz, o abrigo, a educação, a alimentação, os recursos económicos, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade. Foram definidas, assim, cinco áreas de actuação para promover a saúde: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da acção comunitária, desenvolvimento de competências pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Esta Carta descreveu ainda três funções essenciais dos promotores de saúde: advogar, capacitar e mediar (OMS, 1986).

A Declaração da Conferência de Jacarta consolida a perspectiva da Carta de Ottawa e impulsiona as abordagens globais do desenvolvimento da saúde, enfatizando que os ambientes específicos, tais como as famílias e as comunidades oferecem a oportunidade para a execução de estratégias globais, sendo a participação de todos e de cada um fundamental. Esta Declaração assegura que o acesso à educação e à informação é o motor propulsor para se conseguir uma participação efectiva e a capacitação das pessoas e das comunidades, destacando assim a utilidade da educação para a saúde (OMS, 1997).

A EpS é um componente fundamental a toda a sociedade, permitindo aos seus membros, a aquisição de conhecimentos e competências a nível individual e colectivo, necessárias à obtenção de modos de vida saudáveis. Mas não se trata exclusivamente de aprender boas práticas de saúde, mas fundamentalmente de apelar a uma filosofia mais vitalista e natural, que promova a liberdade do Homem conquistada pelo aumento de saberes e formas de vida mais conscientes. Assim, a EpS é reconhecida como um processo interactivo, identificado e acolhido pela comunidade, sendo que esta deve estar disposta à participação activa e de parceria, com responsabilidades na decisão da sua própria saúde e qualidade de vida (Rodrigues, 2005). É necessário que cada pessoa escute, compreenda e conheça a sua saúde, agindo como pessoa responsável e proactiva pela sua vida (Honoré, 1996).

A Lei de Bases da Saúde (lei nº48/90, de 24 de Agosto) defende a educação da população para a saúde, no sentido de despertar a atenção dos indivíduos e grupos sociais para a modificação de comportamentos nocivos à saúde pública e individual.

Os objectivos da EpS centram-se na promoção de comportamentos saudáveis; na redução de comportamentos nocivos e na educação da população, atendendo-se à especificidade das suas características; e no despertar do interesse da população para o seu papel activo no campo da saúde com o fim de se alcançar de um nível óptimo de saúde (Ferreira, Nunes, Miguéns, Teixeira & Bernardes, 2006).

A EpS e a promoção da saúde têm uma relação simbiótica, sendo que a primeira se encarrega da programação da agenda e de incitar a consciência crítica em relação aos programas de promoção de saúde (Laverack, 2008).

1.3 A prática da Educação para a Saúde

A prática da EpS é baseada em pressupostos teóricos e em resultados de investigação, que permitem sustentar uma boa aplicação da mesma.

O processo de aprendizagem, pelo qual o individuo modifica de forma estável e consciente o seu comportamento, pressupõe a aceitação da mudança e uma alteração no modelo que era utilizado anteriormente.

A EpS é praticada segundo um processo de diagnóstico e de intervenção, que incorpora cinco fases: o planeamento de programas; a execução de programas; a prestação de serviços directos de educação para a saúde; a monitorização de programas e a avaliação dos mesmos (Greene & Simons-Morton, 1984; Redman, 2003).

O planeamento de programas integra a avaliação das necessidades, a motivação dos participantes para integrar o programa e o estabelecimento de metas com todos os intervenientes (Greene & Simons-Morton, 1984; Redman, 2003). Para que estas etapas sejam concretizadas é imprescindível que haja um levantamento de dados completo, que permita descobrir as necessidades educativas emergentes e a determinação de prioridades. Deste modo, é fundamental: identificar o que o indivíduo pretende saber; entender a motivação e a capacidade de aprendizagem; compreender o contexto social e comunitário em que está inserido e incentivar a participação activa deste e da família em todo o processo (Pacheco & Cunha, 2006).

A execução do programa tem em conta o estímulo do ensino face às necessidades de aprendizagem e a todos os componentes reflectidos na fase anterior (Greene & Simons-Morton, 1984; Redman, 2003).

A monitorização e a avaliação do programa ocorrem durante todo o processo, em intervalos periódicos, com vista ao alcance das metas pré-definidas. É frequente que o reensino e o reforço de *follow-up* sejam solicitados, particularmente em utentes com patologias crónicas, ou que estão a aprender a preveni-las (Greene & Simons-Morton, 1984; Redman, 2003).

As etapas acima descritas devem ser desenvolvidas segundo *timings* pré-definidos e cada uma está dependente do sucesso da anterior para que haja bons resultados (Greene & Simons-Morton, 1984; Redman, 2003).

A EpS é uma actividade planeada que beneficia de uma abordagem multidisciplinar, na qual é essencial uma avaliação dos comportamentos, para o planeamento e análise dos possíveis programas de intervenção assim como para a implementação dos mesmos. Está demonstrado que a modificação de um comportamento depende de dois factores: a sensação de ameaça pessoal, pelo facto de se manter esse comportamento (vulnerabilidade percebida) e por outro lado, a confiança de que se é capaz de mudar (auto-eficácia, ou expectativas de êxito). Estes processos estão relacionados com atitudes pessoais, factores sociais e do meio envolvente (Direcção Geral da Saúde, 2001a).

Durante os últimos anos, foram estudados e propostos vários modelos teóricos para explicar as alterações comportamentais, como a teoria da aprendizagem social (TAS), a teoria do processamento da informação do consumidor (PIC), o modelo das crenças de saúde (MCS), o modelo PRECEDE, o modelo das etapas de mudança comportamental de Prochaska, entre outros. Todos os modelos ambicionam identificar quais são os determinantes comportamentais e a influência relativa dos distintos processos cognitivos na adopção de condutas. A Direcção Geral da Saúde (DGS) (2001a) desenvolve o modelo das etapas de mudança comportamental de Prochaska, que é considerado o que melhor explica o processo de alteração de comportamento, no sentido de adopção ou de dissolução de uma conduta. Este modelo defende que as mudanças de comportamento obedecem uma sequência de etapas, denominadas etapas de mudança, que são explicadas como uma progressão ao longo de todo o processo. A primeira etapa é designada de pré-contemplação, seguida da etapa de contemplação, continuando com a etapa de preparação e terminando com as etapas de alteração e manutenção (DGS, 2001a).

A pré-contemplanção é a etapa em que o indivíduo não se sente motivado para mudar, por estar desinformado, por não se sentir com capacidade para mudar ou então por nem sequer colocar essa hipótese. Nesta fase é necessário proporcionar mais informação, ajudar a pessoa a crer na sua capacidade de mudar (auto-eficácia) e personalizar a avaliação. Na fase de contemplanção existe uma intenção de mudança, sendo que o indivíduo demonstra interesse na informação sobre as consequências associadas aos seus hábitos. Nesta etapa de contemplanção e na etapa de preparação deve-se ajudar a pessoa a desenvolver mecanismos facilitadores de alteração comportamental e oferecer apoio e material educativo, caso esteja disponível, no sentido de se desenvolver uma estratégia de mudança. A fase de alteração corresponde ao momento de mudança, e a fase de manutenção respeita à consolidação do novo hábito. As estratégias de apoio para ambas as fases devem passar por preparar o indivíduo para fazer face a possíveis dificuldades que possa vir a ter nos primeiros tempos de mudança comportamental, e fornecer todo o apoio que este necessitar (DGS, 2001a).

O modelo de Proshaka, também denominado como modelo das etapas de mudança, tem vindo a ser aplicado a um vasto leque de alterações comportamentais, tais como, diminuição de práticas de risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, exercício físico e a adopção de uma alimentação saudável. A utilidade deste protótipo consiste em prever as mudanças comportamentais e adequar as recomendações preventivas (DGS, 2001a).

No que respeita à monitorização da EpS, em termos práticos, esta função é da responsabilidade do Departamento de Saúde Pública, que tem como competências:

- a) *Caracterizar e monitorizar o estado de saúde da população e identificar as suas necessidades em saúde;*
- b) *Elaborar a proposta de plano regional de saúde da população e acompanhar a sua execução;*
- c) *Monitorizar a execução de programas e projectos específicos de vigilância de saúde, designadamente os constantes do Plano Nacional de Saúde;*
- d) *Avaliar o impacto na saúde da população da prestação dos cuidados, de forma a garantir a adequação às necessidades e a sua efectividade;*
- e) *Apoiar o desempenho das funções de autoridade de saúde, bem como divulgar orientações relativas às suas competências;*

- f) *Promover a investigação em saúde;*
- g) *Assegurar a direcção dos laboratórios de saúde pública;*
- h) *Realizar a vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde e dos seus determinantes.*

(publicado na Portaria nº 651/2007 de 30 de Maio)

De acordo com o supra citado, a Saúde Pública tem como meta geral a melhoria da saúde da população, através de saberes e saberes-fazer, apoiados pela investigação científica.

Para gerar saúde, não é suficiente conhecer e sentir o seu simbolismo e significado, é imprescindível expressá-la de uma forma sempre renovada que tem para cada um, uma configuração subjectiva e uma representação particular (Honoré, 1996).

O educador para a saúde tem de ter presente a ideia de que as decisões finais alusivas à prática de educação para a saúde devem ser desenvolvidas pelos indivíduos implicados, respeitando e indo ao encontro dos motivos, metas, aspirações e valores de cada um (Greene & Simons-Morton, 1984).

1.4 A Educação para a Saúde como uma Intervenção de Enfermagem

Na procura permanente da excelência no exercício

profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a

alcançarem o máximo potencial de saúde (...).

(Ordem dos Enfermeiros, 2002:12)

Proporcionar serviços directos de EpS, requer que os educadores para a saúde estejam em contacto com a comunidade, e implica que estes detenham um conjunto de competências específicas de relação interpessoal, de assessoria, e conhecimentos, que lhes permitam orientar as condutas e divulgar informação pertinente para o público-alvo. Assim, o educador para a saúde estuda as necessidades da população, selecciona os objectivos educacionais adequados, promove actividades de aprendizagem

apropriadas e conduz a actividades de aprendizagem para aumentar os conhecimentos, influenciar atitudes e promover habilidades do público ao qual o programa de educação é dirigido. O educador para a saúde deve proporcionar informação adequada e difundir práticas de saúde relacionadas com os objectivos, metas, aspirações e valores de cada um dos educandos (Greene & Simons-Morton, 1984).

A base legal da EpS tem sido desenvolvida através de leis e regulamentos do exercício profissional, bem como da acreditação das instituições de saúde, e a sua prática estabelece que os profissionais demonstrem competência nesta área do conhecimento. A educação para a saúde é um componente primordial da prática de todos os profissionais de saúde, e deve ser integrada ao longo dos cuidados (Redman, 2003).

Os enfermeiros são, reconhecidos como especialistas na educação para a saúde e no processo de orientação pedagógica do cliente, tendo como preocupação o seu bem-estar e a satisfação das necessidades (Sands & Wilson, 2003).

O documento relativo às competências do enfermeiro de cuidados gerais revela que o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais “a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (artigo nº8). Existem ainda outras competências que são atribuídas aos enfermeiros, na área da promoção e educação para a saúde:

- Competência 35: Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação;
- Competência 36: Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde;
- Competência 37: Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis;
- Competência 38: Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação;
- Competência 39: Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades;
- Competência 40: Proporciona apoio e educação no desenvolvimento, e na manutenção das capacidades para uma vivência independente;

- Competência 41: Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem;
- Competência 42: Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.
- Competência 43: Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.

(Ordem dos Enfermeiros, 2004)

A prática de enfermagem foca a atenção na promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e pretende alcançar. Assim, existe a tendência de ao longo de todo o ciclo vital, “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2002:8,9).

A gestão dos recursos de saúde na comunidade, pelos utentes e famílias, e a aprendizagem destes, no sentido de ampliar as competências pessoais, familiares e comunitárias, constituem uma peça fundamental para a orientação dos desafios na saúde. O envolvimento da família em todo o processo de cuidados é primordial, no sentido da optimização dos cuidados, em particular se o objectivo for a adopção de estilos de vida harmonizáveis com a promoção da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Existem enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2002), que têm como finalidade aclarar a natureza e reunir os diferentes semblantes do mandato social da profissão de enfermagem. Foram definidas seis categorias, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem. Entre estes, irá explorar-se duas categorias que são as mais relevantes para a temática deste trabalho, e estão directamente relacionadas com a educação para a saúde: a promoção da saúde, e a readaptação funcional.

Com vista a que se atinja do máximo potencial de saúde, são constituídos elementos fundamentais de promoção da saúde: o reconhecimento da situação de saúde da

população e dos recursos do cliente/família e comunidade; a elaboração e a aplicação de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis; o desenvolvimento do potencial de saúde do indivíduo através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida e crescimento; e a disponibilização de informação propulsora de aprendizagem cognitiva e de novas competências pelo cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A readaptação funcional implica que o enfermeiro, em conjunto com o cliente, desenvolva actividades eficazes de adaptação aos problemas actuais de saúde. São elementos fundamentais face a este processo: a continuidade do processo de cuidados de enfermagem, após a alta clínica; o planeamento da alta dos clientes que estão em instituições de saúde, de acordo com as suas necessidades e recursos da comunidade; o rendimento máximo dos diferentes recursos da comunidade; a optimização das aptidões do utente e família/pessoa significativa na gestão do regime terapêutico, na educação para a saúde e no treino da acomodação individual pretendida face à readaptação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

No sentido de influenciar atitudes e condutas de saúde positivas, os enfermeiros podem agir com o intuito de influir a legislação e regulação para que facilitem escolhas saudáveis, por exemplo, no que respeita à rotulagem e preço dos alimentos, e ao uso de recursos na comunidade que sustentem intervenções saudáveis e efectivas; intervir em locais de trabalho e escolas para promover ambientes de vida, de trabalho e práticas saudáveis; e utilizar todas as oportunidades para informar e orientar os doentes e famílias/pessoas significativas. Esta acção exige a atenção e resposta dos enfermeiros, a nível individual, em todo o mundo, independentemente da especialidade ou local de exercício profissional (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010).

O enfermeiro, enquanto profissional pivô no atendimento às necessidades dos utentes, deverá fazer uma análise da sua especificidade no seu contexto de prática, e identificar qual o contributo e impacto da sua acção para a saúde das pessoas, no sentido de promover cuidados personalizados (Ribeiro, 1999).

Hoje, os enfermeiros têm uma oportunidade única de contribuir significativamente para a vida dos indivíduos e, de um modo positivo, influenciar a saúde da sociedade, ajudando as pessoas a fazer escolhas informadas de estilos de vida saudáveis (Sands & Wilson, 2003:57).

2. Serviço de Urgência Geral Hospitalar

(...) as urgências são uma janela sobre a cidade (...)

(Peneff, 2003:11)

2.1 Serviço de Urgência Geral: Algumas Especificidades

Actualmente, cerca de 80% das pessoas que recorrem ao serviço de urgência (SU), têm problemas de saúde de etiologia da medicina geral, e não apresentam qualquer sinal de risco de vida que necessite de intervenção clínica imediata. Sabendo que muitas destas situações são consideradas não urgentes e não carecem de cuidados no imediato, é relevante averiguar o que motiva a população a procurar as urgências hospitalares (Peneff, 2003).

Este subcapítulo tem como intuito fazer uma breve abordagem histórica e uma abordagem contemporânea do serviço de urgência hospitalar (SUH), com o intuito de compreender esta organização na sua existência actual.

2.1.1. Redescobrimo o passado...

A Emergência Médica estruturou-se a partir da necessidade de prestação de assistência médica às vítimas durante os vários conflitos militares, na Europa e nos EUA. O transporte de doentes do combate e os locais onde eram prestados os cuidados a estas pessoas, têm as suas primeiras referências no séc. XI (Barkley, 1990 cit. por Mateus, 2007). A preocupação em dedicar os primeiros cuidados a uma curta distância do campo de batalha, no quase imediato e por pessoal treinado, foi demonstrada pelo médico responsável dos exércitos de Napoleão, Jean Dominique Larrey, durante a guerra de França com a Áustria e a Prússia, 1792. Este novo conceito integrava a edificação de hospitais de campanha próximos do local da batalha, tendo surgido igualmente as

“ambulances volantes”, veículos de transporte de feridos, e que para a época reuniam condições excepcionais. Estas etapas constituíam-se num pronúncio do que hoje é considerado serviço de emergência: estabilização no local e a transferência rápida das vítimas para a unidade hospitalar (Mateus, 2007).

Neste panorama é de destacar o papel de Florence Nightingale, uma enfermeira, que durante a guerra da Crimeia em 1853-1856, formou uma equipa de enfermagem, e estabeleceu-se num hospital onde recebia doentes de ambos os lados do conflito. A preocupação com a prevenção da infecção e a postura equidistante, onde o doente era o centro dos cuidados, independentemente da nacionalidade e das razões que o tinham levado a necessitar desses cuidados, estabeleceu directrizes no caminho para a medicina de urgência (Mateus, 2007).

Os serviços, conhecidos hoje como serviços de urgência hospitalar, estiveram desde o séc. XIX ligados ao progresso geral do mundo urbano (centralização das actividades económicas, crescimento do trabalho industrial nocturno, aumento dos acidentes de trabalho) e à evolução nas práticas clínicas (os cuidados de reanimação e o progresso no transporte de feridos para os hospitais) (Peneff, 2003).

Além disso, os serviços de urgência são ainda o resultado da história das cidades, que está marcada por discórdias entre as grandes instituições responsáveis pela saúde e pela ordem pública: medicina, justiça e policia. As suas divergências foram atenuadas pela criação de serviços-tampão multifuncionais como o são os serviços de urgência. Como refere Peneff (2003:18): *(...) o problema dos horários e das prevenções médicas (como encontrar um médico durante a noite?), o problema das definições de competência (a demência, a embriaguez nos locais públicos devem ser da responsabilidade da medicina ou da policia?) foram polémicas que encontraram a solução nos serviços de urgência (...).*

Assim, tendo em conta os factos estudados por Peneff (2003) é possível inferir que o SU desenvolveu-se de acordo com a organização, vivências e evolução das sociedades, de forma a poder dar resposta a situações de saúde ou problemas sociais que não encontraram solução noutras instituições.

2.1.2. A conjuntura contemporânea...

De acordo com o descrito anteriormente, o SUH tem evoluído ao longo do tempo, adaptando-se a novos desafios e exigências.

A missão do SU encontra-se definida no despacho ministerial nº11/2002, que estabelece o tratamento de situações de saúde de carácter urgente ou emergente, em que é exigida uma intervenção médica imediata. A condição de Emergência diz respeito a uma situação onde é iminente ou já está instalada a falência de funções vitais, enquanto um caso de Urgência é considerado quando existe risco de falência de funções vitais. Outras situações de saúde que não integrem estas definições devem ser avaliadas em estruturas de saúde planeadas para o efeito (Ministério da Saúde, 2002).

Na actualidade, o SU é considerado como a principal via de entrada das pessoas no hospital, prestando cuidados de saúde a milhões de pessoas por ano.

O número de utentes que recorre a este serviço hospitalar tem vindo a aumentar, no entanto sabe-se que cerca de 15% destas entradas são verdadeiras urgências, sendo que as restantes retratam uma deslocalização face aos centros de saúde, com intenção de se conseguir uma consulta sem marcação, a avaliação por um especialista, a realização de exames complementares de diagnóstico no imediato, uma receita ou um atestado médico (Macphail, 2001; Peneff, 2002). Por vezes, os clientes que recorrem ao SU são orientados por outras vias, tal como o centro de saúde, o médico assistente, o serviço Inem, ou a linha de saúde 24, ou então são pessoas que não encontram recursos noutros sectores, e decidem por livre arbítrio, procurar soluções no SUH. Peneff (2003) expõe que existem essencialmente três motivos que levam os doentes a fundamentar a sua escolha pelas urgências hospitalares: razões de ordem financeira, comodidade prática e a procura de novas formas de exercício da medicina. Além disso, (...) *os doentes encontram nas urgências a oportunidade de encontrarem os médicos, sem entrarem nas redes, sem se comprometerem em exames e em acompanhamento contínuos* (Peneff, 2003:135).

Existe uma variedade de situações que levam os utentes ao SU, e cada uma destas pessoas, as suas expectativas, necessidades individuais e comportamentos de saúde, são diversificados, e devem ser estudados, de modo a que os profissionais possam dar uma resposta adequada e adaptada a cada situação.

2.2. Os enfermeiros e a educação e promoção da saúde no Serviço de Urgência Geral

O âmbito da prática da enfermagem no serviço de urgência geral (SUG) envolve avaliação prévia, diagnóstico, tratamento e avaliação final. Esta prática é pluridimensional, sendo que as pessoas que recorrem ao SUG podem ter problemas de saúde percebidos, potenciais ou reais, agudos, urgentes ou não urgentes, físicos ou psicossociais. A sua resolução pode implicar medidas de reanimação, cuidados de saúde primários, orientações do utente e da família, encaminhamento adequado para especialidades médicas ou apoio social (Peneff, 2002).

Atendendo a todo o panorama do SUG é cada vez mais essencial um exercício baseado na educação para a saúde, que tenha em conta as necessidades pedagógicas de saúde dos utentes e familiares. Muitas vezes, o único contacto de algumas pessoas com uma instituição de saúde, é o SUH, sendo imprescindível alcançar estes utentes, devolver-lhes a motivação, despertá-los para a responsabilização da sua própria saúde, e demonstrar-lhes os apoios que têm ao seu alcance. Ribeiro (1999) defende que a EpS deve estar presente em todos os contextos da prática, podendo ser realizada em qualquer espaço, momento ou grupos. Esta deve ter a intenção de contribuir para a transmissão de conhecimentos à população, essenciais para a manutenção de uma boa saúde.

No entanto, quando estas acções de EpS se reduzem a ditar comportamentos, a ensinar a fazer, ou a querer que o outro se conforme às regras que foram estabelecidas para os indivíduos em geral, quando não têm sentido para um indivíduo em particular, a finalidade não é atingida (Hesbeen, 2000). Para que a promoção e a EpS obtenham resultados válidos, é necessário traçar-se metas possíveis para aquela pessoa, com pertinência e adequação de informação, durante o tempo que estará ao cuidado dos profissionais de enfermagem (Hesbeen, 2000; Ribeiro, 1999).

A pessoa é um agente social e intencional com condutas apoiadas nos valores, nas crenças e nas aspirações de natureza individual, o que torna cada indivíduo num ser singular, com dignidade própria e com direito à autodeterminação. Os comportamentos de saúde são influídos por todo o ambiente envolvente, sendo que a pessoa o modifica e sofre igualmente influência dele durante todo o processo de procura do equilíbrio e da harmonia (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

O exercício profissional da enfermagem tem como foco a relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente, família e comunidades. Neste âmbito, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe proporcionam apreender e respeitar os outros numa óptica multicultural, em que existe a valorização do papel dos clientes, e se promove a proactividade na execução dos projectos de saúde destes (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

O enfermeiro possui um instrumento que permite cumprir o modelo processual defendido na EpS, que é o processo de enfermagem. O processo de enfermagem é essencial para o desempenho das funções diárias do enfermeiro, devendo ser aplicado em todos os locais de prestação de cuidados de saúde. É constituído por cinco fases: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados aos utentes. A avaliação inicial processa-se no início da relação utente-enfermeiro, e continua durante todo o internamento, devendo integrar dados abrangentes do historial de saúde e de âmbito psicossocial da pessoa. O diagnóstico procede a avaliação inicial, e descreve as necessidades de saúde reais, de risco ou potenciais, que o enfermeiro, de acordo com a sua formação e experiência, está habilitado a solucionar. Esta fase documenta a essência e a actuação do enfermeiro. O planeamento diz respeito a um plano escrito de cuidados, que deve ser personalizado, e que é elaborado de acordo com as necessidades identificadas nas fases anteriores. A implementação é a etapa em que o plano elaborado na fase anterior é colocado em prática, com vista à plena satisfação das necessidades humanas. A avaliação, embora sendo a última etapa, deve ter lugar ao longo de todo o processo, visto que faz a apreciação e revisão, sempre que se justifique, do diagnóstico de enfermagem, dos objectivos, das intervenções e prioridades, de modo a proporcionar ao utente, cuidados eficazes. Através deste enquadramento, é possível utilizar os conhecimentos teóricos e empíricos para prestar cuidados competentes e personalizados a cada cliente (Taylor & Taylor, 2001).

