



UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

EDUCAR PARA O AUTOCUIDADO NUM SERVIÇO HOSPITALAR

Dissertação – Mestrado financiado pelo Centro de Ciência e Tecnologia da Madeira
Bolsa Individual de Formação: FSE BM – I/2005 – 005



CITMA

CENTRO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA MADEIRA



PROGRAMA OPERACIONAL
PLURIFUNDOS DA REGIÃO
AUTÓNOMA DA MADEIRA



CURSO CO-FINANCIADO
PELA UNIÃO EUROPEIA
FUNDO SOCIAL EUROPEU

Maria Dulce de Sousa Ornelas da Silva

Porto, 2007

U. PORTO

 INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

**EDUCAR PARA O AUTOCUIDADO
NUM SERVIÇO HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado em Ciências de
Enfermagem apresentada ao Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob
orientação da Professora Doutora Maria
do Céu Barbieri de Figueiredo



CITMA

CENTRO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA MADEIRA



PROGRAMA OPERACIONAL
PLURIFUNDOS DA REGIÃO
AUTÓNOMA DA MADEIRA



CURSO CO-FINANCIADO
PELA UNIÃO EUROPEIA
FUNDO SOCIAL EUROPEU

Maria Dulce de Sousa Ornelas da Silva

Porto, 2007

SIGLAS

CIPE - Classificação internacional para a prática de enfermagem

EPE - Entidade pública empresarial

OMS - Organização mundial de Saúde

WHO - World Health Organization

IGIF- Instituto de Gestão informática e Financeira da Saúde

ESEM - Escola Superior de Enfermagem da Madeira

APE - Associação Portuguesa dos Enfermeiros

REPE - Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros

ABREVIATURAS

Ed.- Edição

Eds - Editores

Et al - et alie-e outros

p. - página

p.p.- páginas

Ser enfermeiro...
É respeitar as capacidades,
As crenças e os valores de cada um.
É procurar o outro
E encontrá-lo na sua realidade,
Junto aos seus.
É criar oportunidades...
Para fazer crescer,
A partir do que se é, e sabe.
É promover a autonomia.
É ver para além do horizonte,
Ajudar a encontrar respostas,
É criar oportunidades
De traçar novos caminhos,
É ser persistente na derrota,
É dar esperança no fracasso.
É delegar poder
E não deixar de o ter,
Transformando-o em conhecimento,
Em capacitação
É acompanhar o caminho,
Ajudar a caminhar.
Promover conforto,
Planear cuidados.
Ser enfermeiro...
É ser responsável pelas decisões que se toma.
É saber escutar, transmitir confiança,
É estar com o outro...
É um misto de sentimentos,
Quando o sofrimento não faz sentido,
É o manter sereno
E transmitir confiança
Mesmo quando chega ao fim da linha...

Dulce Silva (2005)

AGRADECIMENTOS

As palavras são escassas para expressar a gratidão que sinto pelas pessoas que me apoiaram nesta caminhada.

Aos meus pais por sempre acreditarem em mim...

Ao Emanuel pelo amor, paciência, e amizade...

Ao Bruno pelo orgulho que expressa pela mãe nos seus dezoito anos.

Ao João e Simão por compreenderem a ausência e prescindirem de muitos momentos que eram seus por direito...

À minha orientadora professora Doutora Maria do Céu Barbieri Figueiredo pelo estímulo, pelo apoio, pela orientação e pela sua grande capacidade de compreensão.

À Luísa Santos pelo entusiasmo que empreende e pela dedicação à enfermagem e ao ensino.

À Idalina pela paciência e ternura

À ESEM pela oportunidade...

Aos enfermeiros pela partilha de experiências.

A todos os clientes que pretendem construir o seu projecto de saúde.

A todos o meu sincero OBRIGADA!

RESUMO

A educação para a saúde é desenvolvida pelos enfermeiros no contexto hospitalar procurando responder às necessidades da pessoa confrontada com a doença, com o internamento e com a alteração do autocuidado.

Esta investigação tem por objectivo compreender como é que os enfermeiros de um serviço hospitalar educam a pessoa adulta para o autocuidado.

Neste sentido, desenvolvemos um estudo de âmbito qualitativo. Observamos cinco situações de educação para o autocuidado, realizando posteriormente entrevistas semi estruturadas. Empregamos a amostra teórica. Os dados foram analisados recorrendo à *grounded theory* de Strauss e Corbin (1990).

Os resultados obtidos na análise dos dados permitem concluir que os enfermeiros quando realizam a educação para a saúde organizam a sua intervenção segundo um processo lógico, organizado e sistemático, traduzido nas sub categorias avaliar, planear e implementar. A elaboração formal da etapa do diagnóstico não foi referida pelos enfermeiros.

Os enfermeiros mobilizam diversas estratégias tais como: avaliar a causa, os conhecimentos, a linguagem utilizada pelo cliente, a receptividade manifestada, bem como as dificuldades apresentadas pelo mesmo.

Na fase da execução da educação emergiram as categorias *transmitir conhecimentos, informar, explicar, ensinar, demonstrar, repetir, instruir, reforçar, mediar e motivar*.

A educação para o autocuidado tem por finalidade: promover a aceitação da limitação, efectuar a preparação para a alta, resolver ou minimizar o problema e mudar comportamentos. Os cuidados são centrados no prestador (Tones e Tilford, 1999). Emergiram também as categorias fomentar a gestão da saúde/doença, promover a qualidade de vida e incentivar a progressão para a independência, abordagem centrada no cliente (Tones e Tilford, 1999), no modo de trabalho pedagógico do tipo incitativo, de orientação pessoal (Lesne, 1977) e na classe das intervenções facilitadoras (Heron, 2001). O espaço físico, a falta de privacidade e os meios audiovisuais insuficientes foram apontados como factores que dificultam a educação para o autocuidado no meio hospitalar.

Palavras chave: *Educação para a saúde, autocuidado*

ABSTRACT

Health Education is developed by nurses in the hospital context in order to fulfil patient's needs, with the hospitalization and with change in self-care.

The aim of this investigation is to understand how hospital nurses educate adult people for self-care.

In this way, we developed a qualitative research. We observed five situations for self-care education, and interviewed the nurses involved. We used a theoretic sample. Data analysis was conducted according grounded theory by Strauss e Corbin (1990).

The results of data analysis suggest that when nurses educate patients they organize their participation according to a systematic, organized and logic process, expressed in the following subcategories: to assess, to plan and to implement. The formal elaboration of the diagnosis stage was not referred by nurses.

Nurses developed several strategies such as: to assess the cause, knowledge, language used by client, the expressed receptivity, as well as difficulties presented by the client.

In the education execution stage emerged the categories *to transmit knowledge, to inform, to explain, to teach, to demonstrate, to repeat, to instruct, to reinforce, to mediate and to motivate*.

Self-care education aim is to promote the acceptance of the limitation, to execute the preparation for the hospital discharge, to solve or to minimize problems and to change behaviours. Nursing care is centred on the caregiver (Tones e Tilford 1999).

Other categories emerged: to promote health/disease management, to promote the progression for the independence, approach centred on the client (Tones e Tilford 1999), on the pedagogical work of the instigate type, the personal orientation (Lesne 1977), and facilitative interventions (Heron, 2001).

The physical space, the lack of privacy, insufficient audio-visual means were indicate as factors that obstruct self-care education in hospitals.

Key Words: Health education, self-care.

INDICE

f.

INTRODUÇÃO.....	12
-----------------	----

ABORDAGEM TEÓRICA

1-A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	18
1.1- COMPREENDENDO O PASSADO PRESPECTIVANDO O FUTURO.....	24
1.1.1 Contributos da Organização Mundial de Saúde	28
1.1.2 Promoção da saúde nos hospitais	33
1.2- CONTRIBUTOS DAS TEORIAS E MODELOS	36
2-A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	44
2.1-A APRENDIZAGEM.....	47
2.1.1 Estratégias para promover a aprendizagem	49
2.1.2- Factores que influenciam a aprendizagem	50
2.1.2.1- A motivação.....	55
2.4-CONTRIBUTOS DAS TEORICAS DE ENFERMAGEM	58
2.5-EDUCAR PARA O AUTOCUIDADO	61
2.6.1- Educar para o autocuidado a pessoa adulta	70
2.7-QUESTÕES ÉTICAS NO EDUCAR PARA A SAÚDE.....	73
3-PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	80

ABORDAGEM EMPÍRICA

4-OPÇÕES METODOLÓGICAS	84
4.1-A GROUNDED THEORY COMO REFERÊNCIA	89
4.2-FASE DO DESENVOLVIMENTO DO DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	95
4.2.1- Contexto e participantes	97
4.3- PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	100

4.3.1-Fase de recolha de dados	101
4.3.2-Critérios de rigor na colheita de dados	105
4.4-FASE DE ORDENAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	106
4.5.- QUESTÕES ÉTICAS	116
5- EDUCAR PARA O AUTOCUIDADO NUM SERVIÇO HOSPITALAR DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	119
5.1-CONDIÇÕES CAUSAIS.....	122
5.2- CONTEXTO.....	122
5.3-CONDIÇÕES INTERVENIENTES.....	126
5.4-ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS.....	134
5.5-CONSEQUÊNCIAS.....	149
CONCLUSÕES	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	161
ANEXOS	
<i>Anexo I- Autorização do Conselho de Administração do Serviço Regional de Saúde EPE</i>	<i>173</i>
<i>Anexo II- Apresentação em poster no Congresso Internacional de Investigação Científica em Enfermagem</i>	<i>176</i>
<i>Anexo III- Apresentação oral no IX Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação: Educação para o Sucesso Políticas e Actores .</i>	<i>178</i>

SEQUÊNCIA DE QUADROS

QUADRO Nº1-Níveis de prevenção e objectivos da educação para a saúde	26
QUADRO Nº2-Linguagem e significado associada às distintas abordagens na educação dos clientes	27
QUADRO Nº3-Teoria da Aprendizagem Social ou Teoria Sócio-Cognitiva	39
QUADRO Nº4-Modelo das Fases de Mudança	41
QUADRO Nº5-Modelo de Crença na saúde	42
QUADRO Nº6-Implicações dos pressupostos teóricos para a prática dos Cuidados.....	44
QUADRO Nº7-Experiência profissional dos enfermeiros do contexto em Estudo	99
QUADRO Nº8-Characterização dos participantes.....	101
QUADRO Nº9-Objectivo das ferramentas analíticas	107
QUADRO Nº10-Exemplos da codificação aberta	109
QUADRO Nº11-Exemplos da codificação axial.....	112
QUADRO Nº12-Modelo Paradigmático de Strauss e Corbin	114

SEQUÊNCIA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA Nº 1 - Exemplo de um diagrama provisório.....	115
DIAGRAMA Nº 2 - Categorização axial do fenómeno <i>educar para o autocuidado num serviço hospitalar</i>	121
DIAGRAMA Nº 3 - <i>Contexto</i> do fenómeno educar para o autocuidado num serviço hospitalar	122
DIAGRAMA Nº 4 - <i>Condições intervenientes</i> na educação para o autocuidado	127
DIAGRAMA Nº 5 - <i>Estratégias</i> utilizadas pelos enfermeiros para educar para o autocuidado.....	135
DIAGRAMA Nº 6 - <i>Consequências</i> da educação para o autocuidado num serviço hospitalar	150

INTRODUÇÃO

A educação é vida e, por isso, os percursos de educação e formação terão de seguir de perto os percursos e a dinâmica de vida.

Dewey (1987)

Constatamos que a admissão no hospital é, para a pessoa doente, o confronto com uma nova realidade complexa, desconhecida e até, por vezes, caótica. O hospital e a doença surgem de uma forma insidiosa provocando grandes alterações na qualidade de vida e no autocuidado.

Segundo a WHO (2004) o hospital é um local privilegiado para realizar a promoção para a saúde, prevenção da doença e readaptação atendendo ao número de população que abrange. Concomitantemente, Pender (1987) refere que as pessoas que experimentam uma situação de doença poderão ter um elevado grau de prontidão para aprender, o que torna o contexto hospitalar um dos locais privilegiados para a educação para a saúde. Na mesma linha de pensamento, Phaneuf refere que *um problema de saúde pode também ser uma ocasião para aprender. A pessoa pode então compreender o valor da vida, do amor dos seus e a necessidade de mudar os seus comportamentos e hábitos* (2001, p.86).

Na prestação de cuidados os enfermeiros preparam a pessoa adulta hospitalizada para o que vai acontecer, atendendo a que o ambiente hospitalar e a doença induzem a respostas não habituais. O distinguir um sinal de melhora de um sinal de agravamento, um saber o que esperar, o desmistificar interpretações, o fornecer explicações supõe conhecimentos e competências. Temos presente que os enfermeiros guiam a pessoa doente ao longo da sua doença, tornando familiar aquilo que assusta ou é estranho (Benner, 2001).

O enfermeiro tem por objectivo maximizar o bem-estar e promover o autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2003 c) Este é interpretado como um requisito universal para sustentar a vida e manter a saúde, constituindo uma determinante para a qualidade de vida e longevidade dos indivíduos (Pender, 1987). Na mesma linha, Orem (1995) declara tratar-se dum comportame

voluntário, guiado por princípios que direccionam a acção, sendo uma actividade aprendida através das relações interpessoais e da comunicação. Para Theuerkauf o autocuidado *é mais do que um grupo de capacidades aprendidas. É um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais.* (2000, p.173).

Todas as pessoas adultas têm capacidade para se autocuidar, porém por motivos de doença, a necessidade de autocuidado poderá tornar-se superior à capacidade da pessoa para o efectuar (Orem, 1995). Assim, a enfermagem efectua pela pessoa aquilo que ela não é capaz de fazer, ajuda a pessoa a compensar o desequilíbrio existente e educa a pessoa de forma a capacitá-la para realizar o seu autocuidado. Logo, os enfermeiros promovem uma aprendizagem significativa, dotando a pessoa doente de competências para enfrentar a doença e mobilizar energia, para se adaptar e efectuar o autocuidado.

Contudo, se para educar alguém em condições *normais* é necessário competência, esta capacidade torna-se imperativa quando se trata de uma pessoa confrontada com uma situação que lhe produz medo, angústia, ansiedade, revolta e sofrimento.

Transpondo a perspectiva de Benner *as enfermeiras não propõem apenas informações, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar e mesmo novas perspectivas ao doente, graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma boa prática de cuidados de enfermagem.* (2001, p.104).

Assim, a educação para a saúde é desenvolvida pelos enfermeiros no contexto de saúde hospitalares procurando dar resposta às necessidades da população. Na linha de pensamento de Phaneuf *nos nossos dias, mudanças na percepção da saúde das pessoas e na organização dos cuidados tornam esse ensino ainda mais precioso* (2005, p. 274), uma vez que, nas últimas décadas, os hospitais deixaram de dar resposta ao nível social para se transformarem em centros de intervenção na crise.

Criar oportunidades para a educação para a saúde não só deve ser planeado como deve fazer parte integral dos cuidados de saúde prestados pelos hospitais enquanto estratégia coordenada e baseada na investigação (McBride, 1994).

Corroboramos com a opinião de Basto e Magão (2001) de que é importante analisar as práticas de enfermagem, enquanto disciplina prática, com o intuito de contribuir para a reflexão e melhoria dos cuidados.

Neste sentido, urge investigarmos a prática clínica dos enfermeiros porque ao possibilitarmos a reflexão e a discussão estamos a contribuir para o desenvolvimento da profissão e para o aprofundamento da disciplina (Lopes, 2006).

É de salientar ainda, que consideramos pertinente investigar a prática de modo a promover a qualidade da prestação dos cuidados e do ensino de enfermagem.

Sendo a prática da educação para o autocuidado uma actividade intencional dos enfermeiros com vista a tornar pessoas activas, reflexivas, capazes de colocar questões, cientes de terem o controlo da sua vida e da sua saúde.

Esta linha de pensamento impele-nos a formular as seguintes questões: como é que os enfermeiros dos cuidados hospitalares educam para o autocuidado?, quais os aspectos que têm em conta quando educam?, com que finalidade educam?, realizam a educação para a saúde baseados nalgum modelo?, o que é que valorizam quando educam para o autocuidado? que capacidades é que consideram relevantes o enfermeiro ter para educar?.

Assim, propomo-nos compreender como é que os enfermeiros dum serviço hospitalar educam a pessoa adulta para o autocuidado.

Nesta ordem de ideias, organizamos o nosso estudo em duas partes distintas: uma abordagem teórica e uma abordagem empírica.

A abordagem teórica incidirá na educação para a saúde, na educação para a saúde na prática de enfermagem e, por último, na problemática e as questões de investigação.

Contemplaremos uma visão histórica e uma perspectiva futura da educação para a saúde, abordaremos também qual o contributo da Organização Mundial de Saúde e as suas repercussões na promoção de saúde nos hospitais. Enfatizaremos a importância imprimida pelas teorias e modelos de Educação na prática.

No que concerne à educação para a saúde na prática de enfermagem aludiremos à aprendizagem, referindo as estratégias que a promovem e os factores que a influenciam. Focaremos ainda a motivação enquanto factor fulcral para a aprendizagem. Consideramos importante atender às referências impulsionadas por várias Teóricas de Enfermagem no que concerne à educação para a saúde na prática dos cuidados. (Phaneuf, 2001, 2005; Pender, 1987; Benner, 2001).

Aspectos como o educar para o autocuidado tendo em atenção a idade adulta, são tidos em conta na elaboração da abordagem teórica do nosso estudo.

Por fim, mas não de menor importância, aludiremos às questões éticas no educar para o autocuidado.

Explanaremos deste modo a problemática em estudo, procurando explicar as várias razões que nos conduziram ao estudo deste fenómeno.

A nossa pesquisa será desenvolvida no âmbito qualitativo com o recurso à *grounded theory* de Strauss e Corbin (1990) para tratamento dos dados, assim, na abordagem empírica, indicaremos a opção metodológica pela qual optámos, descrevendo a *grounded theory* enquanto referência, o desenvolvimento do desenho de investigação, a fase de recolha de dados, a fase de ordenação e análise dos dados. Por fim, contemplaremos as questões éticas que tivemos em conta.

Finalizaremos com a discussão dos resultados acerca do fenómeno *educar para o autocuidado num serviço hospitalar*. Este será apresentado de acordo com o modelo paradigmático de Strauss e Corbin (1990) contemplando o contexto, as condições causais, as condições intervenientes, as estratégias utilizadas pelos enfermeiros e as consequências.

Aludiremos ainda as principais conclusões a que chegamos tecendo algumas considerações e sugestões.

I - ABORDAGEM TEÓRICA

1-A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Educar não é ensinar, educar é levar ou ajudar o outro a aprender; ensina-se para; ensina-se o outro e para o desenvolvimento do outro; para o crescimento, a expansão do outro e para o aumento do outro em ser.

Patrício (2001)

A educação para a saúde reveste-se de particular relevância enquanto promotora de bem-estar e de ganhos em saúde para o indivíduo e para a comunidade. Porém, denota-se alguma heterogeneidade na definição deste conceito. Do ponto de vista de Tones e Tilford (1990) os conceitos de promoção da saúde e de educação para a saúde apresentam uma variedade de significados para descrever actividades distintas consoante a perspectiva filosófica.

Neste momento, e neste âmbito, faz todo o sentido clarificarmos o que se entende por promoção da saúde.

Assim, o conceito de promoção da saúde evoluiu sobretudo a partir da publicação da carta de Ottawa (OMS, 1986). Neste documento, a promoção da saúde é vista como o processo que capacita as pessoas a aumentar o controlo de forma a melhorar a sua saúde, é entendido como algo que abrange a educação para a saúde, a prevenção e a reabilitação da doença. Tem como principal objectivo promover o *empowerment* dos utentes e das famílias com vista a promover a sua saúde física, mental, social e o bem-estar.

Segundo Nutbeam (1998) de forma a dar credibilidade a esta nova forma de estar na promoção da saúde foram desenvolvidos vários modelos estruturados para o planeamento e avaliação de programas, com vista a tornar uma ciência distinta nas ciências da saúde. Para o mesmo autor, a promoção da saúde é vista como um processo, um meio para atingir um fim e não um objectivo em si. É considerada uma actividade direccionada de forma a conduzir as pessoas para um acção, sendo efectuada com as pessoas e não para as pessoas.

Tones e Tilford (1990) dizem-nos que ao analisarmos os aspectos psicológicos, sociais e ambientais que influenciam o comportamento humano na saúde e na doença podemos reflectir sobre o que significa desenvolver uma intervenção

efectiva. Por seu lado, Nutbeam (1998) refere que a promoção da saúde irá incluir acções direccionadas para a mudança de factores de controlo quer ao nível individual, quer em grande escala ao nível das condições sociais, económicas e ambientais, uma vez que as acções que dizem respeito a estilos de vida saudáveis e ambientes favoráveis à saúde são basilares na promoção da saúde. O mesmo autor identifica três níveis de resultados que se encontram interrelacionados os quais expomos seguidamente.

- *Os resultados intermédios de saúde* referem-se aos comportamentos individuais que protegem o organismo (como a pratica de desporto) ou que diminua o risco de problemas de saúde (como a desistência do tabaco) são representados pelo objectivo de *estilos de vida saudáveis*. Por sua vez, as condições do ambiente podem limitar essa práticas e as condições económicas e sociais podem também dificultar esse acesso. Os factores ambientais e sociais podem ter impacto directo nos resultados a nível da saúde e a nível social, influenciando directamente os estilos de vida saudáveis.

- *Os resultados de promoção da saúde* reflectem as mudanças dos factores individuais, sociais e ambientais. As capacidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos acederem, compreenderem e utilizarem a informação de forma a promoverem e manterem uma boa saúde, temos como exemplo a melhoria do conhecimento acerca da saúde, a motivação para os estilos de vida saudáveis, e o conhecimento acerca da acessibilidade aos serviços de saúde. Outro factor é a influência social representada nos esforços de grupos organizados sobre os factores da saúde.

- *Acções de promoção da saúde* divididas em acções de educação, de facilitação e de advocacia. Enquanto que a acção de educar visa criar oportunidades de aprendizagem para melhorar a literacia pessoal de saúde, a acção de facilitação visa promover parcerias de forma a mobilizar os recursos para a saúde, e a acção de advocacia tem por objectivo ultrapassar barreiras para alcançar a saúde.

Tones e Tilford (1990) citam a promoção da saúde como *qualquer medida planeada designada a melhorar a saúde* (1990, p.2). Referem ainda, que a promoção da saúde consiste na combinação de medidas ao nível legal, fiscal, económico, ambiental e organizacional, intervenções essas que têm por

propósito facilitar o aumento da saúde e a prevenção das doenças. Assim, consideram que a adequação das medidas deverão ser determinadas por uma análise cuidada dos factores que mais determinam a saúde.

Também Whitehead (2004) ao estudar os conceitos de educação para a saúde e de promoção da saúde emergente na literatura de enfermagem entre 1995 e 2003 verificou que a promoção da saúde é fortemente influenciada pelos aspectos sócio políticos. O autor reconhece desta forma, que os indivíduos não são sempre responsáveis pelo seu estado de saúde, estando sujeitos de forma continuada a influencias externas.

O autor citado, refere que os aspectos ecológicos, culturais, económicos e ambientais são determinantes para o estado de saúde de indivíduos e comunidades.

Quanto à definição teórica comumente utilizada na literatura para a promoção da saúde Whitehead refere que

A Promoção de saúde é o processo através do qual os determinantes ecológicos, sócio políticos e económicos de saúde estão dirigidos a ter um impacto nos indivíduos e comunidades com as quais interagem, actuando de maneira a contra-atacar a inactividade social e a sua divisão ou desigualdade. É um processo inerente à política de saúde que utiliza a saúde como base para a acção social que conduz a consensos através de uma consciência radical partilhada. (2004 p. 314).

Este estudo verificou que a promoção da saúde tem por objectivo transformar radicalmente as comunidades e indivíduos envolvendo-as em actividades que desenvolvam a saúde pública, enfatizando o *empowerment* individual e comunitário.

Whitehead (2004) considerou como antecedentes da promoção da saúde a premissa que a saúde dos indivíduos se encontra intrínseca à saúde colectiva da comunidade.

Seguindo este fio condutor importa agora enfatizar a educação para a saúde sob várias perspectivas, com vista a um maior aprofundamento e clarificação do conceito.

A educação para a saúde é uma prática essencial de todos os profissionais de saúde. Segundo Madeira (2004) esta prática tem vindo, progressivamente, a tornar-se central quer do ponto de vista da formação, quer das práticas de enfermagem, situação que nos leva a reflectir sobre os acontecimentos sociais, assim como sobre a adequação das políticas de saúde.

Assim, Branco (1995) refere que a educação para a saúde necessita de conhecimentos científicos inerentes a várias disciplinas, nomeadamente as ciências da saúde, as ciências do comportamento (onde se inclui a psicologia, sociologia, antropologia) as ciências da educação através dos contributos dados pela pedagogia, assim como as ciências da comunicação.

A educação para a saúde segundo Karen (1999) pode ajudar a melhorar a saúde, reduzir os riscos de doenças, lidar com doenças crónicas e melhorar o bem-estar e auto-suficiência dos utentes e famílias.

Para Green e Morton *a educação para a saúde é qualquer combinação de experiências de aprendizagem estruturadas para facilitar as adaptações voluntárias da conduta, que conduzam à saúde* (1988, p. 30). Estes autores referem que quando utilizam a palavra combinação admitem existir uma complexidade de experiências de aprendizagem, as quais devem ser planeadas, e implementadas com ajuda, assistência e apoio do educador, atribuindo ao cliente o papel principal. Consideram ainda, que para além do objectivo principal (a conduta de saúde) têm também em conta os objectivos intermédios, as atitudes, os sentimentos, os valores e as habilidades.

Por seu lado, González considera que

a educação para a saúde como um processo de comunicação interpessoal dirigido a ministrar as informações necessárias de forma a promover um exame crítico dos problemas de saúde e responsabilizar os indivíduos na eleição de comportamentos que têm efeito no nível da saúde (1998, p.107-108).

Uma conceptualização de educação para a saúde bem aceite actualmente é a proposta por Tones e Tilford

toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença... produzindo mudanças no conhecimento, compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamento e estilos de vida (1990, p.6).

Para concluir, transpomos a perspectiva de Whitehead quanto à definição teórica comumente utilizada na literatura de enfermagem, entre 1995 e 2003, para a educação para a saúde

É uma actividade que procura informar o individuo acerca da natureza e das causas de saúde, doença e acerca do nível pessoal de risco associado ao seu comportamento e estilo de vida...procura motivar o individuo a aceitar um processo de mudança de comportamentos através da influência directa dos seus sistemas de valores, crenças e atitudes (2004, p. 313).

O autor citado considera ainda como antecedente da educação para a saúde o facto de a pessoa necessitar de aconselhamento sobre esta, de maneira a que, ao tomar consciência das suas acções e comportamentos possa agir em conformidade. Descreve ainda, que a educação para a saúde tem muitas funções e várias acções designadamente:

- a) Implementar informações que influenciam crenças, atitudes e motivações relacionadas com a saúde;
- b) Promover a aquisição de conhecimento acerca da saúde e da doença;
- c) Desenvolver capacidades e modificações no estilo de vida e comportamentos

Nesta sequência de enunciações faz sentido referenciar outros estudos consultados no âmbito da problemática em estudo.

Assim, Branco (1995) realizou uma investigação no âmbito académico, recorrendo a uma abordagem qualitativa subordinado ao tema *A prática educativa dos enfermeiros em cuidados de saúde diferenciados*. Verificou que a tónica destas actividades é colocada nos cuidados de saúde primários. Embora lhe seja reconhecida alguma importância tendo em vista a continuidade de cuidados, está intimamente ligada à situação de doença, como também à sua prevenção e integração do indivíduo no meio familiar, só em situações muito específicas é que é planeada. É uma prática executada principalmente durante a prestação de outros cuidados e o seu modo de execução é o de tipo transmissivo de orientação normativa.

Por outro lado McBride (1994) explorou as atitudes, crenças e práticas de promoção da saúde dos enfermeiros de um hospital, através de questionários. As respostas foram comparadas com as dos terapeutas, psicoterapeutas, dietistas e consultores médicos.

Este estudo teve por objectivo explorar as atitudes dos enfermeiros em relação à promoção da saúde e como estas influenciam a promoção de saúde nos hospitais.

A amostra foi constituída por 296 enfermeiros que trabalhavam em grandes hospitais com pessoas adultas autónomas.

O autor considera que os resultados encorajadores para o desenvolvimento da promoção da saúde no hospital, os enfermeiros visualizam um papel na promoção da saúde e têm atitudes positivas relativamente a esta temática, porém, afirmam ter pouco tempo, treino, referindo inclusive não terem uma abordagem sistemática.

Ao serem identificados estes problemas, uma estratégia pode ser desenvolvida para melhorar a promoção da saúde no hospital, construindo a partir das preocupações e necessidades identificados pelos enfermeiros e, embora a promoção da saúde seja no geral muito pobre, os enfermeiros têm muita vontade de implementar a promoção da saúde na sua prática profissional.

Também Macleod e Maben (1998) desenvolveram um estudo denominado promoção da saúde: percepções das enfermeiras: *projecto 2000* em treze distritos de Inglaterra no ano de 1989 sendo mais alargado em 1992, foram estudados enfermeiros da prática, professores e alunos.

O *Project 2000* analisou a formação dos enfermeiros no que respeita à promoção da saúde. A percepção dos formandos sobre a enfermagem foi-se alterando com o decorrer da formação. Também demonstrou que muitos estudantes foram ensinados de diferentes formas sobre estes temas, originando confusão nas suas interpretações, reflectindo os pontos de vista e conhecimento dos seus professores. Muitos não conseguiram focar e demonstrar a importância e implementação da *promoção da saúde*, em vez disso focavam nos estilos de vida e nas mudanças de comportamento. A incapacidade dos professores em mencionar estes temas, quando discutiam as suas teses sobre a filosofia da enfermagem, confirma que a educação e a promoção da saúde são vistos como uma espécie de complemento e não como um aspecto fulcral na enfermagem.

Gott e O'Brien (1990) citados por Macleod e Maben (1998) efectuaram um estudo qualitativo para examinar as percepções das enfermeiras relativamente ao seu papel de educadoras para a saúde e a sua prática, assim como para observar essa prática. O estudo pretendia iluminar as percepções e orientações na promoção da saúde, os seus temas e objectivos em termos de situações reais de trabalho. Na sua amostra contemplou enfermeiras da comunidade, docentes, enfermeiras do hospital e da saúde ocupacional. Estes autores concluíram que: as enfermeiras tendem a distinguir a enfermagem da promoção para a saúde e a promoção da saúde é vista de forma a aconselhar para estilo de vida saudável com foco no indivíduo; as enfermeiras do hospital continuavam muito fechadas nas suas práticas rotineiras; as ideias de parceria e participação não eram conceitos utilizados na prática de enfermagem; existe também uma falha na homogeneidade em relação à maneira como os termos são conceptualizados; apesar das percepções optimistas das enfermeiras acerca dos níveis correntes de educação para a saúde e promoção da saúde serem alcançados, o potencial total das enfermeiras a este respeito ainda não está a ser alcançado de forma global.

No âmbito académico Travassos (2003) investigou, utilizando o método quantitativo, a temática *promoção da Saúde: concepções dos enfermeiros em cuidados primários*. De entre múltiplas conclusões destacam-se: a promoção da saúde como um processo integrado e desenvolvido através dos próprios cuidados de enfermagem; as capacidades de relação enfermeiro/utente, como um contributo significativo para a promoção da saúde; o processo educativo como uma estratégia indispensável e um instrumento essencial.

1.1- COMPREENDENDO O PASSADO PRESPECTIVANDO O FUTURO

Temos de saber o que fomos e o que somos, para saber o que seremos
Freire (1999)

Os períodos da história englobam mudanças sociais significativas que de alguma forma se repercutem, também, na educação para a saúde. O momento actual é caracterizado pela rapidez com que estas mudanças se desenrolam e a crescente expansão que atingem. A mudança dos sistemas de saúde, também eles caracterizados por novas e complexas formas de organização social, política, cultural e económica, interpelam constantemente as instituições de cuidados de saúde a se readaptarem às transformações que vão acontecendo.

Foram vários os fenómenos que contribuíram para a evolução da educação para a saúde, designadamente: a melhoria das condições de vida da população, a evolução tecnológica da medicina, o aumento do estado de saúde das populações, a redução da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida.

Por outro lado, os factores contribuem para o aumento de doenças crónicas e degenerativas que não podem ser curadas pelos avanços tecnológicos.

Neste contexto, foi emergindo a ideia de que o que não pode ser curado deve ser prevenido, para além de que o comportamento humano está intimamente implicado na etiologia e gestão das doenças crónicas, a prevenção deverá ser utilizada através de estratégias apropriadas para a mudança de comportamentos (Tones e Tilford, 1990).

Verificamos assim, uma relação muito estreita entre a educação para a saúde e a medicina preventiva.

Contudo, a história da educação para a saúde foi marcada por uma luta para se diferenciar do modelo dominante no século vinte (o modelo bio-médico), o qual teve forte influência na prática dos cuidados. O modelo médico está directamente relacionado com a autoridade e poder da profissão, sendo porém adoptado pelos vários profissionais.

Este modelo tem uma visão mecanicista do corpo, marcado por uma dualidade mente corpo, a doença é vista como um produto duma função desordenada do corpo ou parte deste, o foco é colocado na patogénese, no que provoca a doença, na procura das causas, com especial ênfase para os microrganismos, onde doenças específicas têm causas específicas. Esta forma de estar na ciência deu respostas e teve os seus contributos para a melhoria da saúde das populações numa determinada época, porém notou-se a necessidade de procurar outras respostas para outros problemas emergentes nas populações.

O modelo preventivo surgiu enquanto expansão do modelo anterior, mantém a ênfase na responsabilidade individual ignorando a influência social e ambiental. Este modelo considera vários níveis de prevenção com objectivos de educação consonantes (Quadro Nº 1).

QUADRO Nº1 - Níveis de prevenção e objectivos da educação para a saúde

Nível de prevenção	Objectivo da educação para a saúde
Primordial	Persuadir os indivíduos a não abandonar estilos de vida saudáveis e formas de viver.
Primário	Persuadir os indivíduos a adoptar estilos de vida saudáveis e reduzir a exposição ao risco Persuadir os indivíduos a utilizarem serviços de promoção da saúde
Secundário	Persuadir os indivíduos para efectuar rastreios Aumentar o conhecimento dos sintomas iniciais das doenças Persuadir os indivíduos a iniciar os tratamentos precocemente Persuadir os indivíduos a obedecer aos tratamentos
Terciário	Persuadir os indivíduos a obedecer aos tratamentos Persuadir os indivíduos a obedecer aos conselhos sobre reabilitação Encorajar a continuação de um estilo de vida apropriado

Fonte: Adaptado de Tones e Green (2004, p.22)

Assim, as pessoas devem prevenir as doenças e procurar meios de despiste precoce das mesmas. São responsáveis ainda de aprender como lidar com a doença de forma a evitar a sua evolução. Se tivermos por atenção a perspectiva da prevenção terciária as pessoas devem estar capacitadas a evitar recaídas, e a conseguir se reajustar a uma vida normal depois de experimentar uma situação de doença.

O tipo de relação entre a pessoa doente e o técnico de saúde, enfatiza o facto de que quando a pessoa está doente se encontra incapacitada para prosseguir com as suas relações sociais e actividades diárias. O diagnóstico torna legítimo o estatuto de doente isentando de obrigações sociais. Por outro lado, existe concomitantemente a obrigação de fazer alguma coisa para ficar melhor obedecendo aos conselhos dos profissionais de saúde.

Por outro lado, Tones e Tilford (1990) referem existir duas abordagens distintas, uma centrada no cliente e a outra mais focalizada no médico. Ambas apresentam argumentos, critérios e objectivos próprios os quais passamos a ilustrar.

QUADRO Nº 2 – Linguagem e significado associada às distintas abordagens na educação dos clientes

Centrada no médico	Centrada no doente
<ul style="list-style-type: none">• Obediência• Adesão• Planeamento para os pacientes• Mudança de comportamento• Paciente passivo• Dependência• Necessidades profissionalmente determinadas• Doente	<ul style="list-style-type: none">• Autonomia• Participação do paciente• Planeamento com os pacientes• Tomada de decisões/tomada de poder• Paciente activo• Necessidades definidas• Cliente

Fonte; Adaptado de (Tones e Tilford, 1999 p.120)

Ao longo da história da educação para a saúde tem existido defensores das duas abordagens, no entanto com o aumento significativo das doenças crónicas o papel desempenhado quer pelo doente quer pelos profissionais de saúde tem comportado alterações significativas.

Assim, Pender (1987) refere que a utilização de um modelo baseado na informação incapacita as pessoas para gerirem activamente o seu autocuidado. Quando as pessoas são limitadas a receptáculos passivos de cuidados de saúde, onde o que se espera é que obedeçam às ordens sem questionar, esta abordagem falha drasticamente quando é aplicada às situações de doença crónica, prevenção e promoção da saúde. Desta forma, propõe uma abordagem onde a ênfase seja colocada no autocuidado onde o profissional educa ou guia. Steele *et al* (1987) citado por Tones e Tilford referem que

Os doentes no geral querem ser informados sobre a sua doença e as suas opções de tratamento disponíveis;

A Informação que permite aos doentes antecipar e preparar-se para uma experiência podem ser uma mais-valia para tratar e ajudar os desconfortos do tratamento;

A informação interage com as preferências do doente e as suas características pessoais na produção de resultados;

Enquanto houver evidências que alguns doentes desejam um papel activo no acto de tomar decisões e muitos beneficiam de tal papel, existem poucas provas que este factor é tido em conta pela maior parte dos pacientes na maioria das situações;

Ligações entre a autonomia do doente e os resultados clínicos tendem a ser fracas, ambíguos ou mediados por variáveis não tidas em conta;

Os clínicos são geralmente fracos juizes das necessidades dos doentes e das preferências de participação. (1990, p.122).

Transpondo a perspectiva de Mcilfattrick (2004) as necessidades da população em termos de saúde a níveis globais, nacionais e regionais estão a mudar o que implica um esforço dos profissionais de saúde para acompanhar essas mudanças. No que concerne a esta mudança Whitehead (2004) refere-a como a imersão de um novo paradigma no qual a autoridade é substituída pelo *empowerment*.

Também Heron (2001) propõe uma abordagem distinta quando sugere três formas para ajudar alguém a viver: rever a experiência actual, avaliar as experiências passadas e o que aprendeu com as mesmas, planear a experiência futura.

O autor citado refere ainda que o educador pode ajudar o educando a se apropriar da sua vida revendo os seguintes aspectos: propósito de vida, estilos de vida, recursos de vida, planos de vida e constrangimentos, limites e dificuldades para enfrentar a situação (como alterar ou como enfrentar a nova situação).

Assim, vários países têm vindo a apostar nesta mudança uma vez que promove a adesão ao tratamento, a satisfação dos doentes e conseqüentemente a diminuição dos custos.

Seguidamente abordaremos a influência que a organização mundial de saúde teve nesta mudança de paradigma.

1.1.1 Contributos da Organização Mundial de Saúde

A Organização Mundial de Saúde tem desempenhado um papel primordial para o desenvolvimento da promoção da saúde. Nesta sequência, faz-nos sentido recordar ao nível internacional os vários acontecimentos marcantes na criação de propostas orientadoras para o desenvolvimento da saúde e da educação para a saúde.

O primeiro, em 1978 na conferência internacional sobre cuidados de saúde primários, em Alma-Ata onde os teóricos da saúde concluíram que a saúde não é uma finalidade em si mesma, salientando-se a importância dos cuidados de

saúde serem disponíveis para todos os indivíduos e comunidades. Nesta declaração, *a saúde é reconhecida como objectivo social fulcral, enfatiza-se o envolvimento do cidadão, a cooperação entre vários sectores da sociedade e os cuidados de saúde primários...realça, ainda o direito e os deveres que as pessoas têm de participar colectiva e individualmente no planeamento e implementação dos seus cuidados de saúde.* (Gomes, 2002, p.28).

Em 1986, na primeira conferência internacional sobre promoção da saúde a conferência de Ottawa, deu sentido a uma carta de recomendações onde se propõe um conjunto de princípios e de medidas destinadas a melhorar a condição de saúde das populações de todo o mundo, concebendo desta forma, as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes.

