

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
Avaliação de capacidades em estudantes de Enfermagem

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

Orientador: Professor Doutor José Luís Castanheira dos Santos

Júri:

Presidente – Professor Doutor José Manuel Fragoso Alves Diniz

Vogais - Professor Doutor José Luís Castanheira dos Santos

Professor Doutor Marcos Teixeira de Abreu Soares Onofre

Mestre Maria Catalina Batalha Pestana

Ana Cristina de Spínola Costa Maymone Madeira

2004

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Luís Castanheira por ter acreditado neste projecto, pela sua orientação e disponibilidade sempre manifestada e concretizada.

Ao Conselho Directivo da Escola Superior de Santarém na pessoa da sua Presidente, Professora Lurdes Asseiro, por ter possibilitado a gestão das actividades pedagógicas, por forma a desenvolver este trabalho.

Aos Conselhos Directivos das Escolas Superiores de Enfermagem envolvidas pela sua disponibilidade em colaborar no estudo e pelas facilidades concedidas na fase de colheita de dados.

Aos estudantes de enfermagem que se dispuseram gentilmente a responder ao questionário.

Aos enfermeiros que permitiram a produção do videograma, e manifestaram uma acessibilidade e disponibilidade incomensuráveis, na sua realização.

À Alcinda e à Hélia por tudo, mas sobretudo por serem minhas amigas.

Aos colegas que acompanharam este percurso, souberam ouvir e compreender nos momentos mais difíceis: Cacilda, Amendoeira, Lurdes Matias, Celeste, Irene, Isabel, Maria do Carmo, Rosário Pinto e Olímpia.

Dedico este trabalho à minha família, em especial ao meu marido Armando, ao meu filho Manuel, ao meu pai Jaime e à memória da minha mãe Maria João, sempre viva e inspiradora, sobretudo nos momentos mais difíceis.

*“Lançamos o barco, sonhamos a viagem: quem
viaja é sempre o mar”*

(Couto, 2000)

PREÂMBULO

O presente trabalho situa-se no estudo da identificação das capacidades que os estudantes de enfermagem adquirem durante a formação pré-graduada para serem educadores para a saúde. Porquê? Porque a autora se tem vindo pessoalmente a interessar numa primeira fase, como enfermeira prestadora directa de cuidados e numa segunda, como docente numa Escola Superior de Enfermagem, pela educação para a saúde, questionando frequentemente como é que na formação dos enfermeiros se desenvolvem capacidades para que se tornem educadores para a saúde na diversidade cultural. Constata-se que existem alguns estudos efectuados sobre a educação para a saúde na área da enfermagem, desconhecendo-se a referência a estudos que integrem o estudante como actor no processo de formação em enfermagem. Contudo valorizar a educação para a saúde numa perspectiva de promoção da saúde na diversidade cultural, constitui-se numa estratégia fundamental, no âmbito da enfermagem, em particular, e da saúde em geral, como a razão fundamental para a realização do estudo que se propõe realizar.

Tendo sido assim, a (re)vivência de experiências culturalmente diferentes, em momentos de ensino clínico com os estudantes, tem despertado interesse, para a diferenciação de modelos de intervenção em educação para a saúde na especificidade do cuidar em enfermagem na criança de etnia cigana. Da sua prática, não raras vezes estas mães/crianças são aceites com alguma reserva por tudo o que têm de diferente – vestuário, odor corporal, os gritos, a permanente tentativa de “furar” o sistema, o apelo constante à atenção dos profissionais. Nos internamentos (hospital) ou consultas de saúde infantil (centro de saúde), causam frequentemente nos profissionais e estudantes de enfermagem o receio, o medo, a intransigência nas atitudes.

É este o contexto, que como futuro educador para a saúde o estudante encontra no decorrer da sua formação. Será confrontado com a necessidade de prestar cuidados a qualquer tipo de pessoa integrada no seu meio, fazendo parte de uma cultura própria; ora, desde o processo de formação pré-graduada que se espera que o estudante desenvolva e preste cuidados de forma culturalmente diversificada.