Os enfermeiros têm presente que "bons cuidados" significam coisas distintas para diferentes pessoas, sendo que o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com esta constatação, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes e optimização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

2.3. A comunicação com o utente e família no Serviço de Urgência Geral

O SUG é, num primeiro contacto, um ambiente estranho, onde o indivíduo e a sua família se sentem assustados e, muitas vezes, encontram-se desprovidos de um quadro de referências (Ashworth, 1990). Para o cuidar em família é importante que o enfermeiro tenha algumas noções do que realmente o sistema familiar representa na vida de cada indivíduo. Aqui o conceito de família corresponde à pessoa de referência do utente, mesmo que esta seja um vizinho ou um amigo.

Pode-se caracterizar família como um sistema social, onde existe compromisso, tomada conjunta de decisões, e partilha de objectivos (Departamento of Family Nursing, Oregon Health Sciences University, 1985 citado por Hanson, 2005).

Para cada indivíduo, a família é o seu mundo mais íntimo, o que o vincula afectivamente e o que mais influi na configuração da identidade e desenvolvimento pessoal. A sociedade, assim como cada profissional de saúde, precisam de desenvolver o valor da tolerância face à diversidade de cada família e à diversidade entre elas (Collado, 2003). A pluralidade de estruturas e de modelos familiares numa perspectiva transcultural é evidente, e deve ser compreendida sem juízos de valor ou preconceitos. Esta transculturalidade e diferença de padrões sociais evidencia-se num SU, que espelha em miniatura a sociedade em que vivemos. É importante que a família acompanhe o utente em todo o processo de saúde, sempre que lhe seja possível (Collado, 2003).

A família com todas as suas particularidades diz respeito a uma parcela significativa do estado de saúde de cada pessoa, e quando esta é admitida no hospital, a participação activa de cada elemento no processo contínuo de existência do indivíduo deve permanecer (Marco *et al*, 2006). É importante uma intervenção precoce do enfermeiro em todo o sistema familiar, visto que este influi na vida e na saúde dos seus elementos. Quando se pretende alertar para estilos de vida ou comportamento nocivos à saúde, e motivar a adopção de práticas de vida saudáveis, deve ter-se em consideração não só o indivíduo, como ser isolado, mas toda a família e a sua dinâmica.

3. Educação e Promoção da Saúde, representadas na Formação em Enfermagem

*Já não se trata de adquirir, de maneira exacta
conhecimentos definitivos, mas de se preparar
para elaborar, ao longo de toda a vida,
um saber em constante evolução
e...de aprender a ser.*
(Nóvoa,1988:112)

3.1 Formação inicial em enfermagem

O que se pensava que caracterizava a formação inicial era, antes de mais, a homogeneidade do público, para o qual ela estava organizada, que são as gerações jovens que não ocupariam ainda o seu espaço na vida activa. No entanto, hoje sabe-se que os alunos não são todos idênticos, e mesmo que exista homogeneidade de uma faixa etária, não existe uma garantia de igualdade de condutas em relação à interpretação dos programas e à sua aprendizagem. Os programas escolares, definidos pelo aparelho escolar, revelam-se muitas vezes inadaptados às realidades sociais e profissionais, que estão em constante mutação (Malglaive, 1995).

Tal como na história do progresso do conceito de Saúde, também a formação em enfermagem tem evoluído de modo a responder às novas exigências e necessidades da sociedade. O modelo biomédico começou a ser questionado no final dos anos 70, o que se reflectiu na determinação do ensino em se afastar de um modelo reducionista, centrado na doença e no tratar. Sentindo que esse modelo não reflecte a totalidade dos desafios em saúde, a formação em enfermagem tem vindo a procurar afirmar-se em direcção a um modelo holístico, centrado na pessoa, e caminhando a par do conceito positivo de saúde (Correia, 2004).

No que respeita ao planeamento educativo, este faz-se a partir da interacção de diversas dimensões, de ordem social, económica, política e cultural, que determinam o quadro referencial, de grande importância para a definição de qualquer plano de estudos que deverá integrar inovação e mudança (Correia, 2004).

A licenciatura em enfermagem integra na sua estrutura curricular, de forma articulada, o ensino teórico e o ensino clínico. O primeiro tem como intuito a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes profissionais, necessárias para planear, intervir e avaliar os cuidados de enfermagem. O segundo pressupõe a aplicação dos conhecimentos e aptidões adquiridas, em contacto directo com o individuo, família e comunidade. O ensino clinico é concretizado sob a forma de estágios nos diversos espaços onde são gerados cuidados de saúde: hospitais, centros de saúde e instituições comunitárias. É pretendido que o ensino clinico se realize em diferentes etapas e contextos da formação inicial em enfermagem, de forma a permitir que o formando se aproprie dos vários saberes e aprendizagens apreendidos em múltiplos contextos, nomeadamente no âmbito formal, e também das suas vivências e experiências que ganhou no espaço informal, de modo a produzir novos saberes, novas competências, novos modos de ver, sentir, pensar e agir.

A formação em enfermagem caracteriza-se pela formação de jovens adultos. Segundo Lesne (1977), o formando é o agente de socialização, existindo um trabalho conjunto entre este e o formador. Existe a apropriação do real pela relação teoria-pratica, e uma reflexão sobre a prática, sobre o trabalho, agindo-se no sentido da mudança. Para se formar, o adulto tem de se identificar com a formação, ou seja, tem de encontrar um significado para a fazer. Permite-lhe agir ou favorece a sua acção, a partir da sua real inserção social.

Face a esta necessidade, e à aspiração de formar indivíduos capazes de adquirirem novas atitudes e capacidades, e assim, serem capazes de responderem eficazmente aos apelos constantes da mudança, os sectores responsáveis passaram a estar permanentemente preocupados com a forma mais adequada de responder a estes desafios. O ser humano passou a ser encarado como um aprendiz durante toda a vida, e a capacidade de aprender diferenciadora do trabalho de cada um. Assim, a educação ultrapassou o âmbito da criança e ingressou como um aspecto essencial na vida do adulto (Arbués-Moreira & Friendlander, 1996).

3.2 Formação contínua em enfermagem

A escola prepara e dá conhecimentos gerais mas nem sempre responde às necessidades do mundo de trabalho. Assim, o desafio reside em procurar um melhor ajustamento, que passa também por uma gestão provisional das necessidades do mundo de trabalho. A crescente inovação, a velocidade a que o conhecimento e a informação surgem, e a valorização do poder intelectual, são características contemporâneas, que impulsionam os sectores responsáveis pela educação a manterem-se permanentemente inquietos e a adequarem a transmissão de informação para o público-alvo (Bom, 1996).

Sabe-se que a educação não termina no dia em que o individuo conclui a sua formação inicial, recebe um diploma e está habilitado a desempenhar uma profissão (Arbués-Moreira & Friendlander, 1996). A formação contínua pode definir-se então, como aquela que prossegue a sua obra original - a formação inicial – ajustando-a às novas circunstâncias que ao longo da vida vão surgindo, como às múltiplas evoluções da sociedade, e aos percursos pessoais dos indivíduos (Malglaiive, 1995).

Na área do ensino em enfermagem, pode-se relacionar a formação em contextos de trabalho, com a formação continua. A formação em contextos de trabalho tem bastante pertinência, já que já que o local de trabalho é considerado um lugar de aplicação não só dos saberes adquiridos, mas também de produção de novos conhecimentos. Esta aproximação trabalho-formação é um dos caminhos necessários para ultrapassar a ausência de relação funcional entre a teoria dada no momento académico, entendido como um espaço e um tempo exteriores à acção profissional, e o momento de acção e de prática profissional. Acredita-se que a melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem se promove através da formação e investigação em contextos de trabalho. A mudança é uma constante e não uma perturbação na vida adulta, sendo que a formação se torna assim, função da evolução humana, na medida em que o individuo soluciona os seus problemas, modificando-se a si próprio, criando estruturas interiores novas e introduzindo-se completamente na evidência dos problemas vitais (Pineau, 1988).

O adulto constrói a sua formação com base num balanço de vida, através das experiências, dos contextos e dos acontecimentos que acompanham a sua existência, sendo o seu terreno de referência, a história vivida, integrando e assimilando cada novo

saber em função do seu percurso de vida. Na selecção da formação, o individuo reflecte acerca das suas motivações, necessidades, das suas intenções para se instruir, e o que é oferecido pelo programa e pela certificação. Assim, a acção educativa adquire capacidades formadoras quando consegue interagir, com coerência, com a evolução pessoal do sujeito, e quando este admite que é o actor principal da aprendizagem, sendo responsável e estando inteiramente implicado nesta (Josso, 2002).

A formação continua, é um direito e um dever de três actores: do sujeito, da empresa e da sociedade. O individuo deve valorizar e investir na sua trajectória individual de formação, sendo que é pedida á empresa, uma cultura empresarial que invista, fomente e valorize a formação dos seus colaboradores, o que implica que se considere a área da investigação e da inovação de conhecimentos como o meio científico de progresso das organizações, e é requerida uma sociedade interessada na formação e na qualificação das pessoas (Bom, 1996).

Josso (2002) argumenta que as trajectórias de formação devem ser orientadas no sentido de responder às necessidades de uma sociedade em contante mutação. Assim, o formando deve gerir a sua harmonia pessoal e a dimensão social da sua dedicação: *formar-se e transformar-se enquanto pessoa, formar-se e transformar-se enquanto profissional e/ou enquanto actor socio-cultural* (Josso, 2002:183).

II- Percurso Metodológico

*A investigação intervém para verificar
a teoria ou para desenvolvê-la, e
esta união entre a teoria e a investigação
fornece uma base à pratica profissional.*

(Fortin:15, 2009)

1. Problemática e Objecto de Estudo

A concepção deste trabalho foi baseada num tema que a nível pessoal e profissional constitui um grande interesse: a Educação e Promoção da Saúde. Visto que estes dois conceitos são passíveis de serem trabalhados e aplicados em todos os contextos possíveis e onde existam ocasiões para tal, elegeu-se como campo de análise, o SUGH. Além da motivação intrínseca, considera-se que este tema é pertinente e constitui uma área heurística, visto que os estudos no âmbito desta temática, relacionada com a instituição hospitalar, e em particular com o SUGH, são em reduzido número, pelo que o desenvolvimento deste trabalho tem como intuito apreender e dar a conhecer esta realidade, tanto do ponto de vista dos utentes, como dos enfermeiros.

Este departamento de saúde foi o local eleito para a realização deste estudo, não só pela sua diversidade impar, visto que é um local que acolhe inúmeras pessoas, de idades diferentes, classes sociais distintas e com patologias diversas, mas também por ser um recurso de saúde utilizado muitas vezes como primeira instância, em detrimento dos cuidados de saúde primários. Existem variadas razões que justificam este comportamento dos utentes, como por exemplo, a inexistência de cuidados primários em alguns locais do país que vão de encontro às necessidades dos utentes, ou como o fácil acesso ao SU, onde se encontram meios complementares de diagnóstico diferenciados e profissionais especialistas em várias áreas, o que se torna persuasivo para os clientes do serviço nacional de saúde (DGS, 2001b).

De acordo com o campo de análise eleito, o SUGH, apostou-se numa investigação no domínio das vivências dos utentes e dos enfermeiros, relacionadas com a educação e promoção da saúde, neste ambiente. Assim, definiu-se como objecto de estudo: a percepção dos utentes e enfermeiros acerca da educação e promoção da saúde, no serviço de urgência geral hospitalar.

O facto deste estudo ser desenvolvido em contexto de trabalho incita a reflexão dos intervenientes nos cuidados, com vista ao desenvolvimento da profissão de enfermagem, e à melhoria da qualidade dos cuidados, direccionando-os cada vez mais para as necessidades dos utentes. Esta afirmação é corroborada por Fortin, que refere que a investigação e a reflexão são essenciais para desenvolver os conhecimentos científicos e favorecer assim, um progresso contínuo da disciplina e da profissão de enfermagem (Fortin, 2009).

2. Objectivos Gerais e Específicos

Para a realização deste trabalho empírico foi estabelecido um objectivo geral e vários objectivos específicos. Estes possuem o intuito de definir de modo claro e sintético a intencionalidade da investigação, precisando a sua orientação e finalidade (Fortin, 2009).

Desta forma, foram delineados como objectivo geral e objectivos específicos:

1. Analisar o contributo do enfermeiro na promoção e educação para a saúde no serviço de urgência geral.
 - 1.1. Analisar a percepção dos utentes acerca do papel dos enfermeiros na educação e promoção da saúde no serviço de urgência geral;
 - 1.2. Analisar a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência geral sobre o conceito de Educação para a Saúde;
 - 1.3. Descrever de que modo a formação inicial dos enfermeiros do serviço de urgência geral contribui para a sua prática em Promoção e Educação para a Saúde;
 - 1.4. Descrever a formação contínua dos enfermeiros do serviço de urgência geral em Promoção e Educação para a Saúde;
 - 1.5. Identificar as práticas de cuidados de enfermagem na área da Promoção e Educação para a Saúde nas diferentes valências que compõem o serviço de urgência geral;
 - 1.6. Identificar os aspectos que os enfermeiros reconhecem que influem na aplicação da Educação para a Saúde no serviço de urgência geral.

3. Questões/Hipóteses de Investigação

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2008), não existe observação ou experimentação que não assente em hipóteses.

De acordo com o objectivo delineado, formularam-se questões de investigação que se representam através de uma interrogação elucidativa do domínio que se ambiciona estudar, e por conseguinte do problema a observar e a decompor, no sentido de adquirir novos conhecimentos (Fortin, 2009). Elaboraram-se assim as seguintes questões/hipóteses de investigação:

1. Qual é a percepção dos utentes acerca do papel dos enfermeiros na educação e promoção da saúde no serviço de urgência geral?
2. Qual é a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência geral sobre o conceito de Educação para a Saúde?
3. De que modo a formação inicial dos enfermeiros do serviço de urgência geral contribui para a sua prática da Promoção e Educação para a Saúde?
4. Qual é a formação contínua dos enfermeiros do serviço de urgência geral em Promoção e Educação para a Saúde?
5. Quais são as práticas de cuidados de enfermagem na área da Promoção e Educação para a Saúde nas diferentes valências que compõem o serviço de urgência geral?
6. Quais são os aspectos que os enfermeiros reconhecem que influem na aplicação da Educação para a Saúde no serviço de urgência geral?

4. Opções Metodológicas

4.1. Estratégias Metodológicas

No desenvolvimento deste trabalho considera-se pertinente traçar uma metodologia, que permita planificar todo o processo de pesquisa e que conduza a uma busca e aquisição de novos saberes, num contexto específico, pertencentes à ciência de enfermagem.

A metodologia de investigação conjectura um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação, e que assentam em paradigmas distintos (Fortin, 2009).

De acordo com os objectivos traçados, e não tendo como meta a determinação de certezas que admitam a generalização de resultados, mas sim a compreensão da realidade do fenómeno, no contexto seleccionado, optou-se por estruturar este trabalho, tendo por base um estudo exploratório-descritivo. Este tipo de estudo é utilizado quando existe um escasso conhecimento sobre uma determinada matéria. Desta forma, procura-se realizar uma colheita de dados abrangente, de modo a encontrar os diversos prismas do fenómeno no sector de saúde pré-definido (Fortin, 2009).

Este estudo está organizado em duas fases. Na primeira fase irão aplicar-se questionários auto-administrados, aos utentes do SUG, após a sua alta clínica da unidade de internamento de curta duração (UICD). Os questionários mereceram um tratamento quantitativo de dados. A segunda fase corresponde à aplicação de entrevistas semidirigidas aos enfermeiros que exercem funções no SUG. Estas entrevistas foram sujeitas a uma análise de natureza qualitativa.

Optou-se utilizar estes dois prismas de investigação, com base nos objectivos do estudo, na facilidade e na conveniência do acesso à informação.

Assim, pode-se aferir que foi adoptada uma perspectiva mista de investigação (quantitativa/qualitativa), no sentido em que a primeira fase assenta na medição dos fenómenos e na análise dos dados numéricos, e a segunda fase tem o desígnio de apreender a realidade, tal como os sujeitos a concebem, sendo que os resultados recolhidos não requerem qualquer quantificação (Fortin, 2009; Rocco, et al 2003).

4.2 Método de Colheita dos Dados

O investigador para produzir novo conhecimento científico recorre a determinados tipos de métodos, que lhe permitem recolher informações para o seu trabalho empírico (Almeida & Pinto, 1989). Os conceitos que o investigador procura estudar, devem tomar a forma de variáveis para poderem ser medidos. Assim, a selecção do método apropriado para recolher a informação junto dos participantes constitui um aspecto essencial do processo de investigação (Fortin, 2009).

A escolha do método de colheita dos dados deve ter em consideração as questões/hipóteses de investigação, e ser o mais conveniente para recolher a informação junto dos participantes no estudo. Os estudos descritivos utilizam sobretudo as entrevistas dirigidas ou semidirigidas, as observações e os questionários (Fortin, 2009).

No desenrolar deste trabalho, houve a percepção de que os métodos mais apropriados para a colheita de dados, seriam o questionário auto-administrado, dirigido aos utentes, e a entrevista semidirigida, aplicada aos enfermeiros.

4.2.1. Questionário

Optou-se pelo questionário auto-administrado aos utentes, pelo facto de este possibilitar o anonimato das respostas e o distanciamento entre o investigador, que é prestador de cuidados no campo de estudo seleccionado, e o participante no estudo, transmitindo maior liberdade de expressão e maior credibilidade nas respostas destes. Outro dos factores determinantes na escolha do instrumento de colheita de dados baseia-se na suposição de que existe maior facilidade na recolha de informação junto dos utentes quando se aplica o questionário, visto que estes não necessitam de despende tanto tempo para incorporarem este estudo. Além disto, existe a possibilidade de se fazer uma generalização dos resultados no campo de estudo pré-definido.

O questionário é uma ferramenta de colheita de dados que requiere do participante respostas redigidas a um conjunto de questões. Este instrumento de colheita de dados está orientado na recolha de informação factual sobre saberes, sentimentos e opiniões acerca do tema em estudo (Fortin, 2009; Quivy & Campenhoudt, 2008). Os questionários são destinados a grupos de qualquer dimensão, e podem ser preenchidos

pelos participantes, sem a colaboração do investigador, como no caso dos questionários auto-administrados (Fortin, 2009).

Para recolher a informação necessária, o investigador pode utilizar um questionário já existente ou elaborar um questionário conveniente. Neste estudo, foi concebido um questionário com vista a responder às necessidades particulares da investigação, visto que não existe um questionário que trate do tema em estudo, no ambiente específico do SUGH (Fortin, 2009).

Na construção do questionário atendeu-se a determinados pontos, que são essenciais para que o resultado final seja o mais fiel à colheita de dados que se pretende. Deste modo determinou-se qual a informação que se pretende recolher, com base nas questões/hipóteses de investigação, que são as bússolas deste itinerário metodológico. Houve a necessidade de elaborar uma série de questões, e ordená-las de acordo com uma sequência lógica de pensamento. Existiu o cuidado de formular questões claras, concisas e de fácil compreensão, com linguagem que pudesse ser compreendida por todos os participantes, e sem o uso de termos técnicos. Após esta fase, pediu-se o aconselhamento de peritos no âmbito da educação e promoção da saúde, mais especificamente a professores, que leccionam disciplinas referentes a esta área temática. Neste sentido, foi encaminhado aos docentes, por correio electrónico, uma descrição do estudo e uma cópia do questionário. Após a análise dos mesmos, submeteu-se os questionários ao pré-teste, que consiste em certificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo. Esta etapa permite revelar as imperfeições do questionário, certificar que as questões têm o mesmo significado para todos os participantes e fazer as remodelações necessárias (Fortin, 2009; Ghiglione & Matalon, 2001). O pré-teste foi concretizado por três utentes, com características semelhantes aos participantes do estudo, aos quais foi explicada a sua tarefa, e foram incentivados a enunciar apreciações e propostas de melhoria dos questionários.

No caso específico do questionário elaborado, não houve necessidade de reformulação, visto que o esboço do questionário que foi submetido à revisão, tanto dos peritos, como dos participantes do estudo, foi bem interpretado e não houve críticas ou sugestões de melhoria do mesmo.

O Questionário construído (Apêndice 1) e aplicado aos utentes é composto por uma primeira parte que integra uma breve explicação sobre o estudo e a garantia de todos os pressupostos éticos e deontológicos, e por quatro partes, que se denominam:

1. Caracterização Geral dos Sujeitos;
2. Processo de Saúde-Doença, composta por duas perguntas de resposta fechada;
3. Educação e Promoção da Saúde nos Cuidados Diários, constituído por doze perguntas de resposta fechada, e uma pergunta de resposta aberta;
4. Enquadramento Familiar/Prestadores Informais de Cuidados, que integra duas perguntas de resposta fechada.

As perguntas de resposta fechada produzem respostas de mais fácil análise, codificação e informatização, além de permitirem que os utentes respondam à mesma pergunta de modo a que as respostas sejam validamente comparáveis entre si (Foddy, 2002; Ghiglione & Matalon, 2001).

As perguntas de resposta aberta permitem aos utentes expressarem-se através das suas próprias palavras e auxiliam a interpretação de respostas a perguntas fechadas (Foddy, 2002; Ghiglione & Matalon, 2001).

4.2.2. Entrevista

A escolha da entrevista semidirigida, direccionada aos enfermeiros, recaiu pelo facto de ser um instrumento de colheita de dados utilizado sobretudo nos estudos exploratórios, e que permite analisar conceitos e perceber a noção de um fenómeno, tal como ele é concebido pelos participantes (Fortin, 2009). Apostou-se neste tipo de método de colheita de dados, visto que permite recolher informações particulares, de um modo mais exaustivo, sobre o tema pretendido. O investigador deve permitir ao entrevistado a expressão autêntica e profunda das suas percepções, interpretações e experiências, assegurando que o desenrolar da entrevista segue a direcção previamente delineada, que permite responder às questões de investigação. Neste estudo, houve a necessidade de se elaborar um guião da entrevista, que indica quais são os temas e os subtemas a tratar. As perguntas que servem de guião da entrevista foram compostas com base nas questões/hipóteses de investigação, e apresentadas segundo uma ordem que se julgou mais coerente, mas que tinha a oportunidade de ser flexível, caso fosse adequado (Fortin, 2009; Quivy & Campenhoudt, 2008).