Estas metas foram estabelecidas enfatizando a importância das estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde, levando a uma reorganização dos cuidados de saúde. A nova concepção assenta nos cuidados primários de saúde, bem como na responsabilização das pessoas, famílias e comunidades. Segundo Gomes (2002) a promoção da saúde é assumida como um processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de agir sobre os factores determinantes da saúde no sentido de a melhorar.

Desta forma, nesta carta, verificamos que a política de promoção da saúde combina múltiplas abordagens: a legislação, as medidas fiscais, os impostos e as mudanças organizacionais. Enfatiza ainda a criação de ambientes favoráveis, constituindo assim uma abordagem sócio-ecológica da saúde, onde a alteração dos padrões de vida, o trabalho, os tempos livres deveriam ser fontes de saúde para as populações. Refere também a necessidade duma avaliação do impacto ambiental na saúde e do reforço da acção comunitária para o estabelecimento de prioridades, decisões e estratégias visando atingir melhor saúde.

Relativamente ao desenvolvimento de competências pessoais a carta de Ottawa aponta que a promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável, sendo fulcral habilitar as populações no sentido de controlarem a sua saúde, o ambiente e optando de forma conducente à saúde.

Quanto às pessoas é indispensável capacitá-las para uma aprendizagem ao longo da vida, preparando-as assim para as diferentes etapas, assim como para as doenças crônicas e incapacidades.

Os serviços de saúde para além das suas responsabilidades na prestação dos cuidados clínicos deverão orientar-se cada vez mais para a promoção da saúde.

A carta de Ottawa relembra ainda que, para que as mudanças propostas se concretizem, a investigação e a educação dos profissionais assumem relevante importância no contributo para a mudança de atitudes de forma a focar nas necessidades totais da pessoa considerando a sua globalidade.

Em 1988, em Adelaide (Austrália), a 2ª conferência internacional sobre promoção da saúde não só reafirmou as conferências de Alma-Ata e Ottawa como enfatizou a elaboração de políticas públicas saudáveis através da criação de ambientes físicos e sociais favoráveis à saúde de forma a assegurar o acesso equitativo aos cuidados de saúde.

Esta conferência atribuiu grande importância às decisões políticas saudáveis através dos sectores governamentais da agricultura, do comércio, da educação, da indústria e das comunicações. A assumpção das suas responsabilidades e consequências e o privilegiar tanto a saúde como os aspectos económicos são basilares na criação de ambientes saudáveis e promotores de saúde para as populações.

Assim, a saúde é vista como um direito humano fundamental mas também como um investimento social sólido. Uma vez, que a satisfação das necessidades fundamentais permitem viver de forma saudável e aumentar a produtividade em termos sociais e económicos.

A conferência reconheceu quatro áreas prioritárias para a concretização de políticas públicas saudáveis: apoio à saúde das mulheres, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, criar ambientes favoráveis à saúde. Propôs ainda, o desenvolvimento de novas alianças na saúde assim como o compromisso com a saúde pública global.

Na 3ª conferência Internacional de promoção da saúde – ambientes favoráveis à saúde realizada em 1991 em Sundsvall (Suécia) foi concertado o compromisso das organizações do sistema das nações unidas com o desenvolvimento sustentável e procurou explicitar e enfatizar a interdependência entre ambiente e saúde. Desta forma, foi apelado às pessoas de todos os países do mundo que se empenhassem de forma activa em tornar os ambientes mais favoráveis à saúde.

Salientou-se a importância da união entre os vários sectores visando alcançar o objectivo comum da *Saúde para Todos*. Foi efectuado um alerta acerca das desigualdades abismais entre países ricos e pobres e das consequências trágicas para a saúde e o bem-estar resultantes dos conflitos armados.

Dentro das múltiplas propostas apresentadas pela OMS nesta conferência, e atendendo a temática em estudo, salientamos a estratégia de *habilitar as comunidades e os indivíduos para controlarem a sua saúde e o ambiente, através da educação e capacitação (empowerment)*. (1991, P.6). Os participantes de 81 países reunidos na conferência reconheceram a importância da educação como direito básico, devendo ser acessível durante toda a vida e assentar em princípios de equidade, relativamente à cultura, classe social e género.

Na declaração de Jacarta, resultante da 4ª conferência internacional sobre promoção da saúde efectuada na Indonésia em 1997, foi efectuada uma reflexão sobre quase 20 anos após a Declaração de Alma Ata, sobre o que foi aprendido sobre promoção de saúde. Favoreceu também a oportunidade para reexaminar os determinantes da saúde para identificar as direcções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI.

Nesta conferência é reiterada a importância da colaboração entre os sectores público e privado. Salientou-se a necessidade de atender ao aumento do número de pessoas idosas, a prevalência de doenças crónicas, o comportamento mais sedentário, o aparecimento de doenças infecciosas novas e reemergentes.

Verifica-se também uma mudança na forma de ver a promoção da saúde que deverá ser efectuada pelo e com as pessoas e não sobre e para as pessoas. Desta forma, pretende-se melhorar a capacidade das comunidades para promover a saúde. Para isso, é necessário instrução, prática, treino em liderança e acesso aos

recursos para que as pessoas possam ter a capacidade de tomar decisões e possuir as habilidades e os conhecimentos essenciais para efectuar a mudança. Esta conferência teve como prioridades a mobilização de recursos para a promoção da saúde, a acumulação de conhecimentos sobre as melhores práticas e a facilitação duma aprendizagem compartilhada.

Na 5^a conferência global sobre promoção da saúde, na cidade do México, (2000) contactou-se que as estratégias de promoção de saúde são eficazes, que houve uma melhoria significativa da saúde das populações, e que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicas em todos os países com vista a atingir equidade e melhor saúde para todos.

Pelo que temos vindo a expor verifica-se a nível mundial uma crescente preocupação pela implementação de políticas em prol da saúde. Denotamos a importância da criação de objectivos a atingir, assim como a necessidade de criar linhas orientadoras. Um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde é a sua promoção, já que este é um processo que visa incrementar nas populações um maior controlo sobre a saúde de forma a mantê-la e optimizá-la. Contudo, não podemos deixar de referir que a aplicação destes compromissos na prática dependem da capacidade de resposta a nível do país e das regiões. Segundo o Ministério da Saúde (2004), as reformas dos sistemas de saúde variam consoante os países, porém, é de consenso que o cidadão deve ser incluído no processo de decisão, porque é co-financiador do sistema, através do pagamento de impostos, assim como é beneficiário considerando a satisfação das suas necessidades e o facto de ser o principal responsável pela sua saúde.

Também a Lei de Bases da Saúde no Decreto-Lei 48/90 de 24 de Agosto no capítulo I, política de saúde determina.

1.A política de saúde tem âmbito nacional e obedece às seguintes directrizes:

a) a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do estado;

h) É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública e individual;

Nesta sequência, a mesma lei explicita que: os cidadãos enquanto utentes devem ter um papel activo na defesa e promoção da sua própria saúde, cumprindo os seus deveres e fazendo valer os seus direitos.

Segundo Redman (2003) vários foram os factores que contribuíram para a evolução da educação para a saúde, designadamente a evolução do pensamento do paternalismo e da não partilha de informação com os utentes para um sistema de saúde onde o utente tem direito à informação. Outro aspecto importante foi a mudança das metodologias baseadas na execução de procedimentos para um sistema de gestão de cuidados.

Atendendo a que o nosso estudo é desenvolvido no âmbito hospitalar importa agora focarmos a nossa atenção nos acontecimentos que promoveram o desenvolvimento da promoção da saúde ao nível hospitalar.

1.1.2 Promoção da saúde nos hospitais

Até ao século IX os hospitais eram considerados locais onde se ia morrer. Com o avanço tecnológico da ciência os hospitais tornaram-se locais aonde se procuravam rápidas melhoras, graças ao desenvolvimento das técnicas assépticas, de anestésias mais eficazes e seguras, assim como de técnicas cirúrgicas e medicamentosas avançadas.

Contudo, verificou-se uma melhoria acentuada aos vários níveis com a implementação dos sistemas de qualidade, com o estabelecimento de objectivos ao nível da estrutura, processo e resultados.

A WHO (2004) desenvolveu o projecto promoção da saúde nos hospitais com o objectivo de reorientar as instituições para integrar as recomendações da declaração de Viena, as quais advogam para a implementação de estratégias e princípios éticos de forma a encorajar a participação dos doentes, envolver os profissionais, assim como criar um ambiente hospitalar saudável.

Segundo a declaração de Viena os hospitais são instituições por onde passam um grande número de pessoas, abrangendo um grande sector da população.

Assim, foi criado um grupo de trabalho, em 1991 em Copenhaga, com workshops, em 2002, na Eslováquia e em 2002 e 2003 em Espanha (Barcelona). Deste processo surgiram um conjunto de medidas relativamente aos utentes,

peçoal e organizaço do respectivo hospital, com vista a implementar melhorias na educaço para a saúde nos hospitais tais como:

Medida 1: demanda que o hospital tenha uma política de promoço da saúde escrita. Esta deverá ser implementada como parte do sistema de qualidade e cujo objectivo será melhorar os objectivos de saúde. Tendo por objectivo atingir utentes, famílias e peçoal.

Medida 2: descreve que é obrigaço da organizaço garantir as necessidades dos utentes em termos de promoço da saúde, prevenço da doença e reabilitaço.

Medida 3: declara que a organizaço deve providenciar ao utente informaço ou factores significantes sobre a sua doença ou condiço de saúde e intervenço de promoço da saúde devem ser estabelecidas em todos os utentes.

Medida 4: Dá à administraço do hospital a responsabilidade de estabelecer condiço para o desenvolvimento do hospital como um local de trabalho saudável.

Medida 5: Lida em continuidade e cooperaço, exige uma abordagem planeada para colaborar com outros serviços de saúde e instituiçoes. (WHO, 2004, p.10)

Desta forma, sentimos necessidade de nos debruçarmos mais detalhadamente na segunda e terceira medida por constituírem o âmago do nosso trabalho.

Relativamente à segunda medida (avaliaço do doente) a organizaço garantirá que os profissionais de saúde em parceria com os utentes efectuem de forma sistemática actividades de promoço da saúde, tendo por objectivo apoiar o tratamento, melhorar o prognóstico e promover a saúde e o bem-estar dos doentes.

Para tal, a organizaço predispõe-se a garantir os procedimentos para que todos os utentes tenham assegurados as suas necessidades de promoço da saúde, através de diversos grupos de ajuda e consoante os diagnósticos.

A identificaço das necessidades de promoço da saúde deverá ser efectuada num primeiro contacto no hospital, e ajustada posteriormente consoante as alteraçoes do estado clínico do utente ou de acordo com a sua solicitaço.

As necessidades dos utentes deverão ser abordadas cuidadosamente e com particular atenço para o seu *background* social e cultural.

Por último, a informaço fornecida por outros serviços de saúde deve ser utilizada para identificar as necessidades dos utentes.

Quanto à terceira medida (informação e intervenção ao utente) a organização providencia informação ou factores significativos relacionados com a sua doença ou condição de saúde e respectivas intervenções. Desta forma, garante que o utente é informado sobre as actividades programadas, de modo a dar poder e promover uma parceria activa, facilitando a integração das actividades de promoção da saúde.

Assim, a instituição garante que, com base nas necessidades de promoção de saúde, os utentes são informados do impacto dos factores na sua saúde, e em parceria com estes, será elaborado um plano de actividades para promoção da saúde.

Contudo, os utentes também têm o dever de ceder informações claras e apropriadas sobre a sua actual condição de saúde, tratamento e cuidados assim como sobre os factores que influenciam a sua saúde.

A organização, por seu lado, garante que a promoção da saúde será efectuada duma forma sistemática e baseada nas suas necessidades. Esta compromete-se ainda a garantir que tanto a informação dada, como as actividades promovidas serão documentadas e avaliadas, inclusive no que respeita ao alcançar os resultados esperados.

Por último, a organização garante que todos os utentes, pessoal e visitas terão acesso a informações gerais sobre os factores que influenciam a saúde (WHO, 2004).

A WHO Europa (2004) produziu normas para a educação para a saúde nos hospitais, com o principal objectivo de reorientar as instituições de saúde para integrar a promoção e educação para a saúde, prevenção da doença e serviços de reabilitação nos cuidados curativos.

Desta forma, procura-se que os hospitais desempenhem um papel importante na promoção da saúde, na prevenção da doença e na promoção de serviços de reabilitação.

Tones refere-se às principais características dos hospitais cujos princípios foram subscritos na declaração de Budapeste (1991), os quais passamos a citar:

A promoção da saúde hospitalar é uma política integrante para promover saúde para os utentes, pessoal e visitantes cobrindo todos os aspectos ambientais e das transacções ocorrentes no ambiente hospitalar.

A promoção da saúde hospitalar deve ser vista como parte da comunidade local, a qual serve e deve manter ligações activas e alianças com grupos comunitários...

...a promoção da saúde hospitalar é caracterizada não só por uma comunicação efectiva e uma boa educação dos utentes, esta é utilizada para dar poder aos utentes no seu cuidado. (1999, p.44)

A constatação de que actualmente existe uma preocupação da parte dos hospitais com a qualidade de vida dos utentes, mesmo após o seu regresso ao domicílio, demonstrando uma maior consciência da sua relação com outros sectores da saúde e com a comunidade como um todo deve ser tida em conta pelos enfermeiros, de forma a que possam investir no grande potencial de desenvolvimento emergente.

O aumento da eficiência, a utilização dos recursos, o desenvolvimento da tecnologia médica e informativa são opções inovadoras contempladas nas recomendações de Viena que devem ser aplicadas no sistema de saúde.

Como pudemos verificar a educação para a saúde é uma área em expansão e evolução, sendo compreendida como parte essencial para alcançar resultados e ganhos em saúde. Esta deverá ser assumida pelos enfermeiros como uma estratégia central na intervenção em enfermagem, num contexto onde os cuidados de saúde cada vez mais exigem um conjunto de atributos e qualificações necessárias.

1.2- CONTRIBUTOS DAS TEORIAS E MODELOS

A educação pode ser um factor de coesão, se procurar ter em conta a diversidade dos indivíduos e dos grupos humanos...

Delors (1996)

Para efectuarmos práticas de educação para a saúde efectivas, necessitamos apreender não só os processos cognitivos que interferem no comportamento, mas também, as teorias que tentam explicar esses mesmos processos. Segundo Karen *as teorias podem ajudar-nos a compreender a natureza dos comportamentos de saúde alvo, explicar a sua dinâmica, os procedimentos para modificá-los e os efeitos das influências externas a que estão sujeitos* (1999,

p.11). Esta autora acrescenta, que a teoria ajuda a reflectir e a ter uma visão mais abrangente sobre as problemáticas, para além de que, combinando a teoria com a prática, e aplicando estratégias adequadas e personalizadas, fomenta uma prática eficaz.

Podemos então questionar em que medida as teorias ou os quadros conceptuais podem ser úteis para a prática da educação para a saúde?

Karen (1999) responde a esta questão ao afirmar que as teorias corroboram para enriquecer, informar, completar aptidões práticas e tecnológicas, resolver problemas; assim como constituem uma base excelente para efectuarmos uma avaliação crítica do trabalho que estamos a efectuar.

Uma vez que nenhuma teoria desenvolvida consegue explicar a vasta complexidade da educação para a saúde e dos seus processos implícitos de tomada de decisão e mudança de comportamento, abordaremos algumas teorias e modelos que consideramos ter aplicação na educação para a saúde. Se pensarmos que o homem é aquilo que é, mais a sua história, faz-nos sentido referirmo-nos a vários autores e ao seu contributo para a compreensão do comportamento humano.

Ao longo do século XX verificou-se o desenvolvimento de correntes distintas de pensamento como a behaviorista, a cognitiva e construtivista e a corrente humanista, as quais influenciaram decisivamente a educação para a saúde.

Segundo Bennet (1999) as teorias da aprendizagem iniciaram-se com Pavlov (1927) ao desenvolver a lei do condicionamento clássico, baseada no princípio de que quando se associa frequentemente um estímulo incondicionado, este acaba por desencadear uma resposta condicionada, a qual é semelhante à resposta incondicionada. O autor considera que este processo é determinado a nível visceral sem influência dos processos cognitivos. Segundo a mesma fonte, Skinner (1953) acrescenta que quando o comportamento é recompensado ou reforçado persiste ou aumenta de frequência, quando é punido diminui de frequência ou deixa de se verificar, sendo este determinado pela consequência das interações comportamento-recompensa e não pelos processos cognitivos. Para Redman *o princípio mais importante da teoria behaviorista de aprendizagem é que o comportamento muda de acordo com as consequências imediatas.* (2003, p.21).

De acordo com a teoria behaviorista o reforço e a punição são utilizados de forma a promover a aprendizagem. Na nossa prática verificamos o quanto utilizamos estes princípios para fortalecer ou corrigir comportamentos que consideramos importantes otimizar ou minimizar. Assim, Bennet refere que *os processos de reforço são factores importantes na adopção e manutenção de muitos comportamentos relacionados com a saúde* (1999, p.43).

Na teoria cognitiva a aprendizagem é promovida através do desenvolvimento de padrões cognitivos que proporcionam um guia potencial para o comportamento, os conhecimentos levam a uma organização da estrutura cognitiva armazenada em imagens visuais, sendo a aprendizagem descrita como uma acumulação de nova informação na memória. Inclui ainda, diferentes níveis de aprendizagem relacionando-os com a aquisição de conhecimento pressupondo diferentes graus de perícia na resolução dos problemas de acordo com o aprimorar dos modelos mentais (Redman 2003).

Nesta sequência de ideias, a teoria cognitiva social desenvolvida por Bandura (1979) a qual refere que o comportamento é o resultado de uma interacção entre processos cognitivos e acontecimentos exteriores, isto é o individuo é capaz de agir para além da relação comportamento-consequência imediata, sendo capaz de trabalhar activamente, estabelecer metas e planos comportamentais a curto e longo prazo. Estas metas são fortemente influenciadas pelas escolhas entre reforços valorizados de forma distinta, consequências comportamentais assimiladas na observação dos outros e de acordo com certa conduta moral.

Também Redman refere que *os indivíduos adquirem informação, valores, atitudes, julgamentos morais, padrões de comportamento e novos comportamentos através da observação dos outros* (2003, p.22). Contudo, Karen (1999) acrescenta que as pessoas não agem passivamente podendo também modificar os seus ambientes. Para a mesma autora, na teoria da aprendizagem social, o comportamento humano é explicado por uma dinâmica recíproca entre os factores pessoais, influências ambientais e o próprio comportamento.

Abordaremos seguidamente (Quadro Nº 3) os principais conceitos deste modelo assim como a sua definição e forma de aplicação na prática.

QUADRO Nº 3-Teoria da Aprendizagem Social ou Teoria Sócio-Cognitiva

Conceito	Definição	Aplicação
Determinismo Recíproco	Mudanças de comportamento resulta da interacção entre o indivíduo e o ambiente; a mudança é bidireccional.	Envolver o indivíduo e as pessoas significativas; trabalhar para mudar o ambiente.
Capacidade Comportamental	Conhecimento e habilidades para influenciar o comportamento.	Dar informação e treino acerca da acção.
Expectativas	Crenças acerca de resultados prováveis da acção	Incorporar informação acerca de possíveis resultados da acção em conselho.
Auto-eficácia	Confiança na capacidade de tomar a acção e persistir nela.	Sublinhar os pontos positivos; usar persuasão e encorajamento: fazer uma aproximação de mudança em pequenos passos
Aprendizagem Observacional	Crenças baseadas na observação e outros como auto e/ou resultados físicos visíveis	Dar incentivos, recompensas, prémios; encorajar a auto-recompensa; diminuir a possibilidade de respostas negativas que desviam de mudanças positivas

Fonte: Karen Glanz (1999, p.30)

Bennet refere que *o indivíduo é motivado para se envolver em comportamentos cujo resultado é valorizado e que ele se sente capaz de desempenhar eficazmente* (1999, p. 44).

Por seu lado, Karen (1999) menciona que, relativamente ao conceito de capacidade comportamental, o indivíduo tem necessidade de saber o que fazer e como o efectuar, enfatizando a necessidade de, durante a educação, se efectuarem instruções claras e treino.

Bennet (1999), por sua vez, expressa que a escolha comportamental advém de expectativas de acção - resultado (quando o indivíduo acredita que determinada acção é conducente com um determinado resultado), assim como de expectativas de auto -eficácia (quando o indivíduo se considera habilitado para efectuar determinado comportamento). Concomitantemente, as crenças de acção - resultado e de auto - eficácia constituem determinantes principais de muitos comportamentos relacionados com a saúde.

A influência motivadora de bom estado de saúde quando é valorizada pode constituir uma recompensa para a prática de comportamentos de manutenção ou promoção da saúde. Mesmo quando a saúde é um valor muito considerado

podem verificar-se alterações do comportamento justificados por diversos processos cognitivos como a negação e a negociação. (Karen, 1999).

Ao aplicar a teoria behaviorista na educação para a saúde Redman (2003) sugere a utilização de um contrato de contingência entre o utente e o prestador de cuidados.

Embora o behaviorismo tenha perdido influência, a partir da década de sessenta, serve, ainda hoje, de referência no domínio da educação.

Ao atendermos às teorias de nível individual, ou seja, as que se centram sobre factores intra pessoais e que se podem relacionar com a temática em estudo, optámos por abordar a teoria das fases de Mudança e o Modelo de Crenças na Saúde.

Partindo do pressuposto de que a mudança do comportamento é um processo e não um acontecimento e que as pessoas têm diferentes disposições e motivações para mudarem, Prochaska e DiClemente (1992) desenvolveram o modelo das Fases de Mudança.

Para Karen este modelo refere-se *à prontidão do indivíduo para mudar ou tentar mudar os seus comportamentos para outros mais saudáveis* (1999, p.20).

Para a mesma autora ao identificarmos qual a fase em que a pessoa se encontra poderemos planear estratégias e programas específicos apropriados. Desta forma, retrataremos as etapas que compõem o modelo, assim como as suas definições e aplicações de intervenção.

QUADRO Nº 4- Modelo das Fases de Mudança

Conceito	Definição	Aplicação
Pré-contemplação	Não estar consciente do problema, não ter pensado na mudança	Aumentar a consciência da necessidade de mudar, personalizar a informação sobre os riscos e as vantagens
Contemplação	Pensar em mudar num futuro próximo.	Motivar, encorajar e elaborar planos específicos
Decisão/Determinação	Elaborar um plano para o futuro	Dar assistência ao desenvolvimento dos planos de acção concreta, estabelecer metas graduais
Acção	Implementar planos de acção específicos	Dar assistência com feedback, resolução de problemas, apoio social e reforço.
Manutenção	Continuar com acções positivas, ou repetir periodicamente passos recomendados	Dar assistência ao confronto com situações, memorandos, encontrando alternativas, evitando deslizes ou recaídas (consoante os casos)

Fonte: Karen Glanz (1999, p.22)

Um modelo que adaptou as teorias das ciências comportamentais aos problemas de saúde foi o Modelo de Crença na Saúde Proposto por Becker (1994). Segundo Karen, este modelo *refere-se à percepção que um individuo tem da ameaça que um problema de saúde representa, e o reconhecimento de comportamentos recomendados para prevenir ou gerir o problema* (1999, p.20) Desta forma, o modelo pretendia orientar a procura das razões e ajudar a reconhecer pontos de mudança fulcrais evocando motivação para a saúde. No quadro seguinte figuram alguns dos seus pressupostos, bem como a sua definição e respectiva aplicação.

QUADRO Nº5- Modelo de Crença na saúde

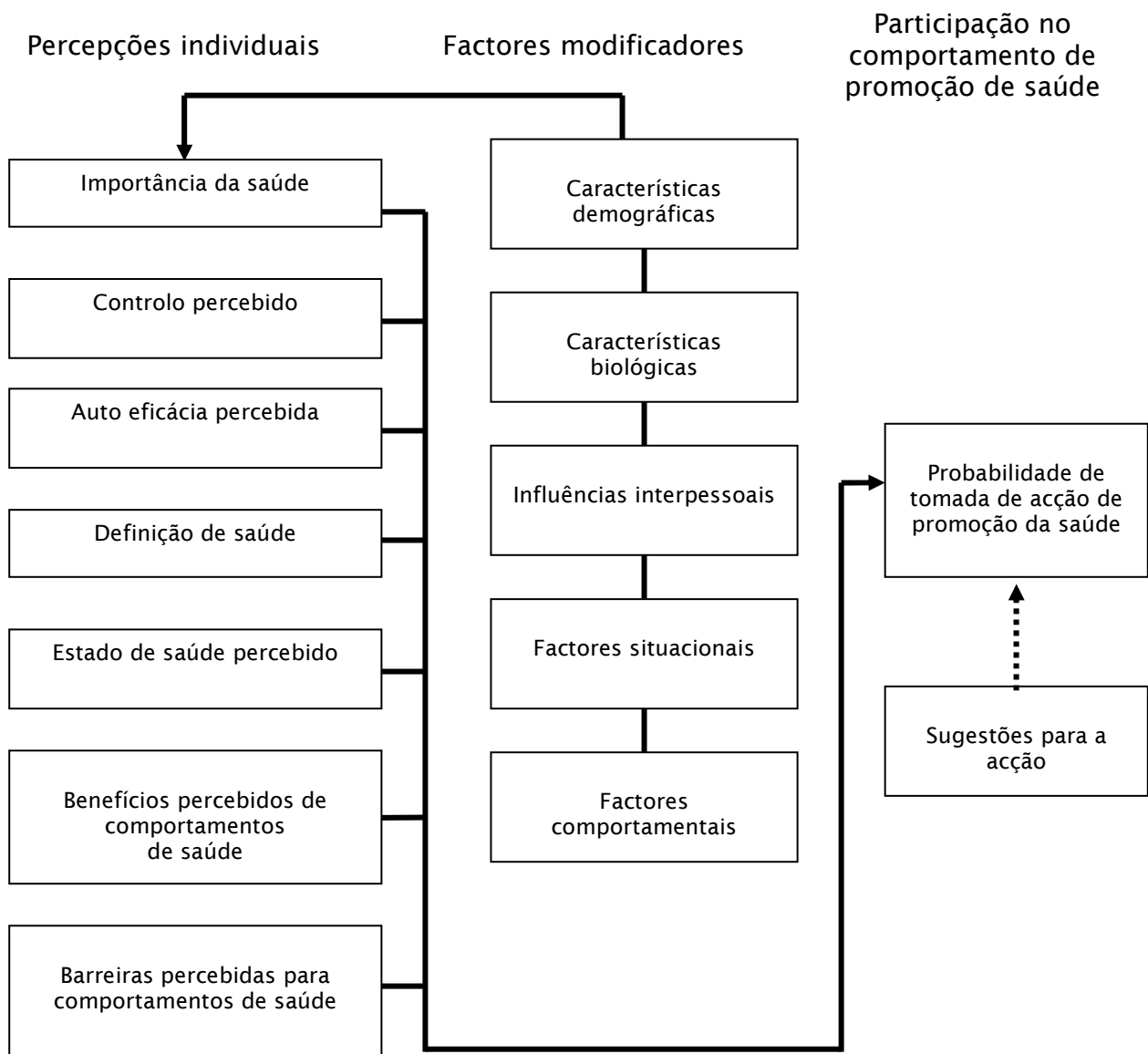
Conceito	Definição	Aplicação
Susceptibilidade Percebida	Opinião do próprio individuo sobre as hipóteses de contrair doença.	Definir as populações em risco, níveis de risco; personalizar o risco com base no comportamento ou actividades do individuo.
Severidade Percebida	Opinião do próprio individuo sobre qual a severidade do seu estado de saúde e quais as sequelas.	Especificar as consequências do risco da doença.
Benefícios Percebidos	Opinião do próprio individuo dos custos físicos e psicológicos (tangíveis) que a acção pode ter.	Identificar e reduzir barreiras através da segurança, incentivos e assistência
Pistas para acção	Estratégias para activar a disposição	ornecer informação para a acção, promover a consciencialização, memorandos
Auto-Eficácia	Confiança do individuo na sua capacidade para passar à acção	Dar treino, aconselhamento na realização da acção

Fonte: Karen Glanz (1999, p.24)

Segundo Rodrigues (2005) este modelo foi criticado por não contemplar os factores ambientais, socioeconómicos e de grupo, enquanto factores promotores de comportamento de mudança.

Outro autor que nos serviu de referência foi Pender (1987). Este considera a pessoa como centro do modelo, definindo-a enquanto ser único pelo seu padrão cognitivo de percepção: o seu modelo compreende vários factores como os estilos de vida saudáveis, a capacidade para o autocuidado, práticas nutricionais, actividade física, recreativa, padrões de sono, gestão do stress, comunicação com outros e utilização dos cuidados de saúde. A autora citada admite que existem características pessoais como a auto estima e o auto conceito que facilitam a manutenção de comportamentos saudáveis.

FIGURA Nº2- Modelo de promoção da saúde de Pender



Fonte: Adaptado de Pender (1987, p.58)

Para concluir transpomos a opinião de Rodrigues (2005) quando nos refere que as teorias orientam a prática da educação, uma vez que conferem uma visão aprofundada sobre os fenómenos permitindo a reflexão, análise e discussão sobre os mesmos.

O quadro seguinte ilustra de uma forma clara em que medida os pressupostos teóricos contribuem para orientar a prática inferindo aspectos fulcrais na educação para a saúde.

QUADRO Nº 6- Implicações dos pressupostos teóricos para a prática dos cuidados

Pressupostos teóricos	Implicações na prática de cuidados dos enfermeiros
1º Existe um potencial natural dentro de cada pessoa	Implica que os objectivos em saúde sejam centrados na pessoa, no seu potencial natural
2º A pessoa aprende na medida em que se auto-conhece	Implica que o cliente possa clarificar as suas dúvidas medos ou convicções
3º A pessoa interessa-se quando descobre o que é particularmente significativo para si	Implica que o enfermeiro compreenda o que é significativo para o cliente e não propor realidades externas incompatíveis com a sua subjectividade simbólica
4º A pessoa educa-se através de um processo de auto-conscientização	Em saúde não vale a pena impor mudanças sem que o cliente adquira a consciência da necessidade da mudança
5º A pessoa interessa-se quando se envolve na acção e na relação e tem um papel activo	Implica que o enfermeiro passe da autoridade do conhecimento para a construção da relação; saber estabelecer e mediar contratos terapêuticos
6º Aprender e mudar é um processo evolutivo	Não se pode esperar resultados imediatos das acções realizadas; ajudar é um processo de capacitação progressiva, como quem monta andaimes para subir na construção

Fonte: Rodrigues *et al*, (2005, p.78-79)

2-A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria construção
Freire (2001)

Desde Florence Nightingale os enfermeiros têm edificado a sua história enquanto educadores para a saúde das populações, quer pela formação, quer pela prática dos cuidados. Na segunda metade do século XIX esta grande pioneira da enfermagem, enquanto disciplina autónoma do conhecimento, atribuía grande importância à necessidade de aprender a observar. Foi a partir da observação e da colheita de dados, junto dos feridos de guerra da Crimeia, que fundamentou a necessidade de promover a saúde e a prevenir a doença com estratégias concretas de educação em relação às leis de vida e de saúde, ambiente são e condições sanitárias.

Segundo Phaneuf (2001) desde o início do século as enfermeiras ensinam a pessoa cuidada e família no desempenho da sua função profissional, factor que se torna imprescindível perante as transformações da concepção de saúde e da organização dos cuidados. Enfatiza ainda, que a diminuição do tempo de hospitalização e o regresso cada vez mais precoce ao domicílio permite que a educação seja um factor fundamental para a saúde das populações.

Em concordância com esta ideia está Rodrigues *et al* quando cita que *os enfermeiros são historicamente educadores por excelência e, no contexto das equipas de saúde, face às grandes questões de saúde do sec XXI, devem ter uma palavra relevante nos "FORAM" de discussão e nas estratégias de intervenção* (2005, p.73).

Se nos debruçarmos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Portugueses, a enfermagem é

uma profissão que na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo de todo o seu ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível (decreto lei nº 161/96, de 4 de Setembro).

Torna-se pois indispensável aos enfermeiros reflectirem como é que poderão responder a esta missão, que ferramentas empregar para que os indivíduos saibam manter ou recuperar a saúde.

A educação para a saúde tornou-se tão importante para a pessoa e família que é tratada em várias leis e regulamentos que regem a profissão de enfermagem. Ao consultarmos os enunciados descritivos da Ordem dos enfermeiros, verificamos que estes aclaram a natureza do mandato social da profissão de enfermagem relativamente à missão educativa dos enfermeiros, quer na dimensão promoção da saúde, quer na dimensão da readaptação funcional. Desta forma, passamos a transcrever os elementos importantes face à promoção da saúde:

Na procura permanente a excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde. São elementos importantes, face à promoção da saúde, entre outros:

- a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade;
- a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;
- a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e de desenvolvimento;
- o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente (2003 c), p.148).

Relativamente à dimensão readaptação funcional um dos elementos mencionados pela Ordem dos Enfermeiros é *o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre adaptação individual requerida face à readaptação funcional* (2003, p.150).

No âmbito das competências definidas pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos enfermeiros para o domínio da prestação e gestão dos cuidados, o licenciado em Enfermagem a nível da promoção da saúde:

- *Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais*
- *Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades*
- *Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.*
- *Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação*
- *Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.*
- *Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis.*
- *Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.*
- *Demonstra compreender as práticas tradicionais nos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.*
- *Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.*
- *Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.*
- *Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas intervenções aos indivíduos, famílias e comunidades.*

-Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde. Conselho de Enfermagem (2003b), p.24).

Pudemos concluir que o ensino ao cliente *não é uma livre escolha da enfermeira, mas uma obrigação profissional ligada à qualidade e à responsabilidade pelos cuidados*, Phaneuf (2001, p.403).

Verificamos, desta forma, que a promoção da saúde é parte integrante da profissão de enfermagem, através da educação e tendo sempre em conta a pessoa centro dos cuidados, interagindo educando e envolvendo a família.

Rodrigues *et al*, dizem-nos que *os enfermeiros comungam da opinião de que as pessoas afectadas por uma decisão têm de fazer parte desse processo que conduz à tomada de decisão, e procuram transportar este princípio para a sua prática de cuidados* (2005, p.75).

Os cuidados de enfermagem têm por foco de atenção o cliente e a família, com vista a estabelecer uma parceria, o que implica que o enfermeiro eduque adequando os seus conhecimentos às capacidades e necessidades dos clientes e família, de forma a promover a independência.

Esta parceria é efectuada através de um processo de interacção no qual o enfermeiro actua como factor facilitador. Para Gomes *o agente de mudança deve ser a própria pessoa que é responsável pela prevenção, promoção da sua saúde, o enfermeiro deve ser co-participante nesse processo* (2002, p.27).

Os saberes do perito ajudam a pessoa e complementam aqueles que ela própria pode mobilizar, desta forma não é benéfico abordar a pessoa que recebe cuidados como alguém que tem apenas necessidades, pois para além destas apresenta também os saberes próprios cuja mobilização constitui um poderoso meio de ajuda para accionar a promoção da saúde (Benner, 2001). A autora refere-se ainda ao perito como alguém que permitirá enquadrar o praticável, aumentar o número de caminhos possíveis, enriquecer os horizontes e actuar como vector de esperança, deverá ser também conselheiro. Corroborando com esta opinião Redman refere que *aprender é mais eficaz quando os indivíduos estão prontos para aprender, isto é, quando desejam fazer algo. Algumas vezes a disposição de um utente para aprender vem com o tempo e o papel do prestador de cuidados é encorajar o seu desenvolvimento.* (2003, p.17).

Neste sentido, Hesbeen compara a intervenção do profissional na promoção da saúde, de certa forma, à de um jardineiro. *Este cuida de uma planta utilizando todos os meios de que dispõe para, com muita paciência, permitir à flor desabrochar e mostrar toda a sua beleza* (2001, p.21).

Assim, Rodrigues *et al* (2005) referencia vários pressupostos para a formação de educadores de saúde.

- 1) *Em educação é necessário cuidar a arte da relação;*
- 2) *O educador deve saber semear o desejo de aprender;*
- 3) *É difícil pretender mudar o comportamento de alguém que não deseja convictamente mudar;*
- 4) *O educador necessita de aprender a promover o seu próprio desenvolvimento pessoal*
- 5) *A formação dos educadores de saúde deve ser um processo orientado para a criatividade.*

Ainda Hesbeen defende o acompanhamento como o *caminhar com o outro, acompanhar a pessoa no seu caminho* (2001, p.25). Porém a adesão e a participação só será conseguida se o caminho fizer sentido para quem o escolher percorrer.

Assim corroboramos com a opinião de Rodrigues *et al*, quando referem que *a educação para a saúde é essencialmente uma questão de aprendizagem* (2005, p.59).

2.1-A APRENDIZAGEM

Encontramos vários autores que se referem à aprendizagem como um processo. Para Redman *adquirir um novo comportamento é um processo, não um acontecimento e, frequentemente, exige aprendizagem através de aproximações sucessivas de comportamento, com a concretização de cada etapa desenvolvendo a disposição para a etapa seguinte* (2003, p.17). Queirós *et al.* (2000) cita Tavares e Alarcão que nos dizem que *aprendizagem é uma construção pessoal, resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento relativamente estável.* (1985, p.44). Madeira (2004) reforça que ela não é um fim em si mesmo, mas constitui-se num processo dinâmico

Segundo Bento e Salgado, *a aprendizagem é uma mudança relativamente duradora no comportamento introduzida pela experiência. Pressupõe associações, informações e implica a vivência pessoal num percurso único.* (2001, p.18).

Do ponto de vista de Pires (2002), a utilização do conceito de aprendizagem, pressupõe uma visão do processo de desenvolvimento da pessoa, tanto ao nível da aquisição de conhecimentos, como de capacidades pessoais, sociais, profissionais, cívicas e éticas através de um processo de construção da pessoa. Esta construção agrega dimensões cognitivas, comportamentais, e antropocêntricas.

Os enfermeiros, educadores por excelência, descrevem a aprendizagem como um *Pensamento com as características específicas: Processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência* CIPE (2006, p.84). Subdividem em aprendizagem cognitiva que se define por: *aquisição de capacidades de resolução de problemas, associada à inteligência e ao pensamento consciente.* (2006, p.85). E em aprendizagem de capacidades definida como *aquisição do domínio de actividades práticas associada a treino, prática e exercício* (2006, p. 85).

Esta estratégia pressupõe uma grande motivação e o desenvolvimento da capacidade de retrospecção dos processos cognitivos durante a realização de uma tarefa. Por outro lado, Novak refere que *a aprendizagem altamente significativa, que inclui a resolução de problemas invulgares e a criatividade, só é possível nos domínios do conhecimento em que o formando tem conhecimentos anteriores consideráveis e bem organizados.* (2000, p.24) Também Novak, (2000), Phaneuf (2005) e Dean -Baar (2000) fazem referência aos três domínios da aprendizagem, cognitivo, afectivo e psicomotor.

Novak (2000) refere ainda que a aprendizagem, significativa está subjacente ao desenvolvimento da estrutura cognitiva que influencia fortemente a aprendizagem afectiva e psicomotora.

Em relação à orientação do processo ensino aprendizagem a aprendizagem significativa considera as estruturas cognitivas existentes e os conhecimentos anteriores a partir das quais estabelece a realização de novas experiências de aprendizagem.

2.1.1 Estratégias para promover a aprendizagem

O processo de ensino aprendizagem é comparado ao processo de enfermagem (Redman, 2003; Phaneuf, 2001, 2005; Whitman, 1998). Ambos são considerados um processo científico lógico e sistemático, sendo que cada um possui fases de apreciação, diagnóstico, metas, intervenção e avaliação. Assim, na opinião de Redman (2003) a educação para a saúde é praticada segundo um processo de diagnóstico e de intervenção. na fase de avaliação é determinada a natureza da necessidade, bem como a motivação para aprender, as metas a atingir, estabelecidas conjuntamente com o cliente e/ou família. Na sua base subjazem um conjunto de teorias, resultados de investigação e competências que devem ser aprendidas e praticadas. O processo de ensino aprendizagem contempla várias etapas, a saber:

A avaliação faz parte dum processo integral com vista a determinar as capacidades das pessoas para a aprendizagem. Assim, Whitman (1998) considera que o processo de avaliação é composto por quatro etapas: a colheita de dados, a organização e categorização dos dados, a síntese dos dados em declaração dos diagnósticos e diagnósticos validados.