Parece neste sentido pertinente, que se explore esta problemática através do questionamento sobre educação para a saúde como estratégia central da enfermagem, na especificidade da diversidade cultural, quando se pretende caracterizar a aquisição de capacidades nos estudantes para serem educadores para a saúde.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1– EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E ENFERMAGEM NUMA PERSPECTIVA DE FORMAÇÃO	20
1– Formação em enfermagem – processo de produção de capacidades	20
2– A educação para a saúde na intervenção em enfermagem	27
CAPÍTULO 2 – MÉTODO E PROCEDIMENTOS	34
Introdução	34
1- Tipo de estudo	36
2- Constituição da amostra	37
3- Desenho metodológico: da metodologia à estratégia	39
3.1- Grelha de estrutura – apresentação	43
3.2- O videograma-estímulo para a reflexão	46
3.3- O questionário-caracterização	47
CAPÍTULO 3 – TRATAMENTO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	51
Introdução	51
1 – Tratamento e apresentação os dados	52
1.1- Conceito de educação para a saúde	52
1.2- Aspectos estruturadores das actividades de educação para a saúde	59
1.3- Intervenção educativa do enfermeiro	75
2- Discussão	99

CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES	103
1- Conclusões e Sugestões	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
ANEXOS	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1	Desenho Metodológico	42
-------------	----------------------------	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - População total e dimensão da amostra estratificada por escola e ano de curso	37
Quadro nº 2 - Distribuição dos estudantes por sexo e ano de curso	38
Quadro nº 3 - Domínios, componentes e indicadores da aprendizagem	44
Quadro nº 4 - Factores e componentes que contribuem para o comportamento	45
Quadro nº 5 - A educação para a saúde é	53
Quadro nº 6 - A educação para a saúde permite	54
Quadro nº 7 - A educação para a saúde desenvolve-se	55
Quadro nº 8 - A educação para a saúde é – por ano de curso	56
Quadro nº 9 - A educação para a saúde permite – por ano de curso	57
Quadro nº10 - A educação para a saúde desenvolve-se – por ano de curso	58
Quadro nº11 - Em educação para a saúde o mais importante são as mensagens	59
Quadro nº12 - Procurar utilizar uma linguagem adequada.....	60
Quadro nº13 - Conhecer os métodos educativos mais adequados nas diferentes abordagens	60
Quadro nº14 - Reconhecer as características culturais dominantes dos destinatários das actividades	61
Quadro nº15 - Ao integrar os procedimentos educativos a desenvolver num plano previamente definido	62
Quadro nº16 - Compreender o ponto de vista do outro mesmo não estando de acordo	62
Quadro nº17 - A tolerância a diferentes padrões culturais ou morais	63
Quadro nº18 - Escutar o outro até ao fim	64
Quadro nº19 - Reconhecer a promoção da saúde na família como valor cultural	64
Quadro nº20 - A utilização de gestos e sorrisos	65

Quadro nº21 - Atender às necessidades e problemas que se identificam nas pessoas	66
Quadro nº22 - Em educação para a saúde o mais importante são as mensagens – por ano de curso	67
Quadro nº23 - Procurar utilizar uma linguagem às características dos receptores – por ano de curso	68
Quadro nº24 - Conhecer os métodos educativos mais adequados nas diferentes abordagens - por ano de curso.....	68
Quadro nº25 - Reconhecer as características culturais dominantes dos destinatários - por ano de curso.....	69
Quadro nº26 - Integrar os procedimentos educativos a desenvolver um plano previamente definido – por ano de curso	70
Quadro nº27 - Compreender o ponto de vista do outro mesmo não estando de acordo - por ano de curso	70
Quadro nº28 - A tolerância a diferentes padrões culturais ou morais - por ano de curso	71
Quadro nº29 - Escutar o outro até ao fim - por ano de curso	72
Quadro nº30 - Reconhecer a promoção da saúde na família como valor cultural – por ano de curso	72
Quadro nº31 - A utilização de gestos e sorrisos – por ano de curso	73
Quadro nº32 - Atender às necessidades e problemas que se identificam nas pessoas – por ano de curso	74
Quadro nº33 - Organização do atendimento	76
Quadro nº34 - O desempenho da enfermeira privilegiou	77
Quadro nº35 - No diálogo da enfermeira	78
Quadro nº36 - Pressupostos da intervenção educativa	79
Quadro nº37 - A enfermeira teve em consideração	81
Quadro nº38 - Responsabilização da mãe	82
Quadro nº39 - Terminus da consulta	83