A entrevista semidirigida é composta por uma série de questões, relativamente flexíveis, que servem de bússola no sentido de se atingirem os objectivos delineados. Desta forma, permite ao participante manifestar livremente a sua opinião, com o

compromisso de que se abordará todos os temas definidos pelo guião da entrevista. O investigador conduzirá a entrevista de forma que todos os aspectos previamente determinados sejam abordados e reflectidos. O objectivo deste tipo de instrumento de colheita de dados é analisar o sentido que os actores atribuem às suas práticas e experiências diárias, no sentido de apreender a sua visão sobre o tema definido (Fortin, 2009; Ghiglione & Matalon, 2001; Quivy e Campenhoudt, 2008). Assim, durante as entrevistas, apesar de “...*não existirem regras que se possam aplicar constantemente a todas as situações de entrevista (...) o que se revela mais importante é a necessidade de ouvir cuidadosamente cada palavra, como se ela fosse potencialmente desvendar o mistério, que é o modo de cada sujeito olhar o mundo...*” (Bogdan & Biklen, 1994:137).

O guião da entrevista elaborado (Apêndice 2) é composto por quatro blocos temáticos:

1. Legitimação da entrevista, onde se elucida os enfermeiros acerca dos objectivos do trabalho, garante-se a confidencialidade dos dados e motiva-se o entrevistado a participar;
2. Conceito de Educação para a Saúde, com a finalidade de analisar a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência geral sobre o conceito de educação para a saúde;
3. Formação em Educação para a Saúde, com o objectivo de descrever as diferenças de percepção dos enfermeiros do serviço de urgência geral acerca do papel da enfermagem na Educação para a Saúde em função da respectiva formação inicial, e caracterizar a formação em Educação para a Saúde realizada pelos enfermeiros do serviço de urgência geral.
4. Educação para a Saúde nos Cuidados Diários, com o intuito de identificar as práticas de cuidados de enfermagem na área da promoção e educação para a saúde nas diferentes valências que compõem o Serviço de Urgência Geral, e identificar os aspectos que influenciam a aplicação da Educação para a Saúde no serviço de urgência geral.

Quanto ao local da realização das entrevistas, Ghiglione e Matalon (2001) referem que deve ser seleccionado um local calmo, onde seja possível “*tentar conciliar o objecto de estudo e os lugares da entrevista*” (Ghiglione & Matalon, 2001:70). As entrevistas foram efectuadas numa sala de trabalho disponível no SUG do hospital em estudo,

proporcionando aos enfermeiros um local privado, onde estes se pudessem exprimir livremente. Pretende-se que o entrevistado se manifeste de forma espontânea sobre a temática, sendo igualmente necessário seguir uma conduta no decorrer da entrevista que motive esse comportamento. É essencial que a linguagem utilizada seja acessível, a área temática deve constituir um estímulo e apelar a uma resposta e o entrevistado deve ser estimulado a participar (Ghiglione & Matalon, 2001).

Quanto ao momento da entrevista, este foi acordado com os enfermeiros seleccionados, de acordo com a sua disponibilidade, sendo as entrevistas objecto de gravações áudio, com autorização dos mesmos.

5. Caracterização do campo de estudo, dos utentes e da equipa de enfermagem

O campo de análise eleito, o SUGH, está inserido num hospital que pertence à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, distrito de Lisboa. O sector abordado no estudo corresponde a um serviço de urgência de cariz médico-cirúrgico, sendo este o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na rede hospitalar de urgência/emergência (DGS, 2001b).

Este serviço de urgência proporciona um horário de atendimento permanente, e está organizado em vários departamentos: a área de admissão dos utentes (zona de trabalho administrativo), a área de triagem que se situa à entrada do serviço, a área ambulatória que integra a medicina, as especialidades cirúrgicas, que abrangem a ortopedia, a cirurgia e a pequena cirurgia, e a UICD.

A área ambulatória de medicina engloba um espaço de observação de ambulatório que compreende um balcão central com vinte e dois postos de observação de utentes, uma sala de inaloterapia, uma área para doentes em maca e em cadeira de rodas e um gabinete de psiquiatria.

A área ambulatória de especialidades cirúrgicas agrega uma área de internamento de curto prazo (recobro), uma sala de observação de cirurgia, uma sala de observação de ortopedia e dois blocos operatórios para pequena cirurgia.

A UICD é composta por três salas, numeradas de 1 a 3 (cada sala com capacidade para seis camas e duas macas), uma sala numero 4 (com lotação de nove camas e seis macas), duas salas de isolamento 1 e 2 (cada sala possui uma casa de banho e tem capacidade para uma cama ou duas camas, dependente da situação clínica dos utentes e da adaptabilidade do serviço) e uma sala de reanimação, com capacidade para receber dois utentes.

A medicina geral, cirurgia e ortopedia compreendem um período de funcionamento de 24 horas, com presença física assegurada.

As especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia, sala de imagiologia e laboratório de urgência são sectores de apoio ao serviço de urgência geral.

O SUG em estudo abrange dois dos concelhos mais numerosos do país, sendo o hospital da área de residência de cerca de 554 463 mil habitantes, em 2011. A taxa de crescimento natural nestes dois concelhos é positiva sendo, em conjunto, cerca de 0,71%, o que diverge da taxa média de crescimento natural de Portugal, que é negativa,

em 0,06 pontos percentuais. A maior parte da população nestes concelhos tem entre 25 a 64 anos, seguida das idades de 65 a mais anos (Instituto Nacional de Estatística Portugal, 2011).

Em relação à educação, grande parte da população residente nestes dois concelhos possui o ensino secundário, seguido do ensino básico e do ensino superior. No que respeita à profissão, na sua maioria, a população é “empregado por conta de outrem”, seguido do “sector terciário” e do “empregado por conta própria” (Instituto Nacional de Estatística Portugal, 2011).

A equipa de enfermagem do serviço de urgência geral é constituída um enfermeiro chefe, quatro enfermeiros responsáveis e cinco equipas de enfermagem, cada uma constituída por catorze enfermeiros. Cada uma destas equipas tem um enfermeiro chefe de equipa, cujas funções se fundamentam principalmente na gestão de recursos humanos, recursos materiais e no apoio em todos os postos de trabalho no serviço de urgência geral. Cada elemento de enfermagem do serviço de urgência tem funções específicas no seu departamento de trabalho que confluem e se complementam na prestação de cuidados de enfermagem, em situações de urgência/emergência e outros cuidados fundamentais aos utentes que recorrem a este serviço.

6. Critérios de selecção da amostra

A população junto da qual se deseja obter informação compreende um conjunto de indivíduos que detêm características semelhantes, as quais foram determinadas por critérios de inclusão, tendo em vista o estudo (Kerlinger & Lee, 1999, cit. por Fortin, 2009).

No que respeita à população seleccionada para responder aos **questionários**, elegeu-se os **utentes** do serviço nacional de saúde, que estiveram internados na UICD do serviço de urgência geral hospitalar eleito.

Para a selecção dos utentes em estudo, foram determinados os seguintes critérios:

- Terem alta clinica da UICD, do serviço de urgência geral hospitalar, em estudo;
- Possuírem estado de consciência e capacidade intelectual mantidos;
- Saberem ler e escrever, de modo a poderem responder às questões autonomamente;
- Voluntariarem-se para a participação na pesquisa.

No que respeita à população seleccionada para participar nas **entrevistas**, nomeou-se os **enfermeiros** os SUGH, do campo de análise escolhido.

Para a selecção dos enfermeiros, foram delimitados os seguintes critérios:

- Serem enfermeiros do serviço de urgência geral hospitalar, em estudo;
- Deterem funções na prestação de cuidados directos aos utentes;
- Não estarem no período de integração no serviço;
- Voluntariarem-se para a participação na pesquisa.

Tendo em conta os critérios de inclusão, foram suprimidos deste estudo, o enfermeiro chefe do SU, os enfermeiros responsáveis e os enfermeiros chefes de equipa de cada uma das cinco equipas que constituem este sector de saúde. Estes enfermeiros detêm principalmente funções de gestão de recursos humanos e materiais, e não prestam diariamente cuidados directos aos utentes de forma continuada. Além destes elementos, ainda foram excluídos da população seleccionada, os enfermeiros que estavam no período de integração no SUG.

Sabe-se que o estudo de uma população por inteiro nem sempre é exequível, sendo necessário constituir-se uma amostra (Fortin, 2009; Ghiglione & Matalon, 2001; Quivy & Campenhoudt, 2008).

Neste estudo, não foi possível estudar a população dos utentes internados na UICD com alta clínica e a equipa de enfermagem, por inteiro, sendo que foi fundamental constituir-se uma amostra não probabilística, de conveniência. Esta amostra é constituída por indivíduos facilmente acessíveis, e que correspondem a critérios de inclusão, previamente delimitados:“(...) a amostragem acidental permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo” (Fortin, 2009:321).

Desta forma, foram constituídas duas amostras: a que corresponde aos utentes, e a referente aos enfermeiros.

Os **utentes** foram eleitos tendo por base os critérios de inclusão e tendo em conta o tempo de aplicação dos questionários pré definido. Deste modo, os questionários foram aplicados desde Fevereiro a Maio de 2012, aos utentes que estiveram internados na UICD e que tiveram alta durante este período de tempo. Os questionários foram entregues pela investigadora, e preenchidos pelos utentes de forma autónoma, por vezes na presença de familiares, se fosse essa a vontade dos participantes. O tamanho da amostra correspondente aos utentes é de trinta. O número total de utentes que respondeu aos questionários foi de trinta e três, sendo que os três primeiros correspondem aos utentes que preencheram o questionário do pré-teste.

Os **enfermeiros** foram escolhidos ao acaso, sendo que foi definido que se escolheria um enfermeiro de cada equipa, com base nos critérios de inclusão. Assim, foi constituída uma lista de todos os enfermeiros, agrupados por equipa, e foram retirados dois nomes, ao acaso, de cada um dos cinco grupos que representavam a equipa. O primeiro nome retirado foi o primeiro profissional a ser contactado, sendo que o segundo nome era o enfermeiro que ficava substituto, caso não fosse possível realizar a entrevista ao primeiro enfermeiro seleccionado.

7. Método de tratamento de dados

Após a recolha de dados procede-se ao seu tratamento através de técnicas de análise de dados.

De acordo com a natureza descritiva preconizada neste estudo, os processos estatísticos seleccionados para a análise dos **questionários** são a estatística descritiva, cujos dados numéricos são apresentados sob a forma de quadros e de gráficos (Fortin, 2009), trabalhados com o auxílio do programa informático *Excel* do Windows 8. Os resultados são analisados de forma sequencial, e apresentados no Capítulo III.

A análise de conteúdo é caracterizada por ser uma técnica de tratamento da informação de investigação empírica que se pode integrar em qualquer um dos principais tipos de operações lógicas de investigação, métodos, e responder igualmente aos diversos níveis de investigação empírica. Constitui-se assim, numa (...) *técnica de investigação que permite realizar inferências válidas e replicáveis de dados para o seu contexto* (Krippendorff, 1980 cit. por Vala, 1989:103). Esta análise pode recorrer às fontes documentais, à observação pelo investigador e à informação fornecida pelos sujeitos empíricos. O investigador que recorre a este tipo de análise não pretende averiguar parâmetros como a língua ou os discursos dos seus sujeitos empíricos, mas sim realizar uma caracterização dos dados que obteve durante o processo analítico (Henry e Moscovici, 1968 cit. por Vala, 1989). Optou-se assim, por realizar o estudo dos dados obtidos nas **entrevistas**, através do método de análise de conteúdo, segundo Bardin (2009).

Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se à sua fragmentação em unidades de registo, ou seja, em segmentos de conteúdo, as quais foram posteriormente agrupadas e categorizadas, com o intuito de se construir uma grelha de análise de conteúdo (Anexo 1). Esta é constituída por categorias e subcategorias, tendo por suporte os objectivos e as questões previamente definidas no guião de entrevista.

Uma categoria “...*é habitualmente composta por um termo-chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito*” (Vala, 1989:111).

Após a construção das categorias, o investigador deverá garantir que todas as unidades de registo possam ser colocadas numa das categorias e uma mesma unidade de registo só possa caber numa categoria.

A partir da grelha de análise de conteúdo foi possível apresentar resultados, efectuar inferências e reflectir sobre os dados obtidos. No decorrer deste processo, foi possível identificar no discurso dos sujeitos diferentes percepções que estes apresentavam acerca da temática deste estudo e descobrir como cada um vive a EpS no SUG.

8. Considerações éticas

Em investigação é primordial ter em consideração a responsabilidade do investigador a respeito da protecção dos direitos da pessoa. Com vista a legitimar a investigação junto dos seres humanos, foram instaurados códigos à escala nacional e internacional, que definem princípios e condutas no domínio da investigação (Fortin, 2009).

De acordo com os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana, deve-se garantir o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis e o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais (Fortin, 2009).

Previamente à aplicação dos questionários aos utentes e à concretização de entrevistas aos enfermeiros pediu-se uma autorização, por escrito, à Direcção de Enfermagem do Hospital onde o estudo se iria realizar (Apêndice 3). Após o contacto com a Direcção de Enfermagem, e visto que os utentes estavam incluídos neste estudo, foi sugerido o preenchimento de um formulário da Comissão de Ética para a Saúde (Apêndice 4). Nestas solicitações de autorização para o desenvolvimento da investigação, foi descrita a temática e os objectivos do estudo, assim como os métodos de colheita de dados que se iriam aplicar. Após a análise dos pedidos de aprovação, a Comissão de Ética do hospital em estudo, autorizou o desenvolvimento deste projecto de investigação (Apêndice 5).

O pedido de autorização aos utentes e aos enfermeiros foi feito, em primeira instância, através de uma abordagem verbal.

Com base nos princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa, deve-se respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento livre, sendo que este deve ser voluntário e livre de coacção (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Apos avaliar a vontade de cada utente em participar no estudo, foi entregue o consentimento livre e esclarecido, que está no início de cada questionário, e que integra uma breve explicação sobre o estudo e a garantia de todos os pressupostos éticos e deontológicos.

Em relação aos enfermeiros, e após garantida a sua vontade em participar no estudo, foram assegurados igualmente os pressupostos éticos e deontológicos, incluindo a confidencialidade dos dados.

Considera-se que apesar do investigador desenvolver a sua actividade profissional no local eleito para o estudo, participar na dinâmica diária e interagir com os actores do estudo, este facto não influenciou a colheita de dados nem a validade dos resultados obtidos.

9. Limitações e Vantagens do Estudo

No decorrer da elaboração deste estudo empírico, reconhece-se a existência de algumas limitações referentes a aspectos pessoais e a factores internos e externos do projecto que, de certa forma, condicionaram a construção deste.

Identifica-se como primeira limitação o facto de não se possuir muita experiência no âmbito da elaboração de estudos empíricos desta natureza, sendo que o trabalho final do curso da licenciatura em enfermagem, constituiu o projecto piloto, no entanto os métodos de colheita de dados e a temática abordada foram distintos.

Além disso é de referir que, enquanto investigadora, existe a influência do quadro de referências com todos os inerentes de subjectividade e condicionantes das capacidades humanas (Saint-Georges, 1997). A acrescentar às limitações pessoais, evidencia-se que o tempo disponível para a realização de um trabalho desta natureza é reduzido, e tem de ser ajustado com a prática profissional e todas as actividades de vida pessoal, sendo que a sua gestão tem de ser muito rigorosa.

De acordo com os objectivos delimitados e os métodos de colheita de dados adoptados, pode-se encontrar alguns aspectos que constituem limitações e vantagens.

Em relação às limitações, tanto o questionário como a entrevista podem deter respostas dadas pelos participantes que nem sempre são as mais autênticas, visto que a presença do investigador pode influenciar a espontaneidade dos participantes (Ghiglione & Matalon, 2001). No sentido de se tentar ultrapassar esta limitação, além da enfase na salvaguarda de todos os pressupostos éticos e deontológicos dos utentes e dos enfermeiros, foi permitido aos utentes preencherem os questionários de forma autónoma, e sem a presença física da investigadora. Aos enfermeiros, foi incentivada a autenticidade das respostas.

Devido a todo o ambiente do serviço de urgência geral, a entrega dos questionários aos utentes foi sempre feita pela investigadora, visto que não existiam profissionais disponíveis para o fazer no decorrer do seu exercício diário. Esta constatação compõe uma limitação, no sentido em que se dissipa algum tempo enquanto se aguarda que existam utentes com alta clínica, nos momentos em que a investigadora se encontra no local de estudo.

Outra limitação deve-se ao facto de que o serviço de urgência geral é um sector onde existe barulho, alarmes de monitores, profissionais a passar apressados, e os utentes

estão desejosos de regressar ao seu domicílio, pelo que a colheita de dados aos utentes nem sempre foi simples, e os participantes nem sempre se mostravam disponíveis para responder ao questionário. Tendo previsto esta conduta, foi construído um questionário curto, que demoraria a responder cerca de cinco a sete minutos, o que cativava, de certa forma, os utentes a ingressar no estudo.

Neste projecto pode-se destacar igualmente, elementos que se constituem como vantagens na investigação empírica. O facto de se abordar a perspectiva de dois actores sociais no processo de cuidados, os utentes e os enfermeiros, permite conhecer o ponto de vista de ambos acerca da educação e promoção da saúde no serviço de urgência geral. Deste modo, incita-se a reflexão dos profissionais de enfermagem acerca das suas intervenções na prática de cuidados, e igualmente sobre o reflexo destas na qualidade de vida e no processo de saúde-doença dos utentes.

É de salientar que devido a este estudo empírico ser realizado em contextos de trabalho, onde se desenvolve o quotidiano profissional, tal facto poderá ser determinante na reformulação de atitudes e comportamentos, que possam ir de encontro às necessidades e expectativas dos utentes.

III - Apresentação e Análise dos resultados

*A fase empírica propriamente dita é reservada
à análise descritiva e inferencial dos
dados recolhidos junto dos participantes (...)
(Fortin, 2009:407)*

Este estudo envolveu a aplicação de questionários aos utentes, e a realização de entrevistas aos enfermeiros, sendo que os resultados obtidos de cada um destes instrumentos de colheita de dados serão analisados separadamente. Optou-se por este método devido uma questão de organização, uma vez que os resultados obtidos se complementam e irão dar a conhecer as realidades de cada um dos principais intervenientes na promoção e educação para a saúde, os utentes e os enfermeiros.

A análise dos resultados alcançados tem como “finalidade considerar em detalhe os resultados obtidos, tendo em vista realçar o essencial” (Fortin, 2009: 474).

1. Questionários

A análise dos questionários terá a mesma ordem pela qual estes foram preenchidos. Assim, irá proceder-se numa primeira fase à caracterização geral dos inquiridos, seguida da apresentação dos resultados efectivos, de acordo com os objectivos determinados.

Os gráficos e os dados apresentados são referentes à análise dos questionários.

1.1 Caracterização geral dos participantes do estudo

Este tópico tem o intuito de caracterizar os 30 utentes que responderam ao questionário aplicado no serviço de urgência geral do hospital em estudo, em relação à sua idade, habilitações académicas, motivo de internamento, se já teve situações de internamentos prévias, e no caso de resposta afirmativa, qual foi a razão do internamento anterior.

O conjunto de utentes que participou no estudo corresponde a um número de 30 elementos, estando as **idades** compreendidas entre os 29 anos (idade mínima), e os 91 anos (idade máxima), sendo a média das idades de 59 anos.

Redman (2003) refere que 48% a 81% dos utentes com idade igual ou superior a 60anos possuem literacia funcional de saúde inadequada. Esta premissa significa que estes utentes apresentam alguma dificuldade na compreensão da informação partilhada pelos profissionais de saúde, que geralmente assumem competências adequadas de literacia em todos os utentes. Assim, a comunicação deve ser orientada para cada pessoa, tendo em conta as suas aptidões e capacidades de entendimento em relação à transmissão de informação, à leitura de receitas, marcação de consultas ou outras situações relacionadas com o seu projecto de saúde (Redman, 2003).

No que respeita às **habilitações académicas**, 63% dos utentes possuem o ensino básico, 23% o ensino superior e 13% o ensino secundário.

Esta realidade não é coincidente com o contexto actual dos dois concelhos que são abrangidos pelo serviço de urgência do hospital em estudo, em que a maior parte da população detém o ensino secundário (Instituto Nacional de Estatística Portugal, 2012). Existem estudos que concluem que altos níveis de educação e formação, correspondentes às habilitações académicas, melhoram directamente a saúde devido à maior facilidade de compreensão do conhecimento transmitido pelos profissionais de saúde, e através do sentido de controlo da saúde individual (Redman, 2003).

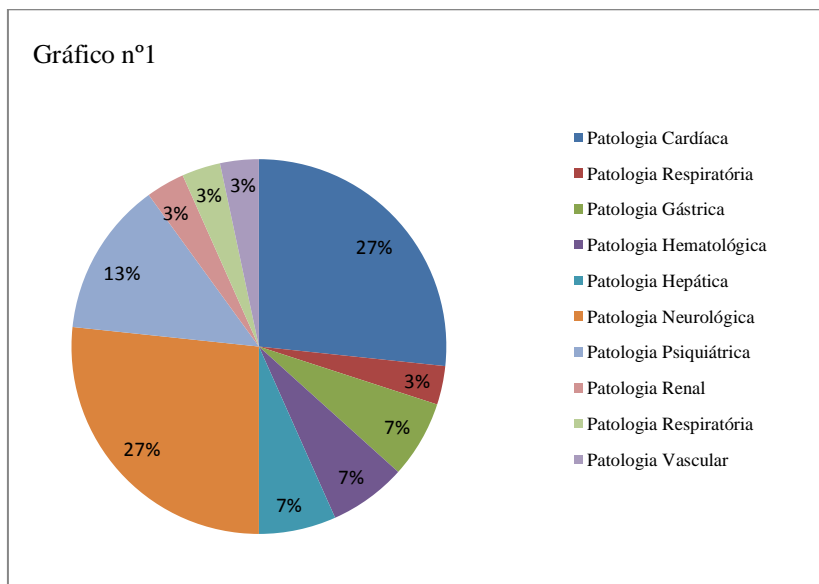
Em relação à **profissão**, foi feita uma análise das respostas dos utentes, tendo como guia orientador a Classificação Nacional de Profissões (CNP), emitida pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional (2013). Assim, admitiu-se que 40% dos utentes participantes neste estudo são reformados, 20% integram o “pessoal administrativo e similares”, 12% são “especialistas de profissões intelectuais e científicas”, 7% pertencem aos “técnicos e profissionais de nível intermédio”, 7% ao “pessoal administrativo e similares”, 7% aos “operários e trabalhadores qualificados de agricultura e pesca” e 7% estão desempregados.

Redman (2003) afirma que a literacia funcional varia igualmente de acordo com os contextos, sendo que a capacidade de percepção de um utente pode ser adequada no seu quotidiano, no domicílio ou na prática profissional, e não ser apropriada num serviço de saúde (Redman, 2003). Deste modo, não se deve presumir qual a informação e os

conhecimentos que cada utente possui, mas sim analisá-los de uma forma cuidada, estando atentos às necessidades de cada cliente e família. Por exemplo, uma pessoa que seja perita na área da gestão e possua um nível elevado de conhecimentos de carácter geral, nem sempre está apto a compreender a informação relacionada com o seu processo de saúde. A linguagem e os métodos de educação e promoção da saúde devem ser direccionados para cada pessoa, após uma análise cuidada da informação que esta já possui, tendo em conta todo o background e as experiências de saúde anteriores.