A colheita de dados inclui a obtenção de informação relevante referente à prontidão para aprender, factores identificados previamente, assim como áreas potenciais para promover a aprendizagem. Os dados são obtidos através da pessoa doente ou família.

Assim Phaneuf (2005) apresenta a entrevista de informação e de ensino como uma estratégia pedagógica a utilizar para educar a pessoa cuidada, restituindo-lhe deste modo a autonomia. Este processo visa aumentar e aprofundar os conhecimentos da pessoa doente relativamente à sua saúde e ao tratamento.

Para Rodrigues *et al*, (2005) é fundamental que o ensino seja diferenciado consoante os educandos, para que estes desenvolvam conhecimentos, competências e habilidades, que os capacite para tomar as melhores decisões relacionadas com a saúde.

Para que possam ser concretizados os pressupostos anteriores deverá ser fomentado um clima de abertura, aceitação e respeito no qual as pessoas serão

chamadas pelo nome. É importante que estas pessoas se sintam à vontade para efectuarem questões ou partilharem informações. A troca de ideias entre clientes e educador servirá para clarificar mal entendidos, providenciar feedback e facilitar a resolução de problemas. A participação deverá ser encorajada ao longo de todo o processo de aprendizagem. Concomitantemente, Rodrigues *et al* menciona que *construir relação implica saber estabelecer contratos de desenvolvimento com as pessoas que queremos educar* (2005,p.58).

Knowles (1980), citado por Graham, descreve quatro características que promovem um ambiente de aprendizagem:

O respeito pela personalidade;

Liberdade de expressão e de disponibilidade de informação;

Participação na tomada de decisão;

Responsabilização mútua no planeamento, estabelecimento de objectivos e avaliação das actividades. (1998, p.104).

Assumindo uma postura construtivista, Lopes (2001) refere que os conhecimentos não podem ser ensinados, têm de ser aprendidos. Para isso, sugerem o recurso a estratégias de aprendizagem através de comportamentos que ajudam a compreender e a reter a informação; estratégias cognitivas através da repetição, da consulta, anotações; estratégias metacognitivas nas quais se inclui processos de planeamento, controlo e autoavaliação.

Boyd (1998) sugere algumas estratégias educacionais para promover a aprendizagem nomeadamente: ser específico e concreto na abordagem, repetir a informação, ser breve, ter a informação estruturada e organizada, estabelecer um contracto, adequar planos estandardizados a necessidades individuais, promover a auto monitorização.

2.1.2- Factores que influenciam a aprendizagem

Ao considerarmos os factores que influenciam a aprendizagem iremos atender aos aspectos relacionados com o ambiente físico, e psíquico. Enfatizaremos ainda aspectos relacionados com a pessoa doente.

No que se refere ao espaço físico Pender (1987) menciona ser importante contemplar a temperatura, o conforto e o ambiente informal. A forma como são colocados os móveis devem promover o diálogo. As paredes devem ser pintadas

com cores agradáveis. Esta ideia é reforçada por Dean-Baar (2000) quando expressa que a disposição do mobiliário promove a discussão e a interacção. Por seu lado, Phaneuf (2005) considera que o ambiente físico do hospital, condiciona a observação e a comunicação devido aos ruídos, à presença do pessoal e das visitas de outros utentes nas enfermarias. A autora refere que as situações ideais de comunicação nos hospitais são pouco frequentes. Também Graham (1998) refere que a educação, embora planeada, poderá ser interrompida por estímulos visuais, auditivos e olfactivos. Estes agentes podem ser atenuados através de uma avaliação cuidadosa anterior à sessão de educação.

A falta de privacidade é outro aspecto mencionado por Phaneuf (2005) pela distribuição de vários utentes na mesma enfermaria, pela contínua interrupção por outros profissionais ou utentes.

A quantidade e a qualidade da educação para a saúde efectuada nos serviços podem ser prejudicadas pela distribuição e atribuição de pessoal, objectivos e missão do serviço assim como pela filosofia da instituição (Graham 1998).

O estabelecimento de políticas e procedimentos relacionados com a educação das pessoas doentes internadas, assim como a responsabilização do pessoal para a sua execução são medidas a serem implementadas para que a promoção da saúde nos hospitais seja uma realidade (WHO, 2004).

Relativamente à pessoa doente existem aspectos que afectam a aprendizagem nomeadamente a prontidão para aprender, a situação de doença aguda, a idade e as crenças. Concomitantemente, Phaneuf (2005) diz que existem outros factores a considerar que afectam a aprendizagem, nomeadamente: a motivação, as capacidades intelectuais da pessoa, a memória, o nível de instrução e o grau de compreensão. Reforça a existência de factores como o medo, a dor, a fadiga, o stress, o desgosto, a sonolência e a desconfiança relativamente ao sistema de cuidados aspectos que condicionam a aprendizagem. As emoções da pessoa cuidada devem ser tidas em conta. A ansiedade, por sua vez, condiciona a aprendizagem. Os aspectos culturais e religiosos devem ser atendidos na avaliação e no planeamento da aprendizagem assim como o nível de educação.

Relativamente à pessoa doente Whitman (1998) referencia três categorias identificadas como determinantes na prontidão para aprender: o status de saúde,

os valores relativamente à saúde e as características do desenvolvimento. Quanto ao status de saúde é importante avaliar os aspectos físicos e emocionais das pessoas doentes. Nos aspectos físicos, atender ao nível de energia, conforto, e status sensorial. Os aspectos emocionais são muito importantes uma vez que as emoções podem interferir com a capacidade de aprendizagem.

Quanto aos valores relativamente à saúde estes podem influenciar a participação no processo de aprendizagem pois condicionam a percepção, o controlo e as expectativas relativamente aos objectivos da saúde. Segundo o autor supracitado, os factores individuais relacionados com a prontidão para aprender incluem a auto percepção e a auto responsabilização sobre a saúde, os valores pessoais e a percepção dos factores de risco.

Paralelamente, Whitman (1998) considera que o processo de desenvolvimento, no que respeita à maturação física, o desenvolvimento cognitivo e psicossocial dum certo grupo, contribui para predizermos as habilidades cognitivas e motoras, de forma a perspectivarmos um programa de educação o mais adequado possível. Atendendo a que a fase de desenvolvimento contemplada no nosso estudo é a do adulto, abordaremos algumas características nos diferentes domínios de acordo com a autora supracitada.

Relativamente à idade Whitman (1998) subdivide os adultos em três subgrupos: o adulto jovem (dos 20 aos 40 anos), o adulto (dos 40 aos 65 anos) e o adulto idoso (a partir dos 65 anos).

O adulto jovem apresenta a sua capacidade funcional, num nível óptimo, assim como as suas habilidades no domínio psicomotor continuando a aprender de forma formal ou informal. Apresenta também uma capacidade de análise e de crítica para resolução dos problemas. Este grupo reúne a capacidade cognitiva, física e força para aprender, aos vários níveis de dificuldade. De qualquer forma, a aprendizagem desenrola-se em áreas do seu interesse. Por outro lado, é nesta altura da vida que se tomam decisões importantes ao nível da educação, carreira e constituição de família. Nesta fase do ciclo vital é atribuída grande importância à independência e à autodeterminação, aspectos que devem ser tidos em conta na aprendizagem.

Na fase (dos 40 aos 65 anos), as pessoas geralmente encontram-se numa fase mais estável, porém, sucederam alterações ao nível físico que levam as pessoas a preocuparem-se mais com a sua auto imagem. Por seu lado, a capacidade de aprendizagem mantém-se ou aumenta uma vez que as experiências passadas, a flexibilidade e a confiança adquiridas facilitam a aprendizagem. A motivação para a aprendizagem mantém-se alta, mas podem ocorrer alterações ao nível da energia, ou órgãos dos sentidos que podem afectar a aprendizagem. Também Phaneuf (2005) refere que os limites dos órgãos dos sentidos podem traduzir-se por uma perda da visão, audição ou da mobilidade podem se tornar restritivos, pois limitam a deslocação e condicionam a autonomia.

Nesta fase, uma autoavaliação é efectuada, sendo que as pessoas tomam consciência que se encontram a meio da vida, conduz a uma reflexão sobre a mesma, os seus objectivos e resultados alcançados.

Relativamente à fase do ciclo vital acima dos 65 anos, considerada por alguns autores como os idosos, é um conceito também em mudança. Existem alguns estereótipos relativamente à lentidão de movimentos, irritabilidade e o desinteresse pela aprendizagem. Por seu lado, Whitman (1998) considera existir desenvolvimento ao nível físico, cognitivo e psicossocial. Neste grupo existe ainda uma maioria saudável e capaz de cuidar de si próprio. Porém, assiste-se a um decréscimo de algumas capacidades ao nível físico que podem afectar as habilidades psicomotoras.

A organização do conhecimento mantém-se estável, podendo existir alterações ao nível da memória relativamente a informações transmitidas previamente. Por vezes, é difícil a integração de materiais distintos do que já dominavam, apresentam dificuldade de concentração por longos períodos de tempo, assim como carecem de mais tempo para dar resposta. Por sua vez, a monotonia e o isolamento afectam a função cognitiva, assim como a presença de algumas doenças crónicas podem reduzir a capacidade cognitiva. Nesta fase, é importante manter a independência, a aprendizagem de habilidades, de forma a manter tanto quanto possível a autonomia mesmo com limitações. Outros aspectos deverão ser considerados, designadamente o momento certo para aprender. Graham (1998) refere que algumas pessoas afirmam que aprendem melhor de

manhã, outras dizem render mais à tarde. Acrescentamos que temos também de atender ao nível de energia apresentado.

Podemos inferir que, no adulto, é importante determinar qual o conhecimento que este tem sobre a temática a abordar, focando na experiência anterior. Deste modo, González (1998) refere que o seu método parte da necessidade e do significado atribuído pelo utente para entender e realizar uma comunicação eficaz estabelecida numa relação.

A determinação das habilidades psicomotoras, cognitivas e psicossociais deverá ser efectuada individualmente para que suporte todo o processo de aprendizagem.

Relativamente ao ambiente psíquico Rodrigues *et al* *relata que o educador não se afirma hoje, apenas, através da autoridade do conhecimento, precisa de conquistar o espaço-tempo das interações educativas, apropriando-se do poder da relação* (2005, p.58).

Uma das formas de construir relação é através da comunicação. Para González, (1998) a comunicação é fulcral na educação para a saúde. Esta dá resposta a necessidades concretas, é veículo de transmissão e é a chave do desenvolvimento humano. Para esta autora, a comunicação é um acontecimento subjectivo uma vez que, para o emissor, a mensagem é o que ele pensa, imagina, sente e recorda e transmite em código. Por sua vez, para o receptor, a mensagem é o que ele consegue decifrar, pois considera que apenas o que é subjectivamente decifrado pode ser tornado próprio. Ainda a mesma autora considera que ao efectuarmos uma boa linguagem informativa estamos a garantir a capacidade de decisão por parte do cliente.

Segundo González (1998) o educador deve ter habilidades suficientes para comunicar de forma clara e empática, para que se possa estabelecer um vínculo educativo, É importante ainda ter ideias estruturadas sobre o que vai ensinar. A capacidade de escuta e de negociação são fundamentais no estabelecimento de uma pedagogia activa na educação para a saúde.

Dentro da comunicação iremos considerar a observação e a escuta por serem dois métodos complementares e interrelacionados para o estabelecimento de uma comunicação enfermeira cliente efectiva.

Assim, Phaneuf (2005) considera a observação um estado de alerta, um processo activo que considera a pessoa e o ambiente foco de uma atenção permanente. Este processo pode ser afectado por factores ligados à enfermeira, ao foco de observação e à situação de cuidados.

Relativamente aos factores relacionados com a enfermeira temos a desatenção, os pensamentos paralelos, os hábitos de observação estereotipados, os valores, as crenças e os preconceitos, a vivência pessoal anterior, a persistência da primeira percepção, a atitude defensiva ou negativa da enfermeira, a abundância de estímulos.

Quanto aos factores de influência relacionados com o foco de observação a autora referencia a má vontade da pessoa ou da sua família, a sua vontade de enganar a observadora.

Segundo Phaneuf, a escuta é um processo que comporta diferentes etapas: apreensão da mensagem, entendimento da mensagem e, por último, reacção pertinente. A autora agrupa em três grandes categorias os componentes do quadro favorecedor de uma escuta da totalidade da mensagem: *Incitar a pessoa a exprimir-se sobre as suas experiências, sobre o que ela vive; Incitar a pessoa a exprimir-se sobre os seus comportamentos e sobre as acções que ela faz; Incitar a pessoa a exprimir-se sobre o que ela pensa e sente* (2005, 155).

Esta estudiosa defende ainda que um dos aspectos integrantes da comunicação é o silêncio para pois através dele concentramo-nos na pessoa que temos à nossa frente, sendo o mesmo portador de sentido.

2.1.2.1- A motivação

A motivação é um dos principais aspectos a ter em conta quando pensamos na educação para a saúde. Segundo Redman, a motivação *é um conceito que*

descreve forças actuantes em ou dentro de um organismo que inicia, dirige e mantém o comportamento. A motivação também explica diferenças na intensidade e direcção do comportamento (2003, p.7).

O mesmo autor considera que podem ser utilizadas seis teorias gerais de motivação para dirigir a aprendizagem, nomeadamente:

- Reforçadores, tendo por base o behaviorismo;
- Necessidades, onde as pessoas diferem no grau de importância que atribuem a cada necessidade;
- Dissonância cognitiva, na qual o desafio entre os valores ou crenças enraizados e os comportamentos psicológicos inconscientes provocam tensão no indivíduo;
- Atribuição, de forma a dar sentido ao mundo, sendo identificadas causas que podem ser externas ou internas, consoante o *locus* de controlo de cada indivíduo;
- Personalidade, tendência para se esforçar em relação a determinadas metas e estilos de coping;
- Expectativa, ou seja a motivação de uma pessoa para alcançar uma determinada meta, dependendo da percepção de mudança que possui do sucesso, bem como do valor que atribui ao mesmo.

Para Rodrigues et al as verdadeiras mudanças não são processos fáceis e implicam sempre autonomia, motivação e capacidade de decisão (2005, p.61).

Segundo Redman (2003), os educadores devem, de modo consciente, activar a motivação antes de iniciar o processo de aprendizagem, e ajudar o outro a manter a motivação durante todo o processo. Tem particular interesse ajudá-lo a fornecer o feedback relativamente ao progresso que faz. Também os educadores devem proporcionar feedback claro, ajudando os clientes que aprendem, sentindo-se orgulhosos e satisfeitos com o que alcançaram.

O facto de as enfermeiras estabelecerem uma ligação efectiva com os clientes permite-lhes conhecer os laços que ligam a pessoa ao desejo de viver e de se curar. Assim, Phaneuf (2005) decompõe o conceito motivação em quatro níveis: a não motivação, a emergência da motivação, o envolvimento na acção e a continuação da implicação pessoal.

No primeiro nível (a não motivação), a pessoa não está consciente da sua dificuldade ou sofrimento, podendo estar reticente em abordar as suas dificuldades. É necessário que a enfermeira ajude a pessoa a tomar consciência do seu problema e do sofrimento que ele produz através de um relação de aceitação e confiança, promovendo um diálogo construtivo.

Quanto ao segundo nível (a emergência da motivação), a pessoa toma consciência do seu problema sem no entanto se aperceber de todas as implicações ou consequências. Esta fase pode desencadear emoções ou sentimentos, podendo promover a minimização ou negação do problema como forma de diminuir o sofrimento e o medo. Nesta fase, a enfermeira, ao manifestar a compreensão dos receios, resistências, hesitações favorece a confiança e a auto-estima do cliente.

Ao considerarmos o terceiro nível (o envolvimento na acção), a pessoa deseja de uma forma consciente, mudar e implicar-se no processo. Esta fase compreende o problema e as suas consequências, identifica vantagens e responsabilidades e aceita colocar-se em questão. É a fase para estabelecer objectivos e identificar estratégias, constituindo uma etapa exigente já que pressupõe tomar decisões e opções. O apoio na clarificação dos diferentes aspectos e pólos é importante para incentivar a tomada de decisão autónoma e esclarecida. A autora enfatiza a presença e a escuta como chaves do sucesso.

Por último, abordaremos o quarto nível (a continuação da implicação pessoal). Nesta fase, a pessoa encontra-se capacitada para efectivar a decisão embora consciente das dificuldades. Poderão ainda acontecer recaídas as quais devem ser encaradas pela enfermeira como informações sobre o estado da pessoa não como insucesso, deste modo, a compreensão e o apoio facilitarão a imagem pessoal e a sua acção.

A autora supracitada considera essencial a enfermeira identificar o nível de motivação em que a pessoa se encontra, para poder planear e efectivar uma acção consequente e eficaz, de forma a ajudar a pessoa a progredir para um nível mais elevado.

2.4-CONTRIBUTOS DAS TEORICAS DE ENFERMAGEM

Uma autora que dá grande ênfase ao perito é Benner. Esta desenvolveu uma investigação que tinha por objectivo estudar a aprendizagem experiencial na prática de enfermagem e examinar a aquisição de competência. Nesta obra refere que, descrevendo diferentes tipos de cuidados nos diferentes contextos começa-se a compreender o papel do cuidar no processo de recuperação, da cura e da promoção da saúde. A autora identifica sete domínios de competências nos cuidados de enfermagem. Abordaremos o domínio função de educação e guia. Benner menciona como as enfermeiras aprendem a comunicar e a transmitir informações em situações extremas, *utilizando todos os seus recursos pessoais como a atitude, o tom de voz, o humor, a competência, assim como qualquer tipo de abordagem ao doente* (2001, p.103).

Benner descreve uma grande parte das competências compreendidas nas funções de educação e de guia do perito que vão para além do estudo das sessões planificadas de educação-orientação. Reforça esta situação quando refere que a aprendizagem é mais significativa na maneira como o doente enfrenta a doença e mobiliza a sua energia para a curar. As enfermeiras especializadas não propõem apenas informações, oferecem maneiras de ser, de enfrentar, graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma boa prática de cuidados de enfermagem.

Benner inúmeras as competências no domínio: Função de Educação e Guia

*O momento: saber quando o doente está pronto a aprender
Ajudar os doentes a interiorizar as implicações da doença e de cura no seu estilo de vida
Saber e compreender como o doente interpreta a sua doença
Fornecer uma interpretação do estado do doente e dar as razões dos tratamentos
A função de guia: tornar abordáveis e compreensíveis os aspectos culturalmente tabu de uma doença* (2001, p.104).

Transpondo a opinião de Pender os enfermeiros devido à sua perícia e ao contacto contínuo com os clientes, têm uma oportunidade única de obter a liderança na promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

Para a autora supracitada, os resultados esperados relativamente à promoção para a saúde efectuada pelas enfermeiras são:

- *Aumentar os níveis de saúde e bem-estar entre os indivíduos, famílias e comunidades.*

- *Diminuir a incidência de doença e incapacidade para os indivíduos e famílias.*
- *Aumentar a habilidade para tomar decisões relacionadas com a saúde e o bem-estar nos indivíduos e famílias.*
- *Promover a competência para o autocuidado dos indivíduos e famílias.*
- *Aumentar a capacidade dos indivíduos e famílias para avaliar as suas necessidades de cuidados de saúde profissionais.*
- *Aumentar de forma convincente ao nível comunitário os comportamentos de promoção da saúde enquanto opção oposta à de tratar a doença.*
- *Aumentar a prevalência da promoção da saúde e dos estilos de vida na sociedade como um todo. Pender (1987, p.11).*

Phaneuf foi outra teórica de enfermagem que dedicou uma especial atenção ao ensino à pessoa cuidada. A autora refere que o ensino ao cliente desenrola-se num tipo de comunicação que designa por *comunicação pedagógica*. Esta tem por objectivo *enriquecer ou aprofundar os conhecimentos da pessoa sobre o seu estado de saúde e o tratamento da doença* (2001, p.401).

Phaneuf (2001) enumera alguns princípios pedagógicos que devem ser implementados durante o processo de ensino:

A pessoa deve ser incentivada a colaborar no planeamento dos objectivos, nos horários a implementar, assim como na síntese dos conhecimentos transmitidos; o momento do ensino deverá ser adequado atendendo à condição individual do cliente; o enfermeiro, durante o processo de ensino deverá ter em conta o conforto do doente, atender à fadiga, ao desconforto e prever períodos de repouso; o ponto de partida para situar o ensino deverá ser do que a pessoa já conhece para o que desconhece;

Outro aspecto importante referente à forma de efectuar o ensino é utilizar exemplos, comparações, esquemas desenhos e metáforas na abordagem de conceitos abstractos; Partir de conceitos mais simples para os mais complexos; É importante ir ao encontro do estilo de aprendizagem da pessoa, utilizando os meios audiovisuais em consonância;

A linguagem a utilizar deverá ser simples e adequada à pessoa explicando os termos clínicos; uma forma de promover a retenção da informação é a repetição e síntese dos conteúdos abordados; a aprendizagem torna-se significativa para a pessoa se for de encontro às suas experiências de vida; o conceito teórico deve ser abordado previamente à execução da demonstração; o feedback deve ser garantido através de elaboração de questões ou pedido de exemplos de aplicação; os reforços positivos frequentes são uma mais valia; o ritmo de aprendizagem deverá ser respeitado; o ensino deverá ser dividido em parcelas para promover a aprendizagem e prevenir a cansaço e a saturação; ter em atenção não exigir mais do que cada cliente pode dar para evitar provocar stress ou prejudicar auto-imagem; por último, mas não menos importante, criar um clima de alegria, humor e compreensão durante o ensino, promove a empatia e reforça a aprendizagem.

Neste encadeamento, importa referir, de forma resumida, as fases do plano de ensino propostas por Phaneuf:

A identificação das necessidades de aprendizagem;
A identificação dos factores que influenciam a aprendizagem;
A elaboração, segundo as necessidades, de objectivos de ordem cognitiva, afectiva, psicomotora;
A organização do conteúdo;
A escolha das fórmulas pedagógicas: a preparação do material pedagógico;
A escolha do momento;
A aplicação do plano de ensino;
A avaliação da aprendizagem da pessoa;
A avaliação do ensino pela pessoa. (2001, p.410).

O plano de ensino, com a finalidade de preparar a alta da pessoa, deve contemplar as capacidades da pessoa para retomar as suas actividades, o seu grau de autonomia, as suas necessidades em termos da aquisição de conhecimentos para prevenir complicações e manter o tratamento de forma a atingir a saúde. Outro aspecto importante é o conhecimento dos recursos humanos e financeiros que a pessoa dispõe.

A educação é efectuada em diferentes contextos. Relativamente à educação efectuada em cuidados hospitalares Branco refere *que a educação para a saúde dos doentes inclui uma variedade de actividades que tem por objectivo esclarecê-los sobre a sua doença e efeitos da mesma...ensiná-los a adaptar-se a limitações e ou incapacidades impostas ... (1995, p.22).* A mesma autora defende que a educação para a saúde deverá ser encarada como uma actividade globalizante,

desenvolvimentista e construtivista, que permita aos utentes se apropriarem de formas de estar e pensar em saúde enquanto indivíduos.

2.5-EDUCAR PARA O AUTOCUIDADO

Ao abordarmos a educação para o autocuidado, necessitamos de em primeiro lugar, expor várias perspectivas sobre o autocuidado focando de seguida a nossa atenção no processo de educação para o autocuidado proposto por Pender (1987).

Assim, Orem (1995) apresenta uma teoria na qual o enfermeiro perante uma pessoa incapaz ou limitada na satisfação do seu autocuidado planeia e implementa um conjunto de intervenções que visam cuidar da pessoa com diferentes graus de dependência e promover o seu autocuidado.

A autora citada, define o autocuidado como sendo *o cuidado pessoal que os indivíduos necessitam cada dia de forma a regular o seu próprio funcionamento* (1995, p. 8). Este conceito é visto como um fenómeno de saúde e foco da prática de enfermagem. Segundo a CIPE quando refere que o autocuidado é uma *Actividade Executada pelo Próprio com as características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária.* (2006, p 46).

Orem (1995) desenvolveu a teoria de enfermagem do déficite de autocuidado a qual é composta por três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado; a teoria do déficite de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

A teoria do déficite de autocuidado é o núcleo da teoria geral de enfermagem. A enfermagem é exigida quando os indivíduos necessitam de *incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao seu sistema de autocuidado, cuja realização exige conhecimento e habilidade especializados, adquiridos através de treino e experiência,* ou quando o indivíduo necessita de *ajuda para se recuperar da doença ou da lesão, ou para enfrentar os seus efeitos,* (1995, p 174).

A propósito deste assunto a autora refere ainda que a enfermagem pode estar presente quando o cuidador não apresenta habilidade para dar resposta à necessidade de autocuidado ou quando as demandas de autocuidado excedem as suas capacidades de dar resposta.

A enfermeira tem ainda a capacidade para prever um deficit devido à diminuição nas habilidades de autocuidado ou ao aumento quantitativo ou qualitativo da demanda de cuidados ou a ambos.

Orem (1995) identificou três classificações de sistemas de enfermagem de forma a poder dar resposta aos requisitos de autocuidado do paciente. Assim sugere o sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação.

No sistema totalmente compensatório as pessoas apresentam limitações que as tornam socialmente dependentes de outros para continuar a sua existência e o seu bem-estar.

Relativamente ao sistema de enfermagem parcialmente compensatório tanto a enfermeira quanto o cliente desempenham as medidas de cuidados ou as outras acções, envolvendo as tarefas de manipulação ou a deambulação.

No que concerne ao sistema de apoio-educação, a pessoa é capaz de desempenhar o seu autocuidado não necessitando de assistência, pode no entanto necessitar de aprender a executar através de orientação. Desta forma, o papel da enfermeira é o de promover o cliente como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimento e habilidades (Orem, 1995).

Se tivermos em conta a teoria dos sistemas de enfermagem de Orem (1995) o enfermeiro intervém no autocuidado da pessoa doente utilizando o sistema de apoio e de educação

A utilização de um ou vários sistemas depende de cada cliente e da avaliação efectuada, podendo ser necessário a utilização de um ou mais dos três tipos de sistemas num único cliente.

Relativamente a esta temática, Carpenito afirmo seguinte:

o autocuidado engloba as actividades exigidas para a satisfação das necessidades diárias, geralmente denominadas actividades da vida diária. As actividades da vida diária são aprendidas ao longo do tempo e tornam-se hábitos que duram toda a vida. Incluídas na ampla categoria de actividades de autocuidado estão não apenas as tarefas que devem ser feitas (higiene, banho, vestir-se, usar o vaso sanitário, alimentar-se), mas como estas tarefas são feitas e quando, onde, com quem. (1998, p. 264)

A autora supracitada refere-se à síndrome do défice no autocuidado, englobando cinco actividades, nomeadamente: alimentação; banho/higiene; vestir-se/arrumar-se; uso do vaso sanitário e instrumental. Define este síndrome como *um estado em que o indivíduo apresenta prejuízo na função motora ou cognitiva, causando uma diminuição na capacidade de desempenhar cada uma das cinco actividades de autocuidado (Carpenito, 1998, p. 264).*

Para a mesma autora, a enfermeira investigará o funcionamento em cada uma das áreas e identificará o nível de participação do qual o indivíduo é capaz classificando o nível funcional. O objectivo primordial será manter o funcionamento ou aumentar a participação e a independência (Carpenito, 1998).

Theuerkauf adiciona uma nova perspectiva quando afirma que

O autocuidado é mais do que um grupo de capacidades. É um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais. (2000, p.173).

O desempenho do autocuidado é uma questão pessoal, e muitos são os factores que afectam as actividades de autocuidado: físicos, psicológicos, sócio-culturais, ambientais, político-económicos, entre outros. Tudo isto influencia a forma como o cliente aborda o autocuidado nas actividades de vida diária.

Theuerkauf defende que *os objectivos da reabilitação direccionam-se no sentido de ajudar o utente a conseguir e a manter o máximo de independência e desempenho seguro nas actividades de autocuidado (2000, p.174).*

O enfermeiro tem um papel fulcral em ajudar o utente e família no uso de dispositivos adaptativos e auxiliares e de técnicas especiais de funcionar com segurança a um nível óptimo nessas actividades.

O processo de educação para o autocuidado consiste em ensinar e aconselhar actividades onde a informação é partilhada, de forma a que os clientes sejam guiados na aplicação do que aprenderam nas actividades de vida diária (Pender, 1987).

Existem múltiplos factores que contribuem para a resposta individual para o autocuidado, os quais comportam um elevado grau de complexidade. De acordo com Pender (1987) quando estamos a educar para o autocuidado temos de ter a consciência que o cliente trás consigo para a situação de aprendizagem, a sua personalidade, a sua forma de interagir socialmente, os seus valores e normas culturais e as influências ambientais. Ao considerarmos estes factores, estilos de aprendizagem individuais deverão ser desenvolvidos, de forma a efectuar uma educação efectiva.

O desejo do cliente de eficácia e de aquisição da competência deverá ser tido em consideração, uma vez que existem pessoas que não querem ser responsabilizadas pela sua próprias acções. Por outro lado, o desejo de adquirir competência é frustrado por um sistema de saúde que retira o poder e infantiliza.

Atendendo a que as enfermeiras estabelecem uma relação de educação para o autocuidado com os clientes, deverão desta forma, determinar o seu desejo para assumir as responsabilidades do seu auto cuidado. Assim, esta apreciação será um factor facilitador para a promoção dos conhecimentos e habilidades.

Ainda, segundo Pender (1987) o conceito que o cliente tem de saúde influenciará fortemente na educação para a saúde. Se o cliente percepção saúde como um completo bem-estar, enfatizará aspectos como o relaxamento, o exercício físico e outras actividades promotoras de bem-estar. Por outro lado, se o cliente entende saúde como o manter a estabilidade ou evitar doenças dará importância a comportamentos de protecção da saúde como a imunização ou o despiste precoce.

Contudo, a definição de saúde do cliente poderá sofrer alterações e reajustes durante o processo de educação.

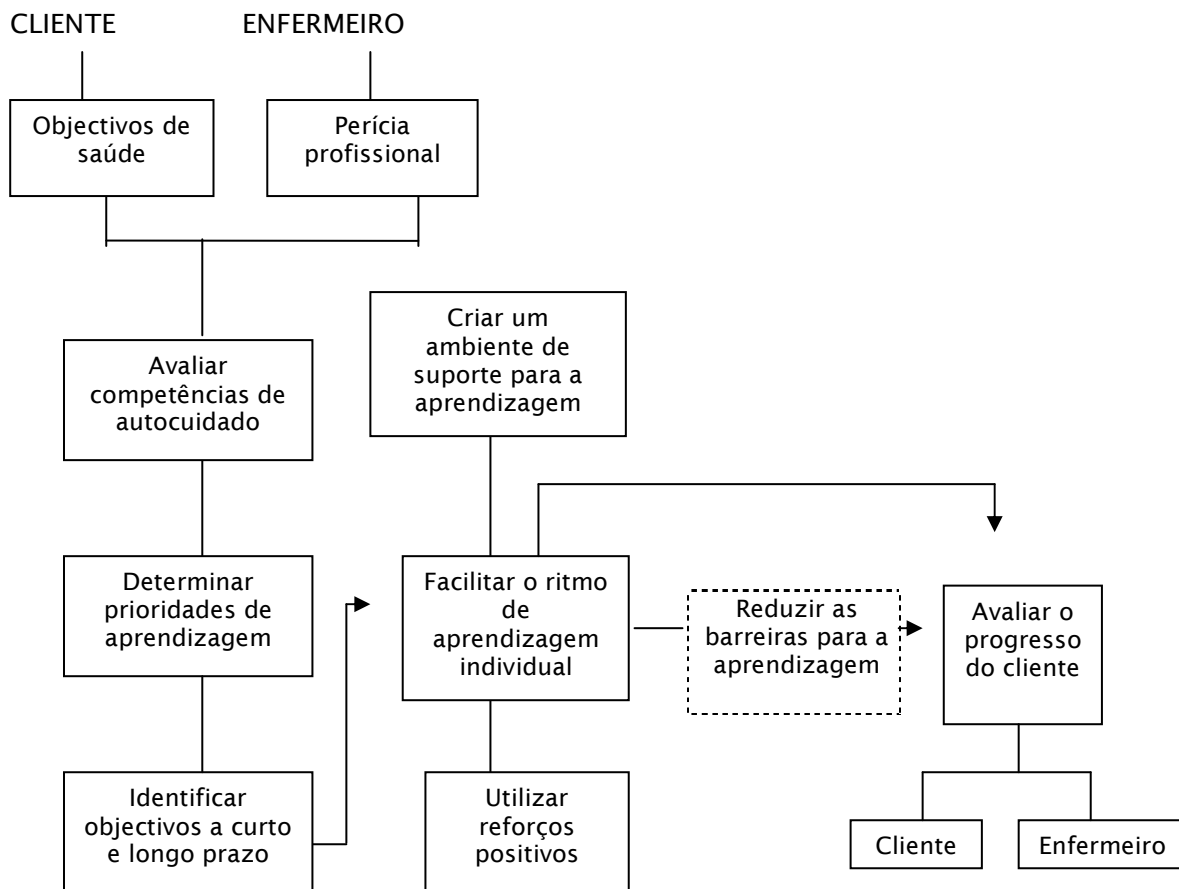
A auto experiência de saúde (ou a falta dela) actua como factor de motivação para a procura de informação sobre a saúde e respectiva acção. Outro aspecto que influencia a saúde são as crenças sobre benefícios e barreiras para as acções de promoção da saúde, assim como experiências prévias, contacto com os meios de comunicação social ou contacto prévio com os profissionais de saúde (Pender, 1987).

Os aspectos demográficos, étnicos e culturais, também deverão ser tidos em conta na apreciação e no planeamento da educação para o autocuidado, uma vez que revelam formas particulares de estar na vida que devem ser conhecidas de modo a podermos planear uma educação para o autocuidado eficaz e que vá ao encontro das necessidades reais das pessoas.

Os componentes a serem contemplados no processo de educação para o autocuidado segundo incluem: avaliar as competências de autocuidado determinar as prioridades de aprendizagem, identificar os objectivos a curto e longo prazo, facilitar o ritmo de aprendizagem individual, utilizar reforços positivos, criar um ambiente de suporte para a aprendizagem, avaliar o progresso do cliente (Pender, 1987).

Seguidamente (Figura Nº 2), podemos visualizar o processo de educação para o autocuidado enquanto um processo de colaboração entre o cliente e a enfermeira.

FIGURA Nº 2- O processo de educação para o autocuidado



Fonte: adaptado de Pender (1987, p.195)

No que diz respeito à *avaliação das competências para o autocuidado* Pender, (1987) categoriza-as em conhecimento, motivação, e habilidades. Comparativamente, Redman (2003) divide os objectivos educacionais no domínio cognitivo, afectivo e psicomotor.

Assim, e de acordo com os autores supracitados, quando nos referimos à competência, ao conhecimento ou ao domínio cognitivo, estamos a nos reportar às habilidades intelectuais, as quais podem ser ensinadas atendendo aos níveis do conhecimento, de compreensão, de aplicação, de análise, de síntese e de avaliação. Para isso, poderão ser utilizados os métodos de prelecção, discussão, simulação, jogos e experiência de campo. Este domínio ou competência poderá ser avaliado através da discussão informal, da elaboração de questões abertas ou

fechadas, (oralmente ou por escrito), através de listas de conhecimentos ou *checklists*, ou aplicando escalas de avaliação, ou questionários.

Relativamente à competência *motivação* ou ao domínio afectivo estamos a nos referir à expressão de sentimentos, de atitudes, de valores e de apreciações.

Assim, neste domínio atendemos aos níveis de recepção, resposta, valorização, organização e caracterização por um valor. A metodologia a aplicar poderá incluir a prelecção, a discussão, o ensino por módulos, a discussão, a aplicação de estímulos, a dramatização, a experiência de campo e a elaboração de projectos independentes ou de grupo. Esta é uma área extremamente complexa quer em termos de actuação, quer em termos de avaliação, uma vez que os clientes podem controlar a expressão dos sentimentos. Porém, a demonstração de interesse ou apatia, atenção ou disponibilidade dispensadas são factores que indiciam a presença ou a ausência de motivação e necessitam de especial intervenção da parte da enfermeira. Por outro lado, um aspecto é o que as pessoas dizem, outro aspecto é o seu comportamento. Quando a educação para a autocuidado é efectuada durante a hospitalização, esta é condicionada por ser cada vez mais uma realidade o curto tempo de internamento.

Quanto à competência *habilidade* ou ao domínio psicomotor é um aspecto importante a ter em atenção uma vez que determina a capacidade para os aspectos físicos do autocuidado. Sendo assim, devemos ter em conta os níveis de percepção, o cenário, a resposta guiada, o mecanismo, a resposta complexa aberta, a adaptação e a originalidade.

Poderão ser aplicadas técnicas como a demonstração, o exercício e prática, o ensino de pares, a dramatização, a experiência de campo, os jogos, os projectos independentes. Este domínio deverá ser avaliado através da observação do comportamento, ou através da resposta a questões.

Ao continuarmos a explanar a figura previamente apresentada abordaremos a necessidade de *determinar prioridades de aprendizagem*. Por vezes, as enfermeiras encontram dificuldades em decidir por onde começar, uma vez que os clientes necessitam de gerir um conjunto de informações relacionadas com a manutenção da sua saúde. Futrell (1980) citado por Pender apresenta dois

critérios utilizados para determinar por onde começar. O primeiro, *é começar pela área mais importante para o cliente na altura em que é efectuado o ensino, o segundo; é começar pela área de conhecimento que irá contribuir para manter ou melhorar a saúde.* (1987, p. 200).

Um dos aspectos a ter em atenção pelos enfermeiros é que os clientes têm ideias definidas sobre o que querem saber e o que é importante para eles.

Relativamente à necessidade de *identificar objectivos de aprendizagem a curto e a longo prazo*, esta identificação é necessária para determinar as actividades educacionais. Desta forma, podemos utilizar a questão referenciadas por Pender quando nos questiona sobre *quais são os conhecimentos e habilidades específicas que o cliente ambiciona desenvolver de modo a obter um objectivo desejado em termos de saúde?* (1987, p.200).

Assim, Phaneuf (2001), Dean-Baar (2000), Redman (2003), Tones e Green (2004) Dean-Baar (2000) são unânimes quanto à forma como os objectivos devem ser planeados. Pretende-se assim a adopção de uma postura concertada entre o cliente e a enfermeira.

Os objectivos devem também ser realistas e deve existir um objectivo a longo prazo mais geral (tipo meta a atingir), no qual se inserem objectivos a curto prazo ou específicos que determinam pequenas etapas a construir, de forma a alcançar a meta proposta.

No contrato estabelecido, datado e assinado entre enfermeira e cliente, ambos devem ter uma cópia que constitua uma referência desse mesmo.

Facilitar o ritmo de aprendizagem individual constitui um aspecto fulcral, uma vez que o ritmo de aprendizagem depende da motivação pessoal, da assertividade, da perseverança, da habilidade e do estilo de aprendizagem. Existem ainda outros factores que afectam o ritmo com que se implementa o ensino nomeadamente a idade, o status de saúde e o nível de escolaridade.

Neste âmbito, ao estabelecer-se uma relação enfermeiro cliente, os objectivos de curto prazo e as expectativas do cliente e enfermeiro vão se ajustando, consoante vai decorrendo o processo de aprendizagem.

A importância atribuída *ao utilizar reforços positivos* assume especial relevo nos pequenos progressos que o cliente vai conseguindo, de forma a encorajar e a aumentar o sentimento de sucesso e de progressão na aquisição da competência de autocuidado. Pender (1987) refere que o cliente, a família e a enfermeira constituem potenciais fontes de reforço. O elogio deverá ocorrer livremente e de forma significativa, utilizando-o para lembrar comportamentos adquiridos e indicadores de progresso.

Outro aspecto apontado pelo autor é a implementação da auto recompensa e o auto reforço. Desta forma, também a família deverá aprender a ser um suporte para quem se encontra a desenvolver comportamentos de saúde.