Quadro nº40 - Organização do atendimento – por ano de curso	84
Quadro nº41 - Valores do teste do qui-quadrado na dimensão - a organização do atendimento foi	85
Quadro nº42 - O desempenho da enfermeira privilegiou – por ano de curso	86
Quadro nº43 - Valores do teste do qui-quadrado na dimensão – o desempenho da enfermeira privilegiou	86
Quadro nº44 - O diálogo da enfermeira – por ano de curso	88
Quadro nº45 - Valores do teste do qui-quadrado na dimensão – no diálogo da enfermeira	88
Quadro nº46 - Pressupostos da intervenção educativa – por ano de curso	90
Quadro nº47 - Valores do teste do qui-quadrado na dimensão – pressupostos da intervenção educativa	91
Quadro nº48 - A enfermeira teve em consideração – por ano de curso	94
Quadro nº49 - Valores do teste do qui-quadrado na dimensão – a enfermeira teve em consideração	95
Quadro nº50 - Responsabilização da mãe – por ano de curso	96
Quadro nº51 - Valores do teste do qui-quadrado na dimensão - responsabilização da mãe	97
Quadro nº52 - Terminus da consulta – por ano de curso	98
Quadro nº53 - Valores do teste do qui-quadrado na dimensão – terminus da consulta	98

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Guião do videograma	112
Anexo 2 - Questionário parte I e parte II	114

INTRODUÇÃO

A educação para a saúde tem vindo, progressivamente, a tornar-se central quer do ponto de vista da formação quer das práticas em enfermagem, situação que leva à reflexão nas constantes alterações ocorridas na sociedade nos últimos 20 anos e na adequação das políticas de saúde.

Em 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, em Alma-Ata, considerou-se que os cuidados de saúde primários constituíam a chave para atingir a meta de saúde para todos:

“os cuidados de saúde primários consistem na prestação de assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriados sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias das comunidades com a sua inteira participação que possam ser financeiramente mantidos pelo país e pela comunidade em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação...” (Declaração de Alma-Ata-VI-1978).

Em 1986, realiza-se a primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa. A conferência teve como ponto de partida os progressos conseguidos graças à Declaração de Alma-Ata e os objectivos da Organização Mundial de Saúde contidos no documento “Saúde para Todos”. Actualmente conhecida por Carta de Ottawa, defende que:

“A promoção da saúde é um processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la. Para conseguir um estado de completo bem estar físico, mental ou social, o indivíduo ou o grupo deve estar apto a identificar e realizar aspirações, a satisfazer necessidades e a alterar ou lutar contra o meio. Assim a saúde é entendida como um recurso para o dia a dia e não como a finalidade da vida” (Carta de Ottawa, 1986).

A nível internacional, foram estes dois marcos fundamentais que contribuíram para o desenvolvimento dos países e das populações em matéria de saúde. A nível nacional a importância e prioridade atribuída à promoção da saúde está patente na Lei de Bases da

Saúde (lei nº48/90, de 24 de Agosto), quando refere que a promoção da saúde envolve todos os profissionais de saúde de todos os níveis de prestação de cuidados, todos os sectores da sociedade. Na mesma linha é, o enquadramento profissional, sustentado pelo regulamento do exercício profissional para enfermeiros, onde se definem como objectivos fundamentais “a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (REPE,1996), como linhas transversais a todas as actividades do enfermeiro. Ao nível da formação, as escolas superiores de enfermagem elaboram os seus currícula, tendo como referência as orientações emanadas pelos Ministérios da Ciência e do Ensino Superior, da Saúde, e da União Europeia.

Por outro lado, a ênfase colocada na promoção da saúde, tem vindo a contribuir para uma nova visão paradigmática, o enfoque que até então era dado aos aspectos saúde doença, começa a ser preterido para se valorizarem os factores sócio-culturais e psicológicos. Assim assume-se a pessoa como “central” na prestação de cuidados globais de saúde em constante interacção com a família, o meio e os profissionais de saúde. Leininger refere, que o mundo atravessa alterações significativas a diversos níveis à medida que todos se tornam num mundo *global* com múltiplas culturas. Culturas estas que comunicam, interagem e partilham recursos humanos e materiais em diversas áreas geográficas (Leininger, 1997).