Em relação ao **motivo de internamento**, este foi agrupado em nove conjuntos de patologias, que se apresentam a seguir, no gráfico nº1:

Gráfico 1: Motivo do Actual Internamento



Através da análise do gráfico, constata-se que 27% dos utentes ficou internado pelo motivo de patologia cardíaca, com principal incidência nas disritmias, 27% por patologia neurológica, nomeadamente cefaleias e traumatismos crânio-encefálicos, 13% com patologia psiquiátrica, 7% por patologia gástrica, 7% por patologia hematológica, 7% por patologia hepática, 3% com patologia renal, 3% com patologia respiratória e 3% com patologia vascular.

É de referir que 80% destes utentes já esteve internado anteriormente, e destes 80%, 58% esteve internado previamente pelo mesmo motivo que o actual. Esta constatação

remete-nos para a seguinte interrogação: Será que alguns destes internamentos poderiam ser evitados se a promoção e a educação para a saúde fossem eficazes nos estabelecimentos de saúde?

O aumento da esperança média de vida da população condiciona uma maior incidência de doenças crónicas, muitas vezes incapacitantes, e geradoras de processos de morbilidade que determinam, de certo modo, a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

A DGS estima que a nível global, as doenças crónicas que causam maior morbilidade e mortalidade agrupam-se nas patologias cardiovasculares, oncológicas, respiratórias e metabólicas, com incidência na diabetes. Estas doenças podem ser tratadas, mas nem sempre são passíveis de serem curadas, o que resulta numa diminuição da qualidade de vida das pessoas e em gastos respeitantes à terapêutica e a uma baixa de produtividade. Este panorama pode ser alterado através da adopção de medidas promotoras da saúde e preventivas da doença (DGS,2010).

A Ordem dos Enfermeiros defende que a acção dos enfermeiros centra-se na orientação dos clientes com vista a alcançarem o máximo potencial de saúde. Deste modo, a promoção da saúde toma especial relevo na prática de enfermagem, sendo que esta deve ser aplicada e trabalhada, em conjunto com os utentes, em qualquer contexto onde existe oportunidade para tal (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Nesta medida, influir sobre os aspectos determinantes de saúde que podem ser modificados, surge como uma estratégia que possibilitará alcançar ganhos em saúde respeitantes à redução de doenças crónicas, a custos económicos, individuais, familiares e sociais que lhes estão associados.

1.2 Processo saúde-doença

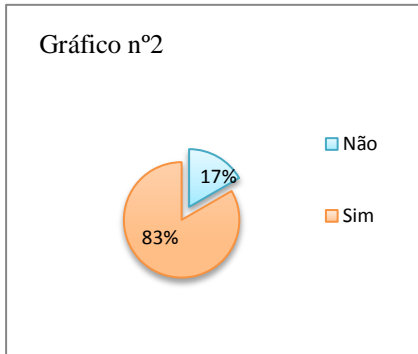
Este ponto tem como objectivo saber a opinião dos utentes acerca da relação entre as patologias e os estilos de vida, e é composto por duas questões de resposta fechada, ambas dicotómicas.

Os utentes que responderam negativamente à primeira questão foram orientados a passar às perguntas do 3º grupo.

A primeira questão deste grupo é: “Algumas doenças estão ligadas ao estilo de vida?”

O Gráfico nº2 exhibe as respostas dos clientes a esta pergunta:

Gráfico 2: “Algumas doenças estão ligadas ao estilo de vida?”



Na análise desta questão, constata-se que 83% dos clientes concorda que algumas doenças estão ligadas ao estilo de vida, e 17% deu uma resposta negativa a esta questão.

É de salientar que a maioria das pessoas que participaram no estudo acredita que existem patologias que são causadas ou agravadas por comportamentos de saúde.

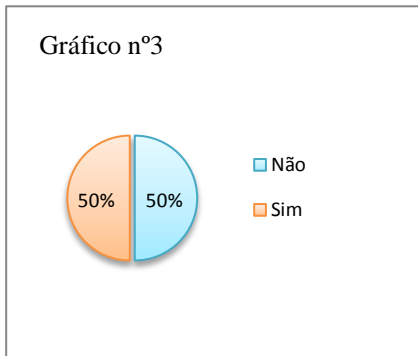
Actualmente, nos países desenvolvidos a decadência dos estados de saúde e as mortes prematuras estão muito relacionadas com os estilos de vida. A consciência de que é necessária a adopção de comportamentos saudáveis por parte dos indivíduos, grupos e comunidades, é fundamental para diminuir a incidência de doenças que podem ser prevenidas através da adopção de boas práticas diárias, no que respeita a vários factores, como a alimentação, a actividade física, a gestão do stress, entre outros (Carvalho & Carvalho, 2006).

A segunda questão deste grupo é: “O motivo do seu internamento está ligado ao seu estilo de vida?”

Como foi referido, só responderam a esta questão os utentes que tiveram uma resposta positiva à questão anterior.

O Gráfico nº3 apresenta as respostas dos utentes a esta questão

Gráfico 3: “O motivo do seu internamento está ligado ao seu estilo de vida?”



Este gráfico mostra que a opinião dos indivíduos está bem dividida, sendo que 50% assume que o motivo do seu internamento é influenciado pelos seus hábitos de vida, e os outros 50% tem a posição contrária.

A pessoa é um agente social, com hábitos e condutas, apoiados nos valores, crenças e ambições, que são influenciados pelo ambiente com que interage. Grande parte das condições de saúde podem ser determinadas pelos estilos de vida, e mesmo aquelas que se apresentam como fisiológicas, fruto de processos não intencionais, são também influenciadas pela condição psicológica, o que por sua vez, é influenciada pelo bem-estar e conforto físico (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Amorim (1999) refere que os indivíduos e a comunidade devem adquirir uma postura activa e participativa acerca da sua própria saúde, e responsabilizarem-se pela adopção de comportamentos que influenciem de forma positiva a sua qualidade de vida (Amorim, 1999 cit. por Carvalho & Carvalho, 2006). Ao longo da vida, a forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde, no que respeita a escolhas individuais, estabelece um ponto fulcral na génese da saúde individual e colectiva (DGS, 2004).

1.3. Educação e Promoção da saúde nos cuidados diários

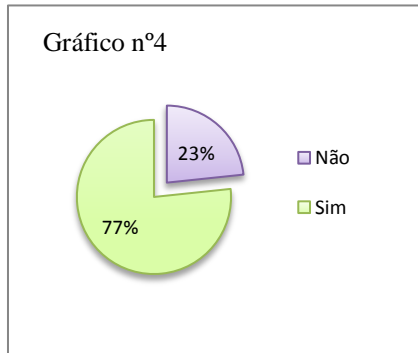
Este grupo analisa a concepção que os clientes têm acerca do papel da equipa de enfermagem na educação e promoção da saúde, no serviço de urgência geral.

É constituído por doze questões de resposta fechada (dez de resposta dicotómica, e duas de escolha múltipla), e por uma questão de resposta aberta.

A segunda e a décima segunda questão são questões-filtro que, quando respondidas de forma negativa, dirigem os respondentes para o 4º grupo de questões.

De seguida serão apresentados os gráficos e analisados os dados, correspondentes a cada questão:

Gráfico 4: “Depois deste internamento vai ter necessidade de adoptar ou alterar algum comportamento de saúde?”



Pela análise destes resultados, detém-se que 77% dos utentes tem a necessidade de modificar ou adoptar algum comportamento de saúde após este internamento, sendo que 23% destes, não sente que deva ocorrer essa mudança.

Na idade adulta, o aparecimento de um dilema desorientador ou uma circunstância de saúde nova, fornecem motivação para a reflexão sobre as tomadas de decisão, e por vezes, determinam que os comportamentos prévios já não são os mais adequados para a nova situação (Redman, 2003). Este padrão é notado nos 77% dos utentes, que de acordo com a sua autocritica e tomada de consciência, está disposto a integrar alterações na sua conduta quotidiana, de modo a melhorar o seu projecto de saúde. No entanto, sabe-se que para existir uma alteração no comportamento, é necessário alcançar uma aprendizagem (Carvalho & Carvalho, 2006).

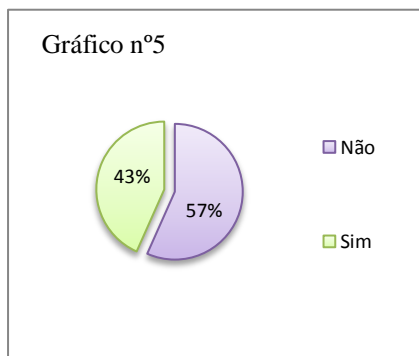
A aprendizagem consiste numa reorganização da estrutura cognitiva, que condiciona o desenvolvimento de modelos que se tornam um guia orientador, potencial do comportamento (Redman, 2003). No entanto, a aprendizagem não surge espontaneamente, sendo que as pessoas para aprenderem necessitam de estarem informadas (Beatson, 1987 cit. por Carvalho & Carvalho, 2006).

Neste sentido, considera-se que o exercício profissional dos enfermeiros detém especial ênfase na promoção dos planos de saúde que cada pessoa projecta, através da prevenção de patologias e da promoção dos processos de readaptação, ao longo de todo o ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Tendo em conta o papel dos enfermeiros na orientação do projecto de saúde de cada indivíduo, desenvolveu-se a seguinte questão, que integra o questionário aplicado aos utentes: “O enfermeiro partilhou consigo informações sobre estilos de vida que deveria adoptar ou alterar para melhorar a sua saúde?”.

Esta questão procura conhecer a acção da equipa de enfermagem na educação e promoção da saúde, no serviço de urgência, na perspectiva dos utentes. Foi construído o seguinte gráfico, no sentido de apreender as suas respostas:

Gráfico 5: “O enfermeiro partilhou consigo informações sobre estilos de vida que deveria adoptar ou alterar para melhorar a sua saúde?”



Através da análise deste gráfico, percebe-se que 57% dos utentes considera que o enfermeiro não partilhou informações relacionadas com estilos de vida que deveria modificar ou acolher, no sentido de melhorar a sua saúde, enquanto 43% dos clientes, refere que existiu essa transmissão de informação.

Os enfermeiros são dotados de inúmeras competências, que lhes permitem adequar as suas intervenções aos diferentes níveis de cuidados, tendo como bússola os projectos de saúde que cada utente quer construir, com vista à melhoria da sua qualidade de vida.

Neste sentido, o enfermeiro deve identificar as necessidades dos indivíduos, ao longo de toda a relação terapêutica, e estar atento às oportunidades e circunstâncias que possam surgir para informar e orientar os doentes e as famílias no seu plano de saúde. Este processo exige que o enfermeiro esteja alerta e disponível, independentemente da sua especialidade, ou local de exercício profissional (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010). Sands e Wilson (2003) apoiam esta afirmação, e defendem que os enfermeiros devem estar empenhados no aconselhamento e orientação pedagógica dos

clientes, reivindicando esta intervenção como parte integrante da sua prática, independente do serviço ou instituição onde exerçam.

Sabe-se que a missão do serviço de urgência é o tratamento de situações agudas, emergentes e urgentes, em que é exigida uma intervenção clínica imediata (Ministério da Saúde, 2002). No entanto, no paradigma actual, este sector acolhe um número elevado de pessoas, com diferentes problemas, que maioritariamente não correspondem a verdadeiras situações de urgência e emergência. Peneff (2003) refere que 80% dos utentes que se dirigem ao serviço de urgência são detentores de problemas de saúde, que poderiam ser resolvidos num outro nível de cuidados, e não apresentam qualquer sinal de risco de vida que necessite de intervenção clínica imediata. Este pressuposto direcciona a reflexão acerca do papel preponderante da educação e promoção da saúde, em paralelismo com a prestação de cuidados de urgência e emergência no serviço de urgência. Além disso, após a alta clínica, muitos utentes não se dirigem a outros níveis de cuidados, tendo apenas contacto com aquele sector de saúde e com os profissionais ali presentes. Esta realidade torna mais visível a importância que a educação e promoção da saúde tem para aqueles clientes e famílias. Se este tipo de intervenção não for integrada no serviço de urgência, muitas destas pessoas perdem a oportunidade de saberem como transformar o seu projecto de saúde e de como alcançar melhor qualidade de vida. E diversas vezes, esta realidade leva a que existam mais reinternamentos, e morbilidades associadas a uma má gestão do plano de saúde.

A prática de enfermagem guia-se pela resposta às necessidades dos utentes, e tendo em conta o actual paradigma do serviço de urgência, e o facto de 80% dos doentes serem portadores de patologias crónicas, torna-se essencial que os enfermeiros adoptem o papel de educadores para a saúde, de forma a contribuírem para o aumento do nível de saúde das populações (Carvalho & Carvalho, 2006).

Esta última questão é uma questão-filtro, sendo que os utentes que responderam negativamente a esta questão foram encaminhados para as questões do grupo seguinte.

A questão seguinte, do mesmo grupo, é: “Considera que a informação partilhada pelo enfermeiro durante o internamento sobre estilos de vida ou comportamentos para melhorar a sua saúde foi importante?”.

Esta pergunta pretende compreender se a informação transmitida pelos enfermeiros é relevante para o plano de saúde dos utentes. Não foi construído um gráfico para

representar a opinião dos utentes a esta pergunta, visto que todas as respostas foram positivas.

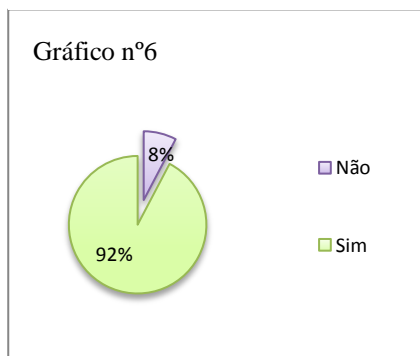
Pode-se afirmar que todos os utentes que responderam a esta questão consideram que os conhecimentos partilhados pela equipa de enfermagem foram relevantes para o seu plano de saúde. Estas respostas afirmam, uma vez mais, que é essencial a edificação de um plano de educação e promoção da saúde direccionado a todos os utentes.

A saúde é entendida cada vez mais como um campo que diz respeito aos próprios indivíduos, sendo que para uma participação activa da comunidade a este nível é necessário que os seus membros estejam bem informados e motivados (Nunes et al, 2005).

O processo de educação e promoção da saúde é concretizado através de métodos de aprendizagem, que dotam os clientes de conhecimentos e aptidões, tendo por base uma postura de participação activa e de parceria, com responsabilidades na determinação da sua própria saúde e bem-estar (Conselho de Enfermagem, 2001 e Carvalho & Carvalho, 2006). “Educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas.” (Carvalho & Carvalho, 2006:23).

Na questão: “Considera que a informação partilhada pelo enfermeiro durante o internamento sobre estilos de vida ou comportamentos de saúde foi suficiente?” Os resultados são apresentados no seguinte gráfico:

Gráfico 6: “Considera que a informação partilhada pelo enfermeiro durante o internamento sobre estilos de vida ou comportamentos de saúde foi suficiente?”



Os resultados mostram que 92% das pessoas reconhece que a informação partilhada pelos enfermeiros foi suficiente, enquanto 8% dos utentes teve uma resposta negativa.

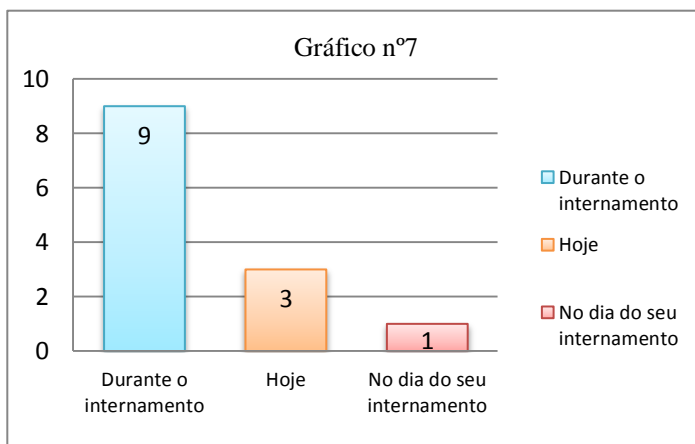
Previamente à intervenção em educação para a saúde, devem ser identificadas as necessidades de mudança e as expectativas dos indivíduos (Ferreira, 2006).

O educador para a saúde tem de ter presente a ideia de que as decisões finais alusivas à prática de educação para a saúde devem ser desenvolvidas pelos sujeitos implicados, respeitando e indo ao encontro dos motivos, metas, aspirações e valores de cada um (Greene & Simons-Morton, 1984).

Qualquer que seja o nível de prestação de cuidados em que o enfermeiro exerça a sua prática, deverá reconhecer as necessidades dos indivíduos, para que possam dar continuidade aos cuidados, e identificar os recursos na comunidade a fim de que haja articulação de cuidados e desenvolvimento de programas que promovam a saúde dos indivíduos (Nunes et al, 2005).

A próxima questão tem o intuito de saber em que ocasião do internamento existiu a educação para a saúde. Assim, foi construído o seguinte gráfico, que engloba as respostas dos utentes:

Gráfico 7: “Em que momento do internamento o enfermeiro partilhou essa informação?”



As respostas mostram que maioritariamente, a educação para a saúde foi instituída durante o internamento, seguida da resposta “hoje”, ou seja no dia da alta clínica e houve um utente que referiu que essa partilha de informação foi feita no dia do seu internamento.

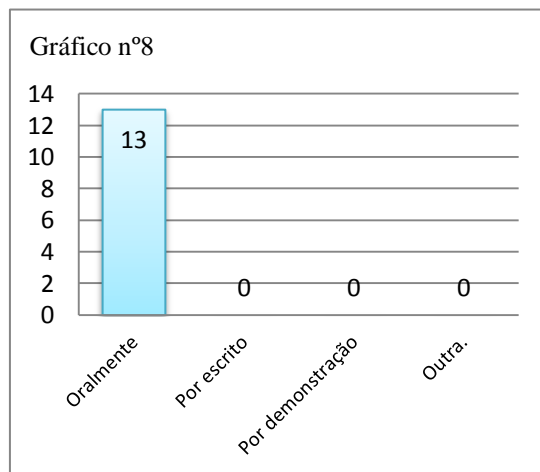
Existem serviços hospitalares que integram no seu plano de cuidados, algum tempo dedicado exclusivamente à transmissão de informação e esclarecimento de dúvidas dos utentes e familiares, com vista a estimularem uma maior autonomia nos cuidados diários de saúde (Redman, 2003). É essencial que o processo de enfermagem dirigido a

cada utente incluía um campo em educação para a saúde que deve ser planeado, em conjunto com os utentes e família, e concretizado durante o internamento.

Existem estudo que relatam a dificuldade sentida pelos utentes na compreensão das directrizes que orientam o seu processo de recuperação no domicílio, e sentem carência de maior esclarecimento. Deste modo, uma preparação para a alta que vá de encontro às suas expectativas e necessidades é essencial para a redução da ansiedade, aumento da confiança, e no complemento do projecto de saúde de cada indivíduo (Redman, 2003).

A questão seguinte procura conhecer o modo em que foi realizada a promoção e educação da saúde.

Gráfico 8: “De que forma o enfermeiro partilhou essa informação?”



Os dados do gráfico mostram que todos os utentes responderam que a partilha de informação foi feita através da expressão oral.

Existem diversas formas de transmitir a informação, seja através da expressão oral, da escrita, da demonstração e prática, da dramatização, entre outras (Redman, 2003).

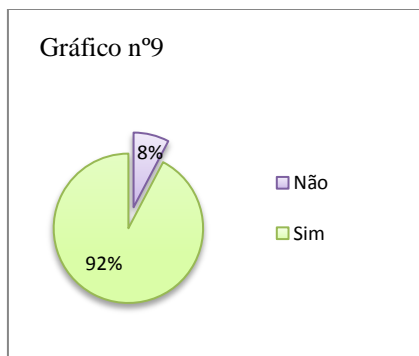
A demonstração é o desempenho de habilidades psicomotoras, orientada para transmitir ao utente uma imagem mental de como o procedimento é executado. Este método, combinado com a prática das técnicas ou procedimentos da parte dos utentes, é o método mais adequado para alcançar capacidades e desenvolver aptidões (Redman, 2003).

Nos dados do questionário está patente que a expressão oral é a mais utilizada pelos enfermeiros do serviço de urgência geral em estudo. Redman (2003) afirma que quando a comunicação verbal é instituída, é essencial ter atenção à linguagem e vocabulário

utilizadas. A terminologia clinica em relação à saúde é muitas vezes estranha à maior parte da população, sendo que é essencial adequa-la ao público-alvo (Redman, 2003).

A seguinte pergunta tem o intuito de perceber se a mensagem transmitida pelos enfermeiros foi entendida pelos utentes. As respostas dos inquiridos estão representadas no Gráfico n.º9.

Gráfico 9: “Os enfermeiros deram-lhe informações sobre estilos de vida ou comportamentos de saúde de forma compreensível?”



As respostas a esta questão denotam que grande parte dos utentes apreendeu a informação transmitida.

Através destes resultados, pode-se afirmar que a linguagem e os procedimentos utilizados pelos enfermeiros durante a educação para a saúde foram adequados a cada utente.

Informar significa “transmitir dados sobre alguma coisa”, de modo a reduzir ou a eliminar a incerteza, e a contribuir para o processo de adaptação e para a tomada de decisão (Nunes et al, 2005).

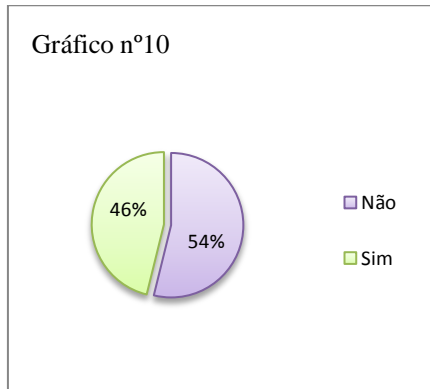
É necessário conhecer as experiencias anteriores e os saberes de cada indivíduo, para que a educação para a saúde seja orientada para cada um.

Assim, para gerar saúde, não é suficiente conhecer e sentir o seu simbolismo e significado, é imprescindível expressá-la de uma forma sempre renovada que tem para cada um, uma configuração subjectiva e uma representação particular (Honoré, 2002).

A questão seguinte tem o intuito de compreender se os enfermeiros praticam a educação para a saúde de um modo isolado, ou se esta é integrada durante a prestação de outros

cuidados. A experiência dos utentes em relação a esta prática está expressa no Gráfico nº10.

Gráfico 10: “Enquanto o enfermeiro estava a partilhar essa informação, estava a prestar-lhe outros cuidados?”