Relativamente à necessidade *de identificar barreiras à aprendizagem* e segundo Pender (1987) estas podem advir de várias fontes, nomeadamente: valores pessoais, crenças e atitudes, falta de motivação, baixo auto conceito, ou habilidades cognitivas e psicomotoras insuficientes. Quando não se verificaram progressos, é necessário identificar, atenuar ou eliminar as barreiras, de forma a dar continuidade ao processo educativo. Um dos factores que contribui para atenuar as barreiras é a criação de uma relação de abertura e de empatia entre a enfermeira e o cliente com vista a facilitar a comunicação sobre os obstáculos à aprendizagem.

Ao criar um ambiente de suporte para a aprendizagem, o enfermeiro que está a apostar no sucesso da educação para o autocuidado, deve contemplar meios audiovisuais para facilitar a explicação ou demonstração através de ilustrações, assim como recursos materiais utilizados pelas pessoas nas suas habitações, de forma a praticar situações concretas e reais. O fornecimento de informação escrita é importante para reforçar o conhecimento dado oralmente, ou para lembrar as habilidades quando as pessoas estão em casa. *O uso da informação escrita aumenta a retenção da informação por parte do utente* Redman (2003, p.49).

Relativamente à atmosfera psicológica, Dean-Baar *inclui um clima de respeito e confiança mútua, colaboração, suporte, abertura à autenticidade, prazer e humanidade* (2000, p.146). No que se refere à terminologia a adoptar, deve ser utilizada uma linguagem simples e adequada.

Poderá ser utilizado entre o ensino individual ou em pequenos grupos de forma a desenvolver o espírito de entre ajuda.

No que concerne ao *avaliar o progresso do cliente, atendendo aos objectivos* previamente delineados Green (1979) citado por Pender (1987) refere três abordagens para avaliar:

- 1) *Avaliar o processo de educação para a saúde*
- 2) *Avaliar o impacto (mudanças no conhecimento, atitudes ou comportamentos)*
- 3) *Avaliar a mobilidade e mortalidade* (p.205).

Enquanto que a enfermeira e o cliente devem, de forma periódica, avaliar o processo de educação para a saúde, é também importante uma avaliação de aspectos mais abrangentes mas fundamentais.

Toda a avaliação requer uma observação directa ou indirecta dum dado comportamento.

2.6.1- Educar para o autocuidado a pessoa adulta

De acordo com Pender (1987) o autocuidado nos adultos jovens reveste-se de aspectos particulares. A fase adulta é a altura da vida em que a pessoa foca a sua energia e atenção na realização dos seus projectos de vida. Assim, a preocupação com o seu estado de saúde fica relegada para segundo plano. Porém, esta é a etapa da vida em que os indivíduos têm que se preocupar com o assumir o papel da paternidade e da responsabilidade que isso implica; refinar as capacidades de observação, descrição e tratamento de doenças comuns; aumentar os seus conhecimentos acerca das suas capacidades de autocuidado e geri-las de forma apropriada e económica.

Carporeal-Katz (1983), citado por Pender descreve que a educação para o autocuidado como sendo constituída pelos seguintes componentes:

- 1-Provisão de um período de tempo para a expressão de sentimentos;
- 2-Reforço da auto estima de um cliente;
- 3-Livre acesso a informação;
- 4-Prática das técnicas de auto cuidado que possam ser aplicadas com efeito imediato;
- 5-Apresentação de pontos de vista alternativos de problemas de saúde;

O adulto Idoso, relativamente ao seu autocuidado, focaliza a sua atenção na maximização da independência, no vigor e na satisfação de vida. A educação para o autocuidado nesta fase etária deverá contemplar as alterações que poderão ocorrer devido ao processo de envelhecimento aos vários níveis, nomeadamente: ao nível físico, sensorial, mobilidade, sexual e psicológico (Pender, 1987).

Existem aspectos que se mantêm ao longo da vida. Relativamente à personalidade e aos estilos de coping verifica-se que os mecanismos de enfrentamento e as formas de encontrar sentido para a vida vão marcar de forma significativa a energia despendida nas actividades de autocuidado.

Vuori (1980), citado por Pender, refere que os objectivos para a educação para o autocuidado são:

- Influenciar os indivíduos relativamente aos comportamentos relacionados com a saúde promovendo informação para a tomada de decisão, mudança de atitudes e ou valores;
- Mudar os valores da sociedade;
- Criar uma atitude favorável na sociedade relativamente à legislação, produção e políticas de forma a influenciar os comportamentos das populações. (1987,p.192).

No que concerne às características da aprendizagem do adulto, Pender (1987) refere que quando a enfermeira educa para o autocuidado deve ter em conta: as experiências anteriores e o *background*, de forma a facilitar a aprendizagem, deve considerar a auto direcção em vez da dependência; centrar o processo de aprendizagem no problema ou no interesse do cliente; focar o interesse em aspectos imediatos em vez de aplicações futuras; priorizar o desenvolvimento da aprendizagem da mestria em tarefas actuais.

Completando esta afirmação, Dean-Baar (2000) diz-nos que para a utilização dos princípios de aprendizagem o educador deverá desempenhar o papel de facilitador, por forma a que o educando conceba e gira os processos e os procedimentos.

Um autor que estudou a formação de adultos foi Lesne (1977), o qual alerta para que as pessoas sejam os sujeitos da sua própria formação, no sentido em que esta corresponde a um processo de adaptação activa às condições de funcionamento de uma determinada sociedade e às modificações que nela se vão

realizando. Este autor refere três tipos de percurso de desenvolvimento profissional a que chamou de *Modos de Trabalho Pedagógico* (MTP); o Modo de Trabalho Pedagógico de tipo transmissivo, de orientação normativa (MTP1); o *Modo de Trabalho Pedagógico de tipo incitativo de orientação pessoal* (MTP2); o *Modo de Trabalho Pedagógico de tipo apropriativo*, centrado na inserção social do indivíduo (MTP3).

De acordo com Lesne (1977), no modo de trabalho pedagógico de tipo transmissivo e orientação normativa, é o educador quem detém o poder e o conhecimento, através do qual transmite valores, normas, formas de pensar, de agir e de sentir. A pessoa é considerada objecto de influência social directa da formação. Ao analisarmos esta forma de estar na educação, através da óptica da enfermagem e fazendo alusão ao paradigma da categorização, Kérouac (1994) refere que os fenómenos são analisados através da perspectiva causa efeito, sendo considerada uma relação mono causal e linear entre os mesmos. A pessoa é vista como a soma das partes e o ambiente é considerado como separado da mesma. Assim sendo, o cuidado está centrado nos problemas, sendo o papel do enfermeiro fazer para as pessoas, planeando, organizando e coordenando as acções. Nas duas perspectivas, a pessoa adopta um papel passivo e de receptáculo; quer seja na educação, quer seja na enfermagem, o importante é fazer pelas pessoas.

Numa concepção diferente, Lesne (1977), referencia o modelo de trabalho pedagógico do tipo incitativo, de orientação pessoal onde a componente de socialização e as atitudes não directivas despontam. Esta visão segue uma óptica Rogeriana de aceitação incondicional e de empatia, onde todo o ser possui um potencial de crescimento e desenvolvimento; cabe ao educador favorecer a auto organização da pessoa a educar. Na visão da enfermagem, o paradigma da integração surge numa época de sofrimento humano após a segunda guerra mundial, com o surgimento da psicologia. Para Kérouac (1994) o cuidado está centrado na pessoa, fortemente influenciada pela teoria das necessidades de Maslow, assim como pela terapia centrada no cliente de Rogers. Tais factos induzem a que o papel da enfermeira seja orientado para avaliar as necessidades de ajuda da pessoa tendo em conta as suas percepções e a sua globalidade.

Consideramos que as duas visões advêm dum tronco comum onde a atenção no cuidar e no educar é dirigida para a pessoa.

Por último, e ainda de acordo com Lesne (1977), o modo de trabalho pedagógico do tipo apropriativo é o que mais se coaduna com a aprendizagem do adulto. Este é centrado na inserção social onde a pessoa é considerada um agente social e o acto de formação é o ponto de partida, o suporte e o ponto de chegada. A formação dirige-se a pessoas concretas, que ocupam lugares concretos, enraizados na história, e o homem faz-se nas relações sociais e muda quando estas mudam, o que podemos considerar que se estabelece uma dialéctica de mudança constante. Por outro lado, na enfermagem Kérouac (1994) considera que o paradigma da transformação afigura-se fortemente marcado pela abertura ao mundo da década de 70. Para os cuidados de enfermagem, a pessoa é considerada como um ser único em relação consigo mesma e com o universo. O cuidado está dirigido ao bem-estar, tal como a pessoa o define. O enfermeiro e a pessoa são companheiros num cuidado individualizado. Nesta sequência, parece-nos legítimo afirmar que, tanto na perspectiva da educação, como na perspectiva das orientações da disciplina de enfermagem, o percurso é feito com a pessoa sendo a interacção contínua, recíproca e simultânea.

Para concluirmos, o educador que oriente os educandos em direcção a uma aprendizagem dinâmica e partilhada, contemplando os seus saberes, mediando os seus interesses, favorece a aprendizagem dos conhecimentos.

2.7-QUESTÕES ÉTICAS NO EDUCAR PARA A SAÚDE

A relevância que nos últimos tempos se tem vindo a dar às questões éticas do educar e do cuidar, conduz-nos para um olhar para além do saber cognitivo e merece o nosso interesse sobre as questões éticas no educar para a saúde.

Considerando que o Homem é um ser de direitos iguais e inalienáveis a carta internacional dos direitos humanos contempla, no seu artigo 25º, o direito à saúde e ao bem-estar da pessoa e da família; no seu artigo 26º considera o direito à educação um princípio fundamental do homem visando a plena expansão da personalidade humana.

Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde no Decreto-Lei 48/90, de 24 de Agosto, decreta que os utentes têm o direito a ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado.

Tendo em atenção a relevância social da sua actividade, a enfermagem tem como essência e especificidade o cuidado ao ser humano na área da saúde. Assim se entende que o foco de atenção do enfermeiro seja *a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue* (Ordem dos Enfermeiros, 2003, b), p.8). De forma a orientar na consecução destes pressupostos, os enfermeiros prestam cuidados utilizando a promoção da saúde, no sentido de ajudar as pessoas a recuperarem a sua autonomia e a capacidade de decisão.

É princípio geral que *as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*, (Ordem dos Enfermeiros, 2003, a) p.21) Desta forma, a dignidade humana é um tronco comum a outros princípios como a inviolabilidade, a igualdade, a autonomia, e a solidariedade.

Então, que caminho percorrer de forma a integrar estes princípios na prática? Faz-nos sentido que este caminho seja orientado pela ética, pois segundo Nunes (s. d) esta guia a actividade do enfermeiro de forma a que este decida a favor do bem presumido do Outro. Assim como a autora, acreditamos na possibilidade de desenvolvimento da qualidade de vida do Outro como uma forma de dar sentido à intervenção cuidativa em enfermagem.

Lopes e Nunes referem que a ética é *a reflexão filosófica sobre o agir humano. E este agir que difere do fazer ou produzir algo, refere-se a uma dinâmica pessoal, a um processo de construção de si.* (1995, p.12). São ainda da opinião que não existem modelos em ética, porque o caminho é pessoal.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros

o característico da opção ética é que está sempre nas nossas mãos, não depende senão da intenção de cada um; não precisa do consentimento ou do acordo dos demais e não requer o concurso de circunstâncias especialmente favoráveis. Porque a educação, a experiência, o conhecimento conflui para condicionar a pessoa, mas não a pode determinar por completo (2003, a) p.17).

Para Fry (1994). a sensibilidade ética envolve a identificação dos aspectos éticos de uma situação que afecta o bem estar do individuo, é baseada na interpretação dos seus comportamentos verbais e não verbais, a identificação dos seus desejos ou necessidades e uma resposta apropriada Por sua vez a sensibilidade ética é afectada pela cultura, religião, educação e experiência de vida de cada

enfermeira, afectando a forma como esta decide a nível ético durante a prestação de cuidados.

Daí a importância das enfermeiras investirem na aprendizagem dos conceitos éticos, dos valores, e reflectirem sobre a sua aplicação na prática, de forma a integrar novas capacidades e aptidões de decisões éticas. Para a mesma autora, o primeiro passo para tomar decisões éticas é a identificação dos seus próprios valores, através da introspecção e do auto exame; o segundo passo consiste na compreensão de quais são os valores importantes para os outros.

Os valores estão representados na estrutura conceptual de cada indivíduo e representam o que este considera certo, estando organizados numa hierarquia de importância para o próprio. Existem valores pessoais e culturais.

A cultura pode influenciar fortemente os valores pessoais e morais. Atendendo à mobilidade geográfica, a sociedade passa a ser multicultural. Os enfermeiros necessitam de considerar os valores expressos pela cultura e pelas crenças religiosas muito diferentes dos seus, devem reconhecer, respeitar e incorporar nos seus planos de cuidados para realizar uma intervenção eficaz. Este aspecto torna-se extremamente relevante face à educação para a saúde, pois é na medida que conhecemos as crenças e o significado que cada um atribuí ao seu projecto de saúde que podemos colaborar na sua consecução.

O enfermeiro, ao prestar cuidados, pressupõe a assumpção dos valores humanos, nomeadamente os princípios éticos em cuidados de saúde designadamente: princípio da beneficência, de autonomia e da justiça.

O princípio da beneficência, segundo a ordem dos enfermeiros, *relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro o que é para seu benefício* (2003, p.52); a este princípio está ligado o da não maleficência que, segundo alguns autores, não causar dano é mais imperativo, do que promover o bem. A aplicação destes dois princípios é complexa, pois ponderar o risco / benefício não é fácil, depende dos valores e dos interesses das pessoas implicadas, da ponderação das consequências, entre outros. Para Queirós, *está ligado com o princípio do duplo efeito, segundo o qual em determinadas circunstâncias, é legítimo realizar acções das quais resulta um efeito bom - pretendido e outro mau - tolerado* (2001, p.58).

O princípio da autonomia para Queirós prescreve o respeito *pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões que sejam verdadeiramente autónomas e livres* (2001, p.53). Segundo a Ordem dos Enfermeiros o respeito pela autonomia *significa o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesma – livre e autónoma, capaz de auto governar-se, de decidir por si mesma.* (2003 a), p. 53). A informação antecede as escolhas, para que estas possam ser livres e esclarecidas.

As acções de promoção da saúde estão claramente fundadas nos princípios éticos da autonomia e de beneficência.

O princípio da justiça surge como o dar a cada um o que lhe é devido, na conformidade com o direito e segundo uma proporção.

Beauchamp & Childress (1989) citados por Fry (1994) consideram que o princípio da justiça formal estipula a igualdade de tratamento entre os iguais, e a diferença de tratamento entre situações desiguais, de acordo com as suas necessidades, levando-nos a concluir que o que poderá levar á distribuição será proporcional às necessidades de cada caso.

A existência de conflitos de valores é por vezes uma situação que não pode ser evitada. Porém, pode ser vista como uma oportunidade da enfermeira partilhar informações valiosas como os utentes, ensinar-lhes em matéria de saúde e assistir-lhes na tomada de decisão coerente com os seus valores. A adequação destes valores à prestação de cuidados supõe uma análise concreta e minuciosa de cada caso, pressupondo, à priori, uma decisão ética.

O dilema com que se debate qualquer profissional de saúde é o de decidir quais os limites em que pode e deve agir, de forma a convencer o utente a mudar certos comportamentos que lhe são nocivos. Para Adam (1979) a enfermeira, consciente da sua obrigação de ajudar o cliente a fazer opções, que segundo as suas crenças parecem as melhores, por vezes pode ser obrigada a tomar decisões difíceis. Segundo Queirós o processo de tomada de decisão é uma competência *que requer que os profissionais considerem em cada situação os seus valores pessoais e profissionais, as crenças e tradições, as perspectivas multidisciplinares, o enquadramento das várias alternativas para a acção, a decisão colectiva e as implicações concretas da decisão tomada* (2001, p. 53). A mesma autora refere-nos ainda que a competência ética exige que o profissional

de enfermagem confronte os valores humanos universais face aos valores dos actores em presença.

Os direitos e os deveres dos enfermeiros em geral, foram consagrados em lei pela primeira vez em 1996, com a publicação do REPE e vieram a ser reformulados com a publicação do decreto lei 104/98, de 21 de Abril, que garante os direitos e deveres estabelecidos no Estatuto da Ordem.

Fry (1994) define os valores profissionais como atributos gerais estimados para um grupo profissional. Para a Ordem dos enfermeiros *a deontologia é o conjunto de normas referidas a uma determinada profissão, alicerçadas nos princípios da moral e do direito, procurando definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão.* (2003, a), p.18).

No código deontológico artigo 80º a Ordem dos enfermeiros faz referência ao dever do enfermeiro de efectuar educação para a saúde

Do dever para com a comunidade o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de:
conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido,
participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas detectados,
colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade. (2003 a), p.45).

Este artigo diz respeito a todos os enfermeiros, ou seja independentemente dos contextos onde são prestados os cuidados.

A responsabilidade do enfermeiro de promover educação para a saúde está relacionada com o direito básico à saúde, reconhecida desde há muito como um direito básico de cada pessoa. Para Fry todas as sociedades esperam que o poder político estabeleça e aplique legislação de forma a promover a saúde do indivíduo e da sociedade em geral (1994). Esta autora defende que as enfermeiras promovem o direito à saúde, assim como contribuem para o desenvolvimento das condições sanitárias dos indivíduos e dos grupos. A responsabilidade do enfermeiro de promover a saúde dos indivíduos e grupos tem como fundamento o princípio da advocacia. Atendendo ao facto das enfermeiras apoiarem os valores e as decisões dos utentes, preconizam o direito básico do indivíduo ser

respeitado como quem toma decisões independentes e controla o seu percurso de vida.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, *cada vez mais as pessoas são informadas e estimuladas a usarem os seus conhecimentos; a adoptarem atitudes que potencializem as suas capacidades e a desenvolverem actividades que melhorem a saúde deles próprios, das respectivas famílias e da respectiva comunidade* (2003, a), p.46).

Os direitos dos doentes constituem uma subclasse de direitos humanos gerais, assim, dentro dos direitos dos doentes encontramos referenciados os direitos do doente internado, do qual passamos a citar os que se enquadram dentro temática abordada.

Na carta dos direitos do doente internado, publicada pelo Ministério da Saúde em Fevereiro de 2005, podemos ler no artigo:

1º *O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.* Dentro deste ponto é referenciado que o doente deve ser visto como um parceiro num processo de saúde e não um subordinado cumpridor.

Relativamente ao artigo 4º *o doente internado tem direito à continuidade à continuidade de cuidados* podemos ler a importância que é dada à facultação de conhecimentos e informações *devem ser proporcionados os conhecimentos e informações essenciais aos prestadores de cuidados no domicílio, de preferência acompanhados de um documento escrito que o doente poderá consultar em casa.*

Referenciando o artigo 5º, *O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existente, suas competências e níveis de cuidados.* Podemos verificar a alusão a que deverá ser entregue ao doente na altura da admissão ou, preferencialmente, antes da mesma um manual de acolhimento, deverão ser preparadas formas alternativas para a transmissão da informação contida nestes manuais designadamente para pessoas com deficiência visual, iletrados ou com dificuldades linguística, deverá ser dada informação sobre associações de doentes portadores das diversas patologias que os poderão ajudar posteriormente. Uma forma de reforçar a informação oral é a informação escrita, na medida em que promove a oportunidade de ser consultada à posteriori. Para Bennet (1999) citando Ley (1998) referiu que a percentagem de pessoas que lêem

a informação escrita é geralmente elevada quando esta é fornecida no contexto de uma consulta.

O artigo 6º faz referência a que *o doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde*, menciona ao longo do texto que as informações deverão ser dadas da maneira mais adequada às características do doente e num contexto de empatia, confidencialidade e privacidade, a informação permitirá, ainda, ao doente participar desde a escolha das terapêuticas que lhe dizem respeito, até à escolha da roupa e objectos de uso pessoal.

Efectuando uma breve conclusão, a visão inovadora da enfermagem enquanto profissão autónoma traz consigo um conjunto de desafios e responsabilidades face à pessoa que é alvo dos cuidados. É pois imperativo que nos debruçemos sobre como devemos agir, que paremos para reflectir sobre o impacto dos nossos padrões na prática dos cuidados. Urge construir um saber fundamentado e humanizado, cabe a cada um de nós a consolidação da dimensão ética em enfermagem.

3-PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Nas últimas décadas os hospitais deixaram de dar respostas ao nível social para se transformarem em centros de intervenção na crise. A pessoa que vivência uma situação de doença é confrontada com a necessidade de aprender a gerir um conjunto de situações novas. Assim, concordámos com Pender (1987) quando refere que as pessoas que experimentam uma situação aguda de doença poderão ter um elevado grau de prontidão para aprender, o que torna o hospital um local privilegiado para a educação para a saúde.

A educação para a saúde tem vindo, progressivamente a tornar-se central quer do ponto de vista da formação, quer das práticas em enfermagem, esta é desenvolvida pelos enfermeiros em diferentes contextos, quer na área dos cuidados de saúde primários, quer na área dos cuidados de saúde hospitalares.

A WHO (2004) refere que os hospitais desempenham um papel importante na prevenção da doença e reabilitação. Contudo, o aumento da prevalência das situações de doença crónica associada aos estilos de vida, induzem ao aumento de actividades de educação terapêutica, estratégias de comunicação efectiva e motivação de forma a tornar os utentes capazes de lidar activamente com a sua doença.

Desta forma, educar para a saúde no contexto hospitalar supõe a necessidade de mudança de alguns processos de autocuidado de forma a responder às implicações impostas pela doença. Esta adaptação requer da pessoa percepção do seu estado de saúde, e sobre a forma de se adaptar à nova situação, identificando problemas e soluções de forma a tomar decisões.

A incapacidade da pessoa em cuidar dela própria para atingir saúde ou bem estar ocorre quando há um desequilíbrio entre a sua capacidade para o autocuidado e a demanda terapêutica de autocuidado.

A educação para o autocuidado tem um papel crucial na manutenção e desenvolvimento da saúde do indivíduo. Uma competências dos enfermeiros de cuidados gerais assumidas pela Ordem dos Enfermeiros encontra-se no domínio da promoção da saúde na qual o enfermeiro *proporciona apoio/ educação no*

desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente. (2003 c), p.192).

A educação para o autocuidado é efectuada comumente no contexto por nós escolhido, com vista à promoção da independência e do bem-estar do cliente. Para Lopes (2006) ao investigarmos a prática clínica dos enfermeiros estamos a promover o desenvolvimento da profissão na medida em que ao ser desvendado o seu *modus operandi*, possibilita a discussão. Desenvolve ainda a disciplina de enfermagem na medida em que se abonam elementos que podem integrar o seu corpo de conhecimento.

As razões pessoais que nos levaram a escolher esta temática fundamentam-se no facto da nossa experiência profissional num serviço de Medicina e Consulta Externa de Endocrinologia cuidando de pessoas que vivenciam uma situação de doença crónica como a Diabetes Mellitus, experimentar que assistir no processo de autocuidado supõe dos enfermeiros determinadas competências uma vez que convivemos de perto com sofrimento pessoal e familiar causado por uma doença que obriga a inúmeras adaptações por parte da pessoa e família. O confrontar-se com esta demanda interior levou-nos a uma procura constante de respostas de como educar para o autocuidado numa situação de doença? Como promover a autonomia e independência?

Por outro lado, acompanhava-nos a sensação de realização pessoal e profissional durante a prestação de cuidados, por um reconhecimento, uma procura, um olhar de cumplicidade, um testemunhar que se é capaz de levar a vida para a frente, um demonstrar que se gere a situação, um evidenciar confiança, são infindáveis e por vezes inexplicáveis os aspectos que o enfermeiro quando cuida e educa experimenta.

O estudo deste fenómeno assume para nós relevada importância na medida em que enquanto docentes necessitamos de compreender as práticas para repensar a forma de corroborar para a aproximação entre a teoria e a prática. Assim, compreende-se a importância de estudar as práticas de forma a gerar conhecimento (Lopes 2006).

Neste contexto e face ao exposto importa agora referir as questões que nos interpelaram

-Como é que os enfermeiros dos cuidados hospitalares educam para o autocuidado?

-Quais os aspectos que têm em conta quando educam?

-Com que finalidade educam?

- Realizam a educação para a saúde baseados nalgum modelo?

-O que é que valorizam quando educam para o autocuidado?

-Que capacidades é que consideram relevantes o enfermeiro ter para educar?

Pretendendo responder a algumas das questões enunciadas formulamos o seguinte problema de investigação:

Como é que os enfermeiros de um serviço hospitalar educam a pessoa adulta para o autocuidado ?

Neste âmbito, este estudo teve como objectivo geral:

Compreender a prática da educação para o autocuidado à pessoa adulta. expressa pelos enfermeiros de cuidados hospitalares.

Temos ainda por objectivos específicos

- Perceber como é que os enfermeiros dos cuidados hospitalares educam para o autocuidado a pessoa adulta.
- Saber quais os aspectos que têm em conta quando educam.
- Identificar a finalidade para a qual educam.
- Averiguar se são ou não influenciados por algum modelo de educação para a saúde.
- Conhecer o que é que valorizam quando educam.
- Perceber quais as capacidades que consideram relevantes

II-ABORDAGEM EMPÍRICA

4-OPÇÕES METODOLÓGICAS

*Procurei a esperança que deve ter um investigador
encontrei a persistência que tem um aprendiz
um pouco de sonho...
um pouco de loucura...
muito de aventura...
é assim que sinto a investigação!
Dulce Silva (2005)*

Como pudemos elucidar anteriormente, a questão de investigação centra-se na necessidade de compreender como é que os enfermeiros de um serviço hospitalar educam para o autocuidado. Desta forma, a descoberta deste fenómeno impele-nos para uma metodologia qualitativa de Strauss e Corbin, (1990,1998). Efectivamente, verifica-se neste estudo a necessidade de entrar no campo para descobrir o que realmente se passa; ser um fenómeno de acção humana e por isso complexa e variável.

Várias razões fundamentam a nossa escolha pelo método qualitativo, as quais foram referenciadas claramente por Streubert e Carpenter (2002): acreditarmos que existem múltiplas realidades; comprometermo-nos com uma abordagem de forma a compreender o fenómeno em estudo. Efectuaremos um compromisso com os participantes, conduziremos a pesquisa de forma a manter o contexto natural do fenómeno em estudo, reconheceremos a nossa participação na investigação, tentaremos compreender o fenómeno relatando-o de forma literária, com inclusão dos comentários dos participantes. Pretenderemos, acima de tudo, compreender o fenómeno em estudo de forma profunda e detalhada, pois, de acordo com Fortin *o investigador que utiliza o método de investigação qualitativa está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo.* (1999, p.22).

Este capítulo reveste-se de grande importância, uma vez que constituiu para nós um enorme desafio aprender a utilizar a metodologia qualitativa, mais

concretamente a *grounded theory*. Optámos por manter a sua terminologia assumindo a dificuldade da tradução em englobar o conceito.

Neste âmbito, efectuaremos uma breve alusão à evolução dos paradigmas dominantes ao nível da investigação no final do século XIX, enfatizando a metodologia qualitativa. Seguidamente, focaremos na *grounded theory*, na sua história, definição e procedimentos básicos. Abordaremos também, a fase de desenvolvimento do desenho de investigação. Contemplaremos ainda as fases de recolha dos dados e da sua ordenação.

Por último, mas não menos importante, exporemos as questões éticas que tivemos em atenção ao efectivarmos a nossa investigação.

Constituiu nossa preocupação justificar, dentro do possível cada passo que trilhamos, tentando porém não ser exaustivos. Retratemos alguns exemplos com o intuito de clarificar as nossas opções.

A compreensão da metodologia utilizada passa por conhecer o caminho percorrido. Desta forma, achamos pertinente mencionar brevemente os paradigmas do século XX ao nível da investigação. Para Basto *o paradigma refere-se à forma de olhar o mundo, seguindo determinado tipo de pensamento* (1998, p. 25).

De acordo com diferentes fundamentos filosóficos surgiram determinadas correntes, por um lado temos o paradigma positivista, por outro lado o paradigma naturalista ou construtivista.

O paradigma positivista emerge das ciências físicas, temos assim uma investigação predominantemente dedutiva, onde a realidade é percebida como única e estática, é predominante a objectividade, sendo os fenómenos considerados previsíveis e controláveis. Tem por propósito medir, predizer e controlar o fenómeno em estudo. Nesta metodologia é ainda importante a representatividade da população em estudo. O investigador pretende a generalização dos resultados (Fortin, 1999).

Concomitantemente, foi-se desenvolvendo um paradigma com raízes nas teorias sociais, no qual os investigadores da sociologia e antropologia utilizaram as metodologias qualitativas para estudarem diferentes grupos humanos.

O paradigma construtivista encara as teorias como forma de tornar a experiência inteligível; para o efectivar utiliza ao pensamento indutivo, procurando o sentido dado à experiência vivida e o entendimento da cultura. Desta forma, emprega a metodologia qualitativa, a qual contextualiza o conhecimento, tomando o próprio processo de construção importante e os fenómenos são analisados de forma detalhada.

Segundo Fernandes e Maia (2001) a metodologia qualitativa é utilizada em estudos que contextualizam o conhecimento, utilizando o próprio processo de construção de conhecimento como uma dimensão importante a considerar. Esta suporta-se em várias crenças; uma é a de que a produção de conhecimento depende do sujeito conhecedor, assumindo-se que o investigador deve incorporar e assumir na produção científica a sua subjectividade, outra é a de que os relatos seguem regras e tradições não sendo por isso isentos de valores, sendo portanto, também eles não objectivos. Para Streubert e Carpenter *é essencial a consciência das crenças e compreensões pessoais para descobrir plenamente o fenómeno em estudo ...os investigadores qualitativos acreditam que existe subjectividade na sua procura da verdade...a própria natureza das interacções humanas é baseada no conhecimento subjectivo.* (2002, p.6). A crença assenta na ideia de que o acesso a uma realidade externa deve ter em conta as características do observador e as metodologias de observação.

Neste âmbito, De la Cuesta (1998) refere que a investigação qualitativa proporciona conhecimento sobre as perspectivas e condutas das pessoas, possibilitando desta forma uma maior compreensão sobre elas. Para esta autora, os estudos qualitativos também revelam pontos estratégicos para possíveis intervenções, uma vez que vislumbram alternativas que não tinham sido previamente consideradas.

No seio da enfermagem, a aceção da metodologia construtivista deu-se nos anos 50 com os primeiros doutoramentos para enfermeiros. Nos estados Unidos da América os enfermeiros sofreram a influência das ciências sociais e humanas. Esta influência torna-se uma mais valia na medida em que analisa a riqueza e a diversidade da experiência humana, assim como corrobora para a construção de teorias de enfermagem de médio alcance (Streubert e Carpenter, 2002).

Corroboramos com Fortin (1999) quando relata que o desenvolvimento da investigação numa disciplina acompanha a sua evolução relativamente ao seu ensino e à sua prática enquanto profissão. Exemplo patente foi Florence Nightingale, esta revelou-se precursora para a profissão de enfermagem aos diferentes níveis; quer no enfoque que colocou nos cuidados, quer no nível de formação que implementou, quer na investigação que efectuou.

Desta forma, sentimos necessidade de recordar a evolução da enfermagem ao nível dos Estados Unidos, registando-se uma evolução semelhante no Reino Unido e no Canadá (Fortin, 1999).

No período de 1900 a 1950, as actividades de investigação foram exíguas, realizando-se a publicação da revista *American Journal of Nursing*. A partir dos anos 1950, com a transição da formação do hospital para as universidades, com a disponibilização de fundos para a investigação, assistiu-se a um crescimento da investigação da disciplina de enfermagem, surgindo desta forma em 1952 as teorias e os modelos conceptuais.

Nos anos 1970 verificou-se um crescimento do número de enfermeiras a realizar investigação, coincidente com o aumento de programas de bacharelato e licenciatura. Aqui, notou-se uma viragem nas temáticas a investigar. Sucedendo à preocupação com o ensino e administração a necessidade de investigar para a melhoria dos cuidados e sobre problemas no âmbito clínico.

A partir da década de oitenta, os meios de investigação começam a ser diversificados por um lado verificou-se uma abordagem dedutiva através do método quantitativo e das análises estatísticas dos dados, por outro lado sofrendo influência das ciências sociais, emergiu uma abordagem indutiva, através da metodologia qualitativa.

A partir dos anos 90, e segundo Fernandes e Maia (2001), a investigação qualitativa tem sido utilizada por um leque diversificado de disciplinas, sendo que a investigação não é vista como neutra ou objectiva, mas sim como um processo interactivo onde os fenómenos são estudados no seu contexto natural dependente do poder e dos valores.

Corroborando a opinião de Strauss e Corbin (1998) reconhecemos igual valor quer na metodologia quantitativa, quer na metodologia qualitativa. Estas constituem distintas alternativas de construção do conhecimento, no qual os objectivos do investigador e a temática em questão determinam o caminho metodológico a seguir de forma a responder à questão de investigação. Segundo os autores previamente mencionados, muitos investigadores tendem a utilizar métodos qualitativos e quantitativos de forma suplementar ou complementar. Complementamos esta ideia ao citar Fortin *...parece destacar-se um consenso por parte das líderes no domínio da investigação em ciências de enfermagem de que as duas abordagens têm o potencial de contribuir para o desenvolvimento de uma base científica para a prática dos cuidados (1999, p.28)*

Segundo Amendoeira (2006) em Portugal verificou-se um período de expansão da investigação fortemente associada à componente académica com os mestrados e doutoramentos que apesar de serem efectuados no âmbito académico tiveram grande importância.

Basto e Magão (2001) refere que ao investigarmos a prestação dos cuidados de enfermagem (condição do cliente, intervenções e resultados dos cuidados) estamos a contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

Por seu lado Teixeira (2001) desenvolveu um estudo analisando 190 trabalhos efectuados no âmbito de mestrados, doutoramentos e outros concursos, sendo analisados à luz de três contextos de análise (contexto do sujeito, contexto da profissão e contexto da acção. Neste estudo e relativamente às metodologias utilizadas na década de 90 em Portugal constatou-se um equilíbrio relativamente às abordagens utilizadas, o autor identificou 67 estudos de abordagem quantitativa e 59 de orientação qualitativa, com cerca de 37 estudos com abordagem quanti-qualitativa.

Também Basto e Magão (2001) analisaram as investigações efectuadas a nível nacional solicitando às Escolas Superiores de Enfermagem, hospitais e administrações regionais de saúde o envio dos resumos e conclusões. Quanto aos estudos relacionados com o contexto de acção, estes enquadraram-se maioritariamente no paradigma quantitativo. Relativamente aos estudos

analisados relacionados com o contexto do sujeito, a sua maioria utilizou metodologias qualitativas.

Assim, assumimos a posição de Streubert e Carpenter (2002) quando referem que as realidades são compreensíveis na forma de construções mentais, baseadas socialmente e vivenciadas; desta forma são construídas localmente e especificamente Guba e Lincoln (2000). Acreditamos ainda, que para construirmos conhecimento necessitamos de compreender determinados fenómenos como o que pensam os enfermeiros sobre as suas práticas e o que têm em conta quando prestam cuidados.

Atendendo a que a escolha do método depende essencialmente do fenómeno em interesse, optámos por utilizar a *grounded theory* preconizada por Strauss e Corbin (1990, 1998). Temos porém, a consciência que a assumpção desta metodologia na sua essência e objectivo de criar teoria necessitaria que utilizássemos outros métodos de recolha de dados como a observação participante com tempo prolongado no campo, assim como a consulta dos registos de forma a poder obter uma compreensão mais aprofundada do fenómeno.

Perante o facto desta investigação se efectuar no âmbito académico pressupondo um tempo limitado para a sua execução desta forma empregaremos a *grounded theory* como forma de tratar os dados porque nos ajuda a investigar os processos nos quais ocorrem os fenómenos, garante uma observação e análise sistemática do fenómeno em estudo, não sendo nosso objectivo criar teoria.

4.1-A GROUNDED THEORY COMO REFERÊNCIA

Quando nos reportamos a uma teoria faz sentido nos debruçarmos um pouco sobre os seus autores, assim sobre a forma como esta surgiu. Segundo Strauss e Corbin (1998) a *grounded theory* foi desenvolvida por dois sociólogos, Barney Glaser e Anselm Strauss, porém, cada um proveio de bases filosóficas e tradições de investigação diferentes, as quais foram igualmente importantes.

Strauss realizou estudos de doutoramento na universidade de Chicago a qual tem uma longa tradição na investigação qualitativa: O background deste estudioso contribui para o desenvolvimento do método de várias formas: a partir da necessidade de ir para o campo descobrir realmente o que é que se passava, a relevância da construção da teoria ser baseada nos dados, a complexidade e variabilidade do fenómeno e da acção humana, o acreditar que as pessoas são actores que tomam um papel activo na resposta a situações problemáticas que as pessoas agem de acordo com um significado que atribuem, a compreensão do significado é redefinido na acção e interacção, a sensibilidade para descobrir, a natureza dos eventos do processo e compreensão sobre as inter relações entre estrutura, acção e consequências.

Glaser efectuou o doutoramento na universidade da Colômbia, e a sua forma de estar na investigação foi fortemente influenciada por Paul Lazarsfeld, conhecido como inovador nos métodos qualitativos. Assim, Glaser contribuiu para a *grounded theory* aprofundando o método da comparação constante, enquanto forma de desenvolver e relacionar conceitos, esta corrente de pensamento enfatiza a investigação empírica no desenvolvimento da teoria.

Um dos primeiros trabalhos de investigação realizado pelos dois investigadores citados foi realizado com doentes em fase terminal em contexto hospitalar. Estes sentiram necessidade de formalizar uma resposta metodológica que lhes respondesse a estas questões. Segundo Fernandes e Maia *propuseram por isso um modelo de investigação grounded, com o objectivo de criar uma ligação mais estreita entre a teoria e a realidade estudada, sem pôr de parte o papel activo do investigador, neste processo* (2001, p.52). Desta forma, descobriram as categorias centrais da *consciência agonizante* e da *trajectória agonizante*. Foi assim, que Strauss e Glaser consideraram que a *grounded theory* foi descoberta e não inventada. Em 1967 Glaser e Strauss descreveram a *grounded theory* como uma teoria que pode ser construída através dos dados, utilizando para isso o método de comparação constante (Bogdan e Biklen, 1994).

Posteriormente, Glaser e Strauss seguiram cada um o seu percurso e construindo entendimentos distintos sobre a mesma metodologia.

A partir de 1987 Strauss tem trabalhado conjuntamente com Juliet Corbin enfermeira, investigadora, doutorada, professora na universidade de San José

Califórnia. Em conjunto têm efectuado várias comunicações sobre teoria fundamentada. Utilizamos outros autores com o intuito de complementar a nossa fundamentação.

Strauss e Corbin definem *grounded theory* como

aquela que deriva de um estudo dos fenómenos que representa. Isto é, é descoberta desenvolvida e verificada através de uma recolha de dados sistemática e análise de informação pertencente a esse fenómeno. Por isso, a recolha, a análise de dados e a construção da teoria são efectuadas numa relação recíproca. Não iniciamos por uma teoria e depois verificamos. Em vez disso, começamos por uma área de estudo, e o que lhe é relevante para que essa área possa emergir. (1990, p.23).

Segundo Charmaz (2006) a metodologia da *grounded theory* consiste em linhas orientadoras sistemáticas mas flexivas para colher e analisar os dados de forma a construir teoria baseada nos mesmos. Estas, oferecem uma lista de princípios gerais e conselhos heurísticos em vez de regras rígidas.

Os investigadores da *grounded theory* estão interessados em criar teoria a partir dos padrões de acção e da interacção sobre vários tipos de unidades sociais, sobre processos decorrentes das mudanças nas condições quer internas, quer externas, ao fenómeno em estudo. Concomitantemente, Charmaz (2006) é de opinião que os investigadores estudam como é que as pessoas explicam as suas declarações e acções, e perguntam qual o significado analítico que podem efectuar sobre elas.

Por outro lado, Pires (2001) refere que os investigadores que utilizam a *grounded theory* acreditam que o desenvolvimento de interpretações fundamentadas nos dados são a forma mais poderosa de dar luz à realidade atendendo a que esta é uma interpretação.

Segundo Strauss e Corbin *os investigadores preocupados em construir teoria acreditam que essas teorias representam a forma mais sistemática de construir, sintetizar e integrar conhecimento científico* (1990, p. 22). Desta forma, e segundo Pires, o conhecimento é construído baseado nos dados, uma vez que *teoria deve funcionar, isto é, ser capaz de explicar adequadamente o que se passa; capaz de explicar o comportamento em estudo, explicar o que aconteceu, prever o que vai acontecer e interpretar o que está a acontecer*” (2001, p.47).