Neste contexto, e reconhecendo que o processo educativo do estudante é influenciado pelo percurso que o mesmo desenvolve ao longo da vida, pela constante interacção que mantém com o meio natural e social, considera-se que a educação para a saúde não é culturalmente neutra, pois é indispensável que os futuros profissionais de enfermagem conheçam os grupos a que se dirigem, penetrando no saber cultural; dever-se-ão adequar assim as estratégias de abordagem, à diversidade cultural dos utentes e à consequente adaptação na prestação de cuidados, para serem educadores para a saúde.

Associando estes aspectos, ao processo de formação do estudante e, tendo presente que a formação em enfermagem aparece associada à educação, reconhece-se, por um lado que a educação tem de ser essencialmente formativa e não meramente informativa, e por outro a formação deverá permitir a construção de conhecimento e produção de saberes (Alarcão, 1997; Malglaive, 1995).

Surge assim como fundamental, a alternância do ensino teórico com o ensino clínico no processo de formação do estudante de enfermagem, quando se situa, por um lado a escola como pólo da formação dos enfermeiros, e por outro as organizações de saúde, como contexto da formação, sendo que a finalidade é contribuir para a melhoria contínua da qualidade da formação, pois que é possibilitado o contacto progressivo com a diversidade das pessoas e grupos, alvo de intervenção de enfermagem na comunidade. Contribuindo, deste modo, para a aprendizagem do estudante através das experiências vividas nos diferentes contextos. É neste processo de formação de futuros educadores para a saúde, que emerge a educação para a saúde, como estratégia central, e que se considera como sendo, um conjunto de experiências de aprendizagem, planeadas por forma a predispor, capacitar e reforçar os comportamentos saudáveis da pessoa, grupo de pessoas e comunidade (Green e Kreuter, 1991). Por outro lado, na procura da qualidade no cuidar em enfermagem, numa sociedade culturalmente diversificada, um elemento essencial é a capacidade dos profissionais desta área responderem de forma flexível e adaptada às diferentes necessidades da pessoa, grupo e comunidade, tendo consciência que o estudante no decorrer do seu processo de formação vai adquirindo influências e sendo influenciado pelos diferentes actores (estudantes, professores, enfermeiros) ao longo deste processo e que contribuem para a construção do seu perfil enquanto educador para a saúde.

Leininger (2001) focaliza-se na valorização ao culturalmente diversificado por forma a documentar e interpretar situações de cuidar, em contextos culturais específicos refere-se ao: “linking care to culture”, parecendo deste modo enformar o conceito – intervenção de enfermagem a mães de etnia cigana – que se assume, como sendo o objecto do estudo. Importa agora delimitá-lo: não existem dados epidemiológicos específicos à população cigana em Portugal. Na bibliografia europeia, os trabalhos com referência à saúde afirmam que são altas as taxas de mortalidade infantil (CCE, 1994), e que é rara a vacinação, que são frequentes as afecções respiratórias e digestivas (Silva,2001). A importância simbólica da alimentação na cultura cigana em que “as regras em matéria de higiene alimentar” por serem diferentes das dos não ciganos, interditam de “comer com ele” (Ib., 2001), e assim bloqueiam regras básicas, quando se reportam à primeira infância. Uma alimentação saudável no primeiro ano de vida é

essencial às crianças para que possam ter um crescimento e desenvolvimento harmonioso e prevenir uma variedade de problemas de saúde. Reconhece-se assim, a importância dos determinantes culturais e sociais da saúde, dos estilos de vida saudáveis, dos meios organizacionais específicos: o meio urbano, as escolas, o local de trabalho (Relatório Primavera, 2003).

Assim, valorizando a educação para a saúde como estratégia central na intervenção em enfermagem e num contexto, onde os cuidados de saúde cada vez mais exigem um conjunto de atributos e qualificações necessárias, progressivamente desenvolvidas para um adequado desempenho do enfermeiro, define-se o seguinte problema:

“Durante a formação pré-graduada em enfermagem que capacidades adquirem os estudantes para serem educadores para a saúde, no âmbito dos hábitos alimentares à criança de etnia cigana, no primeiro ano de vida?”