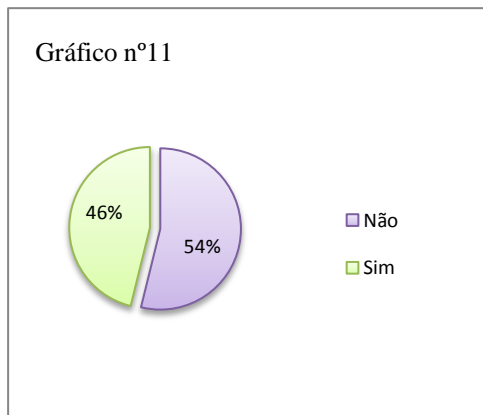
Os dados do gráfico mostram que 46% dos utentes recebeu orientações relativamente a estilos de vida saudáveis enquanto o enfermeiro lhes estava a prestar outros cuidados de saúde, enquanto 54% tem opinião contrária.

Redman (2003) refere que os profissionais de saúde asseguram a EpS maioritariamente, durante a prestação de cuidados. O contacto do enfermeiro com o utente inicia-se sobretudo durante a avaliação inicial de enfermagem, sendo este um momento precioso para avaliar as necessidades dos utentes e família. A EpS deve ser perspectivada como o processo de enfermagem, em que existem fases de diagnóstico, intervenção e avaliação, e deve ocupar um lugar no plano de cuidados, ao longo da relação terapêutica com os indivíduos e família, integrada em todos os contextos e sectores de saúde.

Deste modo, as orientações relativas aos estilos de vida saudáveis devem ser elaboradas de acordo com um modelo processual e integradas no processo de cuidados dos indivíduos, devendo existir espaço para que haja este tipo de intervenções. Até porque a grande missão dos profissionais de enfermagem reside na melhoria da qualidade de vida da população, independentemente dos locais e nos modos de exercício profissional (Hesbeen, 2000).

A seguinte questão pretende saber se os enfermeiros demonstram iniciativa na partilha de informação que consideram útil para a melhoria da qualidade de vida dos utentes, ou se esta transmissão de informação é feita apenas quando os utentes e a família a solicitam. Foi construído o seguinte gráfico que demonstra as respostas dos inquiridos.

Gráfico 11: “As informações foram solicitadas por si ou pela sua família?”



A análise do gráfico indica que 46% dos inquiridos solicitou a informação aos enfermeiros, enquanto 54% dos utentes refere que não o fez. Estas respostas remetem-nos para o pensamento de que em 54% dos casos, os enfermeiros demonstraram iniciativa na partilha de informações relativas a estilos de vida saudáveis.

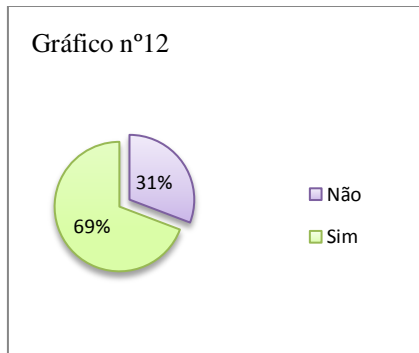
“O agir humano pressupõe que o homem tem consciência dos seus actos porque os realiza com plena intenção e significado. Trata-se de uma acção livre porque o homem sabe o que faz e porque o faz” (Figueiredo, 2004:35).

É dever do enfermeiro o respeito pelo princípio da autonomia e considerá-la como um valor que tem a sua origem na liberdade individual e no respeito pelas decisões de cada um acerca de si, enquanto pessoas livres e esclarecidas (Nunes et al, 2005). Para que as pessoas sejam autónomas e tenham poder de decisão, é essencial que estejam informadas. Os enfermeiros devem estar despertos para as carências de informação e para a vontade de saber que os indivíduos e a família têm, e esclarece-los sempre que levantarem essa necessidade. Muitas vezes, os utentes não questionam os profissionais de saúde com receio de os “incomodar”, ou por vergonha da questão que pretendem colocar.

A relação terapêutica estabelecida no âmbito do exercício profissional de enfermagem representa-se pela parceria estabelecida com o cliente, de modo a que este seja proactivo no seu projecto de saúde. Neste processo é determinante a promoção da aprendizagem, de forma a aumentar os conhecimentos pessoais, da família e da comunidade, que sejam importantes para lidar com os desafios em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A seguinte questão foi elaborada de forma a perceber se as informações em educação para saúde são repetidas pela equipa de enfermagem. O seguinte gráfico foi elaborado para apresentar as respostas dos utentes.

Gráfico 12: “Mais do que um enfermeiro partilhou consigo o mesmo tipo de informação acerca de estilos de vida saudáveis?”



As respostas dos inquiridos demonstram que em 69% dos casos mais do que um enfermeiro repetiu a informação acerca de estilos de vida saudáveis, enquanto 31% destes utentes refere que não houve essa repetição.

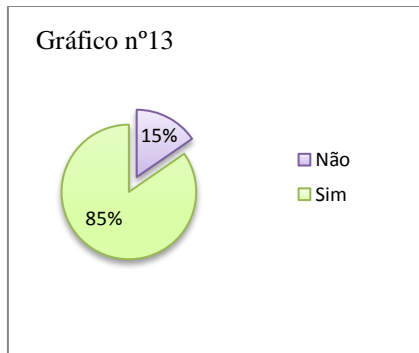
Estes resultados apontam mais uma vez, para a importância de se elaborar um plano de cuidados, com avaliação das necessidades, planeamento das intervenções, diagnóstico de situação, avaliação e reensino, quando necessário. Existem casos em que é benéfico que a informação partilhada por um enfermeiro seja repetida por outros, de modo a que a aprendizagem seja eficaz e de acordo com o que foi planeado. “Na maior parte dos casos, o reforço de follow-up e o reensino são necessários ao longo do tempo, especialmente em utentes com problemas crónicos de saúde...” (Redman, 2003:4).

Esta afirmação confirma que muitas vezes, é necessário reforçar a informação já transmitida anteriormente, principalmente em utentes com patologias crónicas, que correspondem a 80% dos internamentos no serviço de urgência (Peneff, 2003).

Deste modo, é essencial elaborar um plano de cuidados em EpS, que conste no processo de enfermagem, de modo a que os profissionais saibam o que foi planeado, avaliado e onde devem intervir para que a informação seja transmitida de modo eficaz e apreendida por cada utente e familiar (Redman, 2003).

O gráfico seguinte corresponde às respostas dos utentes à interrogação acerca da manifestação de disponibilidade da parte da equipa de enfermagem em transmitir mais informações ou elucidar algumas dúvidas.

Gráfico 13: “O enfermeiro mostrou-se disponível para proporcionar mais informações ou esclarecer dúvidas?”



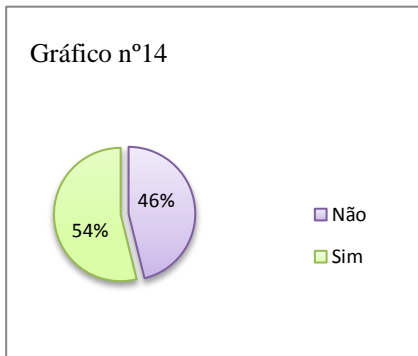
Na análise dos dados é de realçar que 85% dos utentes refere que o enfermeiro demonstrou essa disponibilidade, enquanto 15% dos utentes tem uma resposta negativa em relação a esta questão.

A população tem a expectativa de que os profissionais de enfermagem devem “(...) despende o tempo que for preciso para falar com eles, e se necessário, para lhes dar explicações (...) mostrar-se conscienciosos e abertos às suas perguntas (...)” (Hesbeen, 2000:55).

Assim, é importante que o enfermeiro identifique e reconheça as necessidades de cada individuo de modo a que estes fiquem bem informados e motivados para a participação activa de cada um, na sua comunidade (Nunes et al, 2005).

A seguinte questão tem por objectivo perceber se seria relevante que a equipa de enfermagem transmitisse mais informação aos utentes. E a quem respondesse de forma afirmativa, era-lhe perguntado que “tipo de informação” gostariam de ver desenvolvida?

Gráfico 14: “Considera que seria importante os enfermeiros partilharem consigo mais informação?”



A maior percentagem dos utentes, 54%, refere que gostaria de ver trabalhados outros assuntos, enquanto 46% tem a opinião contrária.

Os enfermeiros são considerados como o elemento pivô no papel de agente facilitador da mudança de comportamentos, visto que detêm a oportunidade de conhecer as famílias e os seus estilos de vida, durante o estabelecimento da relação terapêutica (Carvalho & Carvalho, 2006). Assim, a população possui a expectativa de que a equipa de enfermagem possui a componente “comunicação” bem desenvolvida e concordante com as suas necessidades, como expõe Hesbeen (2000) acerca do que a população espera dos enfermeiros “(...) responder às suas perguntas e satisfazer as suas necessidades, mas também saber prevê-las, reconhecendo e interpretando os sinais reveladores de uma necessidade ou de uma preocupação, de maneira a evitar-lhes terem sempre de pedir, de insistir, de explicar (...)” (Hesbeen, 2000:55). É visível que por vezes, mesmo quando um indivíduo carece de um esclarecimento, nem sempre o solicita, e assim as necessidades de informação nem sempre são satisfeitas: “Alguns indivíduos são capazes de dizer a um formador que não compreenderam. Outros não conseguem identificar ou expressar a sua incerteza” (Redman, 2003:94). É importante prever e reconhecer quais são as carências de informação que os utentes têm, e quando tal previsão não é possível, questionar os indivíduos e familiares se gostariam de receber mais algum esclarecimento.

À questão “Que tipo de informação” (gostaria de ver partilhada) houve dois utentes que responderam: “variada” e “sobre saúde e modos de viver”. Estas respostas orientam mais uma vez as intervenções da equipa de enfermagem para a importância da promoção e educação para a saúde, visto que a necessidade de informação dos utentes está expressa na última resposta “sobre saúde e modos de viver”.

A educação para a saúde deve ser avaliada e adequada, no sentido de ir ao encontro dos objectivos finais e dos resultados delineados (Redman, 2003).

1.4. Enquadramento familiar/prestadores informais de cuidados

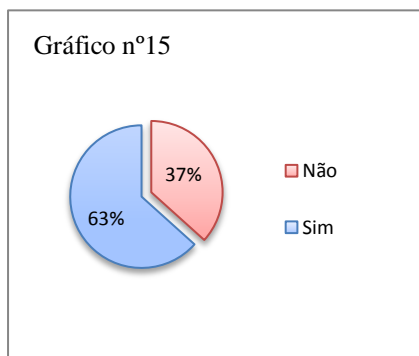
Este item procura conhecer qual é o papel da família no plano de cuidados, e de que forma esta é integrada pela equipa de enfermagem na promoção e educação para a saúde.

É composto por duas questões de resposta fechada, dicotómicas, sendo que a primeira é uma questão-filtro, que orienta os utentes para o *términus* do questionário, caso a resposta a esta seja negativa.

A primeira questão é: “Após a saída do hospital vai contar com o apoio de alguém para o ajudar a satisfazer as suas necessidades diárias?”

Foi elaborado o seguinte gráfico que incorpora as respostas dos utentes a esta pergunta:

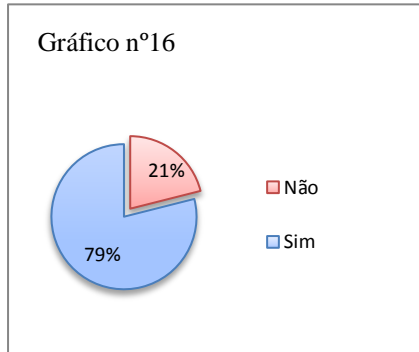
Gráfico 15: “Após a saída do hospital vai contar com o apoio de alguém para o ajudar a satisfazer as suas necessidades diárias?”



Através dos dados do gráfico, é demonstrado que 63% dos utentes irão contar com o apoio de algum elemento significativo após a sua alta clínica, enquanto 37% dos inquiridos seleccionaram a resposta negativa a esta questão.

Esta questão permitiu perceber se na maior parte dos casos existe uma dinâmica familiar que envolva o indivíduo e o acompanhe no seu plano de cuidados. O conceito de família aqui utilizado corresponde à pessoa de referência do utente, mesmo que esta seja um vizinho ou um amigo.

Gráfico 16: “Acha que foi transmitida informação necessária à pessoa que o vai ajudar no seu dia-a-dia?”



As respostas dos inquiridos demonstram que em 79% dos casos foi partilhada informação à pessoa que vai ajudar o utente no seu quotidiano, enquanto que em 21% das situações não existiu essa transmissão de informação.

A família influi significativamente o estado de saúde de cada pessoa, e no modo como esta lida com o processo de saúde-doença. Quando a pessoa é acolhida no hospital, o *continuum* da participação activa de cada elemento familiar no processo de existência do indivíduo deve manter-se (Marco *et al*, 2006).

Na gestão dos recursos em saúde, os enfermeiros promovem a aprendizagem, de modo a aumentar os conhecimentos do indivíduo, da família e da comunidade para lidarem com os desafios em saúde. Tendo em vista este fim, a prática de enfermagem é na maior parte das vezes optimizada, se toda a unidade familiar for integrada no processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida influenciados pela promoção da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

2. Entrevistas

A apresentação dos resultados das entrevistas está organizada por temas, categorias, subcategorias e unidades de registo (Anexo 1). Este planeamento emergiu da análise do conteúdo das entrevistas realizadas e transcritas.

Assim, irá proceder-se numa primeira fase à caracterização geral dos entrevistados, seguida da apresentação e análise dos resultados efectivos, de acordo com os objectivos delineados.

Os cinco enfermeiros entrevistados serão denominados pela letra “E”, seguida de um número (exemplos: E1, E2...), de forma a assegurar as considerações éticas e deontológicas. O símbolo (...) representa partes do discurso dos entrevistados que não têm significado para o conhecimento e compreensão do fenómeno em estudo, e por conseguinte foram omissas. O símbolo [] tem como intuito a contextualização das narrações.

2.1. Caracterização Geral dos participantes do estudo

Tabela 1: Dados de caracterização dos participantes do estudo

Entrevistados	Género	Idade	Habilitações Académicas	Categoria profissional	Tempo de actividade profissional total/SUG
E1	Masculino	25	Licenciatura em enfermagem	Enfermeiro de cuidados gerais	2/2 anos
E2	Feminino	26	Licenciatura em enfermagem	Enfermeiro de cuidados gerais	3/3 anos
E3	Masculino	29	Licenciatura em enfermagem	Enfermeiro de cuidados gerais	7/7anos
E4	Masculino	25	Licenciatura em enfermagem	Enfermeiro de cuidados gerais	2/2anos
E5	Feminino	29	Licenciatura em enfermagem	Enfermeiro de cuidados gerais	7/3anos

Dos cinco elementos entrevistados, dois são do **género** feminino, e três são do género masculino. É de salientar que segundo os dados da Ordem dos Enfermeiros (2013), a profissão de enfermagem em Portugal integra maior número de elementos do género feminino (53,301 membros inscritos) em comparação com o género masculino (12,166 membros inscritos). No serviço de urgência geral do hospital em estudo, o número de enfermeiros dos dois géneros é similar, pelo que de forma aleatória, integraram a amostra dos entrevistados três enfermeiros do género masculino e dois do género feminino, que, como está demonstrado na Tabela 1.

As **idades** dos participantes no estudo estão compreendidas entre os 25 e os 29 anos, sendo que a média destas é de 27 anos. O serviço de urgência do hospital em estudo integra geralmente, elementos recém-licenciados, e possui uma equipa de enfermagem com idades médias baixas. Estes dados também estão visíveis na Tabela 1.

Todos os entrevistados possuem como **habilitações académicas** a licenciatura em enfermagem, e a **categoria profissional** de enfermeiro de cuidados gerais. Estas habilitações académicas e a categoria profissional poderão ser justificadas pelo facto dos enfermeiros entrevistados possuírem uma média de idades baixa, pelo que poderão ainda não ter tido oportunidade de alcançar algumas metas individuais em relação às habilitações académicas.

Dos cinco entrevistados, apenas um já passou por um serviço de internamento geral, sendo que os restantes iniciaram a sua prática profissional no serviço de urgência geral. O tempo médio de **actividade profissional** dos entrevistados é de 4anos. Este resultado demonstra também a realidade do serviço de urgência em estudo, visto que grande parte dos enfermeiros inicia a sua actividade profissional neste sector, e após algum tempo de prática profissional, optam por eleger outros sectores de saúde, mais orientados para os seus objectivos profissionais.

2.2. Conceito de EpS

A EpS apela a uma filosofia mais vitalista e natural, que promova a liberdade do Homem conquistada pela ampliação de saberes e formas de vida mais conscientes. Assim, permite que a comunidade adquira conhecimentos e competências, individuais e colectivas, que visem a obtenção de modos de vida mais saudáveis (Rodrigues, 2005).

O primeiro tema que emergiu da análise das entrevistas é o Conceito de Educação para a Saúde. Deste tema destacou-se uma categoria, correspondente à **Percepção dos enfermeiros do serviço de urgência acerca da EpS**.

No discurso dos cinco enfermeiros, estão presentes diferentes dissertações acerca desta temática, no entanto, todos eles reconhecem características que integram a concepção da educação para a saúde previamente mencionada, sendo estas: *transmissão de*

conhecimentos, promoção do bem-estar e da qualidade de vida, promoção da autonomia e sensibilização para os cuidados acerca da sua saúde.

Estes conceitos foram recolhidos dos discursos dos entrevistados, e agrupados em subcategorias, que integram unidades de registo, correspondentes aos relatos dos enfermeiros (Anexo 2).

No que respeita à *transmissão de conhecimentos*, os enfermeiros mencionaram que a EpS incluía:

Educar o doente na problemática da sua patologia (...) (E1);

(...) dotar as pessoas de ferramentas, com os conhecimentos que temos (...) (E3)

Estas concepções transmitem o valor que os enfermeiros atribuem à partilha de informação e à aprendizagem dos clientes, para que a EpS seja construída.

Beatson (1987) afirma que a alteração de comportamentos implica uma aprendizagem prévia, sendo que para aprender, é necessário que as pessoas estejam informadas (Beatson, 1987 cit. por Carvalho & Carvalho, 2006).

O documento relativo às competências do enfermeiro de cuidados gerais revela que os enfermeiros, no exercício da sua prática profissional, devem transmitir informação relevante aos indivíduos, à família e à comunidade, no sentido destes atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

A Lei de Bases da Saúde (lei nº48/90, de 24 de Agosto) defende a educação da comunidade na área saúde, com o intuito de estimular a atenção dos indivíduos e grupos sociais para a alteração de condutas prejudiciais à saúde pública e individual.

Assim, é relevante que os enfermeiros incorporem na sua prática diária, a partilha de saberes, orientados para cada utente e família, e sensíveis às suas crenças, ideais e conhecimentos prévios.

Na *promoção do bem-estar e da qualidade de vida*, houve um entrevistado que referiu:

(...) promovendo o seu bem-estar (...) aumentando a sua qualidade de vida no seu dia a dia.(E1)

O E1 reconhece que um dos objectivos da EpS assenta na promoção do bem-estar com o intuito de obter ganhos em saúde na vida daquela pessoa.

Os enfermeiros são identificados como peritos na educação para a saúde e no processo de orientação pedagógica do cliente, tendo como meta o seu bem-estar e a satisfação das necessidades, relacionadas com o seu projecto de saúde (Sands & Wilson, 2003).

Deste modo, a concepção que o E1 detém, indica a relevância da EpS para o aumento da qualidade de vida dos utentes.

No parâmetro, *promoção da autonomia*, existiram vários relatos que indicam este item como integrante na EpS, como por exemplo:

(...) no fundo terem a sua autonomia, de acordo com as suas capacidades (E1);

(...) é necessário que as pessoas consigam em casa dar continuidade a esses cuidados. (E2)

(...) dotá-las de capacidades e de competências para conseguirem executar seja o que for (...) para conseguirem cuidar delas mesmas. (E3)

(...) conseguirem ir para casa (...) sem o nosso apoio de enfermagem, sendo autónomos na própria convalescença deles. (E5)

Em cuidados de saúde diferenciados, as actividades de educação para a saúde visam a capacitação individual no sentido de habilitar o individuo a ter maior controlo sobre a sua própria saúde (Alves, 2008). Os enfermeiros entrevistados detêm esta noção e percebem a importância do desenvolvimento da autonomia dos utentes, no sentido de serem capazes de cuidar deles próprios, como o E3 refere: *(...) para conseguirem cuidar delas mesmas.* (E3). Este processo permite que os clientes participem activamente no seu processo de saúde e se responsabilizem por este. Rodrigues (2005) refere que a EpS é reconhecida como um processo interactivo, identificado e acolhido pela comunidade, sendo que esta deve estar disposta à participação activa, no sentido de se comprometer nas decisões da sua própria saúde e no incremento da sua qualidade de vida.

No item *sensibilização para os cuidados acerca da sua saúde*, houve dois enfermeiros que referiram esta característica:

(...) para mim é sensibilizar os utentes (...) acerca dos cuidados que têm de ter para a sua saúde. (E2);

(...) promover a reflexão do doente em relação à prevenção, ou sobre alguma patologia que o doente tenha associada (...) (E4)

Estes discursos demonstram a relevância que os enfermeiros atribuem à reflexão dos utentes, no sentido de os sensibilizarem para o seu projecto de saúde.

Está comprovado que a reorganização de um comportamento depende de dois elementos: a noção de ameaça pessoal, pelo facto de se manter essa conduta (vulnerabilidade percebida) e por outro lado, a confiança de que se é capaz de mudar (auto-eficácia, ou expectativas de êxito) (DGS, 2001a).

A natureza do projecto de vida da pessoa, a percepção que ela tem do seu futuro e a sua vontade de alterar comportamentos que não são os mais apropriados para a sua saúde, não se consegue por imposição externa, mas sim pela motivação que a pessoa tem. No sentido de trabalhar esta motivação, os enfermeiros poderão apresentar fortes razões, detentoras de sentido, que façam a pessoa reflectir e repensar a sua saúde (Hesbeen, 2001).

Os enfermeiros assumem esta postura interventiva quando percebem a importância da reflexão e da sensibilização dos utentes, como características integrantes da EpS.

Honoré (2002) defende que é essencial que cada pessoa escute, alcance e conheça a sua saúde, actuando como pessoa responsável e proactiva pela sua vida.

2.3 Formação em EpS

Em virtude da sua profissão, os profissionais de enfermagem ocupam lugares privilegiados para captarem e examinarem o que acontece na sociedade e na vida das pessoas (Hesbeen, 2000). Apercebem-se das necessidades da pessoa, da família e da comunidade, e tentam arranjar estratégias no sentido de corresponder às expectativas destas. Correia (2004) defende que a formação em enfermagem deve ser adaptada com o intuito de responder às exigências e aspirações da sociedade.

O segundo tema que surgiu da análise das entrevistas é a Formação em EpS. Deste tema Emergiram duas categorias: **Formação inicial dos enfermeiros do SUG em relação à EpS** e **Formação contínua dos enfermeiros do SUG em relação à EpS**.

A formação inicial diz respeito à licenciatura em enfermagem, que segundo Hesbeen (2001) continua ainda frequentemente marcada pela aquisição de conhecimentos

técnicos e científicos, relacionados com a doença. No entanto, Correia (2004) acredita que a educação em enfermagem tem vindo a caminhar no sentido de um modelo holístico, centrado na pessoa, e indo de encontro ao conceito positivo de saúde.

Desta primeira categoria despontaram duas subcategorias: *Especificidades do Curso de Licenciatura em Enfermagem* e *Competências em EpS adquiridas no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Cada uma destas subcategorias integra unidades de registo, recolhidas dos relatos dos enfermeiros (Anexo 3), e analisadas em seguida.