A *grounded theory* requer que, por um lado, o investigador siga procedimentos bem definidos com o objectivo de conduzir a investigação com rigor e precisão, por outro lado, que o investigador utilize a criatividade e a sensibilidade teórica na criação das categorias e conceptualização dos dados.

Desta forma, apresentaremos os dois procedimentos básicos utilizados na *grounded theory*: a objectividade e a sensibilidade teórica. Seguidamente abordaremos, cada um deles.

Relativamente à objectividade Strauss e Corbin (1998) referem várias técnicas para desenvolvê-la: uma das técnicas é pensar comparativamente, ao compararmos incidente com incidente nos dados, estamos mais capazes de estar fundamentados nos mesmos.

A comparação constante consiste na permanente comparação entre um conceito e outros conceitos ou categorias visando a descobrir semelhanças e diferenças.

Uma forma de o efectuar é pensar a partir do mais específico para o mais geral ou seja, querer saber o que é que este caso nos ensina sobre outros casos. Desta forma, podemos utilizar um caso para descobrir os possíveis significados, propriedades, dimensões e relações inerentes entre os dados. Ao passarmos da análise de um caso para outro ficamos mais sensíveis às propriedades já descobertas anteriormente.

Ao efectuarmos questões teóricas e ao pensarmos comparativamente sobre as propriedades e dimensões das categorias estamos a descortinar a possibilidade de se poder aplicar de forma evidente a outros casos.

O estabelecimento de comparações entre os dados leva o investigador a examiná-los com uma perspectiva dimensional, ou seja quando analisa uma parte dos dados fá-lo com alguma perspectiva.

Outra técnica para garantir a objectividade é obter vários pontos de vista sobre o mesmo evento ou fenómeno de forma a determinar como é que os diferentes participantes vêem uma situação semelhante.

Reunir dados diferentes sobre o mesmo fenómeno constitui outra estratégia, uma vez que se torna profícuo colher dados com várias representatividades.

Ainda uma forma diferente de promover a objectividade é verificar ocasionalmente as nossas assumpções ou hipóteses, com as respostas obtidas, e contrastá-las com os dados e validá-las com os participantes. Uma forma de validar com os participantes o que pensamos dos dados é perguntar-lhes se a nossa interpretação vai ao encontro das suas experiências do fenómeno e se não vai porquê.

Outro modo de garantir uma análise válida, com o mínimo de enviesamentos segundo Strauss e Corbin (1990) é de forma periódica voltar à etapa anterior e perguntar o que está a acontecer naquele momento? O que estou a pensar encaixa na realidade dos dados?

Outro aspecto é o de manter uma atitude de cepticismo perante as categorias, as hipóteses, a literatura, assim como perante a experiência.

Durante todo o processo é importante termos consciência da natureza provisória dos diagramas, das categorias, existindo a necessidade de validá-los confrontando com os dados recentes e não ser aceite como um facto.

Relativamente à sensibilidade teórica do investigador. Strauss e Corbin definem sensibilidade teórica *como uma qualidade pessoal do investigador, indica a susceptibilidade às subtilezas do significado dos dados.* (1990, p.41). De acordo com os autores mencionados este atributo refere-se à capacidade de conferir significado aos dados (criatividade), de entender e, acima de tudo, de conseguir destriçar a informação pertinente. Esta é a capacidade que permite desenvolver uma teoria baseada nos dados, conceptualmente densa e integrada.

A sensibilidade teórica segundo Strauss e Corbin (1990) provém de fontes distintas como a literatura científica e a experiência profissional e pessoal. Para além destas, os autores referenciam o processo de análise como uma fonte adicional de sensibilidade teórica, na medida em que interagimos com os dados. A introspecção, a compreensão acerca dum fenómeno aumenta quando colocamos questões sobre o que vemos, comparamos, interagimos, e nos deixamos interpelar pelos dados, e tentamos estabelecer conceitos e relações entre os mesmos. Este processo é dinâmico e contínuo, na medida em que o investigador volta uma e outra vez a olhar os dados, atribui significado a palavras

que anteriormente não faziam sentido e que podem explicar o que está a acontecer com o fenómeno em estudo. Para Fernandes e Maia *é importante que o investigador se preocupe com o desenvolvimento da sensibilidade teórica, de modo a criar abertura para desafiar os próprios pressupostos, aprofundar a experiência e olhar para além da literatura* (2001, p.55).

Segundo Strauss e Corbin (1998, 2003), Bogdan e Biklen (1994) a metodologia, a colheita de dados e a análise ocorrem em fases alternadamente. A análise começa com a entrevista e observação que conduz à próxima entrevista ou à observação, seguida por mais análise, mais intervenções ou trabalho de campo e assim sucessivamente. É a análise que conduz à recolha de dados, portanto, existe um constante contacto entre o investigador e o acto de investigar.

Como este contacto requer imersão nos dados, no fim do inquérito, o investigador é moldado pela informação, assim como os dados são moldados a partir do investigador. O problema que se levanta deste processo de alteração mútua é até que ponto um indivíduo se pode imergir na informação e ainda assim manter um balanço entre a objectividade e sensibilidade. A objectividade é necessária para atingir uma interpretação de eventos imparcial e correcta, enquanto que a sensibilidade é necessária para que haja a percepção das mudanças subtis e significados na informação de modo a reconhecer as ligações entre conceitos. Ambas são indispensáveis para que as descobertas sejam possíveis.

Os procedimentos analíticos da *grounded theory* necessitam de manter um equilíbrio entre os atributos de criatividade, rigor, persistência e acima de tudo sensibilidade teórica (Strauss e Corbin, 1990). Segundo os autores citados uma amostra teórica é baseada nos conceitos que tiveram relevância para a evolução da teoria.

Segundo Strauss e Corbin a amostra teórica tem por objectivo *maximizar a oportunidade de se obterem dados para comparar eventos, incidentes ou acontecimentos para determinar como é que uma categoria varia em termos das suas propriedades e dimensões* (1998, p. 202).

O objectivo é o de obter informações sobre o que as pessoas fazem em termos de acção e interacção, as condições, o impacto, assim como as consequências. Ao serem guiadas pela amostragem teórica as questões e comparações vão evoluindo durante a análise, assim este tipo de amostra não pode ser planeada antes de se iniciar o estudo. As decisões específicas sobre a amostragem emergem durante o processo de investigação.

A amostragem teórica é também cumulativa, uma vez que os conceitos e as suas interrelações são agrupados, desta forma cada acontecimento proveniente da amostra constitui mais um dado que se adiciona à recolha e à análise efectuada anteriormente. Por outro lado, no evoluir do processo de investigação a amostragem torna-se cada vez mais específica, uma vez que o investigador vai se direccionando para a teoria que emerge.

Outra característica que identifica a amostra teórica é o facto desta aumentar na profundidade com que foca o fenómeno, atendendo a que no decurso da investigação existe uma progressão da necessidade em identificar muitas categorias para a procura da sua densidade e saturação.

A consistência com que se juntam os dados nas categorias é também importante na amostragem.

Outro aspecto ainda referido por Strauss e Corbin (1990) é a flexibilidade; que se traduz pela habilidade com que o investigador se move à volta do seu propósito na investigação de forma a conseguir investigar áreas que não foram previamente planeadas mas que trazem luz e adicionam perspectivas à área em estudo.

Assim, pretendemos compreender como é que os enfermeiros dum serviço hospitalar educam para o autocuidado a pessoa adulta, visamos desta forma perceber o que fazem e o que pensam sobre uma prática concreta num determinado contexto.

4.2-FASE DO DESENVOLVIMENTO DO DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

A construção do desenho de investigação passa pelo nosso percurso enquanto prestador de cuidados, docente e aluna de mestrado. Assim, nasceu a vontade de

compreender como é que os enfermeiros educam a pessoa doente para o autocuidado, e a descoberta de que o melhor caminho para o efectuar ser a metodologia qualitativa.

A opção por este tema decorre da nossa experiência profissional e enquanto docente orientando práticas clínicas nos serviços de cirurgia geral. Nestes contextos apercebemo-nos das necessidade das pessoas doentes em aprenderem a gerir o seu autocuidado. Verificamos também que outros autores que se interessam põe este fenómeno, como Padilha num estudo efectuado em 2006, identificou que dos défices apresentados pelos doentes num serviço hospitalar cerca de 74,7% reportaram-se ao domínio do conhecimento e cerca de 23,2% ao domínio das capacidades.

Reconhecendo a importância do enfermeiro no domínio da educação para o autocuidado sentimo-nos motivados a compreender como é que os enfermeiros assumem este papel neste contexto em particular. Acrescendo ainda o facto de neste serviço experimentarmos um ambiente de abertura e de discussão da prática da enfermagem.

Verificamos ainda existir pouca investigação sobre como é que os enfermeiros educam nomeadamente no âmbito da Região Autónoma da Madeira.

Assim, e segundo Streubert e Carpenter *o campo é o lugar onde os indivíduos de interesse vivem*- onde experimentam a vida (2002, p.24). Desta forma, e segundo os mesmos autores ao estudarmos os locais naturais dos participantes temos como intuito alterar o menos possível as condições em que o fenómeno em estudo acontece.

Desta forma, asseguramo-nos a aceitação dos participantes em fazer parte do estudo.

Para Bogdan e Biklen (1994) é essencial a obtenção do apoio dos participantes, assim como a criação de uma relação sólida, de modo a que os mesmos aceitem o investigador e àquilo que ele pretende fazer. A qualidade e a proximidade são a tónica da relação em detrimento do formalismo.

A entrada em campo é uma etapa que deve ser convenientemente preparada atendendo a que o tipo de estudo a realizar passa pela presença do investigador nos espaços quotidianos das práticas clínicas, o que nos apontam Bogdan e Biklen quando declaram que *passa por desbravar o caminho para uma relação sólida a estabelecer com aqueles com quem irá passar tempo, de modo a que o aceitem a si e àquilo que pretende fazer* (1994, p.117).

Com o objectivo de aceder ao campo efectuámos contactos formais e informais. Primeiramente, um contacto informal com a chefia do respectivo serviço, privilegiando o contacto directo, com vista a indagar acerca da abertura e disponibilidade para acolher um projecto deste tipo. Seguidamente, solicitámos a autorização formal do Conselho de Administração do Serviço Regional de Saúde EPE. Quando a autorização formal foi concedida efectuámos um contacto com os enfermeiros, de forma a promover a aceitação efectiva dos mesmos. (Anexo I)

4.2.1-Contexto e participantes

Neste âmbito, efectuaremos uma breve caracterização do serviço, com vista a enquadrarmos o fenómeno em termos de estrutura física e de filosofia da instituição, assim como da caracterização dos participantes.

O Centro hospitalar do Funchal cobre a área geográfica do arquipélago da Madeira com cerca de 244282 habitantes, de acordo com os censos de 2001. Este apresenta três serviços de cirurgia geral.

O estudo decorreu num serviço de cirurgia geral situado na valência do Hospital Central do Funchal.

Desta forma, achamos importante nomear que o serviço apresenta por objectivos: Contribuir para a promoção da máxima independência nas actividades de vida afectadas, ter em conta o ciclo vital do doente (jovem, adulto, idoso), ver o ser humano de uma forma holística (ter em conta os diferentes factores que o influenciam nomeadamente físicos, sócio-culturais, psicológicos e outros).

Quanto à composição da equipa multidisciplinar esta é constituída por: onze médicos (oito da carreira médico hospitalar com especialidade de cirurgia geral, três internos do internato complementar de cirurgia geral), nove auxiliares de apoio à enfermaria, uma copeira por turno (do sector da alimentação), duas empregadas da brigada de limpeza turno da manha, uma assistente social (que dá apoio), uma farmacêutica (que dá apoio), um psicólogo (por indicação do psiquiatra), uma secretária de piso, vinte e dois enfermeiros dos quais um enfermeiro chefe, um enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, um graduado com curso de pós licenciatura de especialização em enfermagem de reabilitação, dez enfermeiros graduados e nove enfermeiros.

Ao nível da gestão, o serviço tem um director de serviço que é o coordenador da equipe de saúde que é médico, e um enfermeiro chefe que é o gestor dos cuidados de enfermagem.

Ao nível da estrutura física é composta por trinta e cinco camas, distribuídas por onze enfermarias com três camas, e dois isolamentos com uma cama cada.

Relativamente aos espaços de apoio às actividades dos profissionais estes são compostos por: um refeitório que funciona simultaneamente como sala de visitas, uma sala de tratamentos, uma sala de trabalho, dois gabinetes médicos, um gabinete do enfermeiro chefe, um gabinete de enfermagem, duas arrecadações, uma copa, uma rouparia e uma zona de despejos.

Relativamente à distribuição do trabalho de enfermagem assenta numa carga equitativa de horas de cuidados de enfermagem necessárias tendo como referência o sistema de classificação de doentes por níveis de dependência do IGIF, sendo que nos dados colhidos no relatório anual de 2004 verificou-se uma percentagem de utilização dos enfermeiros de 140%, com valores mínimos de 116% e máximos de 162%.

A metodologia de trabalho utilizada pelos enfermeiros é a de enfermeiro responsável, sendo utilizado o processo de enfermagem. Encontrava-se em fase de implementação a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem a Versão Beta (2001) da APE. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente identificados pelos enfermeiros na área do autocuidado incidem nos seguintes

focos: autocuidado cuidar da higiene pessoal, autocuidado alimentar-se, autocuidado transferir-se, e autocuidado usar o sanitário.

Predominam os internamentos em fase aguda de doença, constituindo em geral permanências hospitalares de 9,38 dias, no ano de 2004, cotando-se assim grande rotatividade de doentes.

Os utentes são provenientes do serviço da consulta externa, e do serviço de urgência.

Relativamente às razões prevalentes de admissão e dentro da cirurgia programada mais característica são efectuadas com maior predominância as tireoidectomias, colicistectomias, cirurgia gastro duodenal, herniorrafias, amputações dos membros inferiores associada à diabetes.

Quanto ao horário de trabalho semanal, cerca de dezanove enfermeiros efectuam régimen de horário acrescido (42 horas semanais), e quatro praticam o horário normal (35 horas semanais).

Relativamente à idade, o enfermeiro mais novo tem 24 anos, o mais velho 61 anos, apresentando uma média de idades de 37,5 anos.

Quanto à experiência profissional, o mínimo é de 1 ano, o máximo de 30 anos, com uma média de 12,36 anos de serviço. Como pudemos constatar cerca de 5º % dos enfermeiros (11) apresenta experiência profissional inferior a 10 anos

QUADRO Nº7-Experiência profissional dos enfermeiros do contexto em estudo

Anos de serviço	Número de enfermeiros
0-5 Anos	8
6-10 Anos	3
11-15 Anos	2
16-20 Anos	4
21-25 Anos	4
26-30 Anos	1

4.3- PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Assim, efectuámos um estudo exploratório, com o intuito de praticar os papéis de observador e entrevistador, de forma a comprovarmos se recolhemos o que pretendemos, com o método de recolha de dados seleccionado.

Deste modo, verificámos que o guião para a entrevista semi-estruturada e focalizada numa prática de educação para o autocuidado foi compreensível para os entrevistados, assim, constatámos que o estudo poderia ser implementado o qual será descrito no capítulo seguinte.

A selecção dos participantes baseou-se na preocupação em obter uma descrição rica e densa do fenómeno, a partir da sua potencial riqueza de informação que poderão ceder, atendendo à sua experiência acerca do fenómeno em interesse.

Utilizámos o modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus utilizado por Benner, (2001). Empregámos unicamente o factor tempo para distinguir o nível de competência, visto ser impensável aplicar o modelo de Dreyfus. Optámos pelos enfermeiros, com um mínimo de cinco anos de experiência profissional, no contexto em estudo, com vista a nos aproximarmos tanto quanto possível dos níveis de competência proficiente e de perito. Esta amostragem resultou num grupo de cinco enfermeiros, (Quadro N°8) sendo a sua selecção efectuada após cada entrevista.

QUADRO Nº 8- Caracterização dos participantes

Numero da Entrevista	Idade	Anos experiência profissional	Anos de experiência no serviço	Duração da entrevista
E1	27 Anos	5	5	60 min
E2	29 Anos	7	7	45 min
E3	41 Anos	21	10	60 min
E4	39 Anos	10	10	50 min
E5	28 Anos	5	5	60 min

Os participantes acederam participar no estudo e mostraram satisfação por o fazer ao depreenderem o seu contributo para a reflexão da prática dos cuidados.

Perfilhando a perspectiva de Janesick (2000), Streubert e Carpenter (2002) o investigador deve estabelecer harmonia e padrões de confiança autêntica, com os participantes, de forma a compreender as matizes e significados da vida destes, a partir do seu ponto de vista dos mesmos.

4.3.1-Fase de recolha de dados

O primeiro período de recolha de dados realizou-se entre 12 e 30 de Dezembro de 2005. A este seguiu-se um período de análise de dados; tivemos a necessidade de voltar ao campo com o intuito de clarificar, validar e aprofundar.

Na *grounded theory*, os dados podem ter várias fontes, sendo as mais comuns as entrevistas e as observações Strauss e Corbin (1990). Assim, utilizámos a observação participante e a entrevista. A observação participante por nós efectuada teve unicamente como propósito situar a entrevista no contexto das práticas efectuadas, de forma a facilitar e focar o discurso.

Na interacção com os enfermeiros procurámos ter uma atitude fomentadora de envolvimento dos mesmos, assim como promotora de diálogo e de

esclarecimento da necessidade de compreender as práticas de enfermagem, indo ao encontro de Bogdan e Biklen quando nos referem que *a qualidade do trabalho de campo passa pelo estabelecimento de relações, quer o método de investigação seja a observação participante, a entrevista ou a busca de documentos*. (1994, p.114).

Deste modo, acompanhámos os enfermeiros na prestação de cuidados durante uma a duas horas, sendo nosso foco de atenção a educação para o auto cuidado, seguidamente efectuámos a entrevista semi estruturada e focalizada na prática de educação para o auto cuidado que efectuaram. As razões que nos levaram a esta opção prendem-se com o facto de que, desta forma, os dados têm maior potencial para a informação desejada, uma vez que os enfermeiros vão descrever uma prática e abordar os aspectos que têm em conta quando a efectuam (Strauss e Corbin, 1998).

Concomitantemente, nas ciências sociais, a entrevista é a forma mais difundida de obter dados, supõe um diálogo fluente entre informante e investigador. Para Bogdan e Biklen *a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo*. (1994, p.134).

Relativamente ao grau de estruturação, elegemos a entrevista semi-estruturada, segundo Bogdan e Biklen (1994) é uma forma de obter mais facilmente o ponto de vista dos participantes. Concomitantemente, Flick (2005) ao se reportar aos diferentes tipos de entrevistas semi-estruturadas, menciona a entrevista focalizada, pela qual optámos. Esta foi desenvolvida em 1946 por Merton e Kendal com o propósito de ser utilizada na investigação nos meios de comunicação, contudo foi utilizada, posteriormente, noutros tipos de estudo, atendendo a que *a focagem da entrevista se relaciona mais com o tema em estudo do que com a utilização de estímulos como os filmes* (Flick 2005, p.80).

Esta forma de entrevistar foi utilizada por Oerter *et al* (1996) citado por Flick (2005) para estudar as concepções da natureza humana e da adultícia em diferentes culturas.

Ao concebermos o guião da entrevista procurámos aplicar os critérios propostos por Merton e Kendal (1946) citado por Flick (2005) tivemos por intento

conjecturar nas decisões que teríamos de tomar ao efectuarmos as entrevistas. Os critérios apontados pelos autores supracitados são: a não-directividade, a especificidade, a amplitude e a profundidade.

Quando tivemos em atenção o estilo de interacção não directivo baseado em Rogers (2004) este aponta-nos para uma forma de estar muito peculiar. Diligenciámos criar um clima de escuta, disponibilidade, e de flexibilidade, dando tempo ao entrevistado para pensar, de forma a poder exprimir o seu ponto de vista.

De forma a cumprirmos o critério da especificidade, elaborámos o guião com vista a vislumbrar o significado do acontecimento/estímulo - *educação para o auto cuidado* que o participante efectuou anteriormente à entrevista. Desta forma, focalizámos as questões numa prática concreta a qual explicitámos anteriormente, permitindo ao participante expor o seu ponto de vista sobre uma situação específica.

Ao termos em consideração o critério amplitude procurámos que no decurso da entrevista as temáticas fossem respondidas paulatinamente, o que nos levou a reintroduzir algumas questões previamente abordadas com o intento de aprofundar o fenómeno em estudo. Demos também oportunidade do participante introduzir por sua iniciativa temáticas que considerasse relevante.

Com a finalidade de prezar o critério profundidade procuramos que os participantes perfilhassem uma postura auto-reveladora sobre o fenómeno em estudo, para isso, utilizámos a reformulação, o reforço, o enfoque na experiência e na vivência de situações semelhantes, adoptando uma postura de aceitação positiva e incondicional (Rogers, 1961).

Quando diligenciamos a entrevista explicitámos aos participantes os motivos que nos levaram a elegê-los (o seu conhecimento e perícia), assim como o que esperámos deles (uma partilha) atendendo ao objectivo do estudo. Enaltecemos o seu contributo, estabelecemos, em conjunto, a data para a observação participante e a entrevista. Ainda na preparação das mesmas tentámos dominar o guião, assim como a familiaridade com o equipamento de gravação, de forma a demonstrar segurança.

Importa agora, expor alguns pressupostos que tivemos em conta na execução das entrevistas, nomeadamente: o espaço onde estas iriam decorrer, assim como o que este espaço representa para os seus intervenientes.

As entrevistas por nós realizadas, quando efectuadas no turno da tarde aconteceram no gabinete do chefe de serviço. Este local é utilizado para a efectivação das suas funções, entre as quais diálogo com os enfermeiros. Tivemos também a liberdade de o utilizar quando acompanhava os alunos em prática clínica para diálogo, com os mesmos, assim como com os profissionais. Logo, era um local muito conhecido e utilizado pelos enfermeiros e onde estes revelavam à vontade. Por outro lado, este espaço revestia-se de área reservada a conversas privadas quando a porta se encontrava fechada, o que foi muito proveitoso para as entrevistas que duraram, em média, uma hora.

Quando as entrevistas eram realizadas no turno da manhã por razões de maior privacidade o serviço dispôs de uma sala para esse efeito.

No início da entrevista assegurámos a confidencialidade dos dados, assim como o consentimento informado e a autorização de gravação, afiançámos respeitar o direito a desistir a qualquer altura do estudo.

No decurso das entrevistas procurámos deixar o participante à vontade, por vezes endereçámos sinais de entendimento e de estímulo, como gestos, olhares, de incentivo e agradecimento. Demonstrámos atenção, disponibilidade, escuta e respeito. Segundo Charmaz *o entrevistador está ali para ouvir, para observar com sensibilidade e para encorajar o participante* (2006, p.25). Para Green e Thorogood (2004) os bons entrevistadores criam uma relação com os participantes encorajando a falar sobre detalhes acerca de si próprios.

Durante a colheita de dados foi nosso propósito o seu registo, desta forma as entrevistas foram gravadas em suporte magnético. Segundo Flick *antes de analisar os dados obtidos, estes têm que ser registados e preparados. No caso de dados de entrevistas, uma parte importante neste processo é registar o que foi dito e transcrevê-lo* (2005, p.169). As entrevistas foram transcritas de forma integral, seguidamente foi efectuada uma comparação do transcrito com a gravação de forma a garantir a fiabilidade.

No fim da entrevista agradecemos a colaboração, resumimos os principais aspectos e providenciamos a possibilidade de existirem novos contactos.

Neste âmbito, passamos a citar as questões que nortearam a entrevista:

Ao longo do período em que o acompanhei como é que descreve a intervenção de educação para a saúde que efectuou?

O que é que considera mais importante na sua actuação enquanto enfermeiro?

O que é que valoriza enquanto enfermeiro nos cuidados que presta?

Retomando a sua descrição, fale-me do que considera mais relevante no seu papel de educador?

Que habilidades e capacidades deve ter o enfermeiro quando educa para o autocuidado?

O que é que pensa sobre o papel de educador que o enfermeiro desempenha?

4.3.2-Critérios de rigor na colheita de dados

De forma a complementar o sub capítulo recolha de dados consideramos de interesse referir algumas considerações relacionadas com o rigor utilizado.

Deste modo, Leininger (1994) refere ser imperativo a utilização de critérios de avaliação coerentes com o paradigma qualitativo, uma vez que a utilização de critérios quantitativos para avaliar estudos qualitativos são claramente inconsistentes com os propósitos e objectivos de cada paradigma, reduzindo desta forma a credibilidade dos achados.

Optámos por utilizar os critérios de credibilidade e confirmabilidade, significado no contexto, padrões recorrentes e saturação mencionados por Leininger (1994). Assim, utilizámos o critério de credibilidade dos achados ao transmitirmos a realidade como é conhecida, ou no nosso caso verbalizada pelos participantes. Garantimos desta forma dar voz aos participantes.

Relativamente à confirmabilidade procuramos ao longo do estudo reflectir utilizando para isso os memorandos e diagramas efectuados confrontando-os com os dados, de forma a confirmar a nossa teorização acerca do fenómeno.

Outra forma utilizada foi a realização de diferentes questões, com o mesmo significado, com vista a obter os mesmos dados.

A validação com os participantes é outra forma importante por nós realizada foi os significados por nós atribuídos aos dados fornecidos. Os enfermeiros na sua maioria referiram sentir-se retratados relativamente ao fenómeno em estudo.

Quanto ao critério de significado no contexto procuramos mantê-lo ao efectuarmos a entrevista focalizada, permitindo assim aos participantes verbalizarem focando naquela experiência. Contudo, no decurso da entrevista foi promovido a verbalização do contexto numa forma global.

Utilizámos os padrões recorrentes quando durante a entrevista procuramos descobrir experiências que se repetiam, expressões, eventos ou actividades de forma a identificarmos comportamentos ou acções repetidas ao longo do tempo. Relativamente ao critério de saturação procurámos desta forma efectuar uma exploração exaustiva acerca do fenómeno, sentimos que a partir duma determinada altura os participantes disseram não ter mais nada a referir, notando-se redundância no discurso.

4.4-FASE DE ORDENAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados concomitantemente à sua colheita. À medida que efectuamos as entrevistas fomos analisando e revendo os registos, na tentativa de conviver com os mesmos. Strauss e Corbin (2003) referem que nesta metodologia, a análise e a colheita dos dados acontecem em sequências alternadas, e começam com a primeira entrevista e a observação.

A interpretação dos dados é o cerne da investigação qualitativa, com a finalidade de elaborar uma teoria. Para Flick (2005) uma forma de interpretar os textos é reduzir o material textual, parafraseando-o, resumindo-o ou categorizando-o.

Assim, Strauss e Corbin (1998) mencionam a utilização de ferramentas analíticas como forma de promover a sensibilidade na descoberta de propriedades e dimensões relevantes de uma categoria. Estas são mecanismos e técnicas que podem ser utilizadas pelo analista com vista a estabelecer comparações e efectuar questões para facilitar o processo de codificação. O quadro seguinte indica-nos o objectivo da utilização de ferramentas analíticas.

QUADRO Nº 9- Objectivo das ferramentas analíticas

- 1-Guiar o pensamento do investigador para não se confinar à literatura técnica e à experiência profissional.
- 2-Evitar forma estandardizada de pensar sobre o fenómeno.
- 3-Estimular o processo indutivo.
- 4-Focar naquilo que são os dados, e não tomar nada por garantido.
- 5-Permitir clarificar e expor as *assumpções* feitas pelos participantes.
- 6-Ouvir o que as pessoas estão a dizer e a fazer.
- 7-Evitar precipitar-se quando examinar os dados.
- 8-Forçar a efectuar questões e a dar respostas provisórias.
- 9-Permitir nomear de forma frutífera os conceitos, apesar de que provisoriamente.
- 10-Descobrir propriedades e dimensões das categorias.

Fonte: adaptado de (Strauss e Corbin 1998, p.89)

A análise dos dados, de acordo com a metodologia por nós escolhida, é o processo através do qual vamos construir uma estrutura conceptual coerente composta por categorias, e subcategorias emergentes dos dados (Strauss e Corbin; 1998; Flick, 2005; Lopes, 2003, 2006).

O procedimento básico para que seja efectuada a análise dos dados é a codificação. Codificar é analisar e interpretar os dados colhidos. Para Strauss e Corbin *codificar representa as operações pelas quais os dados são divididos, conceptualizados, e reagrupados de forma diferente. É o processo nuclear de construção das teorias a partir dos dados.* (1990, p.57).

Strauss e Corbin (1998) acreditam que uma análise microscópica (através da codificação aberta e axial) efectuada numa fase inicial é fulcral para a criação das categorias, suas propriedades e dimensões, como também para relacionar os conceitos entre si. Para isso, sugerem que nos movimentemos através da microanálise, efectuando questões teóricas dirigidas ao texto e que nos levam a estimular as propriedades, dimensões e condições tais como: O quê? Quem? Como? Quando? Quanto? Porquê?, Para quê? Com quem?

Efectuámos microanálise prestando atenção ao que os participantes transmitiram, de forma a entender como é que estes interpretaram os acontecimentos. Neste parâmetro seguimos Charmaz quando esta defende que *estudamos como é que os participantes explicam as suas declarações e acções e qual o sentido analítico que lhe vamos atribuir* (2006, p.3)

Ao executar este procedimento, o investigador decide da pertinência de voltar ao campo para pesquisar dados adicionais. Para Dubouloz (1999) o processo de colheita de dados é conduzido pelo despontar da teoria, sendo que ao analisarmos o discurso do participante vamos clarificando as etapas seguintes da colheita. O processo de colheita dos dados e sua interpretação é cíclico, pelo que poder-se-á depreender que na sua interpretação reside a decisão sobre os dados a recolher, assim como o modo de o efectuar. Para Charmaz *construímos níveis de abstracção directamente dos dados e subsequentemente procuramos dados adicionais de forma a confirmar e refinar as categorias emergentes* (2006, p.4).

Utilizámos o método de comparação constante onde procurámos efectuar um questionamento constante acerca do fenómeno em estudo, sendo este processo considerado por Fernandes e Maia (2001) um instrumento central ao longo de todo o processo. Segundo Streubert e Carpenter *a análise comparativa constante de dados qualitativos combina um procedimento analítico de comparação constante com um procedimento de código explícito para os dados colhidos*. (2002, p.117).

Outro aspecto que visa incrementar o questionamento é a sensibilidade teórica que o investigador deverá desenvolver através da sua experiência e literatura, aspectos por nós abordados anteriormente.

No nosso estudo seguimos a metodologia preconizada por Strauss e Corbin (1990), os quais mencionam três tipos de codificação: aberta, axial e selectiva. Neste estudo descreveremos com algum pormenor os passos que seguimos fundamentando-os teoricamente. Como já referimos anteriormente não pretendemos criar uma teoria, pelo que utilizámos a categorização aberta e axial, não chegando desta forma a efectuar a categorização selectiva.

Numa primeira fase, lemos e ouvimos em simultâneo a gravação, depois relemos as transcrições e seleccionámos os segmentos de texto significativos; realizando assim codificação aberta concedendo ao texto um conjunto de códigos e categorias (Flick, 2005; Strauss e Corbin, 1990, 1998; Charmaz, 2006). Atribuímos códigos *in vivo*, ou seja expressões utilizadas pelos entrevistados por serem o mais próximo dos dados em estudo. Segundo Charmaz os códigos *in vivo ajudam-nos a preservar o sentido dos pontos de vista e acções dos participantes ao codificar isso mesmo* (2006, p.55).

Optámos por efectuar a codificação parágrafo a parágrafo porque pareceu-nos facilitar a compreensão do texto sendo nossa preocupação responder à questão referenciada por Lopes “*Qual é a ideia major exibida nesta sentença ou parágrafo?*” (2003, p.68).

Seguidamente, fomos construindo categorias agrupando os códigos de acordo com características que consideramos serem comuns à designação atribuída a cada categoria.

De acordo com Strauss e Corbin durante a codificação aberta *os dados são partidos em partes separadas, examinados cuidadosamente, procurando comparações de semelhança e diferença, são efectuadas questões sobre o fenómeno reflectido nos dados* (1990, p.62). Também durante a codificação aberta muitas categorias diferentes são identificadas, algumas delas pertencem a um fenómeno, outras categorias mais tarde vão tornar-se subcategorias, referindo-se a condições, acções, ou consequências (Strauss e Corbin, 1998).

Efectuámos a codificação aberta utilizando para isso o processador de texto Word, analisámos os parágrafos, questionámos sobre qual a ideia preponderante, questionávamos e criámos um memorando (quadro nº10).

QUADRO Nº 10-Exemplos da codificação aberta

Extractos do texto	Memorandos	Categorização aberta
Aliás, nas passagens de turno e mesmo em notas, deixamos sempre descrito o que já foi iniciado ou o que e em planos também já está planeado dar continuidade a um determinado ensino ou iniciar a partir do momento em que o doente já tem capacidade física para tal (E3)	<p>M -o planeamento é transmitido oralmente através das passagens de turno e por escrito nas notas de enfermagem 2407</p> <p>M -É planeado adequando à capacidade física da pessoa doente 0208</p>	Planear

Os memorandos foram por nós utilizados com vista a registar as análises efectuadas. Segundo Strauss e Corbin *os memorandos podem ser notas de código, notas teóricas ou notas operacionais...de facto um simples memorando pode abranger estes diferentes tipos.* (1998, p. 218).

Estes mesmos autores, Strauss e Corbin, expõem ainda algumas das características gerais que os memorandos e os diagramas deverão possuir e as características técnicas específicas dos mesmos. Estes variam em conteúdo, grau de conceptualização e extensão, consoante a fase da pesquisa e o tipo de codificação.

No início da investigação estes são muito simples, evoluindo na medida em que a mesma decorre. Cada investigador possui uma forma particular de os efectuar, porém é de toda a conveniência que sejam ordenados, progressivos, sistemáticos e facilmente recuperáveis, de forma a facilitar a classificação e referenciação recíproca.

Atendendo a que funcionam como tijolos na construção da teoria devem também guardar a informação, induzindo o investigador a trabalhar com conceitos em vez de dados brutos. Outra característica é auxiliarem a criatividade do investigador. Por sua vez também reflectem o pensamento analítico utilizado pelo investigador.

Os memorandos e os diagramas ao funcionarem como um depósito das ideias analíticas, em qualquer altura podem ser utilizados para classificar, ordenar, reordenar ou avaliar o processo de análise.

Após cada análise é importante codificar, escrevendo quais foram as ideias que levaram a essa codificação.

Outro aspecto a salientar é que os memorandos podem ser produzidos pela análise dos dados ou ainda pela análise de outros memorandos.

Deste modo, Strauss e Corbin (1998) também mencionam as características técnicas que devem ter os memorandos nomeadamente: deverão ser datados, incluir referências aos documentos de onde provieram as ideias, e quaisquer outros meios de identificação que se possam revelar úteis aquando da recuperação dos dados mais tarde. Deverão conter títulos que revelem os conceitos ou categorias às quais eles pertençam, poderão ter citações curtas ou frases dos dados brutos, colocar no título o tipo de memo, de forma a referenciar

rapidamente, qualquer nota teórica ou operacional derivada de uma nota de código, deve referir a nota de código que a estimulou.

Assim, é também recomendado que a codificação de cada incidente seja efectuada de forma separada para manter a distinção e especificidade dos memorandos e das categorias.

À medida que a análise decorre é normal que os memorandos e os diagramas sejam modificados pela descoberta de novos dados e desenvolvimento das ideias. Deverá constituir-se uma lista dos códigos emergentes de forma a evitar a duplicação de categorias.

Se os investigadores identificarem memorandos semelhantes para códigos diferentes é importante tornar a comparar os conceitos para encontrar semelhanças e diferenças, pode ser necessário englobar os conceitos ou criar um conceito mais abrangente e englobado. Denota-se ainda a importância de ter múltiplas cópias dos memorandos como forma de segurança, atendendo à necessidade de mais tarde poder ser inevitável classificá-los e organizá-los.

A indicação de que uma categoria se encontra saturada deve constar no memorando, de forma a direccionar a colheita de dados.

Por sua vez, o investigador deverá ser flexível e estar calmo quando efectua memorandos ou diagramas. O ser rígido na forma e exactidão podem sufocar a criatividade e congelar os pensamentos.

Por último, ao elaborar os memorandos e diagramas, o investigador deve pensar conceptualmente, uma vez que é o evidenciar dos conceitos e das relações que leva o investigador para além da descrição, em direcção à teoria.

Neste encadeamento de ideias parece-nos adequado apresentar um exemplo de uma codificação por nós efectuada.

QUADRO Nº 11-Exemplos da codificação axial

Extractos do texto	Memos	Categorização aberta	Categorizaçã o axial
Em que possa dar aquilo que sei transmitindo da forma, um bocado, será transmitir à pessoa para que ela entenda E1	M -os conhecimentos devem ser transmitidos de forma compreensível, clara 2407	Transmitir conhecimentos	Estratégia
Sim! Transmitir conhecimentos, transmitir eh práticas, até, cuidados de enfermagem que são cuidados diários, E 1	M- os enfermeiros transmitem formas de cuidar, e explicam o motivo de forma a promover a adesão aos cuidados 2407		
É preciso arranjar estratégias dentro de nós de modo a adaptarmo-nos ao paciente e fazer com que a nossa informação seja transmitida. E 5	M -Os enfermeiros procuram estratégias para se adaptar ao doente e garantir que a informação seja transmitida 2507		

Na codificação axial é efectuado um conjunto de procedimentos através dos quais os dados já conceptualizados são reorganizados com base no estabelecimento de ligações entre as categorias e subcategorias, Strauss e Corbin (1990), permitindo-nos pensar de uma forma sistematizada e organizada.

Assim, efectuámos a codificação axial de acordo com o modelo paradigmático de Strauss e Corbin (1990), ligamos as subcategorias a uma categoria, construindo uma rede de relações entre as condições causais, o fenómeno, o contexto, as condições intervenientes, as estratégias de interacção e as consequências.

Por condições causais depreendem-se os eventos ou incidentes que induzem e influenciam a ocorrência do fenómeno.

Segundo Strauss e Corbin (1990) o fenómeno é entendido por ser uma ideia central ou um acontecimento sobre o qual um conjunto de acções e interacções são direccionados para lidar com aquilo a que esse conjunto se refere. Pode ser identificado ao efectuarem-se questões tais como *a que se refere a informação? e o que é a acção-interacção?*

O contexto representa um conjunto específico de propriedades de um fenómeno e que segundo Fernandes e Maia *quer em termos da sua ocorrência, quer em termos da sua resolução, situando-o também numa perspectiva temporal e evolutiva* (2001, p. 58) para Strauss e Corbin as condições contextuais

são conjuntos específicos de condições que se interseccionam num determinado tempo e espaço para criar um conjunto de circunstâncias ou de problemas aos quais as pessoas respondem através de acções/interacções Ao agrupar as condições de acordo com as suas dimensões identifica-se padrões ou conjunto de condições que criam o contexto ... (1998, p.132).

Segundo os mesmos autores as condições intervenientes são as que mitigam, ou mesmo, alteram o impacto das condições causais nos fenómenos. São entendidas como o contexto estrutural mais alargado, considerado pertinente num fenómeno, estas podem facilitar ou dificultar as acções e interacções e ainda incluem tempo, espaço, cultura, status económico, status tecnológico, carreira, história e biografia individual.

As estratégias de acção e interacção gerem, conduzem e respondem aos fenómenos num determinado contexto ou sobre um conjunto específico de condições. Afiguram como é que as pessoas lidam com as situações, problemas e questões com que se deparam. São actos deliberados que são concretizados para resolver um problema e assim, de alguma maneira, dão forma ao fenómeno.

Para Strauss e Corbin *as consequências estão representadas por questões como o que acontece como resultado dessas acções/interacções (ou falhas) das pessoas ou grupos, como resposta a situações através das acções/interacções, as quais representam, por si mesmas, dados importantes* (1998, p.128).