Assumem-se como conceitos centrais a esta investigação, no âmbito das Ciências da Educação em geral, e da Enfermagem em particular o “processo de formação” a “educação para a saúde” e a “multiculturalidade”, no sentido de estabelecer um quadro teórico orientador ao estudo, e bem assim de nortear igualmente nas opções e estrutura adoptadas no âmbito metodológico.

De acordo com Ribeiro (1999), desenvolve-se uma investigação do tipo descritivo, com uma orientação quantitativa, preconizando um movimento essencialmente dedutivo, pois pretendem-se avaliar as capacidades que os estudantes adquirem no decorrer da formação pré-graduada em enfermagem para serem educadores para a saúde.

Partindo desta estrutura conceptual, propõe-se como questão fundamental para este estudo: Que capacidades adquirem os estudantes para serem educadores para a saúde?

Tendo em conta que a aquisição de capacidades nos estudantes pressupõe um processo de formação, com conseqüente articulação com as práticas de que se depara no processo de socialização é igualmente importante, quando se pretende caracterizar as capacidades

que enformam os estudantes para actuarem como educadores para a saúde. Nesta perspectiva definiram-se como objectivos os seguintes:

- Organizar uma metodologia apropriada para identificar capacidades dos estudantes no âmbito da educação para a saúde;
- Identificar estas capacidades no contexto da formação pré-graduada em enfermagem;

No capítulo de abordagem teórica que de seguida se apresenta, procurou-se desenvolver, uma linha de raciocínio que parte de questões mais gerais para outras de âmbito mais específico; a fundamentação que pareceu necessária à caracterização do processo de formação do estudante, paralelamente ao processo de socialização e particularmente ao processo de produção de capacidades, que se pretende necessárias ao exercício das actividades que o estudante terá que desenvolver no âmbito da educação para a saúde.

Procura-se de igual modo enfatizar, de acordo com Leininger (1997), aspectos que possam caracterizar a produção de capacidades nos estudantes como educadores para a saúde quando intervêm em sujeitos com culturas diversas, e bem assim permitir uma maior visibilidade no processo de formação dos estudantes - futuros enfermeiros -, pelo que são mobilizados alguns conceitos da perspectiva teórica desta autora.

Do ponto de vista estrutural, divide-se este relatório em quatro capítulos, sendo cada um deles dividido em diversos sub-capítulos. O primeiro capítulo integra a apresentação da reflexão teórica que se considera enquadradora desta investigação, encontrando-se por sua vez dividido nos sub-capítulos 1 e 2 onde se pretende respectivamente:

- Fazer referência à importância do processo de formação do estudante, paralelamente ao processo permanente de socialização, valorizando a ligação intrínseca entre desenvolvimento e aprendizagem;
- Abordar a importância do processo de formação em enfermagem na especificidade do ensino teórico e ensino clínico, valorizando a aprendizagem no contexto da prática, como forma de aquisição de capacidades no estudante perspectivando o “perfil” de educador para a saúde;

- Fazer referência à educação para a saúde como uma dimensão da educação global do estudante a par do processo de formação do estudante, perspectivando a duplicidade que assume como educando e como futuro educador;
- Relevar a importância da diversidade cultural no planeamento das intervenções educativas no âmbito da educação para a saúde.