No que respeita à subcategoria *Especificidades do Curso de Licenciatura em Enfermagem*, todos os enfermeiros referiram que tiveram formação genérica em EpS durante a sua formação inicial, como se pode verificar, por exemplo, nos seguintes excertos:

Tive [formação inicial em EpS] integrada em várias disciplinas da minha licenciatura. (E1)

Tive disciplinas como a pedagogia, entre outras. (E2)

Houve disciplinas na licenciatura em enfermagem que abordavam a área da educação para a saúde. (E4)

Segundo estes relatos, os sujeitos entrevistados abordaram de forma genérica a EpS no seu curso de licenciatura em enfermagem, no entanto apenas o E5 enfatizou esta área como um elemento fundamental e sempre presente no seu percurso académico: (...) *os professores faziam muita incidência nessa área. Nos não terminávamos um estágio em que um dos objectivos não fosse realizar uma acção de educação para a saúde, em qualquer tipo de área. (...) faziam muita questão de que fosse um objectivo da nossa formação.* (E5)

Esta última narrativa expressa a relevância que o plano de estudos atribuíu à EpS, considerando-a como elemento fundamental na formação dos enfermeiros, não só do ponto de vista teórico, mas operacionalizada, durante os ensinamentos clínicos.

Lesne (1977) refere que na formação em enfermagem existe a apropriação do real pela relação teoria-prática, e uma reflexão sobre a prática, sobre o trabalho, agindo-se no sentido da mudança. Deste modo, apesar de se abordar a EpS na teoria, durante o curso de licenciatura em enfermagem, como referem todos os entrevistados, é imprescindível

coloca-la em prática, nos contextos de trabalho, e adequá-la a cada individuo e comunidade.

Em relação à subcategoria *Competências em EpS adquiridas no Curso de Licenciatura em Enfermagem*, foram reunidos fragmentos dos discursos dos enfermeiros:

As disciplinas que tive na faculdade deram-me uma noção, um conceito do que era a educação para a saúde (...) (E1);

O curso de base não nos prepara adequadamente, de todo, para sermos educadores para a saúde (E2);

(...) o suficiente para te dotar minimamente, enquanto enfermeiro generalista, de conceitos pedagógicos básicos (...) (E3);

Não digo que me dotou de competências adequadas, digo é que me alertou para a importância da educação para a saúde. (E4)

Nos discursos dos enfermeiros é perceptível que todos eles consideram que a sua formação de base não os dotou de competências necessárias para serem educadores de saúde, no entanto alertou-os e sensibilizou-os para a existência desta área temática, que pertence às competências do enfermeiro generalista. O documento elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2004) demonstra que o exercício da enfermagem tem como linhas orientadoras “a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (Ordem dos Enfermeiros, 2004:7).

O discurso do E5 mostra que, devido ao facto de na sua formação inicial ter sido muito focada a área da EpS, este se sente bem preparado para realizar intervenções que visem a abordagem da EpS de modo adequado: *O meu curso de licenciatura preparou-me adequadamente para ser educador de saúde. Mas eu noto que há alguma diferença nos enfermeiros que estão a sair dos cursos agora. Saem muito mais viradas para a técnica do que propriamente para a educação para a saúde.* (E5) Neste relato, ressalta ainda a apreciação do enfermeiro acerca dos enfermeiros que frequentam os cursos de licenciatura mais recentes. Sabe-se que este é um juízo subjectivo, baseado na experiência pessoal desta enfermeira. No entanto Hesbeen (2000) corrobora este julgamento quando refere que muitas vezes ouve afirmações, como: “primeiro há que dominar a técnica; quando se estiver à vontade com o gesto a fazer, então poder-se-á estar atento à pessoa” (Hesbeen, 2000:130). Este autor relembra que a formação inicial tem como objectivo contribuir para o progresso do enfermeiro, cujo perfil é constituído

tanto por saberes, como por habilidades e qualidades humanas, e que este objectivo não deve ser confundido com o de preparar profissionais especialistas do “saber-fazer”. Assim, considera-se que o essencial nos cuidados de enfermagem é a acção interpessoal do enfermeiro e do utente, tendo como missão a produção de um resultado terapêutico, e os acessórios são as técnicas e as formas de organização.

A segunda categoria, correspondente à **Formação contínua dos enfermeiros do SUG em relação à EpS** integra duas subcategorias: *Formação teórica* e *Experiência profissional* (Anexo 3).

A formação contínua é entendida como aquela que procede à formação inicial, tendo em vista o ajuste às novas circunstâncias que vão surgindo (Malglaiive, 1995). Baseia-se assim, na procura de uma melhor adaptação com o intuito de corresponder às necessidades da prática profissional (Bom, 1996).

A subcategoria *Formação teórica* diz respeito ao tipo de formação que os enfermeiros auferiram, após a sua formação inicial, na área da EpS. Através dos relatos dos enfermeiros, é visível que a maioria não adquiriu formação nesta área, após ter completado a sua licenciatura:

Após a licenciatura não tive outras formações em educação para a saúde. (E2)

Apos o meu curso de base não tive formação nesta área. (E4)

Apesar de ainda não terem tido formação continua em EpS, os enfermeiros reconhecem a importância desta na sua prática diária: *Não tive formação nesta área, mas considero que é uma área que faz parte da nossa profissão (...)* (E3) e até demonstram algum interesse em possuir mais conhecimentos em EpS: *(...) não tive por falta de tempo. (...) mas gostava muito de fazer (...)* (E5). Hesbeen (2000) alerta para a evidência de não se poder descurar o tempo de formação, o seu custo e a disponibilidade de cada pessoa, no entanto relembra que o sentido que cada projecto toma para cada pessoa, permite que esta se organize e encontre momentos para o tornar possível.

Apenas um dos enfermeiros entrevistados, referiu possuir formação em educação, e que esta o dotou de mais conhecimentos para aplicar a EpS no seu local de prática diária: *(...) fiz o CAP, o certificado de aptidão pedagógica, que foi uma grande ajuda e uma*

grande base (...) em casa, se nos aplicarmos, conseguimos auferir mais conhecimento nesta área. (E1). O E1 refere então, que os conhecimentos teóricos em EpS poderão ser apreendidos não só em contextos formais, através de cursos de formação nesta área, como também, em ambientes informais, como as pesquisas acerca deste tema.

A subcategoria *Experiência profissional* apreende situações da prática profissional que contribuem para a formação contínua em EpS.

Os enfermeiros consideram que para além da formação teórica, a experiência profissional contribui para o aumento de conhecimentos e de aptidões na área da EpS, como se pode constatar:

(...) mas na prática, aquando da aplicação desta educação para a saúde é que conseguimos ganhar estruturas e bases de conhecimento para nos melhorarmos enquanto educadores. (E1);

(...) a competência de conseguir fazer uma educação para a saúde adequada, acho que se trabalha e se adquire com o tempo. (E4);

Tanto a *formação teórica*, como a *experiência profissional* podem ser relacionadas com a formação em contextos de trabalho. A ligação trabalho-formação é um dos caminhos que permite transpor a ausência de relação funcional entre a teoria auferida no momento académico e o momento de actuação e de exercício profissional (Pineau, 1988).

2.4 EpS na prática diária do SUG

A EpS deve estar presente em todos os sectores de saúde, sendo possível a sua realização em qualquer espaço, momento ou grupos (Ribeiro, 1999).

O terceiro tema que despoletou da análise das entrevistas é a EpS na prática diária do SUG, e incorpora três categorias: **Realidade da EpS no SUG, Aspectos Facilitadores no SUG para a prática da EpS e Barreiras do SUG para a prática da EpS** (Anexo 1).

A realidade da EpS no SUG integra as opiniões dos enfermeiros acerca do modo como se realiza a EpS neste sector de saúde.

Os Aspectos facilitadores correspondem aos pontos que promovem as intervenções em EpS, do ponto de vista dos enfermeiros.

As barreiras do SUG dizem respeito aos aspectos que os enfermeiros consideram que podem influenciar de modo negativo a implementação da EpS no SUG.

A categoria **Realidade da EpS no SUG** agrupa como subcategorias: *Concretização da EpS no SUG, Importância do Enfermeiro na EpS no SUG, Em várias valências que constituem o SUG e Papel da família* (Anexo 4).

A subcategoria *Concretização da EpS no SUG* integra diferentes opiniões, sendo que a maioria dos enfermeiros entrevistados defendem que é desejável realizar EpS no SUG, no entanto nem sempre é possível:

Num serviço de urgência é mais desejável do que possível realizar educação para a saúde (...) não deixa de ser possível se houver boa vontade, tenho a certeza de que há sempre um tempinho (...) tento fazer-lo sim. Sempre que tenho oportunidade, tento fazer-lo. (E2)

(...) não só é possível como desejável (...) tento sempre fazer, quer seja na preparação para a alta, ou mesmo em situações de doentes que têm patologias em que a educação para a saúde os pode ajudar. (E4)

Também existe a opinião de que não se elaboram intervenções significativas que têm em vista a EpS: *Pouco ou nada. Por mais que a gente tente, acabamos sempre por ser desviados do assunto, para outras intervenções (...) mas é um tema pertinente para trabalhar aqui na urgência (E5)*

Apesar de todos os enfermeiros estarem cientes de que nem sempre conseguem realizar a EpS de uma forma eficaz, todos os entrevistados referiram que é uma área importante, e que devia ser realizada num SUG de forma mais constante, como é visível no discurso do E1 e do E2: *Faço aos doentes essenciais, sempre que possível, mas devia fazer mais (...)* (E1); *O serviço de urgência é um dos sítios mais importantes, onde se deveria realizar educação para a saúde, porque as pessoas recorrem aqui numa fase aguda da sua doença e depois precisam de levar para casa algumas indicações do que lhe poderá facilitar e melhorar o seu estado, para que não volte a acontecer este estado agudo das suas doenças, que muitas vezes são crónicas e agudizam por falta de conhecimentos das pessoas. (E2)*

Como já foi referido, 80% da população que se dirige ao SUG detém patologias que poderiam ser resolvidas num outro nível de cuidados, e não ostentam qualquer sinal de risco de vida que careça de intervenção clínica imediata. Este pressuposto faz repensar as intervenções de enfermagem no serviço de urgência, e direcciona a reflexão acerca do papel decisivo da educação e promoção da saúde neste sector de cuidados (Peneff, 2003).

A subcategoria *Importância do Enfermeiro na EpS no SUG* representa as perspectivas dos enfermeiros acerca da relevância do seu papel enquanto educadores para a saúde:

A educação para a saúde é um princípio que faz parte da nossa profissão e que nós devemos sempre conseguir fazer. (E3)

Existem situações com as quais nós nos deparamos e podemos sempre ajudar o doente através da educação para a saúde. (E4)

(...) a educação para a saúde depende muito da disponibilidade do enfermeiro, e também da própria acção de enfermagem que se deseja fazer. (E5)

Nestes excertos é relevante a percepção que os enfermeiros têm acerca do seu papel enquanto intervenientes na promoção e educação para a saúde. Sands e Wilson (2003) afirmam que os enfermeiros são representados como especialistas na educação para a saúde, tendo como finalidade o bem-estar e a satisfação das necessidades dos utentes.

O E5 refere ainda que: *Nós não somos a primeira linha de cuidados, somos uma linha secundária de cuidados, mas já que falha um pouco no centro de saúde (...) nós temos de fazer o reforço, obviamente.* (E5). Deste modo, mesmo que o SUG não tenha sido pensado para acolher utentes com patologias não urgentes, o que acontece é que estes continuam a recorrer a este sector de cuidados, e procuram intervenções dirigidas às suas necessidades de saúde. Hesbeen ressalva que existe uma missão comum a todos os profissionais de saúde, que é a de “trabalhar por uma melhor saúde da população” (Hesbeen, 2000:41), sendo que a diferença entre os enfermeiros que têm práticas profissionais em sectores de saúde distintos, como por exemplo o centro de saúde e o hospital, centra-se nos locais e modos de exercício, no entanto a sua finalidade é idêntica.

A subcategoria *Em várias valências que constituem o SUG* é composta pelas opiniões dos enfermeiros acerca dos departamentos do SUG onde realizam maior número de actividades em EpS.

As valências que arquitectam o SUG são a triagem, a área ambulatória de medicina, que também é denominada de “balcões”, a área ambulatória de cirurgia e a UICD que também é denominada de “SO” ou de “internamento”:

Os entrevistados emitiram diversos pareceres, sendo que a maioria refere que realiza preferencialmente actividades de EpS na UICD: *O sítio que é mais propício a isso é o SO, porque é onde temos mais disponibilidade (...) (E2); Em contexto de internamento considero que seja mais fácil (...) Faço educação para a saúde em contexto de internamento, basicamente. (E3) ; Sem dúvida no SO, mas acho que é possível em qualquer local, no balcão, na cirurgia (...) (E4)*

Os relatos dos entrevistados revelam que a maior parte das intervenções em EpS no SUG são realizadas na UICD. Estes dados podem ser justificados pelo facto de este departamento ser um local onde é possível estabelecer uma relação terapêutica e de elaborar um plano de cuidado mais direccionado ao projecto terapêutico de cada individuo, devido ao tempo que se passa com estes, que é mais prolongado do que em outras áreas do SUG.

Uma das justificações para a EpS não se realizar tao constantemente na área ambulatória está expressa no discurso de E2: *(...) nos balcões nem sempre conseguimos fazer aquilo que queremos, porque o volume de trabalho é muito maior, estamos mais condicionados e por vezes secalhar era um dos sítios onde deveríamos fazer mais (...) (E2)*

No entanto, existem pareceres de que, até neste departamento há ocasiões em que é essencial executar actividades de EpS: *E em contexto de ambulatório quando os doentes saem do serviço de urgência, algaliados ou entubados, e que não têm conhecimentos sobre isso. (E3); Na área ambulatória, tento realizar aos doentes que sei que vão para casa com sondas, por exemplo (...) (E1)*. Estes discursos comprovam que, se a equipa de enfermagem estiver desperta para o projecto de saúde dos utentes, existem sempre momentos onde se descobrem oportunidades de aplicar a EpS.

Um dos entrevistados referiu que a triagem é a área onde consegue executar melhor as intervenções em EpS: *(...) na triagem é o sítio onde conseguimos fazer melhor. Não só para redireccionar as pessoas para os cuidados adequados para elas (...) (E5)*. Neste

relato, é de realçar o facto de a triagem ser o local onde acontece a primeira abordagem do profissional ao utente. Triar significa “escolher ou seleccionar” e representa um processo em que se colhem alguns dados, de modo conciso, com a finalidade de determinar a gravidade de uma patologia ou lesão, e é aplicável a todos os utentes que dão entrada no serviço de urgência (Bracken, 2001). Deste modo, é permitido pensar que a triagem poderia ser o departamento do SUG onde o enfermeiro, após um primeiro contacto com o utente e a família, poderia estar mais desperto às necessidades de formação em EpS, e adicioná-las à ao processo de cuidados que acompanha o utente em todo o seu percurso pelo SUG. Assim, a equipa de saúde teria acesso a estes documentos e a informação acerca destas necessidades não seria perdida, como revela o E5: *Porque após saírem da triagem, os doentes perdem-se completamente na área ambulatória, e muitas vezes os profissionais depois não estão despertos para lhes fazer o incentivo da educação para a saúde.* (E5)

A subcategoria *Papel da família* destacou-se do discurso dos entrevistados, quando estes abordaram a relevância que a família tem no projecto de saúde do utente:

(...) sensibilizar os utentes bem como a respectiva família acerca dos cuidados (E2)

(...) é uma coisa que tu tens de ser capaz de desenvolver e de integrar nos teus cuidados que prestas, quer ao doente, quer à família (...) educação para a saúde não é só para o utente, é para o utente e para a família (...) (E3)

Nestes excertos, os enfermeiros referiram espontaneamente a implicação da família no processo de cuidados dos indivíduos, considerando-a como um elemento fundamental nas intervenções em EpS.

Nos documentos relativos aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e às competências do enfermeiro de cuidados gerais, é promovido o envolvimento das pessoas significativas do utente durante o seu processo de cuidados. Esta medida é justificada pelo facto de existir uma optimização das intervenções de enfermagem, nomeadamente na área da promoção da saúde, se toda a unidade familiar for considerada como elemento fundamental neste processo. (Ordem dos Enfermeiros, 2002; 2004).

A categoria **Aspectos facilitadores no SUG para a prática da EpS** reúne as subcategorias: *Proximidade com os utentes e Grande afluência de utentes* (Anexo 4).

A subcategoria *Proximidade com os utentes* integra o discurso de um enfermeiro que revela que o facto de estar mais próximo dos utentes, é um factor que influi de modo positivo a prática da EpS:

Como aspectos facilitadores, o facto de estarmos muito presentes (...) permite-nos ter uma maior proximidade e nesse sentido, conhece-los melhor, conseguindo ir de encontro às necessidades deles, tendo em conta os conhecimentos que têm. (E4)

Esta constatação permite-nos lembrar que os enfermeiros são os profissionais de saúde pivôs no estabelecimento de uma relação terapêutica, pelo que o facto de estarem mais próximos dos utentes, permite-lhes conhecer as expectativas e as necessidades de informação e de formação em EpS que possuem. A Ordem dos Enfermeiros (2002) ressalva que o exercício profissional de enfermagem distinguindo-se pela sua formação e experiência, deve ir de encontro à compreensão do indivíduo, numa perspectiva multicultural.

A subcategoria *Grande afluência de utentes* foi considerada por um dos entrevistados como um elemento favorável ao exercício da EpS no SUG:

Temos uma grande afluência de doentes, existem algumas oportunidades para aplicarmos realmente esta educação para a saúde. (E1).

Esta afirmação contempla a variedade de utentes, com patologias, níveis de literacia e expectativas distintas, que recorrem a este sector de saúde.

Se a equipa de enfermagem estiver desperta para a diversidade de situações que carecem da sua intervenção em contextos de promoção e educação para a saúde, aperceber-se-á que o seu contributo pode influenciar a saúde da população, ajudando os indivíduos a optar por estilos de vida saudáveis (Sands & Wilson, 2003).

A categoria **Barreiras do SUG para a prática da EpS** integra como subcategorias: *Falta de tempo, Número de enfermeiros para a afluência de utentes, Volume de trabalho, Dinâmicas do SUG e Características inerentes aos utentes* (Anexo4).

As subcategorias destacadas foram consideradas elementos que influenciam de forma negativa a implementação da EpS no SUG.

Os entrevistados referiram como uma das barreiras à implementação da EpS no SUG a *Falta de tempo*, através dos seguintes discursos:

(...) o tempo escasseia (...) (E1); *Como barreiras é a disponibilidade de tempo (...)* (E3).

Estes dois enfermeiros revelam que o pouco tempo disponível constitui um elemento prejudicial para a aplicação da EpS. Esta condição irá ser analisada em conjunto com a seguinte subcategoria, visto existir uma relação entre ambas.

Em relação à subcategoria *Número de enfermeiros para a afluência de utente*, os enfermeiros referiram: *O rácio enfermeiro-doente não é o melhor(...)* (E1); *Como barreiras (...) é o facto do serviço funcionar com um numero reduzido de enfermeiros do que seria desejado, para a capacidade a nível de doentes.* (E3); *Em relação às barreiras é mesmo a afluência de doentes (...)* (E5).

Estes discursos expressam o ponto de vista dos enfermeiros do SUG do hospital em estudo, que refere que este sector de saúde acolhe um número elevado de utentes diariamente, e a equipa de enfermagem não consegue dar uma resposta adequada a todas as necessidades dos utentes. No entanto, Rush (2001) expõe que apesar da carência de profissionais de saúde, do número crescente dos doentes que recorrem ao SUG e como consequência, das limitações de tempo, a transmissão de informação aos utentes e a sua orientação pedagógica em relação seu plano de saúde, constitui umas das prioridades da equipa de enfermagem.

Assim, é determinante descobrir e reinventar novas formas de cuidar, no sentido de se conseguir praticar a EpS no SUG, independentemente da fracção de utentes que este sector acolhe.

Os entrevistados proferiram alguns relatos acerca do *Volume de trabalho* e do modo como este influencia de modo negativo a aplicação da EpS: *As barreiras serão mesmo o volume de trabalho, que às vezes não nos possibilita fazer os correctos ensinios.* (E2); *Como barreiras (...) e o volume de trabalho.* (E3); *Como barreiras, o volume de trabalho que nos temos.* (E4); *Em relação às barreiras (...) e a carga de trabalho.* (E5).

Esta subcategoria está directamente relacionada com a anterior, visto que devido ao reduzido número de enfermeiros, e à grande afluência de utentes ao SUG, o volume de trabalho diário é superior ao que era desejável, no sentido de se implementarem práticas de cuidados dirigidas às reais necessidades de cada indivíduo. No entanto, este facto não deve ser impeditivo de realizar intervenções em EpS, sendo que estas devem ser adequadas a cada momento, podendo muitas vezes serem mais condensadas e dirigidas às necessidades instantâneas. É de realçar, mais uma vez, a relevância do plano de cuidados, elaborado pela equipa de enfermagem, no sentido de se dar continuidade ao mesmo, principalmente quando este não poder ser concluído no SUG (Rush, 2001). Hesbeen (2001) acrescenta ainda que a relação empática que cada profissional estabelece com o cliente, para além de depender de factores como a quantidade de trabalho, é condicionada pela sua pro-actividade e livre arbítrio para o cuidar holístico numa abordagem global à pessoa.

Os discursos que referiram as *Dinâmicas do SUG* como factor limitante na aplicação das EpS referem como um dos influentes, as prioridades do SUG: (...) *existem prioridades como a medicação (...) muitos procedimentos invasivos (...) Temos de fazer coisas (...) que as próprias rotinas do serviço exigem, descurando um bocado essa vertente da educação.* (E1); *Somos muito requisitados constantemente, muitas vezes somos interrompidos quando estamos a prestar algum ensino ao doente (...)* (E4).

Estes relatos demonstram uma sobrevalorização das competências técnicas, em detrimento da componente relacional.

O enfermeiro assume uma posição de pivô na equipa multidisciplinar, por todos os seus conhecimentos e desenvoltura na prática de cuidados, o que permite um conhecimento das necessidades e expectativas dos utentes, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. Taylor e Taylor (2001), e Rush (2001) completam esta premissa, ao afirmarem que as intervenções da equipa de enfermagem devem atender não só à componente técnica, mas também ao nível relacional, já que independente do tipo de prática, existe sempre a comunicação e a oportunidade de se iniciar uma relação terapêutica.

O tempo de permanência da família, no SUG também foi considerado por um dos entrevistados, como limitador na aplicação da EpS: (...) *o facto de só teres contacto com a família (...) durante meia hora (...) e essa é uma hora que ainda por cima*

coincide com a administração de terapêutica, e não tens disponibilidade nenhuma (...) (E3).

Esta constatação revela a presença da família como um elemento essencial na prática da EpS. Um dos regulamentos do SUG do hospital em estudo, considera a presença de um elemento significativo para o utente que está internado na UICD, durante trinta minutos, uma vez por dia, salvo algumas exceções. Esta norma tende a limitar o contacto da equipa de saúde com os familiares, o que torna a aplicação da EpS menos funcional.

Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros devem empenhar-se na relação terapêutica com os indivíduos e famílias, de modo a aumentar o seu repertório de recursos pessoais, familiares e comunitários para lidarem da melhor forma com os desafios de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

No que se refere à subcategoria *Características inerentes aos utentes*, foi proferido: (...) *os doentes quando estão internados e têm alta, muitas vezes não estão com o estado de consciência mantido (...)* (E1); (...) *temos os doentes numa fase aguda, com muita dor e a comunicação com ele também não vai ser eficaz (...)* (E5).

Existem factores relacionados com a condição física e intelectual dos utentes, que influenciam o modo como a informação transmitida pode ser apreendida. Assim, é essencial adequar a transmissão da informação a cada individuo, de acordo com as suas capacidades e modos de estar. Rush (2001) recorda que o SUG é procurado por pessoas com diferentes características físicas, psicossociais e culturais, sendo que o conhecimento e a percepção destas diferenças revelam-se essenciais para a prática da EpS de um modo eficaz.

3. Síntese Geral dos Resultados:

Da totalidade dos utentes inquiridos, 80% já esteve internado anteriormente, e em 58% destes casos, o motivo do internamento foi idêntico ao actual. Esta evidência remete-nos para a reflexão acerca do papel da equipa de enfermagem na promoção e educação para a saúde no SUG, de modo a reduzir o número de reinternamentos, que poderiam ser evitados se estas práticas fossem aplicadas neste sector de saúde.

Dos inquiridos, 83% concorda que algumas doenças estão ligas ao estilo de vida, no entanto apenas 50% manifesta que o motivo do seu internamento está ligado ao seu estilo de vida. É de considerar que a maioria das condições de saúde são determinadas pelos estilos de vida, e mesmo aquelas que se apresentam originárias de processos não intencionais, são também influenciadas pela condição psicológica, o que por sua vez, é influída pelo bem-estar e conforto físico (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Romanow (2002) assegura que os utentes têm uma atitude passiva na tomada de decisão sobre a sua própria saúde, sendo essencial atribuir-lhes um papel predominante e activo no seu projecto de saúde, a fim de se sentirem responsáveis pela adopção de comportamentos que influenciem de forma positiva a sua qualidade de vida.

Estes dados remetem para a importância de existir uma EpS adequada que proporcione a transmissão de informação sobre comportamentos saudáveis, envolvendo o utente e os familiares nos cuidados, de modo a incutir-lhes a responsabilidade sobre o seu projecto de saúde, promovendo a sua autonomia e o desenvolvimento de aptidões que lhe permitam adoptar estilos de vida saudáveis (Ferreira, 2006). Neste contexto, os enfermeiros entrevistados reconhecem o conceito de EpS, referindo que este integra *transmissão de conhecimentos, promoção do bem-estar e da qualidade de vida, promoção da autonomia e sensibilização para os cuidados acerca da sua saúde*.

A maior parte dos utentes, 57%, refere que a equipa de enfermagem não partilhou informações relacionadas com os estilos de vida, que os incentivassem a melhorar a sua saúde (Gráfico nº5). Todos os enfermeiros entrevistados reconhecem que durante a sua prática profissional no SUG não trabalham a EpS de uma forma contínua, devido a inúmeras limitações, tais como *a falta de tempo, número de enfermeiros para a afluência de utentes, volume de trabalho, dinâmicas do SUG e as características*

inerentes aos utentes (Anexo 4). Apesar desta condição, os enfermeiros entrevistados referem que é uma área que é essencial abordar no exercício profissional da enfermagem no SUG, como demonstra o discurso de E2: *O serviço de urgência é um dos sítios mais importantes, onde se deveria realizar educação para a saúde, porque as pessoas recorrem aqui numa fase aguda da sua doença e depois precisam de levar para casa algumas indicações do que lhe poderá facilitar e melhorar o seu estado, para que não volte a acontecer este estado agudo das suas doenças, que muitas vezes são crónicas e agudizam por falta de conhecimentos das pessoas.* (E2).

Da totalidade dos utentes inquiridos que usufruíram de intervenções em EpS todos consideram que os conhecimentos partilhados pela equipa de enfermagem foram relevantes para o seu plano de saúde. Este aspecto também é considerado pelos enfermeiros, que legitimam a sua acção na prática da EpS: *A educação para a saúde é um princípio que faz parte da nossa profissão e que nós devemos sempre conseguir fazer.* (E3); *Existem situações com as quais nós nos deparamos e podemos sempre ajudar o doente através da educação para a saúde.* (E4).

Dos inquiridos, 46% dos utentes refere que recebeu orientações relativamente a estilos de vida saudáveis, enquanto o enfermeiro lhes estava a prestar outros cuidados (Gráfico nº10). Os enfermeiros entrevistados referem que praticam a prática da EpS (...) *depende muito da disponibilidade do enfermeiro, e também da própria acção de enfermagem que se deseja fazer.* (E5). Também é defendido que a EpS (...) *é uma coisa que tu tens de ser capaz de desenvolver e de integrar nos teus cuidados que prestas (...)* (E3).

Dos utentes inquiridos, 54% referem que desejariam que mais informação fosse partilhada pelos enfermeiros (Gráfico nº14). Os enfermeiros expõem que no seu exercício profissional, não desenvolvem intervenções em EpS de modo satisfatório e que responda às necessidades de informação dos utentes: *Faço aos doentes essenciais, sempre que possível, mas devia fazer mais (...)* (E1)

Em relação ao papel da família na prática da EpS, 79% dos utentes inquiridos menciona que foi partilhada informação à pessoa significativa deste (Gráfico nº16). Esta afirmação é corroborada pela opinião da equipa de enfermagem, que realça o papel primordial que a família tem no projecto de saúde de cada indivíduo: (...) *sensibilizar os*

utentes bem como a respectiva família acerca dos cuidados (E2); (...) educação para a saúde não é só para o utente, é para o utente e para a família (...) (E3).

A formação durante o curso de licenciatura em enfermagem foi focada, no sentido em que sensibilizou e despertou os enfermeiros para a EpS, mas estes sentem que não os preparou de forma apropriada para serem educadores de saúde, como se pode auferir nos discursos: *As disciplinas que tive na faculdade deram-me uma noção, um conceito do que era a educação para a saúde (...) (E1); Não digo que me dotou de competências adequadas, digo é que me alertou para a importância da educação para a saúde. (E4).*

A formação continua nesta área não foi destacada pelos enfermeiros, referindo que apesar de ser uma temática importante para a prática profissional de enfermagem, e essencial de aplicar no SUG, a maioria dos entrevistados referiram não ter aprofundado conhecimentos neste âmbito, como demonstra, por exemplo o seguinte discurso: *Apos o meu curso de base não tive formação nesta área. (E4); (...) não tive por falta de tempo. (...) mas gostava muito de fazer (...) (E5).* Existiu ainda a referência à importância que a experiência profissional detém no exercício da EpS: *(...) mas na prática, aquando da aplicação desta educação para a saúde é que conseguimos ganhar estruturas e bases de conhecimento para nos melhorarmos enquanto educadores. (E1).*

IV – Conclusão

O desenvolvimento dos meios técnicos, os determinantes da saúde contemporâneos e as expectativas da população, constituem um motor importante nas mudanças do exercício profissional, exigindo novas aptidões e competências, bem como novas formas de actuar.

A educação e a promoção da saúde são contributos da profissão de enfermagem que influenciam a melhoria do estado de saúde das populações, sendo que os enfermeiros são os profissionais de saúde que ocupam uma posição distinta para intervir concretamente e efectivamente na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009; Nunes et al, 2005).

A eleição da área temática deste estudo teve em consideração a pertinência e utilidade do mesmo, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes e a valorização e reconhecimento da profissão de enfermagem, assim como o interesse pessoal e a motivação intrínseca da investigadora.

Assim, optou-se pelo tema da Educação e Promoção da Saúde no SUG, tendo como ponto de partida para a elaboração deste projecto, a seguinte questão que se fundamenta no objecto de estudo: *Qual é a percepção dos utentes e dos enfermeiros acerca do papel da equipa de enfermagem na educação e promoção da saúde no SUG?*

No sentido de responder a esta questão, foram aplicados questionários auto-administrados aos utentes, apos a sua alta clinica da UICD, e realizadas entrevistas semidirigidas aos enfermeiros do SUG, com vista a apreender a realidade das vivências destes dois intervenientes na prática de cuidados.

De acordo com a demonstração de resultados empreendida, foram construídos gráficos para apresentar as respostas dos utentes e constituídas tabelas para categorizar os dados que emergiram das entrevistas. Após a análise dos resultados, despoletaram uma série de constructos que possibilitam uma visão mais alargada sobre o objecto de estudo, e que permitem corresponder aos objectivos previamente delineados.

Através da análise dos resultados emergentes, constata-se:

- A maior parte dos utentes, 57%, refere que a equipa de enfermagem não partilhou informações relacionadas com os estilos de vida, que os incentivassem a melhorar a sua saúde;
- Da totalidade dos utentes inquiridos que usufruíram de intervenções em EpS, todos consideram que os conhecimentos partilhados pela equipa de enfermagem foram relevantes para o seu plano de saúde;
- 54% dos utentes desejariam que mais informação fosse partilhada pelos enfermeiros;
- Os enfermeiros entrevistados reconhecem o conceito de EpS, referindo que este integra *transmissão de conhecimentos, promoção do bem-estar e da qualidade de vida, promoção da autonomia e sensibilização para os cuidados acerca da sua saúde*;
- A formação durante o curso de licenciatura em enfermagem foi focada, no sentido em que sensibilizou e despertou os enfermeiros para a EpS, mas estes sentem que não os preparou de forma apropriada para serem educadores de saúde;
- A formação continua nesta área não foi destacada pelos enfermeiros, referindo que apesar de ser uma temática importante para a prática profissional de enfermagem, e essencial no SUG, a maioria dos entrevistados referiram não ter aprofundado conhecimentos neste âmbito;
- Os relatos dos enfermeiros revelam que a maior parte das intervenções em EpS no SUG são realizadas na UICD, no entanto reconhecem que em qualquer valência se descobrem momentos e oportunidades para aplicar a EpS;
- Todos os enfermeiros entrevistados reconhecem que existem factores que influenciam a prática da EpS no SUG. Como barreiras referem: *a falta de tempo, número de enfermeiros para a afluência de utentes, volume de trabalho, dinâmicas do SUG e as características inerentes aos utentes*. Como aspectos facilitadores referem a *Proximidade com os utentes e Grande afluência de utentes*.

Através da análise dos resultados, pode-se concluir que os utentes esperam que os enfermeiros participem no seu projecto de saúde, como promotores da sua qualidade de

vida, sendo que esta conduta também é reconhecida pelos enfermeiros entrevistados, visto que admitem o seu papel preponderante na área da promoção e EpS. Ribeiro (1999) refere que os contributos da enfermagem na área da promoção da saúde e da prevenção da doença são amparados por uma perspectiva ética e económica, visto que a sua prática contribui para o bem-estar das pessoas, e o seu investimento para o aumento dos ganhos em saúde, e para a redução dos gastos com a morbilidade e mortalidade.

O contexto do SUGH remete geralmente o pensamento para intervenções baseadas em situações de urgência e de emergência, sendo esta a sua principal missão e a vitrina dos cuidados aqui prestados. No entanto, na actualidade 80% das pessoas que recorrem ao SUG, apresentam problemas de saúde que não necessitam de intervenção clínica imediata, sendo consideradas não urgentes (Peneff, 2003). Este paradigma impele que a prática dos cuidados de saúde se adapte aos novos desafios e exigências da população, de modo a que os projectos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Neste contexto o papel de cada enfermeiro na promoção e EpS, por todos os seus conhecimentos humanos, técnicos e científicos, e por toda a sua experiência em relações humanas, é crucial e deve ser reivindicado como parte integrante do seu exercício profissional, independente do sector de saúde onde exerça a sua prática (Sands e Wilson, 2003).

Esta adequação do perfil e das competências do enfermeiro é sustentada pela formação que constitui uma matéria determinante na orientação tomada pelos diferentes profissionais, no serviço dedicado à população (Hesbeen, 2000).

A dinâmica e os protocolos desenvolvidos na prática de cuidados regulam, de certo modo, o estilo de trabalho que caracteriza a equipa multidisciplinar e a forma como esta emprega as suas intervenções, existindo ainda assim oportunidade à expressão do espírito crítico e criativo de cada um dos seus elementos.

O artigo nº5 promulgado pela Ordem dos Enfermeiros (2004) menciona o interesse da investigação: *Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem, em particular, e da saúde, em geral* (Ordem dos Enfermeiros, 2004:8).

Assim, reconhece-se que a investigação é um pilar determinante de uma disciplina que se pretende fundamentada, autónoma, com crescente respeitabilidade multidisciplinar e socialmente reconhecida (Ordem dos enfermeiros, 2008). O enfermeiro materializa os resultados da investigação na sua prática profissional, constituindo uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do seu exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Ao concluir este itinerário, tenho a noção de que nada terminou. Surgem aspectos que suscitam novos interesses e revelam-se novas áreas heurísticas.

No sentido de aprofundar conhecimentos e continuar o estudo sobre esta temática, sugere-se uma investigação alargada a um maior número de utentes, com vista a apreender outras opiniões e realidades, e aplicar-se esta investigação noutras instituições de saúde, comparando os resultados obtidos.

Assim, impulsiona-se a garantia de uma maior evidência e reconhecimento da opinião dos principais intervenientes na promoção e EpS, os utentes e os enfermeiros, com a finalidade de compreender a importância desta área temática no paradigma dos SUG contemporâneos.

Referencias Bibliográficas

Almeida, J. & Pinto, J. (1989). Da Teoria à Investigação Empírica. Problemas Metodológicos gerais. In A. Silva & J. Pinto (Eds). *Metodologia das Ciências Sociais* (pp:55-78). Porto: Edições Afrontamento.

Alves, A. (2008). Educar para o regresso a casa após o transplante hepático. In Ordem dos Enfermeiros (Ed). *Prémio de Investigação em Enfermagem – Mariana Diniz de Sousa – 2008* (pp:33-62). Loures: Lusociência.

Araújo, I. (2006). Saúde, Doença e Educação para a Saúde: Uma Perspectiva. *Sinais Vitais*, 67, 13-16.

Arbués-Moreira, M. & Friendlander, M. (1996). O Adulto como Aprendiz: revisão da literatura. *Servir*, 44, nº4, 188-192.

Ashworth, P. (1990). *High Technology and Humanity for intensive care*. Irlanda: Department of Nursing and Health Visiting, University of Ulster.

Bogdan, R. & Biklen, S. (2005). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Bom, L. (1996). *Educar e Formar ao Longo da Vida*. In Seminários e Colóquios. Lisboa: Conselho Nacional de Educação.

Bracken, J. (2001), Triagem. In S. Sheehy (Ed.). *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática*. (4ªed., pp.117-124). Loures, Lusociência.

Collado, A. (2003). *A Família: O Desafio da Diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceito, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.

Correia, M. (2004). *Construção do Currículo no Ensino de Enfermagem: um estudo de caso*. Loures: Lusociência.

Cortesão, L. (1993). Projecto, interface de expectativa e de intervenção. In E. Leite, M. Malpique & m. Santos (Eds). *Trabalho de projecto*. (Vol.2, pp.81-90). Porto: Edições Afrontamento.

Direcção Geral da Saúde (2001a). *Guias de Educação e Promoção da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2001b). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: Ministério da Saúde. Também disponível em:

<http://www.dgs.pt/>, consultado em 12 de Maio de 2012.

Direcção-Geral da Saúde (2010). *É Tempo de Agir! Declaração para uma vida melhor*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Figueiredo, A. (2004). *Ética e formação em enfermagem*. Lisboa: Climepsi editores.

Ferreira, A., Nunes, A., Miguéns, C., Teixeira, I.M. & Bernardes, M. (2006). Responsabilidades do Enfermeiro como Agente de Mudança. *Sinais Vitais*, 68, 19-22.

Foddy, W. (2002). *Como Perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.

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

Green, W. & Simons-Morton, B. (1984). *Educacion para la salud*. México: Interamericana.

Ghiglione, R. & Matalon, B. (2001). *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta editora.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à Família: Teoria, Prática e investigação*. Loures: Lusociência.

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.

Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Loures: Lusociência.

Instituto do Emprego e Formação Profissional (2013). *Classificação Nacional de Profissões*. Lisboa. Também disponível em:

<http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>, consultado em 05 de Janeiro de 2013.

Instituto Nacional de Estatística Portugal (2012). *Anuário Estatístico da Região Lisboa, 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P, também disponível em: <http://www.ine.pt/>, consultado em 02 de Janeiro de 2013.

Josso, M. (2002). *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa.

Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde – Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.

Lesne, M. (1977). *Trabalho pedagógico e formação de adultos – elementos de análise*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Macphail, E. (2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In S. Sheehy (Ed.), *Enfermagem de Urgência. Da Teoria à Prática*. (4ªed., pp. 3-7). Loures: Lusociência.

Malglaive, G. (1995). *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora.

Marco, L. et al (2006). Intensive care nurses beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nursing in Critical Care*, 11, nº1, 33-41.

Mateus, B. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar. Que realidade*. Loures: Lusociência.

Ministério da Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 200-/2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Nóvoa, A. (1988). *A formação tem de passar por aqui: as histórias de vida no projecto prosalus*. In A. Nóvoa & M. Finger (Eds.), *O método (auto)biográfico e a formação*. (pp. 107-130) Lisboa: Ministério da Saúde.

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Dados Estatísticos – 2000 a 2012*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, também disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Paginas/default.aspx>, consultado em 27 de Fevereiro, de 2013.

Organização Mundial da Saúde (1978). *Declaração de Alma-Ata – Conferência internacional sobre cuidados primários*. USSR: OMS. Também disponível em: www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, acessido em 28 de Abril de 2012.

Organização Mundial da Saúde (1986). *Carta de Ottawa – Promoção da saúde nos países industrializados*. Canadá: OMS. Também disponível em:

http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm, acessido em 15 de Abril de 2012.

Organização Mundial da Saúde (1997). *Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI*. Jacarta: OMS. Também disponível em:

www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf, acessido em 28 de Abril de 2012.

Organização Mundial da Saúde (2009). *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. Switzerland: OMS. Também disponível em:

<http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf>, acessido em 15 Junho 2012.

Pacheco, S. & Cunha, S. (2006). A Educação para a Saúde nos Cuidados de Saúde Promário: O Papel do Enfermeiro. *Nursing*, 211, 19.22.

Peneff, Jean (2002). *O hospital na urgência: estudo por observação participante*. Coimbra: Formasau.

Peneff, Jean (2003). *Os doentes das urgências: uma forma de consumo clínico*. Coimbra: Formasau.

Pineau, G. (1988). *A autoformação no decurso da vida: entre a hétero e a ecoformação*. In A. Nóvoa & M. Finger (Eds.), *O método (auto)biográfico e a formação*. (pp. 63-78) Lisboa: Ministério da Saúde.

Redman, B. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde*. Loures: Lusociência.

Ribeiro, L. (1999). O Dia da Escola. *Pensar Enfermagem*, 3(1), 3-7.

Rodrigues, V. (2005). Educar para a Saúde: Uma Estratégia de Promoção da Saúde. *Sinais Vitais*, 59, 47-51.

Romanow, R. (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada – Final Report*. Canada: Commission on the Future of Health Care in Canada.

Saint-Georges, P. (1997). Pesquisa e crítica das fontes de documentação nos domínios económico, social e político. In L. Albarello *et al.* (Eds). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. (pp. 15-51). Lisboa: Gradiva.

Sands, J. & Wilson, A. (2003). *Promoção de Estilos de Vida Saudáveis*. In Phipps, Sands & Marek (Eds.). *Enfermagem médico-cirúrgica. Conceitos e prática clínica*. (6ªed., pp. 57-79). Loures: Lusociência.

Taylor, J., Taylor Jr. (2001). *O Processo de Enfermagem de Urgência e Diagnóstico de Enfermagem*. In S. Sheehy (Ed.), *Enfermagem de Urgência. Da Teoria à Prática*. (4ªed., pp. 9-16). Loures: Lusociência.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rocco, T., Bliss, L., Gallagher, S., & Prado, A. (2003). Taking the next Step: Mixed Methods: Research in Organizational Systems. *Performance Journal*, 21, 19-29.

Rush, C. (2001). Ensino ao doente. In S. Sheehy. *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática*. (4ªed., pp. 53-67). Loures, Lusociência.

Vala, J. (1989). A Análise de Conteúdo. In A. Silva & J. Pinto (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais*. (pp. 101-128)..Porto: Edições Afrontamento.

Legislação (leis e decretos)

Lei nº48/90, Lei de Bases da Saúde (24-08-90), também disponível em:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>, acedido em 18 de Abril, de 2012.

Ministério da Saúde (2002). *Portaria nº55/2002 de 6 de Março*, no Diário da República, 1.a série B. (pp.1865-1866).

Ministério da Saúde (2007). *Portaria nº651/2007 de 30 de Maio*, no Diário da República, 1.a série—N.º 104—30 de Maio de 2007. Também disponível em http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/leis-organicas/administracao-indirecta-do-estado/Port.%20651-2007-%2030%20Maio.pdf/view, consultado em 3 de Maio de 2012.