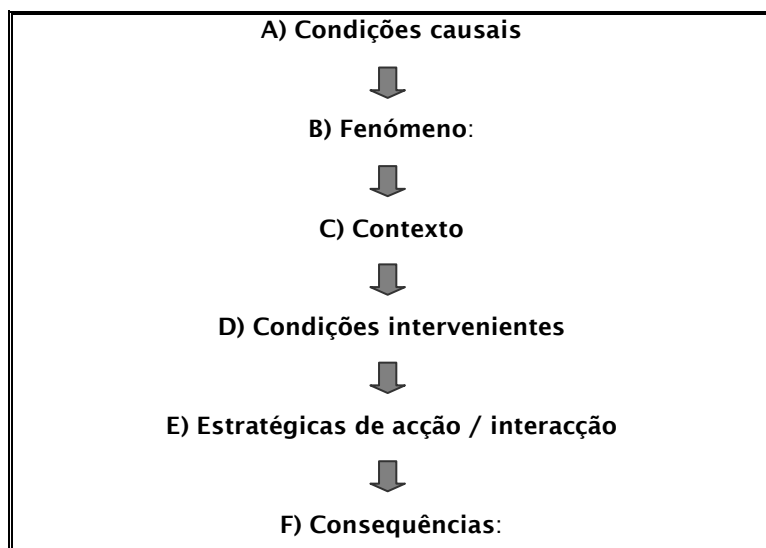
Ao referir-se às propriedades das consequências, os autores supracitados referem que: poderão ser intencionais ou não, podem ser muitas ou poucas, a sua duração pode ser variável, podem ser imediatas ou cumulativas, visíveis ao próprio e invisíveis a terceiros ou vice-versa, podem ser ou não, reversíveis; previsíveis ou imprevisíveis, o seu impacto poderá efectuar-se particularmente ou de uma forma mais alargada alterando assim um contexto.

Apesar da codificação aberta e axial serem processos analíticos distintos, a análise é efectuada de forma alternada e simultânea entre estes dois processos (Strauss e Corbin, 1990).

Desta forma, fomos criando a estrutura conceptual com base nos dados e interligando-os de acordo com: condições causais, contexto, condições intervenientes e consequências de acordo com o modelo e como nos indica o quadro N° 12.

Porém, Strauss e Corbin (1998) alertam que o paradigma é apenas um instrumento que visa auxiliar o investigador na identificação e descoberta das relações entre as categorias. Referem ainda que o modelo paradigmático é antes uma forma de facilitar o pensamento para que o fenómeno em estudo seja explorado no seu máximo. Desta forma, advertem para o cuidado deste não se transformar num fim em si mesmo uma vez que é um meio.

QUADRO N° 12-Modelo Paradigmático de Strauss e Corbin



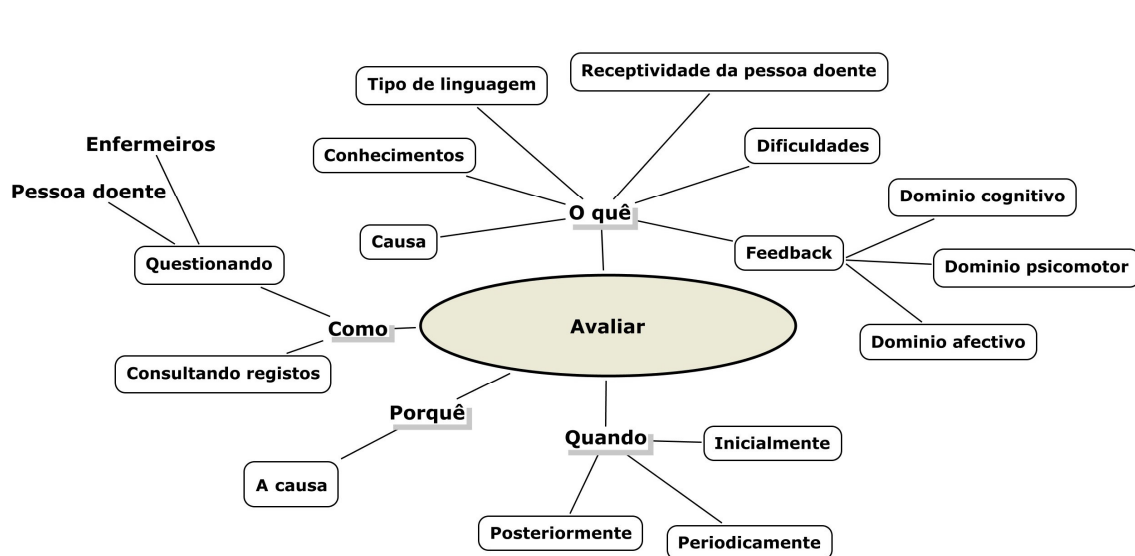
Fonte: adaptado de (Strauss e Corbin, 1990, p. 99)

Outra ferramenta por nós utilizada foram os diagramas, os quais de acordo com Strauss e Corbin (1998) são instrumentos mais visuais do que escritos e têm como função evidenciar as relações entre os conceitos. Os mesmos autores adiantam que quer os memorandos quer os diagramas, durante os processos de codificação aberta, axial e selectiva evoluem, aumentam em complexidade, densidade, clareza e precisão. Os últimos a serem efectuados poderão negar,

reformular, suportar, expandir ou clarificar os primeiros. Desta forma, os memorandos obrigam o investigador a mover-se do trabalho com os dados para a conceptualização.

Foram muitos os diagramas efectuados até darmos por terminado o estudo (ver diagrama nº1) tendo porém consciência de este ser apenas o início de uma longa caminhada, no sentido de compreender os fenómenos e investigar utilizando esta metodologia.

DIAGRAMA Nº1 - Exemplo de um diagrama provisório



A par desta afirmação, Strauss e Corbin (1990) sugerem que a relação entre os dados e a teoria torna-se fulcral, com os dados a suportarem a sua existência e esta, por sua vez, a explicá-los.

Desta forma, validámos as categorias confrontado-as com os dados assim como com os participantes; estes acrescentaram dados que constituíram outras subcategorias. Por fim, não emergiram novos dados que acrescentassem algo de novo à investigação. Desta forma, pensámos ter atingido a saturação teórica.

Para Strauss e Corbin (1998) uma categoria é considerada saturada, quando não se consegue descobrir, nos dados, mais propriedades, dimensões, condições/interacções, ou consequências novas. Porém, e perfilhando a opinião

dos autores, temos consciência que esta declaração é uma questão de grau de profundidade, porque na realidade ao olharmos de forma prolongada e atenta podemos encontrar propriedades e dimensões adicionais.

4.5-QUESTÕES ÉTICAS

Como nos refere Nuno Grande *a investigação científica é uma actividade humana de grande responsabilidade moral pelas características que a definem* (2000, p. 49), desta forma, e seguindo a perspectiva do mesmo autor ao procurar a verdade, o investigador deverá imbuir-se de rigor, isenção, persistência e humildade na medida em que investigar é tentar contribuir para a interpretação da condição humana.

Segundo Green e Thorogood (2004) o que constitui uma prática ética diverge consoante o lugar, o tempo, e a disciplina. Os autores, em vez de considerarem a utilização de regras universais, propõem um conjunto de questões que devem ser consideradas no contexto particular de cada estudo. Desta forma, é necessário ter em conta: a conjuntura legal; os códigos deontológicos das práticas (quer a enfermagem, quer a medicina regem-se por códigos deontológicos próprios); a cultura local e as normas éticas ou de conduta quer do campo quer da instituição do investigador, as revisões éticas efectuadas pelos comités éticos.

Na investigação qualitativa Streubert e Carpenter (2002) referem-nos que os assuntos relacionados com o consentimento informado, anonimato, confidencialidade, obtenção de dados, tratamento e relações participante-investigador implicam considerações éticas por vezes não esperadas.

Relativamente ao consentimento informado, deverá ter uma abordagem apropriada através da tomada de decisão consensual efectuada de forma contínua; assim, o consentimento será renegociado em vários pontos do processo. Green e Thorogood (2004) são de opinião que o investigador deve providenciar oportunidades efectivas para os participantes poderem recusar a qualquer altura.

Durante a realização da entrevista podem ocorrer consequências emocionais, particularmente nas investigações ligadas a experiências traumáticas, pelo que, o investigador deverá assegurar disponibilidade e empatia, uma vez que a investigação poderá ser uma ocasião para os participantes sentirem que existe alguém que demonstra interesse nas suas vidas e preocupações. Desta forma, é importante que o investigador demonstre respeito pelo participante vendo-o enquanto pessoa, e não como um mero fornecedor de dados (Green e Thorogood, 2004).

Por outro lado, Bogdan e Biklen (1994) referem existir duas questões éticas ao ser realizada investigação com pessoas; uma é o consentimento informado, outra é a protecção dos indivíduos contra qualquer espécie de danos. Estas normas tentam assegurar que os sujeitos aderem voluntariamente às investigações, tendo conhecimento da natureza do estudo e dos perigos e obrigações daí resultantes, de forma a que, ao participarem, não fiquem submetidos a riscos superiores aos ganhos que possam advir.

Relativamente aos princípios de beneficência e justiça são aplicados no sentido de assegurar confidencialidade aos participantes do estudo.

Atendendo a que na investigação qualitativa o investigador é o instrumento para a recolha de dados interagindo com os participantes há que ter em conta os papéis que cada um deverá assumir, evitando desta forma o papel de consultor ou terapeuta.

Segundo Bogdan e Biklen (1994) muitos investigadores qualitativos chegaram à conclusão que existem diferenças significativas nas questões éticas entre a metodologia quantitativa e a metodologia qualitativa. Esta distinção, reside no tipo de relação existente entre o investigador e os participantes. Enquanto que na metodologia quantitativa os sujeitos limitam-se a preencher questionários ou a participar em eventos, na metodologia qualitativa a relação é contínua, e tomam decisões constantes em relação à sua participação. Os autores supra mencionados enunciam vários princípios éticos gerais que orientam a maioria dos investigadores qualitativos nomeadamente: as identidades dos sujeitos devem ser protegidas; os sujeitos devem ser tratados respeitosamente e de modo a obter a sua cooperação na investigação; ao negociar a autorização para efectuar um estudo o investigador deve ser claro e explícito com todos os intervenientes

relativamente aos termos do acordo, respeitando-o até à conclusão do estudo; a autenticidade deve ser mantida ao escrever os resultados.

De acordo com Bogdan e Biklen ... *as questões éticas não se restringem ao modo de comportamento durante o trabalho de campo. A ética é mais entendida em termos de uma obrigação duradoura para com as pessoas com as quais se contactou no decurso de toda uma vida como investigador qualitativo* (1994, p.78).

Por último, na apresentação de resultados, devemos ter em conta o pormenor da descrição quando este corre o risco de comprometer a confidencialidade.

5- EDUCAR PARA O AUTOCUIDADO NUM SERVIÇO HOSPITALAR DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A caminhada da autoridade do conhecimento para o poder da acção e da relação construída, implica por parte do educador, paciência para regular e apaziguar, capacidade de resiliência e flexibilidade estratégica para enfrentar a dinâmica intensa dos contextos formativos.
Rodrigues et al, (2005).

Neste capítulo, apresentaremos os resultados relativamente ao fenómeno em estudo *educar para o autocuidado num serviço hospitalar*.

Ao optarmos por esta metodologia propomo-nos conhecer as perspectivas e as condutas dos enfermeiros de um serviço hospitalar acerca da prática da educação para o autocuidado que efectuam (De La Cuesta, 1998).

A exposição dos resultados será efectuada segundo um modelo que nos possibilitou pensar sistematicamente sobre os dados, observar e descobrir uma série de relações entre categorias e o fenómeno (Pires 2001). Ao analisarmos a práticas da educação para a saúde na perspectivas dos enfermeiros procuramos compreender quais as intervenções que estes realizavam com vista a fomentar comportamentos saudáveis nos indivíduos (Basto et al, 2000).

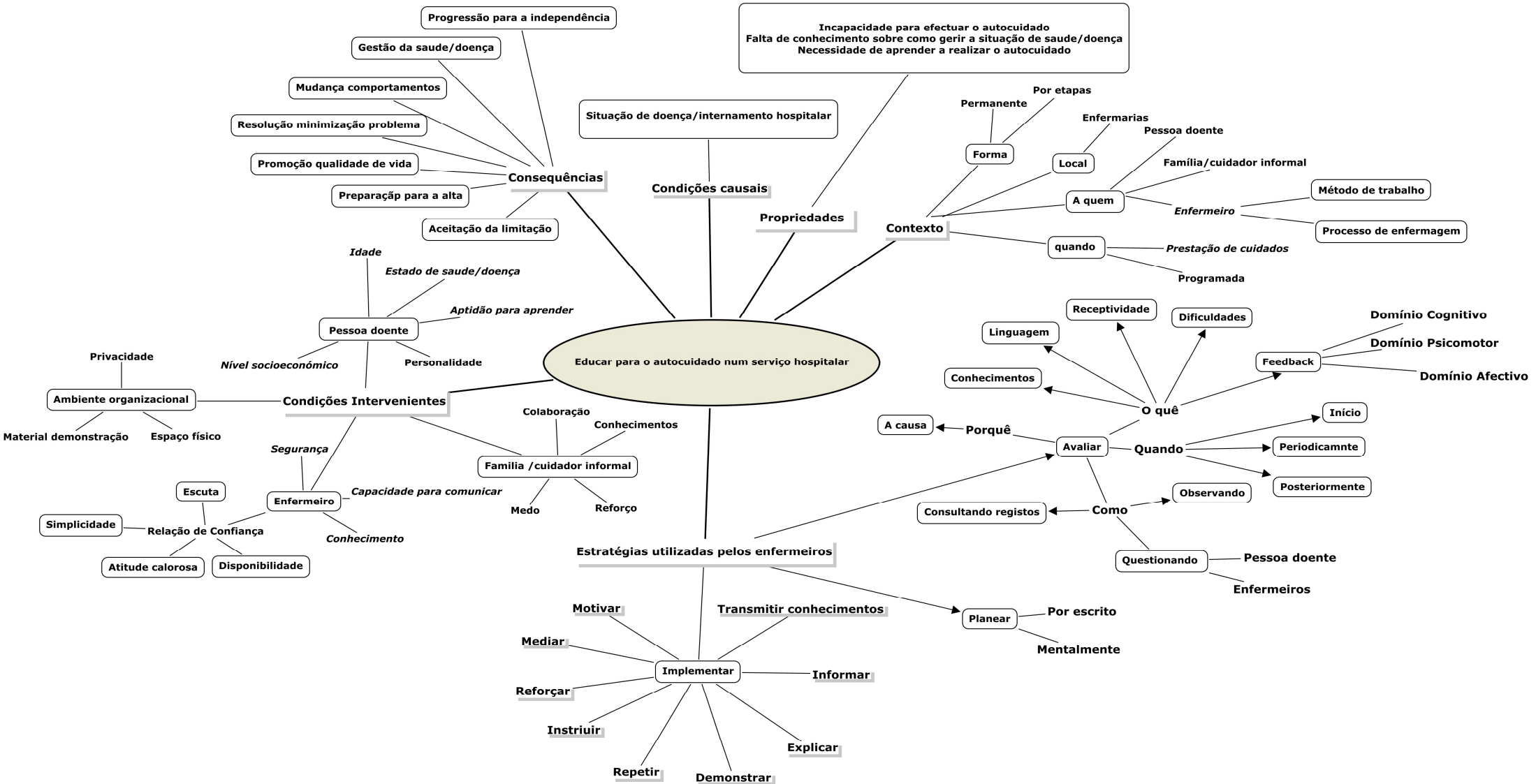
Analisando os dados criamos várias categorias, recorrendo à comparação constante e à sensibilidade teórica.

Assim, o fenómeno da educação para o auto cuidado num serviço hospitalar à pessoa adulta acontece devido ao confronto com a situação de doença e com a hospitalização. Estes dois factores condicionam a pessoa adulta na realização do autocuidado. Perante esta situação, a pessoa doente necessita de adquirir conhecimentos e competências que antes não detinha. Desta forma, os enfermeiros mobilizam um conjunto de estratégias com vista a promover a educação para o autocuidado. Constatamos também, a existência de factores intervenientes neste processo.

Assim, e de acordo com o modelo paradigmático de Strauss e Corbin (1990), apresentaremos os resultados nos seguintes termos: *condições causais, propriedades do fenómeno, contexto, condições intervenientes, estratégias de acção ou interacção e consequências*. (Diagrama Nº2). Apresentamos de seguida

o fenómeno numa forma global, posteriormente, em cada sub capítulo, discutiremos os resultados alusivos a cada categoria criada.

DIAGRAMA Nº 2-Categorização axial do fenómeno *educar para o autocuidado num serviço hospitalar*



5.1-CONDIÇÕES CAUSAIS

Por *condições causais* consideram-se todos os eventos que induzem a ocorrência de um fenómeno Pires (2001).

Ao nível do fenómeno *educar para o autocuidado num serviço hospitalar* identificamos como condições causais as situações de doença/hospitalização, as promovem limitações ao nível físico, emocional e cognitivo, repercutindo-se na capacidade para executar as actividades de autocuidado.

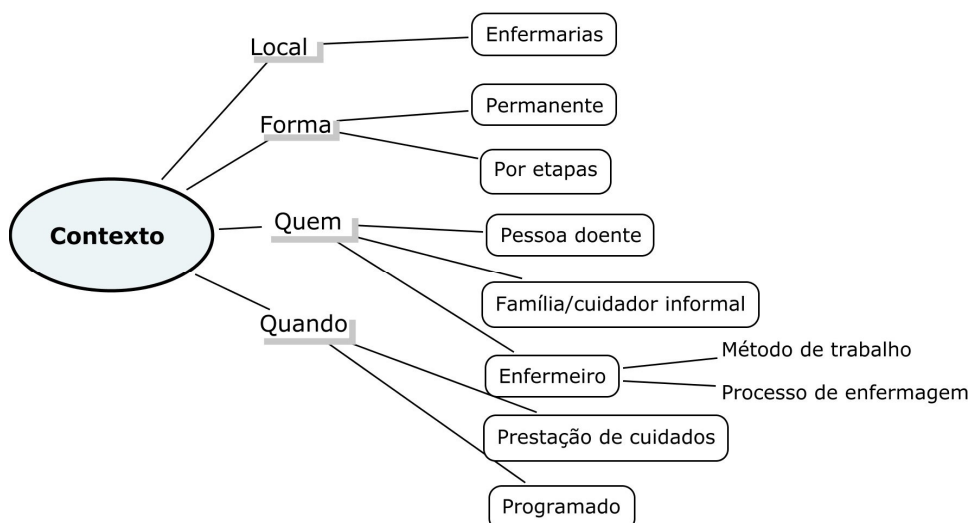
Assim, as pessoas que se encontram internadas, referem falta de conhecimento sobre como gerir a situação de saúde doença, apresentam também dificuldades em realizar o autocuidado por falta de capacidade ou de conhecimento.

5.2- CONTEXTO

A categoria *contexto* foi por nós denominada tendo em conta o conjunto de condições que especificam a localização do fenómeno, situando-o numa perspectiva temporal e progressiva na sua constituição (Fernandes e Maia, 2001).

Esta categoria é constituída por diversas subcategorias como o local onde o fenómeno em estudo ocorreu, a forma como ocorreu, a quem, ou seja, quais os autores intervenientes, e quando ocorreu (ver Diagrama N°3).

DIAGRAMA N° 3 - *Contexto* do fenómeno educar para o autocuidado num serviço hospitalar



Relativamente à subcategoria *local* para Novak (2000) a educação é um acontecimento que ocorre sempre dentro de um contexto particular, no qual inclui características emocionais, organizacionais, físicas e culturais. Relativamente ao contexto organizacional foram identificados factores como a estrutura, o clima, os processos de informação, os métodos de organização do trabalho os quais podem contribuir favoravelmente ou não para o desempenho dos profissionais. Basto (2000)

O local onde maioritariamente ocorre o fenómeno em estudo é as enfermarias como podemos verificar na entrevista que se segue:

E3 *“A falta de privacidade porque há ensinamentos que queremos fazer e com mais dois doentes, por exemplo há três doentes numa enfermaria e nem sempre temos uma enfermaria para levar o doente, às vezes vamos para a sala de tratamentos, ou na casa de banho mas esta é aberta por cima e não dá privacidade. Normalmente aproveitamos uma enfermaria vazia ou o isolamento dependente do tipo de ensino que queremos fazer”.*

Com respeito à subcategoria *forma permanente* os enfermeiros referem que o ensino é uma prática permanente durante a prestação dos cuidados, sendo a educação assumida como uma função permanente na prestação dos cuidados, os enfermeiros ensinam quando prestam os cuidados e relativamente às necessidades de cuidados particulares apresentadas pelas pessoas doentes. Bento e Salgado (2001) referem que urge criar contextos institucionais de aprendizagem que estimulem uma aprendizagem ao longo da vida, mas também ajustadas ao ritmo e às necessidades de cada um.

E3 *“Eu penso que sim, porque acho que praticamente em quase todos os passos que nós damos aqui, no dia-a-dia, estamos sempre a ensinar qualquer coisa ao doente”.*

E3 *“Aliás, nós quando começamos na enfermaria, às vezes, praticamente, estamos quase em permanente ensino. Quando o posicionamento do membro relativamente ao outro que tem a perfusão, ou o posicionamento de uma perna ou de um braço que tem um penso, uma lesão, uma coisa qualquer”.*

Quando a pessoa doente apresenta dificuldades físicas é importante dar conforto e fazer o ensino com pausas para dar tempo de assimilação, tendo em atenção uma forma parcelada. Dean-Baar (2000) menciona que é importante atribuir um tempo de assimilação de forma a promover o sucesso da educação, assim com é imprescindível atender à gestão da energia por parte da pessoa doente.

E4 *“Durante o ensino fiz pausa para ele confortar-se melhor, realmente, as pausas entre...não só reconforta assim como é uma pausa para que ele possa assimilar o nosso ensino, isso também é importante”.*

E5 *“Há que fazer uma coisa fragmentada, ou seja, falamos disto, tiramos o feedback, e tendo essa postura. A ideia é parcelar os objectivos”.*

Outro dos aspectos contemplados pelos enfermeiros relativamente à subcategoria *por etapas* tem a ver com a forma como a pessoa doente e a família aceitam a limitação, como podemos verificar no discurso que se segue.

E1 *“Por exemplo um doente tem uma colostomia se eu fizer um ensino só nesse dia vai ser muito complicado, portanto tem de haver uma fase de preparação em que a pessoa primeiro há que haver aceitação porque é traumático, seja a nível de imagem, seja a nível de todo o aspecto envolvente a própria família”.*

Relativamente aos autores envolventes neste processo de educação para o autocuidado e como subcategoria temos *a pessoa doente* como principal foco de atenção do enfermeiro.

E2 *“Além de ser a esposa que eu acho que também deverá fazer parte do ensino, ele é o nosso alvo principal não é? o nosso alvo é o doente a família é um recurso, não sei se posso chamar recurso...recurso apoio, quer para nós, quer para o doente não é! fazermos tipo um trio”.*

O método de trabalho por enfermeiro responsável favorece a educação para a saúde. Já Branco (1995) verificou a ausência do método individual de trabalho como um factor que dificulta as práticas educativas.

Segundo Augusto *et al* (2002) o processo de doença afecta o indivíduo em todas as suas dimensões, assim como tem um grande impacto na homeostasia familiar. Quando um membro familiar adoece implica mudança e crise na família. Desta forma, e face ao confronto com os sentimentos de ansiedade, insegurança, stress, angústia, ameaça que a família sente os enfermeiros necessitam de encontrar respostas. Neste contexto, e segundo o autor supracitado ao promovermos a participação e envolvimento da família estamos a promover o bem-estar da pessoa doente. Uma das formas de abranger a família citada pelos enfermeiros é a sua participação nos ensinos.

E1 *“Fiz um ensino, estive a fazer um ensino, tanto ao doente como há própria família que vai estar a acompanhá-lo”.*

Augusto *et al* referem que *quando o conjugue está presente, este desempenha um papel preponderante de ajuda e apoio...* (2002, p.50).

E5 *“Quando têm um prestador de cuidados ao pé, como o doente tem a esposa ao pé, tanto ele está a aprender, como a esposa está a aprender”.*

Dentro da subcategoria *enfermeiro*, foram apurados dois factores que contribuem para o contexto da educação para o autocuidado, designadamente o método de trabalho e o processo de enfermagem.

Atendendo ao *método de trabalho*, foi referenciado como algo que contribui para a continuidade de cuidados, permitindo desta forma um acompanhamento da pessoa doente e um conhecimento dos seus progressos de aprendizagem. Também Costa (1999) verificou que o método de trabalho individual possibilita o envolvimento dos enfermeiros das unidades com os clientes a quem prestam cuidados.

E1 *“É necessário haver ali sempre um acompanhamento, daí que muitas vezes, como trabalhamos com o enfermeiro de processo, de doente há sempre um continuidade desses cuidados em que há uma avaliação periódica em que o próprio enfermeiro faz essa questão de saber se realmente o doente pode passar por exemplo do recortar do saco para a colocação do saco”.*

Os enfermeiros mencionaram que o facto de existir o *processo de enfermagem* e respectivos registos promove a educação para o autocuidado. Este facto, foi confirmado por Branco (1995) quando constatou que a ausência do processo de Enfermagem e de registos educativos eram factores que dificultavam as práticas educativas num serviço hospitalar, opinião retratada na entrevista que se segue:

E2 *“O processo de enfermagem é o elo de ligação, destes aspectos todos, do planejar, do implementar, fica tudo implícito, fica tudo registado e é importantíssimo. Primeiro pensar a melhor maneira de planejar o que vou fazer, como, quando, onde, depois transcrever o pensamento para o papel. Planeando por etapas, tendo em conta a situação do doente e família”.*

Relativamente ao quando é efectuada a educação para o autocuidado esta decorre durante a *prestação de cuidados*.

E4 *“Fazemos os ensinamentos durante os cuidados, muitas vezes educamos sem planeamento, foi oportuno, abordamos o doente ou quando o familiar faz alguma questão”.*

Outra forma de efectuar os ensinamentos é programá-los, esta acção baseia-se na necessidade de envolver a família ou o cuidador informal.

E3 *“Tanto uma colostomia, independentemente do doente ter capacidade para fazer só pedimos sempre uma pessoa significativa, que está mais de perto no dia a dia com o doente e é feito o ensino de forma programada consoante a disponibilidade dessa pessoa, pode ser de manhã, ou de tarde”.*

E2 *“Mas às vezes combinamos com a família para estar às x horas para podermos falar, principalmente quando o doente está mais ansioso ou com medo, solicitamos a presença de um familiar à escolha do doente”.*

Para concluir, consideramos que no contexto da acção educação para o autocuidado intervêm vários autores como a pessoa doente, a família ou cuidador informal e o enfermeiro. A educação para o autocuidado é efectuada de forma permanente

durante a prestação dos cuidados ou programada com a família e ou cuidador informal com vista a apoiar a pessoa doente assim como, garantir a que as necessidades de aprendizagem se encontram colmatadas.

Podemos ainda constatar que os enfermeiros consideraram o processo de enfermagem e a metodologia de trabalho por enfermeiro responsável factores facilitadores da educação para o autocuidado.

5.3-CONDIÇÕES INTERVENIENTES

A partir das entrevistas efectuadas aos enfermeiros foram encontrados elementos que conduziram à criação de uma categoria denominada *Condições intervenientes no processo de educar para o autocuidado*. Esta categoria é composta por quatro subcategorias referentes à *pessoa cuidada*, à *família ou cuidador informal*, ao *enfermeiro*, e ao *ambiente*. Decidimos construir a subcategoria *pessoa doente* relativamente aos factores referidos pelos enfermeiros e que intervêm na sua educação para o autocuidado nomeadamente: a idade, o estado de saúde/doença, a aptidão para aprender, a personalidade, e o nível socioeconómico. A subcategoria *família e ou cuidador informal* surgiu na medida em que os enfermeiros consideraram que esta influencia a educação para o autocuidado, relativamente à colaboração que esta dá, aos conhecimentos que tem, ao reforço que fomenta, e ao medo que apresenta.

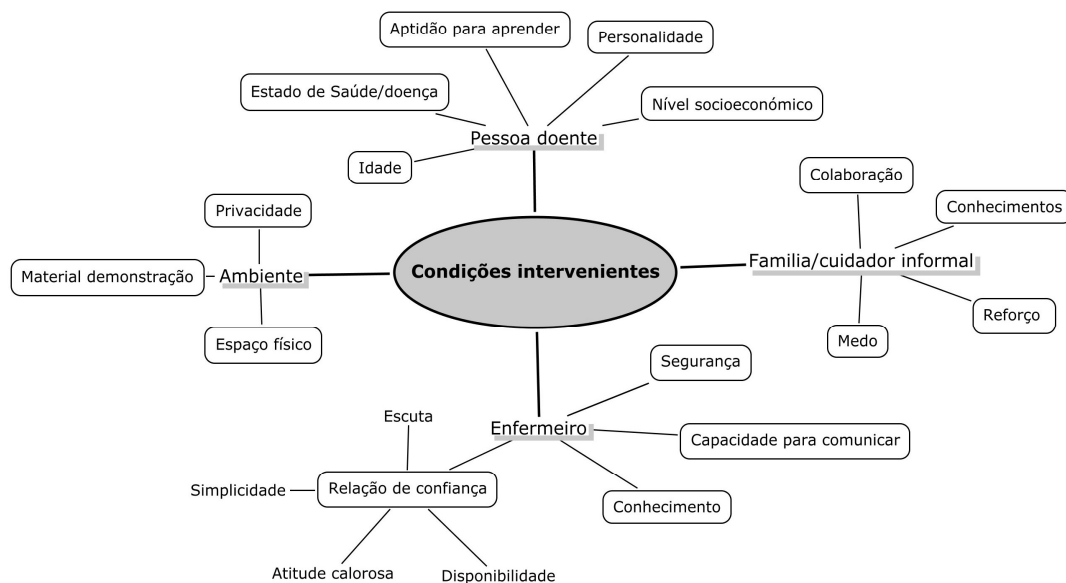
Consideramos pertinente criar a subcategoria *enfermeiro* atendendo a que emergiram dados fundamentais relativos à sua forma de actuação que intervêm na educação para o autocuidado. Assim, esta constitui-se por várias subcategorias nomeadamente: segurança, capacidade para comunicar, conhecimento, relação de confiança traduzida ainda nas subcategorias, escuta, disponibilidade, atitude calorosa e simplicidade.

A subcategoria *ambiente* fez-nos sentido na medida em que despontaram aspectos que a integravam como a privacidade, o espaço físico e o material de demonstração que podem afectar o desenvolvimento do fenómeno em estudo.

Ao nos confrontarmos com a bibliografia verificamos que Orem (1995) refere que as necessidades de cuidados diários são afectadas pela idade, estado de

desenvolvimento, estado de saúde, condições ambientais, factores do sistema de saúde, entre outros, aspectos por nós verificados nas entrevistas que efectuamos (diagrama N° 4).

DIAGRAMA N°4 - *Condições intervenientes* na educação para o autocuidado



Assim, Greene (1988) refere que existem determinantes na conduta que podem ser influenciados pela educação; estes determinantes encontram-se organizados em três categorias: predisponentes psicológicas, reforços do ambiente contexto sócio cultural. Relativamente às predisposições psicológicas estas incluem, conhecimentos, atitudes, crenças, habilidades e experiências. Quanto ao reforço do ambiente a autora menciona os familiares, os amigos e os colegas de trabalho. Por seu lado, o contexto sócio cultural compreende a influência das normas sociais vigentes, em especial à conduta e a atitudes, assim como aos conhecimentos. Os nossos participantes mencionaram alguns factores que vão de encontro à bibliografia consultada.

A subcategoria *idade* influencia a forma como os enfermeiros educam para o autocuidado.

E2 "Baseei-me também na idade do doente".

O estado de saúde doença é também tido como uma condição interveniente na medida em que condiciona a capacidade de aprendizagem da pessoa doente. Relativamente ao estado de saúde/doença os enfermeiros têm em conta o percurso da doença e o diagnóstico médico, aspectos verificados nos relatos seguintes:

E1 *“Está apto a receber ou não a formação de educação de aprender, de querer aprender, porque também existem outras, aquelas fases de revolta com a própria doença”.*

E2 *“Também no estado que o doente se encontra, neste momento é um doente que tem estado praticamente acamado, portanto iniciou um programa de reabilitação, ter em conta estes aspectos Sim, mas devagarinho porque também tem problemas num joelho foi um ensino baseado nestes factores.”*

E2 *“A família, o diagnóstico quer queiramos ou não influencia”.*

Quanto à *aptidão para aprender* esta foi referenciada associada à capacidade cognitiva; para Dean-Baar (2000) o educando tem de ter capacidade cognitiva para compreender a relação entre a aprendizagem e o futuro bem-estar. Neste sentido, é imperioso considerar a opinião de Bento e Salgado quando referem que a aprendizagem se encontra *directamente relacionado com os objectivos individuais num dado momento e com a percepção da pessoa acerca do significado da importância da aprendizagem para alcançar esses mesmos objectivos* (2001, p.86).

E2 *“E entretanto as capacidades também de aprendizagem da pessoa também podem variar”.*

E3 *“Temos de ter em conta, para já, a faixa etária, a capacidade cognitiva, o meio onde vivia, o tipo de linguagem do próprio doente, e irmos de encontro a isso”.*

E2 *“Portanto há variadíssimos factores que dum dia para o outro tudo muda e muitas vezes surpreendo-me a mim mesma porque chego a abordar o utente da mesma maneira no outro dia”.*

Outro factor da pessoa doente que intervém na educação para o autocuidado é a personalidade, segundo a CIPE a personalidade é um tipo de *identidade pessoal com as características específicas: Conjunto de traços comportamentais e atitudes, pelo qual cada um é reconhecido como uma pessoa individual e distinta, uno em substância, natureza e qualidade ao longo do tempo.* (2006, p.79). A personalidade da pessoa doente vai intervir na forma de actuação do enfermeiro, ideia retratada no depoimento que se segue:

E2 *“É a personalidade do doente vai condicionar a forma como vou abordar o doente, se tenho dois doentes, com personalidade diferentes tenho um ensino para fazer, eu não vou abordar os dois da mesma forma, num doente pode ter receptividade, vai gostar, vai aprender”.*

De acordo com os enfermeiros inquiridos os factores socioeconómicos interferem também na capacidade que a pessoa doente tem para se autocuidar pelo que se torna necessário encaminhar para os recursos da comunidade.

E4 *“Problemas sociais muitas vezes graves e pronto nós muitas vezes conseguimos encaminhar para os recursos da comunidade outras vezes não”.*

E2 *“Os meios financeiros que influencia e bastante temos casos disso”.*

Relativamente à subcategoria *família e ou cuidador informal* encontraram-se vários aspectos que os enfermeiros tiveram em conta. Para Phaneuf (2001) os valores vindos da família da sociedade influenciam a aprendizagem dos hábitos e influenciam as percepções da pessoa acerca da doença, do sofrimento e da morte. Os enfermeiros referiram-se à colaboração dada pela família como sendo positiva ou negativa, ideias confirmadas nas narrações seguintes:

E4 *“A família por vezes interfere, tanto pode colaborar como não, a maioria das vezes colabora estando presente nos ensinamentos, observando, executando. Tentando responder à satisfação da necessidade”.*

E3 *“Assim como colaborar nos cuidados do doente por exemplo dar o banho, o doente sente-se mais à vontade e gosta quando é a esposa a se oferecer para colaborar no banho”.*

E3 *“A família contribui às vezes numa forma positiva às vezes numa forma negativa, há aquele familiar que diz mas ele não pode ainda fazer isso foi operado há dois dias, super protegendo o doente, achando que ainda não pode, ou porque tem dores ou porque tem o soro e não pode se levantar e ir à casa de banho”.*

Os conhecimentos da família influenciam a educação para o autocuidado segundo Dean-Baar *a enfermeira que informa sobre a doença ou incapacidade, bem como sobre os processos de recuperação e aprendizagem, reforça as tentativas de participação dos membros da família* (2000, p.149). Segundo o mesmo autor uma família que compreende e conhece a doença e a incapacidade tem maior probabilidade de aumentar o seu comportamento de suporte. Desta forma, os dados referiram que os enfermeiros se preocuparam em identificar os conhecimentos da família, o que podemos constatar na entrevista que se segue:

E2 *“Vemos com o cuidador informal, quando é aquele doente mais dependente por exemplo um doente acamado em casa que verificamos que estão cansados, perguntamos, ou pedimos para exemplificar como é que faz a transferência e observamos falha técnica, demonstramos como fazer, isso dá uma ajuda e maior confiança às pessoas”.*

A família pode ainda reforçar o comportamento do enfermeiro ou, por outro lado, transmitir insegurança à pessoa doente quando a família tem medo.

E3 *“Duma forma positiva aquela família que reforça o que ouviu o enfermeiro dizer, que o doente devia fazer só, ou que devia deambular para prevenir complicações”.*

E3 *“Por outro lado quando a família tem medo transmite insegurança ao doente.”*

Sentimos necessidade de referir que relativamente aos dados que emergiram se encontram descritos na literatura. Uma das autoras é Phaneuf (2001) quando menciona os factores que influenciam a aprendizagem nomeadamente: o grau de compreensão da língua utilizada pelo enfermeiro; a disposição da pessoa e a sua

motivação para aprender; as suas capacidades intelectuais, estado de consciência, memória, ritmo de aprendizagem; o seu estado físico, cansaço, dor, facilidade em realizar os gestos necessários; o seu estado psicológico, ansiedade, medo; o seu grau de educação, estatuto económico, influencia da cultura; a sua rede de suporte, família, pessoas significativas, cuidadores informais.

A subcategoria *enfermeiro* foi construída relativamente aos vários aspectos que os enfermeiros consideraram sobre a forma como eles intervinham na educação para o autocuidado, os quais agrupamos nas subcategorias segurança, capacidade para comunicar e conhecimento.

Relativamente à segurança esta é considerada um factor imprescindível, advindo do conhecimento e da experiência.

E3 “Para já, uma das coisas que eu acho muito importantes é demonstrar uma certa segurança”:

E3 “Para ter segurança é preciso conhecimento, é preciso saber o que vamos fazer, e para isso alguma experiência. E tudo o que vamos fazer pela primeira vez sentimos sempre alguma insegurança, mas às vezes é preciso não demonstrá-la”.

No que se refere à capacidade para comunicar emergiu a necessidade de os enfermeiros transmitirem a mensagem de forma clara e adequada à pessoa doente, assim como o comunicarem verbalmente e não verbal de forma efectiva Phaneuf, (2001). Concomitantemente, Lazure (1994) refere que a linguagem não verbal reforça, contradiz ou colabora com a linguagem verbal.

E1 “Que a comunicação se faça emissor receptor, que se faça, na comunicação que não haja interferências e essencialmente aperceber-me se estou a ser claro, clarividente naquilo que estou a transmitir e tendo em conta todos os aspectos”.

E5 “Tem que ter uma capacidade de comunicar e não falo apenas verbalmente mas também a nível de postura, a nível facial, dependendo do doente”.

E3 “Portanto, temos que entrar no nível de conhecimento, no nível social, no fundo, onde o doente está inserido, para que ele possa compreender o que nós estamos a dizer. E acho que é importante “descer” ao nível do doente, adequar a linguagem à do doente”.

Relativamente ao conhecimento, os enfermeiros consideram importante ter conhecimentos e estar actualizados. Para Dean-Baar (2000) o profissional de enfermagem tem a responsabilidade de manter actualizados os seus conhecimentos para prestar cuidados eficazes.

E1 “A minha actuação como enfermeiro, acho que é importante estar actualizado, essencialmente”.

E2 “Primeiro que tudo tenho de ter o conhecimento do que estou a falar, tenho que ter o conhecimento”.