No capítulo 2 – identifica-se o tipo de estudo, optando-se pelo estudo descritivo, exploratório e transversal, porque se realiza a colheita de dados através de inquérito por questionário, no “momento” nos estudantes do 1º ano e do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem. No sub-capítulo 2 – definem-se as características da amostra, com base nos sujeitos do estudo – estudantes de enfermagem recrutados de quatro Escolas Superiores de Enfermagem na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. No sub-capítulo 3 – apresenta-se o desenho metodológico, da metodologia à estratégia do estudo - sub-capítulo 3.1 – apresenta-se a construção da grelha de estrutura, que se constituiu como pólo organizador do movimento metodológico por forma agrupar as diferentes dimensões, em componentes e indicadores. No sub-capítulo 3.2- apresenta-se o instrumento de análise desenvolvido - o videograma; apoiado nos referenciais teóricos, caracterizou-se uma actividade de enfermagem no âmbito da educação para a saúde na especificidade de etnia cigana, com vista à caracterização do comportamento do estudante através da reflexão na acção. No sub-capítulo 3.3 – apresenta-se o instrumento de colheita de dados – questionário – sendo que a sua construção se entende como um momento integrador a todo o processo metodológico. Encontrando-se organizado em duas partes, de acordo com o seguinte movimento – Conhecimentos – Atitudes – Comportamentos. Sendo a primeira parte integradora aos conhecimentos e às atitudes, e a segunda parte, relativa aos comportamentos dos estudantes. No capítulo 3 – apresenta-se a descrição dos dados sob a forma de frequências e percentagens e com o recurso, também, da técnica estatística não paramétrica χ^2 (qui-quadrado), de forma a estabelecer relação entre a posição dos estudantes e o ano de curso. No sub-capítulo 1 – procura-se salientar a identificação das capacidades no estudante, para o desempenho do papel do educador para a saúde, na diversidade cultural da etnia cigana através de uma metodologia desenvolvida neste estudo. Por fim no capítulo 4 – remete-se para as conclusões e sugestões deste estudo, valorizando os aspectos referentes à metodologia e aos resultados.

CAPÍTULO 1

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E ENFERMAGEM NUMA PERSPECTIVA DE FORMAÇÃO

1 – Formação em enfermagem - processo de produção de capacidades

A formação em enfermagem, sempre teve uma forte ligação ao contexto profissional, de acordo com o carácter prático da profissão. O curso de licenciatura em enfermagem, integra na sua estrutura curricular e de forma articulada, o ensino teórico e ensino clínico. O primeiro tem como objectivos a aquisição pelos estudantes, dos conhecimentos, compreensão, aptidões e atitudes profissionais necessárias para planear, prestar e avaliar cuidados globais de enfermagem. O ensino clínico tem como objectivos assegurar ao estudante a aprendizagem do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados globais, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridas, em contacto directo com o indivíduo e/ou com a comunidade. O ensino clínico desenvolve-se sob a forma de estágios nos diferentes, espaços onde são produzidos cuidados de saúde: Comunidade e nas Organizações – Hospital, Centro de Saúde e Instituições Comunitárias. Pretende-se que o ensino clínico se realize em diferentes contextos da actividade profissional do enfermeiro, de forma a permitir ao estudante a aplicação e a integração de conhecimentos, no sentido do desenvolvimento das capacidades e competências necessárias à globalidade dos cuidados de enfermagem.

O processo de formação em enfermagem, integra uma característica dominante e central a todo um percurso: a formação de jovens adultos (estudantes), que se identifica como um processo permanente de socialização, com uma ligação intrínseca entre o desenvolvimento e a aprendizagem.

Lesne (1977) caracteriza em três linhas fundamentais o processo de formação do adulto:

- O adulto é objecto da socialização – o mundo social exerce sobre o estudante uma influência cultural, uma pressão social, que promove a interiorização dos elementos culturais, em interacção com as estruturas sociais.
- O adulto é sujeito da sua socialização – o estudante fez uma adaptação social voluntária ao seleccionar as experiências que vivenciou em meio socialmente estruturado ou pelo ensino.
- O adulto é o agente de socialização – o estudante exerce acção sobre as outras pessoas do meio onde está inserido.

Nesta linha de pensamento com a qual se identifica, o desenvolvimento profissional do estudante, assenta nas aquisições escolares, mas de igual forma na valorização da dimensão do seu desenvolvimento pessoal. Concordante com Alarcão, quando refere que “cada ser humano trilha o seu percurso de formação, fruto do que quer e do que pode ser” (1997, p.7). Ao acreditar-se num processo de formação desta forma centrado no próprio estudante, tornar-se-á possível caracterizar a influência do seu desenvolvimento na aprendizagem numa lógica de desenvolvimento que comanda aprendizagens e as aprendizagens intervêm no desenvolvimento do estudante (Danis e Solar, 2001).