Anexos

Anexo 1 – Quadro de análise de conteúdo das entrevistas

Temas	Categorias	Sub-categorias
1. Conceito de EpS	Percepção dos enfermeiros do SUG acerca da EpS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Transmissão de conhecimentos ○ Promoção do bem-estar e da qualidade de vida ○ Promoção da autonomia ○ Sensibilização para os cuidados acerca da sua saúde
2. Formação em EpS	Formação inicial dos enfermeiros do SUG em EpS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Especificidades do Curso de Licenciatura em Enfermagem ○ Competências em EpS adquiridas no Curso de Licenciatura em Enfermagem
	Formação contínua dos enfermeiros do SUG em EpS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Formação teórica ○ Experiência profissional
3. EpS na prática diária do SUG	Realização da EpS no SUG	<ul style="list-style-type: none"> ○ Concretização da EpS no SUG ○ Importância do Enfermeiro na EpS no SUG ○ Em várias valências que constituem o SUG ○ Papel da família
	Aspectos facilitadores no SUG para a prática da EpS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Proximidade com os utentes ○ Grande afluência de utentes
	Barreiras do SUG para a prática da EpS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de tempo ○ Número de enfermeiros para a afluência de utentes ○ Volume de trabalho ○ Dinâmicas do SUG ○ Características inerentes aos utentes

Anexo 2 - Quadro das unidades de registo (Tema 1)

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
Percepção dos enfermeiros do SUG acerca da EpS	○ Transmissão de conhecimentos	<i>Educar o doente na problemática da sua patologia (...) (E1)</i> <i>(...) dotar as pessoas de ferramentas, com os conhecimentos que temos (...) (E3)</i>
	○ Promoção do bem-estar e da qualidade de vida	<i>(...) promovendo o seu bem-estar (...) (E1)</i> <i>(...) aumentando a sua qualidade de vida no seu dia a dia. (E1)</i>
	○ Promoção da autonomia	<i>(...) no fundo terem a sua autonomia, de acordo com as suas capacidades (E1)</i> <i>(...) é necessário que as pessoas consigam em casa dar continuidade a esses cuidados. (E2)</i> <i>(...) capacitar as pessoas para conseguirem tomar nas suas mãos os cuidados que são necessários e aquilo que são capazes de realizar (...) (E3)</i> <i>(...) dota-las de capacidades e de competências para conseguirem executar seja o que for (...) para conseguirem cuidar delas mesmas. (E3)</i> <i>(...) conseguirem ir para casa (...) sem o nosso apoio de enfermagem, sendo autónomos na própria convalescença deles. (E5)</i>
	○ Sensibilização para os cuidados acerca da sua saúde	<i>(...) para mim é sensibilizar os utentes (...) acerca dos cuidados que têm de ter para a sua saúde. (E2)</i> <i>(...) promover a reflexão do doente em relação à prevenção, ou sobre alguma patologia que o doente tenha associada (...) (E4)</i>

Anexo 3 - Quadro das unidades de registo (Tema 2)

Categories	Subcategories	Unidades de registo
Formação inicial dos enfermeiros do SUG em relação à EpS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Especificidades do Curso de Licenciatura em Enfermagem 	<p><i>Tive [formação inicial em EpS] integrada em várias disciplinas da minha licenciatura. (E1)</i></p> <p><i>Tive disciplinas como a pedagogia, entre outras. (E2)</i></p> <p><i>Tive formação genérica na área da pedagogia, e tive formação específica na área das cadeiras de enfermagem sobre educação para a saúde (E3)</i></p> <p><i>Houve disciplinas na licenciatura em enfermagem que abordavam a área da educação para a saúde. (E4)</i></p> <p><i>(...) os professores faziam muita incidência nessa área. Nos não terminávamos um estágio em que um dos objectivos não fosse realizar uma acção de educação para a saúde, em qualquer tipo de área.(...) faziam muita questão de que fosse um objectivo da nossa formação. (E5)</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Competências em EpS adquiridas no Curso de Licenciatura em Enfermagem 	<p><i>As disciplinas que tive na faculdade deram-me uma noção, um conceito do que era a educação para a saúde (...) (E1)</i></p> <p><i>O curso de base não nos prepara adequadamente, de todo, para sermos educadores para a saúde (E2)</i></p> <p><i>(...) o suficiente para te dotar minimamente, enquanto enfermeiro generalista, de conceitos pedagógicos básicos (...) (E3)</i></p> <p><i>Não digo que me dotou de competências adequadas, digo é que me alertou para a importância da educação para a saúde. (E4)</i></p> <p><i>O meu curso de licenciatura preparou-me adequadamente para ser educador de saúde. Mas eu noto que há alguma diferença nos enfermeiros que estão a sair dos cursos agora. Saem muito mais viradas para a técnica do que propriamente para a educação para a saúde. (E5)</i></p>

Formação contínua dos enfermeiros do SUG em relação à EpS	<ul style="list-style-type: none"> ○ Formação teórica 	<p>(...) fiz o CAP, o certificado de aptidão pedagógica, que foi uma grande ajuda e uma grande base (...) em casa, se nos aplicarmos, conseguimos auferir mais conhecimento nesta área. (E1)</p> <p>Após a licenciatura não tive outras formações em educação para a saúde. (E2)</p> <p>Não tive formação nesta área, mas considero que é uma área que faz parte da nossa profissão (...) (E3)</p> <p>Apos o meu curso de base não tive formação nesta área. (E4)</p> <p>(...) não tive por falta de tempo. (...) mas gostava muito de fazer (...) (E5)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Experiência profissional 	<p>(...) mas na prática, aquando da aplicação desta educação para a saúde é que conseguimos ganhar estruturas e bases de conhecimento para nos melhorarmos enquanto educadores. (E1)</p> <p>(...) a competência de conseguir fazer uma educação para a saúde adequada, acho que se trabalha e se adquire com o tempo. (E4)</p> <p>(...) depende da tua área de experiência e das competências que vais adquirindo. (E5)</p>

Anexo 4 - Quadro das unidades de registo (Tema 3)

Categories	Subcategorias	Unidades de registo
Realidade da EpS no SUG	<ul style="list-style-type: none"> ○ Concretização da EpS no SUG 	<p><i>Faço aos doentes essenciais, sempre que possível, mas devia fazer mais (...) (E1)</i></p> <p><i>Num serviço de urgência é mais desejável do que possível realizar educação para a saúde (...) não deixa de ser possível se houver boa vontade, tenho a certeza de que há sempre um tempinho (...) tento faze-lo sim. Sempre que tenho oportunidade, tento faze-lo. (...) O serviço de urgência é um dos sítios mais importantes, onde se deveria realizar educação para a saúde, porque as pessoas recorrem aqui numa fase aguda da sua doença e depois precisam de levar para casa algumas indicações do que lhe poderá facilitar e melhorar o seu estado, para que não volte a acontecer este estado agudo das suas doenças, que muitas vezes são crónicas e agudizam por falta de conhecimentos das pessoas. (E2)</i></p> <p><i>(...) não é só é possível como desejável (...) tento sempre fazer, quer seja na preparação para a alta, ou mesmo em situações de doentes que têm patologias em que a educação para a saúde os pode ajudar. (E4)</i></p> <p><i>Pouco ou nada. Por mais que a gente tente, acabamos sempre por ser desviados do assunto, para outras intervenções (...) mas é um tema pertinente para trabalhar aqui na urgência (E5)</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Importância do Enfermeiro na EpS no SUG 	<p><i>A educação para a saúde é um princípio que faz parte da nossa profissão e que nos devemos sempre conseguir fazer. (E3)</i></p> <p><i>Existem situações com as quais nós nos deparamos e podemos sempre ajudar o doente através da educação para a saúde. (E4)</i></p> <p><i>(...) a educação para a saúde depende muito da disponibilidade do enfermeiro, e também da própria acção de enfermagem que se deseja fazer. (E5)</i></p> <p><i>Nós não somos a primeira linha de cuidados, somos uma linha secundaria de cuidados, mas já que falha um pouco no centro de saúde (...) nos temos de fazer o reforço, obviamente. (E5)</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Em várias valências que constituem o SUG 	<p><i>Na área ambulatória, tento realizar aos doentes que sei que vão para casa com sondas, por exemplo (...) (E1)</i></p> <p><i>O sítio que é mais propício a isso é o SO, porque é onde temos mais disponibilidade (...) nos balcões nem sempre conseguimos fazer aquilo que queremos, porque o volume de trabalho é muito maior, estamos mais condicionados e por vezes secalhar era um dos sítios onde deveríamos fazer mais (...) (E2)</i></p> <p><i>Em contexto de internamento considero que seja mais fácil (...) porque em contexto de ambulatório, em que puncionas uma veia para fazeres uma medicação analgésica, não implica transmitires uma educação para a saúde efectiva (E3)</i></p> <p><i>Faço educação para a saúde em contexto de internamento, basicamente. E em contexto de ambulatório quando os doentes saem do serviço de urgência, algaliados ou entubados, e que não têm conhecimentos sobre isso. (E3)</i></p> <p><i>Sem dúvida no SO, mas acho que é possível em qualquer local, no balcão, na cirurgia (...) (E4)</i></p> <p><i>(...) na triagem é o sitio onde conseguimos fazer melhor. Não só para redireccionar as pessoas para os cuidados adequados para elas (...) (E5)</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Papel da família 	<p><i>(...) sensibilizar os utentes bem como a respectiva família acerca dos cuidados (E2)</i></p> <p><i>(...) é uma coisa que tu tens de ser capaz de desenvolver e de integrar nos teus cuidados que prestas, quer ao doente, quer à família (...) educação para a saúde não é só para o utente, é para o utente e para a família (...) (E3)</i></p>
<p>Aspectos facilitadores no SUG para a prática da EpS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Proximidade com os utentes ○ Grande afluência de utentes 	<p><i>Como aspectos facilitadores, o facto de estarmos muito presentes (...) permite-nos ter uma maior proximidade e nesse sentido, conhece-los melhor, conseguindo ir de encontro às necessidades deles, tendo em conta os conhecimentos que têm. (E4)</i></p> <p><i>Temos uma grande afluência de doentes, existem algumas oportunidades para aplicarmos realmente esta educação para a saúde. (E1)</i></p>

Barreiras do SUG para a prática da EpS	○ Falta de tempo	<i>(...) o tempo escasseia (...)</i> (E1) <i>Como barreiras é a disponibilidade de tempo (...)</i> (E3)
	○ Número de enfermeiros para a afluência de utentes	<i>O rácio enfermeiro-doente não é o melhor(...)</i> (E1) <i>Como barreiras (...) é o facto do serviço funcionar com um numero reduzido de enfermeiros do que seria desejado, para a capacidade a nível de doentes.</i> (E3) <i>Em relação às barreiras é mesmo a afluência de doentes (...)</i> (E5)
	○ Volume de trabalho	<i>As barreiras serão mesmo o volume de trabalho, que às vezes não nos possibilita fazer os correctos ensinios.</i> (E2) <i>Como barreiras (...) e o volume de trabalho.</i> (E3) <i>Como barreiras, o volume de trabalho que nos temos.</i> (E4) <i>Em relação às barreiras (...) e a carga de trabalho.</i> (E5)
	○ Dinâmicas do SUG	<i>(...) existem prioridades como a medicação (...)</i> muitos procedimentos invasivos(...) <i>Temos de fazer coisas (...)</i> que as próprias rotinas do serviço exigem, descurando um bocado essa vertente da educação. (E1) <i>(...) o facto de só teres contacto com a família (...)</i> durante meia hora (...) e essa é uma hora que ainda por cima coincide com a administração de terapêutica, e não tens disponibilidade nenhuma (...) (E3) <i>Somos muito requisitados constantemente, muitas vezes somos interrompidos quando estamos a prestar algum ensino ao doente (...)</i> (E4)
	○ Características inerentes aos utentes	<i>(...) os doentes quando estão internados e têm alta, muitas vezes não estão com o estado de consciência mantido (...)</i> (E1) <i>(...) temos os doentes numa fase aguda, com muita dor e a comunicação com ele também não vai ser eficaz (...)</i> (E5)

Apêndices

Apêndice 1 – Questionário

No âmbito do curso de mestrado em Ciências da Educação, na especialidade educação para a saúde, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, realiza-se este estudo com o objectivo de Analisar o **contributo do enfermeiro na promoção e educação para a saúde no serviço de urgência geral**, pelo que a sua opinião é muito importante para nós.

Caso aceite colaborar, a sua tarefa consistirá em responder às questões que se apresentam no questionário. Todos os dados são anónimos e confidenciais, e é livre de participar. Mesmo após iniciar o preenchimento do questionário, pode desistir, se assim o desejar, sem qualquer tipo de prejuízo.

1. CARACTERIZAÇÃO GERAL
Idade: ___ anos
Habilitações Académicas: Ensino Básico___; Ensino Secundário ___; Ensino Superior__
Profissão: _____
Motivo de Internamento: _____
Já esteve internado anteriormente? ___ Sim; ___ Não
Se sim, qual foi o motivo? _____

2. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA		
Assinale com X a opção que se adequa à sua opinião	Sim	Não
a) Algumas doenças estão ligadas ao estilo de vida? (se “Não”, avance para a parte 3)		
b) O motivo do seu internamento está ligado ao seu estilo de vida?		
3. EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS CUIDADOS DIÁRIOS		
Assinale com X a opção que se adequa à sua opinião	Sim	Não
a) Depois deste internamento vai ter necessidade de adoptar ou alterar algum comportamento de saúde?		
b) O enfermeiro partilhou consigo informações sobre estilos de vida que deveria adoptar ou alterar para melhorar a sua saúde? (Se “Não”, avance para a parte 4)		
c) Considera que a informação partilhada pelo enfermeiro durante o internamento sobre estilos de vida ou comportamentos para melhorar a sua saúde, foi importante?		
d) Considera que a informação sobre estilos de vida ou comportamentos para melhorar a sua saúde, partilhada pelo enfermeiro durante o internamento foi suficiente?		
Assinale com X a opção que se adequa à sua opinião		
e) Em que momento do internamento o enfermeiro partilhou essa informação?	<input type="checkbox"/> no dia do seu internamento; <input type="checkbox"/> durante o internamento; <input type="checkbox"/> hoje.	
f) De que forma o enfermeiro partilhou essa informação?	<input type="checkbox"/> oralmente; <input type="checkbox"/> por escrita; <input type="checkbox"/> por demonstração; <input type="checkbox"/> outra – Qual?	

Assinale com X a opção que se adequa à sua opinião	Sim	Não
g) Os enfermeiros deram-lhe as informações sobre estilos de vida ou comportamentos de saúde de forma compreensível?		
h) Enquanto o enfermeiro estava a partilhar essa informação, estava a prestar outros cuidados?		
i) As informações foram solicitadas por si ou pela sua família?		
j) Mais do que um enfermeiro partilhou consigo o mesmo tipo de informação acerca de estilos de vida saudáveis?		
k) O enfermeiro mostrou-se disponível para proporcionar mais informações ou esclarecer dúvidas?		
l) Considera que seria importante os enfermeiros partilharem consigo mais informação? (Se “Não”, avance para a parte 4)		
m) Que tipo de informação? _____		

4. ENQUADRAMENTO FAMILIAR/ PRESTADORES INFORMAIS DE CUIDADOS

Assinale com X a opção que se adequa à sua opinião	Sim	Não
a) Após a saída do hospital vai contar com o apoio de alguém para o ajudar a satisfazer as suas necessidades diárias? (Se “Não”, terminou o preenchimento do questionário)		
b) Acha que foram partilhadas informações a essas pessoas, que ache importante para o ajudar no seu dia-a-dia?		

Muito Obrigada pelo apoio e tempo dispensado ao responder a este questionário

Apêndice 2 – Guião da Entrevista

Bloco Temático	Objectivos	Questões de Investigação
A – Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Informar o entrevistado acerca dos objectivos do trabalho. - Garantir a confidencialidade de todos os dados. - Motivar o entrevistado a participar, salientando a importância da sua participação no estudo. 	
B – Conceito de Educação para a Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência geral sobre o conceito de Educação para a Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - O que é para si a Educação para a Saúde? - Considera que num serviço de urgência é possível e desejável fazer Educação para a Saúde? Porquê?
C – Formação em Educação para a Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever as diferenças de percepção dos enfermeiros do serviço de urgência geral acerca do papel da enfermagem na Educação para a Saúde em função da respectiva formação inicial. - Caracterizar a formação em Educação para a Saúde realizada pelos enfermeiros do serviço de urgência geral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Na sua formação inicial, teve formação na área da Educação para a Saúde? - Considera que o curso de base o preparou adequadamente para ser educador de saúde? - Após o curso de base teve formação na área da Educação para a Saúde? Em caso afirmativo qual/quais?
D – Educação para a Saúde nos cuidados diários	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as práticas de cuidados de enfermagem na área da Promoção e Educação para a Saúde nas diferentes valências que compõem o Serviço de Urgência Geral. - Identificar os aspectos que influenciam a aplicação da Educação para a Saúde no serviço de urgência geral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faz Educação para a Saúde no serviço de urgência? Em caso afirmativo: - Em que valências considera que desenvolve mais actividades de Educação para a Saúde? - Que aspectos considera facilitadores ou como barreiras para a implementação da Educação para a Saúde no serviço de urgência?

Apêndice 3 – Pedido de Autorização para a realização do estudo

À Direcção de Enfermagem do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca,

Assunto: Pedido de autorização para a recolha de dados, no âmbito da tese de mestrado em Ciências de Educação, na especialidade de Educação para a Saúde

Cláudia Maria Caetano Machado, enfermeira neste hospital, no serviço de urgência geral, e mestranda em Ciências da Educação, na especialidade de Educação para a Saúde, na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, solicito a Vossa Excelência a autorização para a recolha de dados nesta Instituição de Saúde.

Este estudo diz respeito a um trabalho de natureza investigativa, orientado pelo Professor Doutor José Alves Diniz, e tem como temática: *Contributo do enfermeiro na educação e promoção da saúde no Serviço de Urgência Geral*.

Assim, considera-se pertinente realizar entrevistas aos enfermeiros do serviço de urgência geral, e questionários aos utentes que se encontrem no serviço de observação, antes da sua alta clínica.

Concebeu-se como Objectivo Geral do estudo: Analisar o contributo do enfermeiro, na promoção e educação para a saúde no Serviço de Urgência Geral.

Deste objectivo emergiram os seguintes Objectivos Específicos:

- Analisar a percepção dos utentes acerca do papel dos enfermeiros na educação e promoção da saúde no serviço de urgência geral;
- Analisar a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência geral sobre o conceito de Educação para a Saúde;
- Descrever de que modo a formação inicial dos enfermeiros do serviço de urgência geral contribui para a sua prática em Promoção e Educação para a Saúde;
- Descrever a formação contínua dos enfermeiros do serviço de urgência geral em Promoção e Educação para a Saúde;
- Identificar as práticas de cuidados de enfermagem na área da Promoção e Educação para a Saúde nas diferentes valências que compõem o serviço de urgência geral;

- Identificar os aspectos que os enfermeiros reconhecem que influem na aplicação da Educação para a Saúde no serviço de urgência geral.

No decorrer deste trabalho serão respeitados todos os pressupostos éticos, nomeadamente a liberdade de escolha, direito à informação, o anonimato e a confidencialidade dos dados de cada um dos participantes.

Após a realização do estudo e caso seja do Vosso interesse, estarão à disposição os resultados obtidos.

Na expectativa da sua melhor atenção
Com os melhores cumprimentos,

Cláudia Machado

Email: claudi.m.machado@gmail.com

Orientador da dissertação: Professor Doutor Alves Diniz

Email: jadiniz@fmh.utl.pt

Janeiro de 2011

Apêndice 4 – Formulário da Comissão de Ética



HOSPITAL FERNANDO FONSECA
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

a) Nome do Investigador principal: Cláudia Maria Caetano Machado

b) Título do Projecto (de estudo, investigação, etc.): “Contributo do enfermeiro na educação e promoção da saúde no serviço de urgência geral”

c) Serviço hospitalar onde o projecto será executado: Serviço de Urgência Geral

d) Existem outros Centros, Nacionais ou não, onde a mesma investigação será feita ? Não.

Em caso afirmativo indique-os _____

f) A investigação proposta envolve:

- Exames complementares – indique o tipo, frequência e quantidade de amostra. Especifique se estes exames são feitos especialmente para esta investigação ou se seriam executados no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar aos doentes. Não

g) Questionários :

- A quem são feitos: Aos utentes que estejam na unidade de internamento de curta duração, após a alta clínica.
- Como será mantida a confidencialidade: Garante-se, por escrito, todos os pressupostos éticos e deontológicos, de cada um dos participantes, nomeadamente a liberdade de escolha, direito à informação, o anonimato e a confidencialidade dos dados de cada um dos participantes.

(Nota : junte um exemplar do questionário que será utilizado)

ENSAIOS CLÍNICOS DE NOVOS FÁRMACOS

A. Tipo de ensaio :

Fase III Fase IV Marketing

B. Tipo de fármaco:

- Nome(s) genérico(s) _____

- Grupo farmacológico/terapêutico _____

- Aprovação noutros países _____

- Aprovação pela Direcção Geral de Assuntos Farmacêuticos (DGAF)

Fármaco: Aprovado Não Aprovado

- Forma medicamentosa : Aprovada Não Aprovada

- Indicação terapêutica contemplada na investigação :

Aprovada Não Aprovada

- Posologia contemplada na investigação:

Aprovada Não Aprovada

- Via de administração contemplada na investigação :

Aprovada Não Aprovada

- Tipo de Ensaio :

Comparação com placebo

Comparação com fármaco padrão

Ensaio em dupla ocultação

Ensaio aberto

Outro tipo (especifique) _____

NOTAS :

- 1- No caso de medicamentos já aprovados pela DGAF, junte a bula oficial do produto comercializado;
- 2- No caso de medicamentos ainda não aprovados pela CTNM, junte documento do fabricante, certificando a segurança do produto donde conste a posologia e vias de administração recomendadas, bem como as indicações terapêuticas.

JUSTIFICAÇÃO CIENTÍFICA DA INVESTIGAÇÃO

Descreva sucintamente os fundamentos científicos da investigação.

Indique em particular :

- se a investigação já foi feita anteriormente com seres humanos, qual o motivo que justifica a sua repetição;

- no caso da investigação nunca ter sido realizada em seres humanos, se o problema foi devidamente estudado a nível experimental de modo a otimizar os aspectos analíticos e técnicos e avaliar os possíveis efeitos adversos.

DOENTES ABRANGIDOS NA INVESTIGAÇÃO :

Número _____

As mulheres grávidas são excluídas ? Sim Não

Indique como se processará o recrutamento de doentes :

CONTROLES

Número _____

Indique como serão escolhidos _____

DESCRIÇÃO RESUMIDA DO PLANO DA INVESTIGAÇÃO :

ENUMERAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS, EXAMES OU SUBSTÂNCIAS QUE IRÃO SER ADMINISTRADAS AOS DOENTES.
(dietas especiais, medicamentos, radiosótopos, etc.)

RISCO BENEFICIO

A. Que riscos ou incómodos podem ser causados aos doentes pelo estudo ? Não existem riscos ou incómodos para os utentes em estudo.

B. Que benefícios imediatos poderão advir para os doentes pela sua anuência em particular no estudo ? Não existem benefícios imediatos para os doentes que consentirem o preenchimento do questionário.

C. Considera que os meios utilizados no estudo podem violar a privacidade do doente ? Não.

Em caso afirmativo, indique que medidas serão tomadas para assegurar a confidencialidade

D. Os doentes que não aceitarem participar no estudo, ficarão por esse facto, prejudicados em termos de assistência médica, relativamente aos participantes ?

Não

CONSENTIMENTO

A. Que tipo de consentimento se irá obter dos doentes: Consentimento livre e esclarecido, através de uma breve explicação sobre o estudo e a garantia de todos os pressupostos éticos e deontológicos. Este consentimento irá estar no início de cada questionário.

Nota : descreva o esclarecimento que irá ser dado ao doente (ou seu representante legal)

(se o consentimento é por escrito, junte uma cópia do impresso a ser assinado pelo doente, para esse fim)

B. A investigação ou estudo envolve:

- Menores de 14 anos: Não

- Inimputáveis: Não

Em caso afirmativo, que medidas estão previstas para respeitar os seus direitos e obter o seu consentimento esclarecido ou dos seus representantes legais? _____

RELATIVAMENTE AO ESTUDO :

A. Data prevista do início Março ou Abril de 2011

Data prevista da conclusão: cerca de 3 a 4 meses após o início do preenchimento dos questionários, dependendo da amostra que se consiga recolher durante esse tempo.

B. Pagamento aos doentes :

- Pelas deslocações Sim Não

- Pelas faltas de Serviço Sim Não

- Por danos resultantes da sua participação no estudo Sim Não

Em caso afirmativo especifique a entidade que assume a responsabilidade das indemnizações : _____

Outros pagamentos (especifique) _____

N.B. Nos termos do n.º 1, art.º 12º do Dec. Lei n.º 97/94, de 9 de Abril, a participação de sujeitos em ensaios clínicos, não pode ser remunerada.

C. Do estudo, que espécie de benefícios financeiros resultarão para o investigador e/ou instituição? Especifique em caso afirmativo.

Os dados obtidos, constituirão propriedade exclusiva da companhia farmacêutica ou outra entidade?

Apêndice 5 – Carta de Aprovação do Estudo