A relação de confiança é algo que se constrói de forma subtil e criteriosa, considerada algo fulcral quando se estabelece uma relação. Hesbeen considera que para a pessoa cuidada *equivale a dizer creio que este prestador de cuidados pode ajudar-me respeitando quem eu sou.* (2000, p.103). Concomitantemente, Sellman (2006) refere que é num clima de confiança que o relacionamento humano desenvolve o seu potencial, no entanto ser digno de confiança é sinónimo de grande responsabilidade, significa ser capaz de providenciar cuidados apropriados segundo a perspectiva da pessoa doente, ou seja de acordo com as suas expectativas. Para Phaneuf, *a enfermeira deve primeiro criar um clima de confiança, depois tentar ver se a pessoa está decidida a tomar conta de si, e identificar os seus motivos a este respeito* (2005, p.210). Por seu lado, Rodrigues *et al* (2005) afirmam que devemos ser os primeiros a saber honrar os contratos que estabelecemos, porque assim sendo reconhecidos como pessoa digna de confiança. Assim, a confiança é algo importante, conforme nos indica a descrição seguinte:

E5 *“O mais importante acho que é ganhar a confiança do doente, porque acho que os doentes quando têm confiança no enfermeiro que vai lá ganhamos tudo com o doente. Ganhamos o doente não ficar calado, tirar todas as dúvidas, falar, expressar os sentimentos, emoções, medos”.*

Por seu lado, a escuta é englobada segundo Phaneuf (2001), Lazure (1994) nas capacidades de receptividade da comunicação, estas demonstram à pessoa que nós a escutamos, compreende comportamentos não verbais que manifestam atenção e interesse do enfermeiro pela pessoa cuidada. De acordo com Lazure o enfermeiro quando escuta o cliente pretende: *manifestar que ele é importante, ajudá-lo a identificar as suas necessidades, permitir-lhe identificar as suas emoções, ajudá-lo a identificar os seus problemas, ajudá-lo a elaborar um plano de acção realista e eficaz.* (1994, p.16). A escuta é efectuada durante a prestação dos cuidados, como pudemos verificar no exemplo que se segue:

E4 *“Muitas vezes as pessoas estão aqui desejosas de voltar para casa para resolver assuntos pendentes problemas familiares gravíssimos por exemplo é na altura dos cuidados de higiene quando temos mais disponibilidade quando o doente nos diz que está preocupado porque tem a esposa em casa dependente, acamada e que precisa dos seus cuidados”.*

Esta escuta também se efectiva na capacidade de respeitar o silêncio para Lazure *a escuta do silêncio exige a presença mais intensa e mais verdadeira da enfermeira. Estar atenta ao silêncio é estar à escuta do que o outro vive de mais profundo.* (1994, p.106).

E2 Portanto há, consegue haver uma cumplicidade, se eu posso chamar assim, entre os meus doentes consegue-se aperceber que alguma coisa não está bem e consegue-se perceber muito bem quando um de nós não quer falar, no meu caso é, mas no caso deles consegue-se perceber quando é necessário dar espaço, dar o tempo que o utente precisa também acho que cada um deve ter e tem ao seu momento de silêncio”.

A disponibilidade é uma subcategoria enfatizada pela maioria dos participantes, Hesbeen (2000) relata que existe disponibilidade quando o prestador mostra que está ali, comporta uma atenção e uma escuta serena Lazure complementa esta afirmação *o tempo investido na escuta nunca é tempo perdido* (1994, p.16). Também Phaneuf (2005) refere que quando a enfermeira está com uma pessoa doente, é preciso estar inteiramente com ela, mesmo que seja por um curto espaço de tempo, pois assim será mais proveitoso do que muito tempo sem atenção.

E5 “Há um termo que me está a falhar, mas de estar ali, estar presente, estar disponível, ter a disponibilidade para estar ali, eu quis todas as vezes realçar, tanto com este doente como com qualquer um, gosto de realçar que nós estamos sempre aqui, ou seja, estamos sempre ali, para qualquer doente, a qualquer hora, se eles tiverem a noção disso é meio caminho andado”.

E2 ” A disponibilidade, não faço um ensino com pressa com hora marcada, com tempo limite, Portanto a disponibilidade acho que é daquelas coisas mais importantes que há e isso é no educar e no cuidar eh cuidar uma certeza eu tenho não faço com pressas”.

A atitude calorosa pode ser definida de acordo com Hesbeen (2000) como o calor aspecto integrante do tecer laços de confiança onde o prestador é alguém próximo que utiliza a palavra, o sorriso, o olhar adequados e personalizados. Phaneuf (2001) refere-se ao contacto visual, à expressão facial, à entoação de voz, à postura, à distância ou proxémia, ao tocar como capacidades de receptividade propícias à comunicação. Ideia reforçada por Orem (1995) quando afirma que a comunicação entre o enfermeiro e o utente pode não ser através de palavras, o enfermeiro pode transmitir suporte através da sua presença, através de um olhar ou de um toque, ou através de apoio físico.

Estes aspectos foram considerados pelos entrevistados como elementos fundamentais no estabelecimento da relação sendo evidentes no relato subsequente.

E4 “Eu dou muito valor mesmo ao contacto directo, mesmo sem estar a prestar cuidado nenhum em especial mas o aproximar-me do doente eu tenho sempre o cuidado mas acho que isso é mesmo próprio da minha pessoa o toque, o tocar na mão o olhar nos olhos e pronto o dar uma palavra de conforto a mão muitas vezes”.

No que respeita à subcategoria simplicidade esta encontra-se presente quando é utilizada linguagem acessível, assim como um comportamento de proximidade. (Hesbeen, 2000).

E5 *“E aquele quebrar a barreira de cima para baixo, do doente na cama e o enfermeiro de pé, tentar quebrar um bocado essa barreira estar ali, de lado a lado e querer os dois ir para a melhoria do doente e saída daqui o melhor possível”.*

E3 *“E acho que é importante “descer” ao nível do doente, adequar a linguagem à do doente e depois validar se ele percebeu ou não percebeu. Acho que é o mais importante”.*

A prática dos cuidados desenrola-se num contexto organizacional, a partir dos dados criamos a subcategoria *ambiente organizacional* na medida em que este influencia a educação para o autocuidado em termos da privacidade que promove, do espaço físico que dispõe, assim como dos materiais de demonstração para a execução do ensino. Relativamente à privacidade os enfermeiros encaram-na como um factor importante; quando efectuam a educação para o autocuidado, referem que procuram essa privacidade em outras enfermarias que não tenham doentes, relatam ainda que o espaço físico não contribui para a privacidade.

E2 *“Há ensinamentos que tenho de estar a sós como o doente exemplo o de uma ostomia é necessário privacidade vamos para a enfermaria vazia ou na casa de banho, não gosto de fazer o ensino com outras pessoas a ouvir”.*

E4 *“O contexto não intervém favoravelmente, não temos espaço para conversarmos com o doente, nem na apreciação inicial, tem os outros doentes na mesma enfermaria, ouvem a conversa, observam e as pessoas não se sentem bem, o ambiente não contribui para a privacidade”.*

Criamos a subcategoria espaço físico uma vez que este foi considerado exíguo e factor não facilitador à educação para o autocuidado. Dean-Baar (2000) refere-se ao ambiente físico como um dos sete elementos na concepção das experiências da aprendizagem, para o mesmo autor o processo ensino-aprendizagem pode ter lugar em qualquer local; porém as distrações devem ser limitadas pois diminuem a capacidade de concentração, este deve desenrolar-se numa área fechada sobre si própria e que limite a presença de outros clientes, visitas ou pessoal. Outras condições descritas pelo autor são a luz, a cor e textura das paredes e a temperatura ambiente. Porém, no serviço de internamento onde foi efectuado o estudo a realidade relatada pelos enfermeiros é bem distinta como podemos constatar no relato seguinte.

E3 *“O espaço físico, porque as enfermarias têm três camas mais dois cadeirões, mais uma cadeira de rodas e é extremamente difícil ensinar a deambular com o andarilho, para que o doente possa aprender, no próprio levantar ter espaço suficiente para o doente se mobilizar, o espaço não é o ideal, nas casas de banho já tem algum apoio para fazer ensino para se autotransferir da cadeira de rodas para a sanita mas o espaço é pequeno para conseguirmos ajudar se for necessário”.*

Verificamos nos serviços de internamento materiais de ensino insuficientes ou inexistentes. Relativamente à subcategoria material de demonstração os enfermeiros referiram ser pouco, não têm material de demonstração nem outros recursos para auxiliar no ensino.

E3 “Existe falta de material adequado por exemplo nas colostomias há de duas peças e de uma peça por exemplo se for uma pessoa obesa devido à constituição é mais difícil, ou devido à capacidade da pele. Não temos esse material para validar com o doente o que ele acha que é melhor e que se vai adaptar, para o próprio chegar à conclusão do que é melhor para ele”.

Segundo Dean Baar (2000) e a nossa experiência profissional verificamos a importância de existirem diferentes tipos de meios de aprendizagem como posters, livros e equipamento prático como diversos dispositivos (dispositivos auxiliares, assentos para banheira, auxiliares de higiene e arranjo pessoal, entre outros) de forma a facilitar as diferentes actividades de autocuidado e promover e estimular a independência.

5.4-ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS

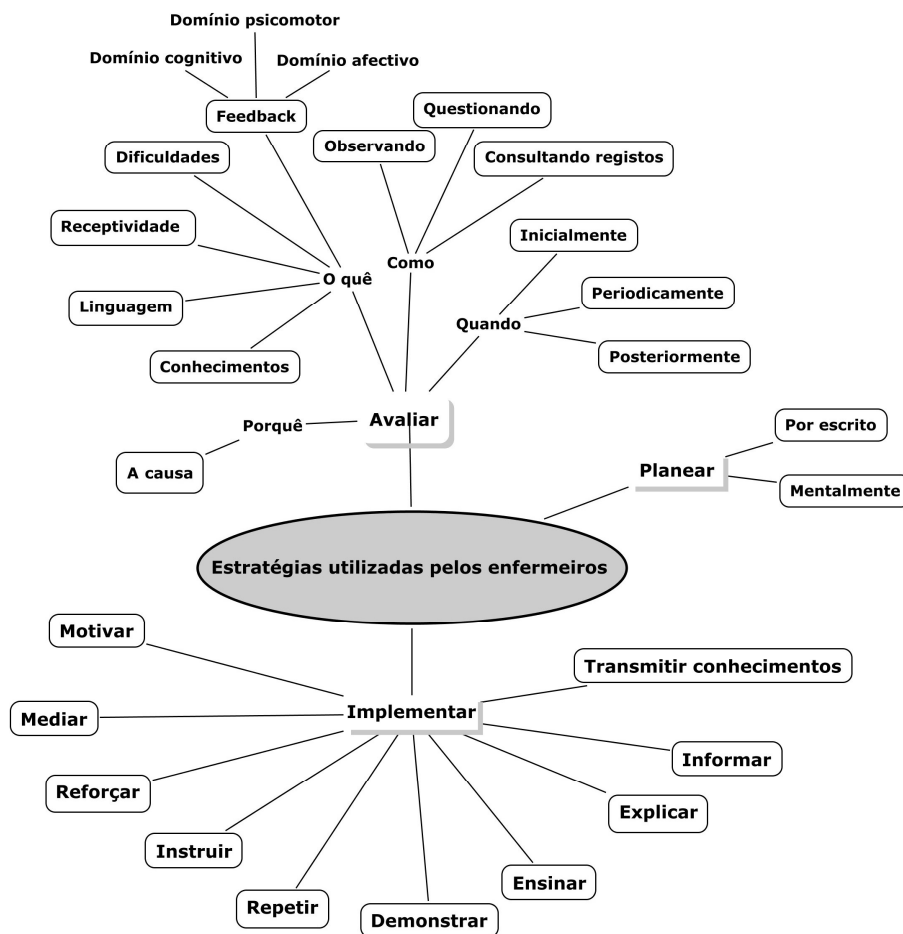
Os clientes aprendem mais sobre como viver a sua vida, descobrindo e reflectindo sobre a sua experiência, assim como levando a sua aprendizagem para a forma como planeiam o seu futuro.

Heron (2001)

Os enfermeiros desempenham um papel importante no contributo da aprendizagem ao longo da vida. Esta é uma necessidade que se mantém se queremos preservar a saúde, manter estilos de vida saudáveis, combater a doença ou gerir um regime (Phaneuf 2001).

Assim, abordaremos a categoria por nós denominada *estratégias utilizadas pelos enfermeiros para educar para o autocuidado* inserida no modelo paradigmático de Strauss e Corbin (1990) e que foi previamente exposto. Esta categoria é composta pelas subcategorias avaliar, planear, e implementar. A subcategoria implementar é constituída por dez subcategorias: transmitir conhecimentos, informar, explicar, ensinar, demonstrar, repetir, instruir, reforçar, mediar e motivar (Diagrama N°5). Fundamentaremos e explicitaremos cada uma delas à posteriori.

DIAGRAMA Nº 5 - *Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para educar para o autocuidado*



Podemos afirmar que a doença/hospitalização induz a uma necessidade de conhecimentos que a pessoa doente não detinha, desta forma, os enfermeiros necessitam de mobilizar estratégias, com vista a: avaliar os conhecimentos que a pessoa doente detém, planear a educação, assim como implementar o processo de ensino aprendizagem. Este processo, pretende promover a aquisição de conhecimentos, esclarecer, diminuir a incerteza, fomentar o processo de adaptação, facilitar a tomada de decisão e incentivar a adesão da pessoa doente aos cuidados.

Ao nos reportarmos à subcategoria *avaliar*, a qual segundo Phaneuf é *um julgamento comparativo sistemático do estado da pessoa, efectuado no momento em que termina o prazo, considerando para isso os objectivos fixados. Ao medir o progresso alcançado, a enfermeira pode dar-se conta dos resultados obtidos e da eficácia das suas acções* (2001, p.341). A mesma autora refere ainda que a avaliação

visa garantir cuidados de qualidade, de forma a, constantemente, detectar lacunas e formas de as corrigir.

Bento e Salgado (2001) referem que o papel do educador vai ser desempenhado pela avaliação do seu impacto junto de quem educa, a partir dos dados que recolhe, armazena e trata.

Esta subcategoria foi uma das mais enfatizadas pelos enfermeiros, e justificando-se através das várias vertentes que a compõem nomeadamente o porquê, o como, o quê e o quando. Os dados sugeriram que os enfermeiros avaliavam a causa, os conhecimentos da pessoa doente, a linguagem por esta utilizada, a receptividade para aprender, as dificuldades apresentadas e o feedback. A subcategoria *feedback* foi ainda subdividida tendo em conta os domínios cognitivo, psicomotor e afectivo.

Os enfermeiros referindo-se aos momentos em que avaliavam, consideraram que avaliavam no início, de forma periódica e posteriormente à sua intervenção de educação para o autocuidado. Relataram ainda, relativamente à forma como avaliam que o faziam observando, questionando a pessoa doente e os enfermeiros, assim como utilizando os registos clínicos.

Relativamente a avaliar *a causa*, Phaneuf (2001) expõe que a avaliação poderá ser efectuada atendendo a uma abordagem etiológica, na qual o enfermeiro interroga-se sobre se a causa do problema foi erradicada. A este propósito o depoimento seguinte refere:

E1 *“Sim foi estar a ver qual era a causa, aquilo que se passava, o que é que teria acontecido para aquela situação ter acontecido e explicar o motivo para que não volte a acontecer”.*

A avaliação dos *conhecimentos* que a pessoa doente já disponha é importante na medida em que desta dependem os conhecimentos a transmitir assim como, a melhor forma de o efectuar. Phaneuf (2001) e Orem (1995) são de opinião que antes de recolher dados para avaliar as necessidades de conhecimentos e os factores susceptíveis de influenciar a aprendizagem, devemos identificar o que a pessoa já conhece, uma vez que a educação do adulto exige um trabalho cuidadoso onde o ponto de partida deve ser o que a pessoa doente sabe e não o que não sabe, como podemos constatar no testemunho seguinte:

A2 *"Portanto, eh iniciei o ensino por uma conversa, um diálogo, uma partilha saber o que o doente já sabia, eh para poder também ...o meu ensino ser baseado naquilo que o utente já sabia para evitar repetir informação, porque eu acho que é desnecessário, o mesmo ensino vai ter de se repetir muitas vezes mas algumas coisas, há um tipo de informação que é desnecessário".*

Outro grande objectivo da avaliação é o de colher dados sobre vários aspectos como a *linguagem* utilizada pelo cliente, Redman (2003) cita que a maior parte das pessoas com necessidades notáveis em saúde apresentam dificuldades linguísticas, provocando dificuldades ao nível da compreensão. O enfermeiro refere ainda a necessidade de conhecer o doente, o seu background, assim como a capacidade de se expressar. Orem cita que *a enfermeira deve considerar o background a experiência do utente, o estilo de vida e os hábitos da vida diária, modos de percepção e pensamento...* (1995, p.19). Por seu lado, Padilha (2006) refere que existe uma necessidade de adequar a informação fornecida aos factores intrínsecos da pessoa doente e prestador de cuidados, aspectos que podemos verificar nos depoimentos que se seguem:

E1 *"Sim, a percepção que ele tem, a própria terminologia, não falar em termos técnicos essencialmente e tentar saber se ele percebeu ou não".*

E5 *"Por isso é que temos de conhecer um bocadinho o doente antes, saber o background, saber o doente que limites é que tem, tanto a nível linguísticos como a nível de prestação".*

Denota-se a importância atribuída à avaliação da receptividade da pessoa doente e da família, assim como avaliar se a pessoa está disponível para ouvir, aspectos evidenciados nas seguintes entrevistas:

E5 *"Já lhe tinha falado que estava algaliado, para não se preocupar, e tudo o mais; agora tentei realmente dar aquelas achegas mais concretos, e achei que ele estava receptivo, tanto ele como a mulher".*

A1 *"Acho que se deve primeiro que tudo ter em atenção se a pessoa está disponível para ouvir e, e, nesse sentido também saber se foi perfeitamente entendido"*

Os enfermeiros verificam a *receptividade* da pessoa doente através da linguagem verbal e não verbal. Para Phaneuf (2001) a expressão facial, a entoação da voz, a postura são formas de comunicar sendo que transmitimos mensagens através do comportamento não verbal e pelas palavras que expressamos.

E2 *"E noto que a receptividade não é a mesma, alguma coisa se passou pela negativa ou pela positiva portanto às vezes são eles que dizem ah senhora enfermeira aconteceu isto e isto hoje e quando é o contrário quando é menos positiva nota-se perfeitamente num bom dia numa boa tarde que alguma coisa se passa portanto todos os dias".*

Bento e Salgado (2001) acrescentam a importância de conhecer as motivações e os projectos de vida para iniciar a aprendizagem. O estar pronto para aprender,

segundo Dean-Baar (2000), é a capacidade de usar a energia e focar a atenção com uma dada finalidade. Para isso, o cliente deve estar fisiologicamente capaz para participar, os objectivos devem ser relevantes para as suas necessidades, assim como devem apelar emocionalmente de forma a promoverem a participação da pessoa doente.

A1 *“Saber se realmente a pessoa está no momento certo para aprender”.*

E1 *“Primeiro como já conheço um bocado o doente primeiro tenho de saber, também o nível de comunicação que ele está, não é? De percepção das coisas...”.*

Conhecer as *dificuldades* apresentadas pela pessoa doente faz parte das estratégias adoptadas pelos enfermeiros de forma a poderem direccionar o ensino. Concomitantemente, Cabanas (2002) refere que necessitamos de conhecer a pessoa que vamos educar, a sua possibilidade e a necessidade de educação, assim como a facilidade ou dificuldade que apresenta, bem como quais as limitações, sendo que estas informações determinam todo o processo. Concomitantemente, Collière (1989) afirma que o processo de cuidados de enfermagem só tem razão de ser alicerçado nas vivências da pessoa, tendo em conta a sua doença, as limitações ou as dificuldades daí consequentes, aspectos enfatizados pelos discursos que se seguem:

E2 *“Portanto, duma forma ou de outra a gente consegue através de perguntas aperceber se a informação dada, se o doente captou se o doente entendeu se não entendeu eu não estou a dizer que o mais relevante é que o doente aprenda à primeira não é isso que estou a dizer mas me aperceber de onde é que o doente tem mais dificuldades”.*

E2 *“Poder investir nesse aspecto, portanto é ter um feedback do doente e se conseguir corresponder às dificuldades que o doente também apresenta”.*

Ao efectuarmos a categorização encontramos muitos dados respeitantes ao *feedback*. Segundo De Ketele *et al* o *feedback* é um termo inglês sinónimo de *retroacção*: *informação de retorno, verbal ou não, que permite a uma pessoa que teve um dado comportamento (ou emitiu uma mensagem) conhecer o efeito ou resultado do seu comportamento (ou da sua comunicação)* (1988, p.242). Assim, dividimos o *feedback* relativamente a distintos domínios: cognitivo, psicomotor e afectivo.

Na aprendizagem dos adultos verifica-se três vertentes essenciais segundo Bento e Salgado (2001); a vertente cognitiva que envolve os conhecimentos teóricos, a vertente psicomotora a qual corresponde à aquisição de comportamentos próprios,

e a vertente afectiva relativa ao envolvimento próprio da pessoa no processo de aprendizagem.

Uma das preocupações dos enfermeiros foi avaliar o feedback relativamente ao *domínio cognitivo* Dean-Baar (2000) refere que nem sempre pode ser observado e que pode exigir perguntas. Esta vertente inclui os processos de pensamento e de reconhecimento dos conceitos e que foi explícito nas seguintes entrevistas. Foi igualmente notório a importância do feedback para o planeamento do ensino.

E2 *“E também um pouco naquilo que o doente ia-me dizendo, portanto dependendo do estado que o doente estava de recepção da informação baseei a minha informação”.*

A5 *“...para mim é um ciclo, ou seja, se eu começo aqui, num ponto, e faço um ensino, tento transmitir uma ideia para chegar ao doente, que me chega de novo de volta, para eu poder fazer a avaliação e para fazer a programação dos ensinios posteriores”*

No feedback, ao nível do *domínio psicomotor* os enfermeiros avaliam a capacidade do doente de executar determinado comportamento, que segundo De Ketele *et al* é a *maneira observável de ser ou de agir numa dada situação* (1988, p. 238). Para Dean-Baar (2000) as capacidades motoras avaliam-se através da observação, opinião retratada na entrevista seguinte:

E4 *“Portanto sé é um ensino ele vai dar o feedback, posso pedir, que ele faça ou que tente fazer sozinho, e se ele conseguir dar resposta assimilou se não deu resposta não assimilou”.*

Na avaliação do feedback do *domínio afectivo* foram enfatizadas diferentes formas da pessoa doente reagir face à educação para o autocuidado, incluindo atitudes, sentimentos e emoções. Este domínio é considerado por Dean-Baar (2000) o mais difícil de medir, porque as pessoas podem não exprimir os seus verdadeiros sentimentos para além do facto desta expressão ser diferente consoante a cultura, a geração, o meio social, o género, entre outros.

E3 *“E às vezes há aquele que diz “ah, mas eu não posso!”, a gente diz “pode, pode, então veja lá, levante lá então a mão e veja lá se a mão não chega aqui ou ali ou acolá”.*

E3 *“Muitas vezes as pessoas, devido a situação de doença, devido a situação de stress, situação de dor, situação de internamento, não captam ou esquecem facilmente portanto, as orientações que demos, os ensinios que fizemos, ou então, muitas vezes quando se pergunta: “Ah sim, o seu colega já me disse, já me falou, mas sabe eu ainda tenho esta dúvida ou aquela dúvida”*

Relativamente ao quando avaliam, com base nos dados os enfermeiros referiram avaliar inicialmente, periodicamente e posteriormente.

Na subcategoria *inicialmente* verificamos a importância de conhecer a pessoa doente numa forma global. Para Dean-Baar *a avaliação das necessidades de aprendizagem deve iniciar-se como parte da avaliação inicial ou de admissão ao serviço* (2000, p.148).

E5 *“E se nós conseguirmos ter esse panorama todo ao mesmo tempo, ter essa visão completa, holística do doente, não só de uma ferida ou de um cateter ou de qualquer coisa, mas tudo o resto, acho que conseguimos dar aquilo que as pessoas estão à espera de nós”.*

Na subcategoria *periodicamente* identificamos a necessidade por parte dos enfermeiros de avaliar periodicamente a aquisição das capacidades da pessoa doente para poder passar à fase seguinte, sendo esta considerada um processo contínuo, cíclico, onde após uma intervenção é importante avaliar para poder programar novas intervenções. Segundo a CIPE avaliar é uma *acção de determinar com as características específicas: Processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objectivos estabelecidos foram atingidos* (2001, p.134).

Concomitantemente, Redman (2003) refere que a avaliação ocorre continuamente durante o ensino, esta é utilizada para reorientar as actividades. Aspectos que se tornam claro nos seguintes relatos:

E1 *“É necessário haver ali sempre um acompanhamento, daí que muitas vezes, como trabalhamos com o enfermeiro de processo, de doente há sempre um continuidade desses cuidados em que há uma avaliação periódica em que o próprio enfermeiro faz a questão de saber se realmente o doente pode passar por exemplo do recortar do saco para a colocação do saco”.*

E5 *“Exactamente. mas tem mesmo, para mim é um ciclo, ou seja, se eu começo aqui, num ponto, e faço um ensino, tento transmitir uma ideia para chegar ao doente, que me chega de novo de volta, para eu poder fazer a avaliação e para fazer a programação dos ensinamentos posteriores*

Relativamente à avaliação posterior os enfermeiros referem que a executaram após efectuar o ensino e para determinar se a pessoa doente tem os conhecimentos suficientes para ter alta. Phaneuf refere que a enfermeira avalia o que a pessoa reteve do ensino e o que ela é capaz de fazer na sequência deste (2001, p.409), o que pudemos constatar no testemunho que se segue:

E3 *“Focar os pontos mais importantes rapidamente e fazer avaliação no mesmo dia para verificar antes de sair se já sabe os cuidados a ter”.*

Outra subcategoria é como é que os enfermeiros avaliam; estes mencionam que avaliam *observando*. Para (Phaneuf, 2001) a observação requer uma qualidade particular de atenção e de concentração sobre a pessoa a observar, tratando-se

duma atenção dirigida. A mesma autora reforça que é *das observações das expressões faciais, do olhar, dos gestos, da postura, das palavras utilizadas, das construções das frases, do que revela ou procura esconder o doente que informa a enfermeira sobre o que ele vive, sente ou deseja* (2005, p.148), o que pudemos verificar nos seguintes depoimentos:

E2 *“Observando, peço ao doente para me mostrar, peço ao doente para fazer e ir me explicando porque é que está a fazer assim e não de outra maneira, porque se assim for o doente adquire capacidade para resolver quer o problema em si, quer outra situação que possa surgir”.*

E4 *“Avalio através da observação, de repente ao observar a situação reparo que precisa de mais um apoio, avalio observando a própria evolução, nós estamos constantemente a observar”.*

Os enfermeiros referem que outra forma de avaliar é *questionando a pessoa doente*. Hesbeen refere que *quando se consegue instaurar um clima de confiança, já não é preciso fazer perguntas, pois o paciente exprime-se de bom grado espontaneamente* (2000, p.106). Redman (2003) sugere que a informação dos progressos do ensino é obtida através de perguntas directas, como pudemos verificar nos depoimentos que se seguem:

E2 *Quanto a mim, portanto, abordei o doente, questionei-o sobre o que já sabia, aquilo que já tinha adquirido, portanto o senhor respondeu não?*

E4 *“Porque na medida em que estão mais tempo internadas as pessoas vão tendo mais à vontade e confiança e vão nos dizendo mais coisas que no momento da avaliação inicial não referem”.*

Questionar os enfermeiros, partilhar com estes as informações de forma a promover a continuidade dos cuidados é uma estratégia adoptada.

E1 *“Aquilo que se faz é tentar fazer com que o colega dê a continuidade disso nem que seja dito oralmente para dar continuidade, por exemplo se o doente já sabe fazer determinada coisa poderá fazer reforço mas também poderá avançar para outra etapa”.*

Outra forma de avaliar é *consultando os registos* de enfermagem de forma a colher dados sobre o que já foi iniciado ou o que ainda falta implementar. Redman (2003) cita dentro dos tipos de avaliação a consulta do processo do utente.

E3 *Aliás, nas passagens de turno e mesmo em notas, deixamos sempre descrito o que já foi iniciado ou o que e em planos também já está planeado dar continuidade*

Desta forma, ao compararmos a avaliação efectuada pelos enfermeiros a partir das categorizações com base nos dados provenientes das entrevistas constatámos que a avaliação é um instrumento utilizado pelos enfermeiros num primeiro momento e subsequentemente durante todo o processo de cuidados à pessoa doente e família

atendendo a que segundo Lopes ...*a acção não obedece a uma rotina, sendo antes alterável em função da situação que a enfermeira tem perante si* (2006, p.184).

Assim, pudemos concluir que a avaliação é fulcral para determinar as necessidades de conhecimentos da pessoa e os factores susceptíveis de influenciar a aprendizagem, para antever a necessidade de reforço, ou determinar a transição para uma nova etapa.

Quanto à subcategoria planear Phaneuf refere que *a planificação dos cuidados consiste em estabelecer um plano de acção, prever as etapas da sua realização, os gestos a fazer. Os meios a disponibilizar e as precauções a tomar, logo, a conceber e organizar uma estratégia de cuidado bem definida* (2001, p.255).

Planear pressupõe sugerir uma sequência de acções, que a qualquer momento e consoante a necessidade da pessoa a educar sejam ajustadas e adequadas. De acordo com Dean-Baar *planear a experiência de aprendizagem implica desenvolver finalidades e objectivos, identificar recursos, desenvolver conteúdos, identificar actividades de aprendizagem e planear a avaliação* (2000, p.151).

Questionados acerca da forma como efectuam a educação para o autocuidado, os enfermeiros referiram que planeavam de uma forma mental e escrita. O planeamento, quer seja escrito, quer seja mental, é o ponto de partida para a implementação do ensino. Relativamente à subcategoria planear *por escrito* os enfermeiros referiram que registam nas notas de enfermagem e nos planos de cuidados, sendo a passagem de turno uma conjuntura propícia à transmissão do planeamento à equipa.

E3 *“Aliás, nas passagens de turno e mesmo em notas, deixamos sempre descrito o que já foi iniciado ou o que já está planeado de forma a dar continuidade a um determinado ensino ou iniciar a partir do momento em que o doente já tem capacidade física para tal”.*

E1 *“São feitos com planeamento até porque como disse existe um enfermeiro responsável pelo doente, a enfermagem ocupa-se durante 24 horas, o enfermeiro que está acompanhá-lo pode não estar nesse dia e há que haver uma continuidade durante o dia “*

E5 *“Quando se faz um plano temos os objectivos, temos intervenções “*

O planeamento é também efectuado *mentalmente* o que se torna claro nas entrevistas seguintes:

E3 *"Nem todas as coisas se consegue ver num primeiro impacto, mas há efectivamente uma observação cuidada e um planeamento nem que seja mental porque nem sempre temos tempo para fazer por escrito".*

E2 *"Tendo por base o que eu executei existem pormenores que não estão no plano de cuidados. Com a informação que recebo de volta eu já estou a planear mentalmente o passo a seguir".*

Quanto à subcategoria *transmitir conhecimentos* Novak (2000) refere que o conhecimento pode ser considerado como tácito e explícito: o conhecimento tácito pode ser considerado como subjectivo, é construído ao longo da vida e está fortemente ligado às crenças sendo difícil de ser explicado. O conhecimento explícito é considerado objectivo e consegue ser facilmente demonstrado ou explicado.

Consideramos que os enfermeiros transmitem conhecimentos explícitos, embora fortemente influenciados pelo conhecimento tácito adquirido, através da sua formação e da sua experiência profissional.

Para Greene (1988) os educadores em saúde têm interesse em difundir informação àqueles que têm necessidade de saber, contudo ensinar é a arte e a prática de criar experiências de aprendizagem de forma a obter objectivos educacionais específicos.

Por seu lado, Padilha (2006) verificou no estudo que levou a cabo, no âmbito hospitalar que na pessoa doente os défices no domínio do conhecimento corresponderam a cerca de 74,7 %, sendo a maior frequência os conhecimentos necessários à gestão do regime terapêutico.

Desta forma, e de acordo com a subcategoria emergente *transmitir conhecimentos*, os enfermeiros procuraram estratégias para se adaptar à pessoa doente e garantir que a informação seja transmitida. Outra preocupação dos enfermeiros é que essa transmissão seja efectuada com a garantia de que a pessoa doente entenda. Aspectos evidenciados nos exemplos que se seguem.

E 5 *"É preciso arranjar estratégias dentro de nós de modo a adaptarmo-nos ao paciente e fazer com que a nossa informação seja transmitida".*

E 1 *"Em que possa dar aquilo que sei transmitindo da forma, um bocado, será transmitir à pessoa para que ela entenda".*

Outra estratégia utilizada pelos enfermeiros é *informar*, sendo que informar é cumprir um dever do código deontológico (Ordem dos enfermeiros) o enfermeiro *no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de: informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem* (2003 a) p.71), existindo a

necessidade de definirmos o conceito informar o qual segundo a CIPE é uma *Acção com as características específicas: Comunicar alguma coisa a alguém.* (2006, p.136).

Concomitantemente Orem (1995) refere que uma das formas de ajudar é de agir ou fazer por, o que supõe que quem ajuda deve desenvolver habilidades de forma a adquirir resultados específicos, sendo necessário informar o que está a ser feito e o que esperar. Os depoimentos subsequentes são demonstrativos da importância dada pelos enfermeiros entrevistados à informação. Estes informaram quer sobre a prestação de cuidados, quer sobre o que vai acontecer, assim como o que vai acontecer e o que fazer.

E3 "...O ensino em tudo é importante, porque, para já, antes de se dar uma medicação, acho que é importante dizer, informar o que é e para que é, primeiro ponto".

E5 "...tentei realmente elucidá-lo para aquilo que ia acontecer no pré-operatório imediato, que é o que eles costumam fazer que muitas vezes não estão preparados, porque costumam se mexer e não sabem que vai doer tanto, porque têm um tubo ali, ou porque têm um soro ali, e tudo o mais..."

Outra referência emergente é a necessidade de informar sobre os cuidados a ter no domicílio, de como é que a pessoa doente tem de fazer, como podemos verificar neste testemunho:

E3 "Nós no fundo já os estamos a informar e já estamos a educar, porque em continuidade daquilo já estamos a dizer que depois, quando for para casa tem de fazer assim, tem de tomar cuidado com isto e com aquilo".

Contudo, também é evidente que o foco de atenção do enfermeiro é o cliente favorecendo o suporte físico necessário, com vista a promover a readaptação funcional para os cuidados de higiene de uma pessoa doente com uma ostomia. Aspectos evidenciados nos depoimentos que se seguem.

E2 "Perguntou se era preciso cortar ou não, acho que se mostrou um pouco interessado sobre a ostomia falei do aspecto do domicilio, do espelho, acho que é um aspecto fundamental e essencial é ter um suporte físico adaptado também à sua situação, Porque sem espelho ... nesta primeira fase pós alta um espelho acho que é essencial porque a pessoa precisa de saber o que está a fazer".

E5 "O gerir da analgesia complementar sem ser o PCA tem outra analgesia complementar que seria gerido consoante as dores que viessem ou não. Mas principalmente o uso do PCA mediante a medicação que tinha lá, disse-lhe que poderia ser usado a qualquer hora, sem ter medo de usar porque estava realmente programada para não fazer medicação a mais, portanto, todas as vezes que ele usasse não seria maléfico, não lhe iria provocar mal, mas sim bem, só isso".

Explicar surge como subcategoria e de acordo com a CIPE é um tipo de acção de informar *com as características específicas: Tornar alguma coisa compreensível ou clara para alguém.* (2006, p. 137).

Os enfermeiros explicitaram que consideram importante explicar os tratamentos que efectuam quer ao nível do procedimento, quer ao nível dos objectivos, e respectivas vantagens. Phaneuf *refere que é necessário explicar constantemente à pessoa os cuidados que nos preparamos para lhe prestar* (2001, p.403).

E3 *“Em qualquer tratamento, qualquer acto a que nós demos início, acho que é importante sempre explicar o que é, para que é, para que serve, qual a importância daquela actuação, acho que é sempre muito importante isso”.*

Os enfermeiros mencionaram que explicavam com o propósito de manter a continuidade dos cuidados no hospital, visto o nível de cuidados serem mais complexos. Orem (1995) menciona que alguns métodos de ajuda requerem a presença física e o contacto directo e que o agir ou fazer por requer que quem ajuda diga à pessoa a ajudar o que é necessário ser feito, de forma a esclarecer do tipo de resultado pretendido.

E1 *“Fica tudo feito entre aspas os nossos cuidados se não forem explicados, se eu não tiver o cuidado de explicar o que estou a fazer e tentar incutir o que é importante fazer, para dar um bocado a continuidade dos cuidados que são prestados também cá dentro no hospital”.*

Os enfermeiros explicavam o tipo de cuidados prestados de forma a fomentar o interesse, o empenho, e a colaboração da pessoa cuidada.

E4 *“Às vezes podem colaborar muito pouco, mas conseguem. E se nós não explicarmos como é que se faz e para que é que se faz eles não estão minimamente nem empenhados nem interessados em ajudar e colaborar.”*

A explicação também tem o fim de induzir a pessoa doente a aderir ao cuidado e ao ensino de forma a obter uma recuperação no seu estado de saúde.

E3 *“Nós temos de arranjar maneiras de contornar a situação e explicar que é muito mais fácil, que dói um bocadinho mais mas que depois a recuperação é melhor”.*

A subcategoria *ensinar*, que segundo a CIPE é considerada uma *acção de informar com as características específicas: Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde* (2006, p.137).

E3 *“Eu penso que sim, porque acho que praticamente em quase todos os passos que nós damos aqui, no dia-a-dia, estamos sempre a ensinar qualquer coisa ao doente”.*

E4 *“Portanto se é um ensino ele vai dar o feedback, posso pedir, que ele faça ou que tente fazer sozinho, e se ele conseguir dar resposta assimilou se não deu resposta não assimilou”.*

Instruir evidencia-se como outra subcategoria sendo segundo a CIPE uma acção de ensinar com as características específicas: *Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa.* (2006, p.137).

E5 *“Também elucidei para o cateter central, para os cuidados a ter, ao se mexer também tentar não ficar de braço dobrado debaixo dele”.*

E3 *“Ou experimente lá se puser a mão sobre a cintura antes de se mexer, veja lá se não sente um bocadinho de alívio.”, e temos que ir ao ponto, quando o doente, à partida, está pouco receptivo, pô-lo a experimentar aquilo que nós estamos a dizer”.*

Com respeito à subcategoria *demonstrar* para a CIPE esta é considerada uma *acção de executar com as características específicas: Mostrar publicamente um comportamento observável.* (2006, p 142). Segundo Redman (2003) a demonstração é o método mais adequado para a aquisição de habilidades, sendo um desempenho de procedimentos ou habilidades psicomotoras e respectiva prática. Esta estratégia visa promover uma imagem mental clara de como é efectuado determinado procedimento. Para desenvolverem a habilidade motora as pessoas necessitam de praticar, sendo esta prática orientada e supervisionada pelo enfermeiro de forma a fornecer feedback, corrigir de necessário assim como incentivar o progresso.

Os exemplos seguidamente apresentados parecem-nos ilustrar este tipo de estratégia utilizada pelos enfermeiros; por um lado demonstram o procedimento, por outro lado garantem que a pessoa doente pratica.

E5 *“O exemplificar de segurar a barriga com as mãos ao se mobilizar, não se preocupar com o resto mas sim com a prevenção da dor: pondo as mãos na barriga, segurando, ao se virar, ao tossir”.*

E2 *“...e eu então providenciei um espelho para ele poder ver admirar e ver o que é que lhe tinha sido feito, é isso que eu fiz, eh e depois tentei também não só dar uma informação não é? Mas também fazer ele participar, portanto ele retirou o saco, portanto uma forma de também sentir-se útil e saber que também sabe fazê-lo.”*

Outra subcategoria emergente dos relatos é a estratégia *repetir*, os enfermeiros utilizam-na dependendo das dificuldades emocionais ou cognitivas apresentadas pela pessoa doente.

E1 *“Pode até ser feito na mesma hora, mas pode não ser devido aqueles factores todos que já falei, não conseguir fazer isso tudo nesse momento e ser necessário fazer amanhã ou depois e muitas vezes”.*

E3 *“Depois temos de ter uma certa calma, e se não a temos, temos de inventá-la, porque nem sempre é tudo tão fácil quanto isso, porque há os doentes mais receptivos, há aqueles menos receptivos e aqueles que nós temos de dizer cinquenta vezes para eles conseguirem perceber e compreender aquilo que lhe está a ser ensinado”.*

Relativamente à subcategoria reforçar e de acordo com a CIPE *reforçar* é uma *acção de apoiar com as características específicas: Fortalecer alguma coisa ou alguém*. (2006, p 132).

O reforço poderá ser utilizado com vista a fortalecer os conhecimentos adquiridos por forma a poder avançar no processo de aprendizagem, ou ainda como uma estratégia utilizada na implementação. Redman (2003) diz-nos que o prestador pode reforçar a explicação ou a competência demonstrada, ideias vigentes nos relatos seguintes:

E1 “...se o doente já sabe fazer determinada coisa poderá ser feito reforço mas também poderá avançar para outra etapa “

E2 “Vou reforçar aquilo que já foi dito ou a outra parte no outro dia em outra ocasião vamos continuar a implementação.”

Outra subcategoria emergente é o *mediar*, o qual, segundo a CIPE, é um tipo de acção de *negociar com as características específicas: Resolver ou ajustar diferenças, chegar a acordo*. (2006, p.133).

E3 “Nós temos de arranjar maneiras de contornar a situação e explicar que é muito mais fácil, que dói um bocadinho mais mas que depois a recuperação é melhor, no fundo arranjar formas de contornar a situação e levar o doente a fazer aquilo que nós estamos a pedir ou estamos a ensinar, tudo em prol da sua melhoria mais rápida.”

Por último temos a subcategoria *motivar*, para Collière (1989) as motivações, funcionam como factor motor ou inibidor, manifestando-se por reacções de passividade, de cansaço, de resistência. Estas denotam raízes profundas na experiência de vida das pessoas, nas situações de crise, e na capacidade de ultrapassar. Sendo o meio cultural, os hábitos de vida e as crenças aspectos influentes na conduta e comportamento, aspecto evidenciado no testemunho que se segue:

E2 “Porque eu acho que ele está neste momento, “que não pode, que não é capaz” e também faz parte do ensino estimular e motivar o autocuidado ”

De acordo com Redman (2003) a motivação nas situações de ensino aprendizagem relaciona-se com a vontade da pessoa para aprender, esta pode ser intrínseca ou extrínseca. Algumas pessoas, em determinadas situações, necessitam de ser motivadas e encorajadas. Neste encadeamento Orem (1995) ao referir-se à função de proporcionar apoio físico e psicológico recorda que a presença da enfermeira e

as suas palavras de encorajamento podem levar a outra pessoa a iniciar ou preservar na execução de uma tarefa ou a tomar uma decisão. Corroborando com a mesma opinião, os enfermeiros consideram que encorajar é um tipo de *acção de apoiar com as características específicas: Dar confiança ou esperança a alguém* (2006, p.131). Desta forma, Orem (1995) reforça que a presença da enfermeira e as suas palavras de encorajamento e autoconfiança podem ser tão necessárias como o apoio físico, aspectos apurados no seguinte trecho:

E2 "Éh a minha preocupação era..... não propriamente o ensino à ostomia o meu objectivo não era o ensino à ostomia mas sim motivar, cativar o doente a se conhecer a si próprio, o meu alvo foi o utente "

Verificamos desta forma algumas semelhanças entre as categoria ensinar, informar e explicar e instruir e as funções da *função de guiar e orientar* propostas por Orem (1995) na qual a autora refere que podem ser dadas orientações na forma de sugestão, instrução, direcção ou supervisão. Na função de *ensinar* na qual a autora refere *que este é um método válido para ajudar a pessoa que necessita de formação para desenvolver conhecimento ou uma habilidade particular* Orem (1995, p.19).

Concomitantemente Branco (1995) verificou a predominância da prática transmissiva, normativa no modo de execução, onde a informação é dada através do transmitir de informações e conselhos.

Assim, De Ketele *et al* elaborou os dez mandamentos do formador os quais passamos a citar:

Se constantemente procuras comunicar claramente...
Se és capaz de escutar verdadeiramente...
Se nunca esqueces os objectivos a atingir
Se para atingir o alvo, sabes escolher os métodos e técnicas mais apropriadas
Se tomas cuidado em actualizar os teus conhecimentos
Se és capaz de destacar os pontos essenciais de um conjunto de informações
Se utilizas a motivação como alavanca da formação
Se geres eficazmente os recursos e as dificuldades
Se no decurso e no final da formação, velas pela avaliação da tua acção
Se te preocupas em respeitar as regras deontológicas da profissão de formador
Então és um verdadeiro formador. (1988, p.234)

Para além de formar verificamos da parte dos enfermeiros um interesse em se adequar a formação à pessoa doente, assim sendo, o enfermeiro é um perito em ajudar a optar por comportamentos de saúde. Constatamos, que a educação para o autocuidado foi baseada na necessidade de ajuda que a pessoa doente apresentou.

Desta forma, ficou patente a preocupação em envolver, em motivar a pessoa para o seu autocuidado. Verificamos ainda, que a transmissão da informação dependeu da aquisição da competência, e da capacidade de adaptação da pessoa doente.

5.5-CONSEQUÊNCIAS

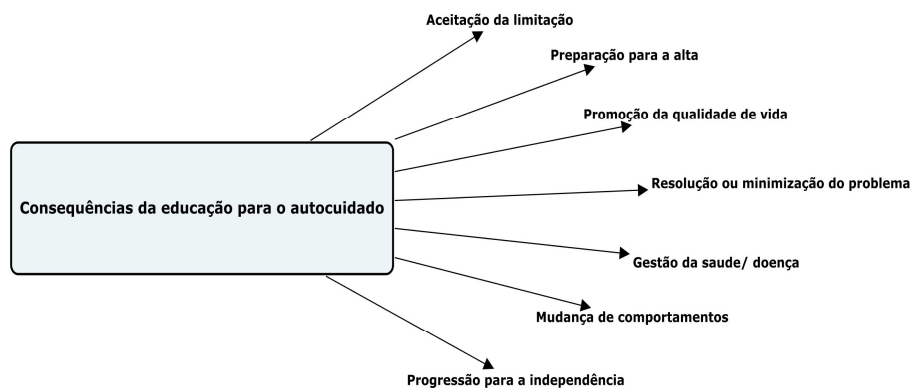
O conhecimento é libertador, diz-se; deve libertar o doente da sua dependência em relação ao outro e permitir-lhe a sua evolução em direcção à autonomia e à tomada a cargo da sua pessoa
(Phaneuf, 2005)

Para Strauss e Corbin (1990) as consequências podem ser actuais ou potenciais, podem ainda acontecer no presente ou futuramente, podem ser para as pessoas lugares ou coisas. No nosso estudo, consideramos as consequências como os dados que se reportavam aos objectivos da educação para o autocuidado, respondendo assim à questão com que finalidade educam os enfermeiros.

Assim, Greene (1988) menciona que o educador selecciona os objectivos, promove as actividades da aprendizagem, conduz as actividades de aprendizagem para aumentar os conhecimentos, influenciar atitudes e promover as habilidades de quem se destina a formação.

Atendendo à subcategoria *consequências da educação para o autocuidado* decidimos construir as diferentes categorias de acordo com os dados emergentes, uma vez que os enfermeiros narraram que tiveram por finalidade promover a aceitação da limitação, efectuar a preparação para a alta, promover a qualidade de vida, resolver ou minimizar o problema, promover a gestão da saúde doença, mudar comportamentos e por fim incentivar a progressão para a independência (ver Diagrama N°6).

DIAGRAMA Nº 6 - *Consequências da educação para o autocuidado num serviço hospitalar*



Quanto à subcategoria *aceitação da limitação* os enfermeiros tiveram por objectivo promover o contacto do doente com a alteração corporal, promovendo desta forma o desenvolvimento de estratégias pessoais para a readaptação à doença.

Relativamente à educação efectuada em cuidados diferenciados Branco refere que *a educação para a saúde dos doentes inclui uma variedade de actividades que tem por objectivo esclarecê-los sobre a sua doença e efeitos da mesma...ensiná-los a adaptar-se a limitações e ou incapacidades impostas ...* (1995, p.22)

E2 “, *Foi, conseguir estabelecer... o contacto entre o doente e a sua ostomia, foi dar a conhecer, não propriamente fazer, mas dar a conhecer a sua ostomia ao fim e ao cabo a sua ostomia não é?*”

Relativamente à subcategoria *preparação para a alta* denota-se uma preocupação dos enfermeiros em integrar o utente na aprendizagem, esta abordagem é corroborada por Branco quando afirma que *a educação do utente deverá assim, conter todos os elementos necessários para que este possa participar activa e responsavelmente na tomada de decisões relativamente à sua saúde, fazendo com que se sinta parte integrante no processo de ensino/aprendizagem* (1995, p.104).

E1 “...*pode até ser feito na mesma hora mas pode não ter devido aqueles factores todos que já falei não conseguir fazer isso tudo nesse momento e ser necessário fazer amanhã ou depois ...e até pode ficar mais um dia ou dois para que realmente saibamos que ele seja incluído naquele processo todo de aprendizagem*”.

Neste contexto, a preparação da alta hospitalar, emerge do papel profissional do enfermeiro e do seu mandato social que centra a atenção na satisfação do cliente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, na promoção do bem estar e do autocuidado, na readaptação funcional e na organização dos cuidados de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros (2003 c)). Por seu lado, Padilha (2006) diz que na preparação para a alta a transmissão da informação assume especial relevância, e deve ser adequada quer às necessidades identificadas, quer às competências cognitivas e instrumentais da pessoa doente e família ou cuidador informal.

E3 *“Nós no fundo já os estamos a informar e já estamos a educar, porque em continuidade daquilo já estamos a dizer que depois, quando for para casa tem de fazer assim, tem de tomar cuidado com isto e com aquilo”.*

Relativamente à sub *categoria promoção da qualidade de vida*. A Ordem dos Enfermeiros (2003 c)) refere como um dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional a maximização do bem-estar dos clientes e o autocuidado. Na qual diz ser elemento importante a identificação, a implementação e avaliação de intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e suplementar actividades de vida nas quais o cliente se encontra dependente. Notou-se ser uma das preocupações dos enfermeiros a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, como pudemos observar nos discursos que se seguem:

E3 *“O bem-estar do doente, e promover, no fundo é promover a saúde, o melhor estado possível, o mais rapidamente possível”.*

E1 *“às vezes acontece e para que seja possível ele sair lá para fora, embora haja acompanhamento, sair lá para fora com o mínimo de... , ou com o máximo ou o essencial para que haja a continuidade de cuidados e para que ele possa fazer o que seja necessário para que continue a ter qualidade de vida”.*

Quanto à subcategoria resolução ou minimização do problema, verificamos que os entrevistados focaram a sua atenção no aspecto causa efeito.

E1 *“Neste caso, ao tentar educar para que as coisas sejam modificadas e que o mesmo problema tente não aparecer, tente não haver uma recidiva do mesmo problema “*

E4 *“É promover a independência do utente e evitar complicações essencialmente para o doente se é um doente cirúrgico não pode ingerir alimentos, não pode ingerir nada é claro que eu incentivo para que ele não ingira, “*

Outra das consequências pretendidas pelos enfermeiros é que a pessoa doente consiga efectuar a *gestão da saúde/doença*. Esta subcategoria encontra-se estreitamente relacionada como o conceito de empowerment Rodrigues define este

conceito como um processo social multidimensional que ajuda as pessoas a ganharem o controlo sobre as suas vidas (2005,p.86).

E3 *“Observando, peço ao doente para me mostrar, peço ao doente para fazer e ir me explicando porque é que está a fazer assim e não de outra maneira, porque se assim for o doente adquire capacidade para resolver quer o problema em si, quer outra situação que possa surgir”.*

E5 *“Porque realmente se as pessoas verificarem que conseguem fazer alguma coisa sozinhas estão a ganhar outra vez o controlo da sua própria vida e da sua própria saúde. é fazer com que ele tenha confiança e tenha pulso sobre a sua própria ...*

Relativamente à subcategoria *mudança de comportamentos* Orem (1995) refere que aprender a alterar o comportamento relacionado com o autocuidado pode requer um tempo apreciado e uma relação prolongada, o que nos serviços hospitalares cada vez menos acontece devido à redução do número de camas e à redução do tempo de internamento.

E1 *“Mudar comportamentos, mudar um comportamento “*

Quanto à subcategoria *progressão para a independência* Phaneuf refere que o conhecimento é libertador. Diz-se: *para a pessoa cuidada, deve libertar da dependência em relação ao outro e permitir a evolução em direcção à autonomia e a auto-responsabilização* (2001, p.402). Por seu lado, a Ordem dos Enfermeiros refere que *procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida...através dos processos de aprendizagem do cliente.* (2003 c), p 145

E3 *“E muitas das vezes o próprio doente diz “Ah senhora enfermeira, já sei: eu ponho a mão aqui, ponho o cotovelo ali e faço devagarinho, agarro-me no trapézio ou na cama e pronto, cada um procura zonas ou sítios que lhe dá mais jeito; no fundo nós estamos a promover a independência do doente e ele acaba por dizer “deixe estar que eu já faço sozinho” ou então eu digo que vou só com a rampa apoiar, e o doente acaba por fazer só.*

Pudemos concluir que os enfermeiros procuram promover contextos de saúde, prevenir a doença e promover os processos de readaptação.

CONCLUSÕES

O melhor caminho para entender a aprendizagem é primeiro entender casos específicos, bem escolhidos, e depois tentar generalizar a partir desse conhecimento.

Papert, (1985)

Ao concluirmos o nosso estudo algumas reflexões emergem, embora não generalizáveis, integram-se num modelo de interpretação do real a partir das perspectivas dos enfermeiros participantes.

Temos consciência que ao reflectirmos sobre as práticas estamos a trilhar caminhos, a propor sugestões, e a contribuir para a sua aproximação à teoria procuramos compreendê-la.

Pensamos ser importante partilhar e discutir os resultados com vista a desvendar o percurso a seguir.

Num primeiro momento reflectiremos sobre a forma como foi efectuado o estudo ponderando os aspectos positivos e as limitações apresentadas e seguidamente enfatizaremos os principais achados decorrentes da análise dos discursos. Num terceiro momento apresentaremos algumas sugestões que se reportam aos contributos para a prática que pretendemos abonar, com vista a melhorar a prática da educação para o autocuidado no hospital.

Respondendo ao primeiro repto e reflectindo sobre os aspectos positivos pensámos ter recorrido à metodologia adequada. A realização da observação focalizada e a entrevista semi estruturada permitiu-nos observar e conduzir os participantes a verbalizarem aspectos da prática que efectuaram, assim como sobre o que pensam e têm em conta quando a executam.

A análise dos dados, adoptando os procedimentos da *grounded theory* de Strauss e Corbin (1990), permitiu-nos compreender os padrões dominantes da educação para o autocuidado verbalizada pelos enfermeiros, fundamentando numa forma significativa a reflexão, a compreensão e a interpretação do real.

A aprendizagem desta metodologia constitui para nós um enorme desafio, com momentos de encontros e desencontros, feita de entusiasmos e desalentos.

Importa salientar a receptividade da equipa em participar no estudo encarando-o como uma oportunidade de reflexão e partilha, promovendo privacidade e disponibilidade durante a realização das entrevistas.

Porém, não podemos deixar de referir algumas limitações que associamos à necessidade do cumprimento de tempos académicos.

Assim, consideramos que a utilização da observação participante poderá contribuir para minimizar a discrepância que pode surgir entre o que é dito e o que é feito.

Tentámos colmatar esta dificuldade utilizando a entrevista focalizada numa educação para o autocuidado previamente efectuada com o intuito de centrar o discurso na prática realizada..

Outro aspecto que abonaria o estudo seria a análise dos registos efectuados relativamente à educação para a saúde.

Relativamente ao rigor, acrescentamos que a utilização das diferentes fontes de dados (observação participante e análise dos registos) contribuiria para aumentar o rigor e a profundidade de compreensão do fenómeno em estudo.

Uma vez que constituiu preocupação fundamental compreender a prática da educação para o autocuidado à pessoa adulta expressa pelos enfermeiros dum serviço hospitalar, efectuaremos algumas alusões às categorias emergentes dos discursos dos enfermeiros participantes.

Comentando a categoria identificada *Contexto* constata-se que os enfermeiros educam geralmente nas enfermarias, tendo por alvo a pessoa adulta e a família ou cuidador informal. Consideram ainda que educam numa forma permanente e por etapas.

A metodologia de trabalho por enfermeiro responsável e o processo de enfermagem são aspectos do contexto organizacional que corroboram para um acompanhamento da pessoa doente e para o conhecimento dos progressos da aprendizagem, aspecto também encontrado por Branco (1995).

A educação para o autocuidado é efectuada comumente durante a prestação de cuidados e, por vezes, numa forma programada quando é necessário envolver terceiros.

Emergem como factores intervenientes no processo de educação para o autocuidado a pessoa doente/família/cuidador informal, o enfermeiro e o ambiente.

Quanto à pessoa doente, os enfermeiros consideraram a idade, a situação de saúde/doença, a aptidão para aprender, a personalidade e o nível socioeconómico como factores que intervêm no fenómeno em estudo, aspectos estes que vão ao encontro daqueles referenciados por Phaneuf (2005), Whitman ,(1998) e Pender (1987).

Na subcategoria família, os enfermeiros referiram que esta intervém na educação consoante a colaboração que dá, os conhecimentos que tem, o reforço do comportamento que promove e o medo que apresenta.

O enfermeiro intervém na educação para o autocuidado dependendo da segurança que manifesta, da capacidade para comunicar que apresenta, dos conhecimentos que dispõe e assim como da relação de confiança que estabelece com a pessoa doente.

A relação de confiança é estabelecida quando é promovida a escuta, quando é evidenciada a disponibilidade, quando é proporcionada uma atitude calorosa, e quando é demonstrada simplicidade, aspectos considerados por Hesbeen (2000), Phaneuf (2001, 2005) e Orem (1995).

O ambiente intervém na educação para o autocuidado enquanto aspecto dificultador, uma vez que o espaço físico é considerado exíguo, conferindo pouca privacidade. Por seu lado, os dispositivos de demonstração e os meios audiovisuais são considerados insuficientes ou inexistentes.

Ao abordar a categoria *estratégias* utilizadas *pelos enfermeiros* de forma a promoverem a educação para o autocuidado estes mobilizam diversas estratégias, tais como: avaliar a causa, os conhecimentos, a linguagem utilizada pelo cliente, a receptividade manifestada pelo mesmo, bem como as dificuldades apresentadas. A

análise dos dados permite-nos depreender que os enfermeiros atribuem especial relevância à avaliação do feedback nos domínios cognitivo, psicomotor e afectivo.

Os enfermeiros referem avaliar observando, questionando e consultado registos, sendo a avaliação efectuada num momento inicial, periodicamente e posteriormente à educação efectuada.

Os achados vão ao encontro do estudo realizado por Lopes (2006) ao identificar a categoria à qual denominou de *processo de avaliação diagnostica*, a partir das entrevistas às enfermeiras, caracterizando-o *como um todo, diria que este consiste na avaliação/ reavaliação da situação do doente/família, na conjugação variável das perspectivas vivencial, biomédica, e de ajuda feita de um modo contínuo, sistemático, dinâmico e integrado nos cuidados* (Lopes, 2006, p.177).

Outra estratégia utilizada pelos enfermeiros é o recurso ao planeamento mental ou escrito.

Na categoria *implementação* os enfermeiros executam a educação para a saúde realizando diferentes acções. A análise e a comparação dos dados permitiu-nos identificar as seguintes subcategorias: transmitir conhecimentos, informar, explicar, ensinar, demonstrar, repetir, instruir, reforçar, mediar e motivar.

Ao efectuarmos uma analogia entre as categorias encontradas (correspondentes a acções de enfermagem) e a CIPE Versão 1 pudemos verificar que os enfermeiros utilizaram estratégias referentes aos cinco domínios da prestação de cuidados, nomeadamente: no domínio do atender, a acção encorajar; no domínio do determinar, a acção avaliar; no domínio do executar, a acção demonstrar; no domínio do gerir, a acção implementar e no domínio do informar, as acções ensinar e explicar.

Desta forma, podemos inferir a ausência de uma acção a qual consideramos que traduzem uma educação para a capacitação, nomeadamente, o dar poder que significa *capacitar as pessoas* para fazerem as suas escolhas, de modo a que se consciencializem do seu potencial para influenciar a sua saúde (CIPE, 2006, p.131).

Ao analisarmos as categorias emergentes dos discursos narrados pelos enfermeiros não podemos deixar de inferir alguns pressupostos.

Verificamos que a educação para a saúde é efectuada segundo um processo de avaliação, de planeamento e de implementação o que vai de encontro á perspectiva de Redman (2003) quando refere que a educação para a saúde é praticada segundo um processo de diagnóstico e intervenção. Também Phaneuf (2001, 2005) e

Redman (2003) comparam o processo de ensino ao processo de enfermagem, sendo que cada um possui fases de apreciação, diagnóstico, metas, intervenção e avaliação.

Os enfermeiros quando realizam a educação para a saúde organizam a sua intervenção segundo um processo lógico, organizado e sistemático, traduzido nas sub categorias avaliar, planear e implementar.

Neste processo destaca-se a ideia de que a etapa do diagnóstico no processo de educação para o autocuidado, não é referenciada pelos enfermeiros, levantando-nos a questão os enfermeiros ensinam o quê, para quê?

Quando comparamos as estratégias referenciadas pelos enfermeiros e as formas de ajuda citadas por Orem (1995) conseguimos estabelecer algumas semelhanças. A *função de guiar e orientar*, na qual a autora refere que podem ser dadas orientações na forma de sugestão, instrução, direcção ou supervisão Na análise ao fenómeno consideramos que a função de guiar e orientar poderá estar implícita nas acções dos enfermeiros quando avaliavam e quando implementavam a educação para o autocuidado.

Também Vieira (2004), ao estudar os cuidados de enfermagem caracterizados pelos utentes criou a categoria ensinar e explicar enquanto a transmissão de procedimentos a efectuar.

Na função de *ensinar* na Orem (1995) refere *que este é um método válido para ajudar a pessoa que necessita de formação para desenvolver conhecimento ou uma habilidade particular* (Orem, 1995, p.19).

No fenómeno em estudo a função de ensinar encontra uma relação válida com os comportamentos verificados no estudo de explicar, ensinar, demonstrar, repetir e reforçar.

Ao considerarmos as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para educar para o autocuidado denotamos uma relação com o saber de acordo com o modo de trabalho pedagógico do tipo transmissivo (Lesne, 1977) onde o informar é comparado com o educar, a primazia é atribuída ao saber-fazer, onde as pessoas são convidadas a aprender o que devem saber. O educador utiliza métodos afirmativos como a exposição transmitindo assim um saber; ou métodos demonstrativos com ênfase para o saber -fazer, utilizando expressões como *tem de*.

Também verificamos da parte dos enfermeiros um interesse em se adaptar à pessoa doente, sendo o enfermeiro um perito em ajudar na escolha de comportamentos de saúde, a prestação de cuidados e a educação baseou-se na necessidade de ajuda que a pessoa doente apresentou. Ficou patente a preocupação em envolver, em motivar a pessoa para o seu autocuidado, assim como a transmissão da informação dependeu da aquisição da competência, e da capacidade de adaptação da pessoa doente.

Comparando as categorias criadas com o modelo sugerido por Heron (2001) este ao elaborar uma ferramenta conceptual para entender e dar sentido às relações que se estabelecem entre um terapeuta e um cliente categoriza as atitudes comportamentais em duas classes de intervenção: intervenções *autoritárias* e intervenções *facilitadoras*.

Ao considerarmos a classe de intervenções autoritárias o autor subdivide-as em prescritivas, informativas ou de confrontação. As intervenções prescritivas visam influenciar o comportamento do cliente, dirigindo-o em vez de promover a auto gestão. As intervenções informativas visam dar conhecimentos e informações. As intervenções de confrontação visam aumentar a consciência do cliente sobre atitudes, comportamentos sobre as quais não se dá conta.

Relativamente às intervenções facilitadoras estas visam aumentar a autonomia e a responsabilização, promovendo a aprendizagem dirigida.

O citado autor refere que a aplicação dum tipo de intervenção ou de outra depende do educador, do educando e da situação em si.

Podemos inferir que os enfermeiros participantes no estudo referem utilizar maioritariamente intervenções informativas.

Quanto à finalidade com que os enfermeiros promovem a educação para o autocuidado as categorias *promover a aceitação da limitação, efectuar a preparação para a alta, resolver ou minimizar o problema, mudar comportamentos* enquadram-se numa abordagem centrada no prestador de cuidados segundo Tones e Tilford (1999) no modo de trabalho pedagógico de tipo transmissivo de orientação normativa (Lesne, 1977) e na classe das intervenções autoritárias (Heron, 2001).

A partir da análise dos discursos dos participantes podemos inferir que se verifica uma preocupação de promover a gestão da saúde/doença como também de promover a qualidade de vida e incentivar a progressão para a independência aspectos que se integram na abordagem centrada no cliente referida por Tones e Tilford (1999), no modo de trabalho pedagógico do tipo incitativo, de orientação pessoal (Lesne, 1977). e na classe das intervenções facilitadoras (Heron, 2001).

Desta forma, supomos não ser evidente uma associação clara a qualquer modelo de educação para a saúde, afigurando-se várias influências anteriormente descritas.

Ao respondermos ao terceiro aspecto iremos efectuar algumas intervenções com vista a melhorar a prática da educação para a saúde no contexto hospitalar para as quais pretendemos contribuir nomeadamente:

- Promover a reflexão no Centro Hospitalar do Funchal EPE sobre a importância da função educadora dos enfermeiros na qualidade de vida da pessoa doente, na adaptação à limitação e na recuperação e manutenção da saúde.

- Contribuir para a que os enfermeiros discutam sobre a importância da elaboração de protocolos de educação alicerçados em diagnósticos de educação para a saúde.

- Incentivar a criação de panfletos, cartazes, e outros materiais de apoio para a elaboração da educação para o autocuidado.

-Alertar a instituição para a importância dum espaço dentro de cada serviço hospitalar para promover a privacidade ao doente e família durante a execução da educação para a saúde, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde.

Uma vez que a investigação só faz sentido quando difundida efectuamos a divulgação do nosso estudo enquanto estudo preliminar.

Na forma de poster no *Congresso Internacional de Investigação Científica em Enfermagem* o qual ocorreu em Angra do Heroísmo Açores nos dias 6 e 7 de Março de 2007. (anexo II).

Na forma de apresentação oral no *IX Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação: Educação para o Sucesso Políticas e Actores*, o qual decorreu no Funchal Madeira de 26 a 28 de Abril de 2007 (anexo III).

Ao concluirmos o nosso estudo não podemos deixar de reflectir o quanto consideramos relevante a reflexão e a discussão das práticas baseada numa abordagem centrado no cliente, promotora de *empowerment*, de capacitação e da capacidade de gestão do projecto individual de saúde.

Finalizamos o nosso estudo com a consciência de que este constitui apenas um degrau na grande escalada da vida e da profissão, com a certeza de que o mesmo constituirá uma rampa de lançamento para a investigação enquanto ferramenta de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adam; Evelyn (1979). *Ser Enfermeira*. Lisboa :Instituto Piaget.

Amendoeira, José. (2006). *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Augusto, B. M. de J., et al. (2002). Cuidados continuados: Família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar. Coimbra: Tipografia Lousanense, Lda.

Basto e Magão (2001). Práticas de enfermagem: Algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação. *Revista Investigação em Enfermagem*.4, 3-11.

Basto, M. L. et al. (2000). *Contributo da enfermagem para a promoção da saúde da população*. Lisboa: MS.

Basto, Marta H. L. C. F. (1998). *Da Intenção de mudar à mudança: Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei dos livros.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bennet, Paul; Murphy, Simon. (1999). *Psicologia e promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Bento, Luís; Salgado Cristina T. (2001). *A formação pragmática um novo olhar*: Cascais: Pergaminho.

Bogdan e Biklen. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto editora.

Boyd Marlyn, D.; *et al.* (1998). *Health teaching in nursing practice*: In Boyd Marlyn. D.; *et al.* (1998). *Health Teaching in Nursing Practice: A professional model*. (3rd Ed.). (pp. 4-19). London: Appleton & Lange.

Boyd Marlyn, D. (1998). Strategies for effective health teaching. In Boyd Marlyn. D.; *et al.* (1998). *Health teaching in nursing practice: A professional model*. (3rd Ed.). (pp.201-228). London: Appleton & Lange.

Branco, Isaura Maria. (1995). *A prática educativa dos enfermeiros em cuidados de saúde diferenciados*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Cabanas, José M. Q.(2002). *Teoria da educação: Concepção antinómica da educação*. Porto: Edições Asa.

Carpenito, Lynda Juall. (1998). *Manual de diagnósticos de enfermagem*. (6^aEd.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Charmaz, Kathy. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage publications.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Costa, J. S. (1999). *Método e percepção de cuidar em enfermagem*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP) – Versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Dean-Baar, Susan. (2000). Ensino e aprendizagem orientados para resultados. In Hoeman, Shirley, P. (2^aEd.). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (pp.145-159). Loures: Lusociência.

De Ketele, Jean-Marie, *et al.* (1988). *Guia do formador*. Lisboa: Instituto Piaget.

Duarte, Maria F.F. (2000). A formação de adultos: Perspectivas de aprendizagem. Coimbra. *Referência*, 5, 65-69.

De la Cuesta, Carmen. B. (1998). Contribución de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermería: la perspectiva cualitativa. *Enfermería clínica*, (8), 4, 166-170.

De la Cuesta Carmen B. (2003). El investigador como instrumento de la indagación. *Internationa Journal of Qualitative Methods*, (2) 4. Disponível on-line http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/pdf/delacuesta.pdf (02-08-2005).

Dubouloz, Claire Jehanne. (1999). Métodos de análise dos dados em investigação qualitativa In Fortin, Marie-Fabiene. (Ed.). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (pp.305-327). Loures: Lusociência

Fernandes, Eugénia; Maia Ângela. (2001). Grounded theory In Fernandes, E.; Almeida, L. (Ed.). Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas. (pp.49-76). Braga. Universidade do Minho.

Flick, Uwe. (2002). Métodos qualitativos na investigação científica. Lisboa: Monitor.

Fortin, M.F; Côtè, José; Vissandjée, B (1999). A Investigação científica In Fortin, Marie-Fabiene (Ed.). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (pp.15-24). Loures: Lusociência.

Fortin, M.F; Vissandjée, B; Côtè, José (1999). A Investigação específica de uma disciplina. O exemplo das ciências de enfermagem In Fortin, Marie-Fabiene (Ed.). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (pp.25-33). Loures: Lusociência.

Fry; Sara.T. (1994). *La ética en la práctica de la enfermería: Guia para la toma de decisiones éticas*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.

Gleit, Carol. (1998). Health Values. In Boyd Marlyn.D.; *et al.* (1998). *Health teaching in nursing practice: A professional model*. (3rd Ed). (pp.123-134). London: Appleton & Lange.

Gomes, Idalina Delfina. (2002). *O Conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso: O erro de Narciso*. Tese de Mestrado em Comunicação e Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.

González, M. I. Serrano. (1998). La educación para la salud del signo XXI: comunicación y salud. (Ed.). Madrid: Díaz de Santos. S.A.

Grande, Nuno. (2000). Ética e Investigação. Conferência Investigação em Enfermagem: A Investigação para o desenvolvimento da profissão. *Revista Investigação em Enfermagem*, (2), 49-53.

Green, Judith; Thorogood, Nicki. (2004). *Qualitative methods for health research*. London: Sage Publications.

Greene, Walter; H.; Morton, Bruce; Simons, G. (1988). *Educación para la salud*. México: McGraw-Hill.

Guba, Egon C.; Lincoln, Yvonna, S. (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa In Denman C y Haro (Eds). *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social*. (pp.23-40) México: El Colegio de Sonora: Sonora,

Graham, Barbara, A. (1998). The environment. In Boyd, Marlyn, D.; *et al.* (1998). *Health teaching in nursing practice: A professional model*. (3rd Ed.). (pp.101-106). London: Appleton & Lange.

Hébert, M. L.; Goyette, G.; Boutin, G. (1990). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Hesbeen, Walter (2000) *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Heron, J. (2001). *Helping the client: A criative practical guide*. (5^a Ed.). London: Sague. Publications.

Janesick, Valerie J. (2000) La danza del disêno de la investigación cualitativa: metáfora, metodolatria y significado In Denman, C. y Haro. (Eds) *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social*. México: El Colegio de Sonora.

Karen, Glanz, (1999), Teoria num relance: Um guia para a prática da promoção da saúde. In Sardinha, L. B.; Matos, M. G. Loureiro I. (Eds). *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. (pp.9-50). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

Kérouac, Suzanne *et al* (1994). *El Pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S.A.

Lazure, Hélène. (1994). Viver a relação de ajuda: Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta.

Leininger, Madeleine (1994). Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. In Morse, Janice (Ed.). *Critical issues in qualitative research Methods*. (pp.95-113). London: Sage Publications.

Lesne, Marcel. (1977). *Trabalho pedagógico e formação de adulto: Elementos de análise*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Lopes, Teresa (2001). Autonomia e desenvolvimento da aprendizagem. In Bento Luís; Salgado Cristina T. (Eds). *A formação Pragmática um novo olhar*: (pp.181-185). Cascais: Pergaminho.

Lopes, Armandina; Nunes, Lucília. (1995). Acerca da triologia: Competências profissionais Qualidade dos Cuidados - Ética. *Nursing*, 90/91, 10-13.

Lopes, M. J. (2003). A metodologia da grounded theory: Um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Investigação em Enfermagem*, 8,63-74.

Lopes, M. J. (2006) *A relação enfermeiro - doente como intervenção terapêutica* Coimbra: Formasau.

Macleod, Clark, J.; Maben, J (1998). Health promotion: perceptions of project 2000 educated nurses. *Health Education Research*, 13, 185-196.

Madeira, Ana Cristina. (2004). *Educação para a Saúde: Avaliação de capacidades em estudantes de Enfermagem*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação na especialidade de Educação para a Saúde. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa.

McBride Anita. (1994). Health promotion in hospitals:the attitudes, beliefs and practices of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 92-100.

Mcilpatrick, (2004) The future of nurse education:characterised by paradoxes.*Nurse Education Today*, 24,79-83.

Neves, L. G. (1998). *Práticas cuidativas numa unidade de cirurgia: Significado contextual para os doentes*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Novak, Joseph D. (2000). *Aprender criar e utilizar o conhecimento*. Lisboa: Plátano edições Técnicas.

Nunes, Lucilia. (s.d.). A especificidade da Enfermagem .In Neves, M.C.; Pacheco, S. (Ed.). *Para uma ética da Enfermagem* (pp.33-48). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Nutbeam, Don. (1998). Evaluating Health promotion-progress, problems and solutions. *Heath Promotion International*. (13), 1, 27-44.

OMS. (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1ª Conferência internacional sobre promoção da saúde, Ottawa. Canadá.

OMS. (1991). 3ª Conferência internacional de promoção da saúde – ambientes favoráveis à saúde. Sundsvall. Suécia.

OMS. (1997). Declaração de Jacarta. 4ª Conferência internacional sobre promoção da saúde no século XXI. Indonésia.

OMS. (1998). Segunda conferencia internacional sobre promoção da saúde , Adelaide .Austrália.

OMS. (2000). Declaração ministerial do México para a promoção da saúde 5ª conferência global sobre promoção da saúde. México.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003, a). *Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003, b). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003, c). Conselho de enfermagem: Do caminho percorrido e das propostas. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, Dorothea, E. (1995). *Nursing concepts of practice*. (5th Ed.).New York: Mosby.

Padilha, José, M. (2006). Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa.: Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Paiva, Abel. (2001). Reflexões sobre investigação centrada no contexto da acção das práticas de enfermagem. *Nursing*, 161, 14-20.

Pender, Nola, J. (1987). *Health promocion in nursing practice*. (2nd Ed.). Califórnia: Appleton & Lange.

Phaneuf, Margot. (2001). *Planificação de Cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.

Phaneuf, Margot (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pires, A. L. O. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação e Desenvolvimento. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa: Faculdades de Ciências e Tecnologia

Pires, António. (2001). *Crianças e (pais) em risco*. Lisboa: ISPA

Polit, Denise, F. ; Hungler, Bernardette, P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas

PORTUGAL. Ministério dos Negócios Estrangeiros. (1978). Carta internacional dos direitos humanos. *Diário da República , I Série A, nº 57/78*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (1990). Lei de bases da saúde 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela lei nº 27/2002.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (4 Setembro 1996). Decreto lei nº 161/96 Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da Republica I série A. 2959-2961*.

PORTUGAL Ministério da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas e prioridades para 2004-2010. (Vol I e II). Lisboa: Ministério da saúde.

Queirós, Ana Albuquerque *et al.* (2001). *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Redman, Barbara, Klug. (2003). *A prática da educação para a saúde*. (9ª Ed.). Loures: Lusociência.

Rodrigues, M.A., *et al* (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.

Rogers, Carl, R.(1961). *Tornar-se pessoa*. (7ª Ed.). Lisboa: Moraes Editores.

Rogers, Carl, R.(2004). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Edial.

Santos, Elvira. M. (2000) Concepção de cuidados de enfermagem dos docentes de enfermagem In Queirós, Ana Albuquerque; *et al* (Ed.). *Educação em Enfermagem* (pp.56-125). Coimbra: Quarteto Editora.

Sellman, Derek (2006). The importance of Being Trustworthy.*Nursing Ethic*, (13), 102-115.

Shirley, Hoeman. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. (2ª Ed.). Loures: Lusociência.

Strauss, A; Corbin, J. (2003). *Bases de la investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Strauss, A.; Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage Publications.

Strauss, A.; Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: (2nd Ed.)* London: Sage Publications.

Streubert, Helen J.; Carpenter Dona R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. (2ª Ed.). Loures: Lusociência.

Teixeira, O. (2001). O Estado da arte da Investigação em enfermagem em Portugal: A profissão/modelos profissionais como objecto de análise. *Enfermagem*, 23/24, 31-36.

Theuerkauf, Anaise (2000). Autocuidado e actividades da vida diária In Hoeman, Shirley, P. (2ªEd.). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo* (pp.173-207). Loures: Lusociência.

Tones, Keith. (1999). Health Promotion, health education and the public health (pp. 829-864). In Detels, Roger, *et al*. (Eds). *Oxford textbook of Public Health* (3rd Ed.). New York: Oxford University Press.

Tones, Keith; Tilford, Sylvia; Robinson Y. K. (1990). *Health education: Effectiveness and efficiency*. London: Chapman and Hall

Tones, Keith; Green, Jackie. (2004). *Health Promotion :Planning and strategies*. London: Sage Publications.

Travassos, Maria de Fátima, E.M. (2003). *Promoção da Saúde: Concepções dos enfermeiros em cuidados de saúde primários*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Vieira, M., C. (2004). *O Cuidado ao encontro da utente: Contributos de uma conceptualização dos cuidados de enfermagem*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Whitman, Nancy ,I. (1998). Heath Status. In Boyd Marlyn, D., *et al.* (1998). *Health teaching in nursing practice: A professional model*. (3rd Ed.). (pp. 109-121). London: Appleton & Lange.

Whitman, Nancy I. (1998). Developmental Characteristics In Boyd Marlyn,.D., *et al.* (1998). *Health teaching in nursing practice: A professional model*. (3rdEd.). (pp. 135-155). London: Appleton & Lange.

Whitman, Nancy I. (1998). Assessment of the Learner In Boyd Marlyn, D., *et al.* (1998). *Health teaching in nursing practice: A professional model*. (3rdEd.). (pp.157-180). London: Appleton & Lange.

Whitehead, Dean. (2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*; 47(3), 311-320.

WHO. (1978). *Declaration of Alma Ata*. Internacional conference on primary health care, Alma Ata, URSS

WHO. (1989). *Ottawa charter for health promotion*. First international conference of health

WHO. (2004). Standards for health promotion in hospitals. Copenhaga.

WHO. Europe. (2004). Standards for Health Promotion in Hospitals: Development of indicators for a self-assessment tool. Report of 4th who workshop Barcelona October 2003.Copenhagen.

WHO Europe (2004). Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen

WHO. Europe (2005). Health Promotion in Hospitals: Evidence and quality management. Groene & Barbero. (Eds). Copenhagen.

ANEXOS

Anexo I- Autorização do Conselho de Administração do Serviço Regional de Saúde
EPE

Anexo II- Apresentação em poster no *Congresso Internacional de Investigação Científica em Enfermagem*

Anexo III- Apresentação oral *no* IX Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação: Educação para o Sucesso Políticas e Actores