Merriam e Clark (citado em Danis, 2001), defendem o postulado da existência de uma ligação intrínseca entre o desenvolvimento psicossocial do indivíduo adulto e a sua aprendizagem, concretamente entre os acontecimentos marcantes associados à dimensão do trabalho ou à da afectividade a determinados tipos de aprendizagem característicos do indivíduo, reconhecendo a aprendizagem como a chave do processo de maturação. Valorizando estes aspectos, enquadra-se o estudante no processo de formação em enfermagem, considerando a experiência de vida do próprio estudante, associada aos acontecimentos marcantes relacionados com as etapas do percurso de formação (anos de curso), como geradoras de novas aprendizagens significativas e de maior maturação. Concorda com as mesmas autoras, quando referem que a aprendizagem do adulto se centra numa transformação da experiência vivida e não numa simples acumulação de conhecimentos (Ib. 2001)

No período de formação em enfermagem, surgem oportunidades, de valorizar as experiências vividas pelo estudante, bem como a caracterização dos factores sócio-culturais que definem a individualidade das pessoas que são cuidadas, nomeadamente em ensino clínico, quer em cuidados de saúde primários, quer em cuidados hospitalares. Aspectos estes essenciais, quando se pretende que os estudantes prestem cuidados de enfermagem de forma congruente e respeitando as diversas culturas. Na perspectiva de Lesne (1977), o processo de formação do estudante (jovem adulto) é transversal ao processo de permanente socialização e, onde a experiência vivida é um marco fundamental na sua aprendizagem. No processo de formação, vivenciado num período da vida ainda precoce para o estudante, a valorização destes aspectos poderá traduzir-se nalgumas dificuldades, concretamente quando se pretende identificar as capacidades que os estudantes desenvolvem para serem educadores para a saúde.

Como se sabe, das ciências da educação, perspectivar o itinerário da formação em enfermagem na aprendizagem de competências e conhecimentos específicos (Josso, 1991), a partir de uma linha pedagógica, afastando-se da linha meramente transmissiva do saber inclui períodos de reflexão conjunta, emergente de experiências pedagógicas entre os diferentes actores (professores, enfermeiros, utentes, estudantes) que contribuem para o processo de aprendizagem do estudante. Nesta linha pedagógica, com a qual se identifica, reconhece a taxonomia dos objectivos pedagógicos de Bloom et al (1978) como estruturante ao itinerário da formação para a aprendizagem de competências e conhecimentos específicos em enfermagem. Sendo que, a construção da taxonomia emerge do comportamento esperado pelo aluno – modos de agir, pensar ou sentir como resultado da sua participação em determinado contexto curricular, no sentido de obter evidência na medida em que os comportamentos desejados ou pretendidos foram desenvolvidos pelo aluno (Ib. 1978). Assim, valoriza-se esta taxonomia/classificação como um instrumento de ordenação de comportamentos do simples ao complexo e a diversificação dos mesmos em três domínios: cognitivo, afectivo e psicomotor (Ib. p.17). Cada domínio tem componentes com comportamentos específicos que formam uma hierarquia de fases ou níveis, sendo que cada fase ou nível baseia-se na anterior. A compreensão destes três domínios (cognitivo, afectivo e psicomotor) é crucial para aprender sobre a natureza da aprendizagem do estudante de enfermagem. Valorizam-se no domínio cognitivo aqueles objectivos que comumente se

denominam de conhecimento, capacidade e habilidade intelectual, bem como, os comportamentos que incluem memória raciocínio, solução de problemas e formação de conceitos. No domínio afectivo, incluem-se os objectivos que descrevem mudanças de interesse, atitudes e valores e o desenvolvimento de apreciações. O terceiro domínio, psicomotor, remete-se para a área das habilidades manipulativas ou motoras, inclui o desempenho de tarefas que exigem determinado grau de coordenação neuromuscular (Bloom et al, 1978). Parece esta ser uma via fundamental na aprendizagem do estudante, quando se reconhece a mesma como “um processo que requer atenção e reflexão por parte do adulto relativamente a uma experiência determinada e que conduz a uma transformação, nesse adulto, em relação aos seus comportamentos, atitudes, aptidões (...)” (Merriam e Clark, citado em Danis, 2001 p.35).

Assim, reconhecem-se as experiências vividas pelos estudantes, como geradoras de aprendizagens, pressupondo mudança do comportamento, ou seja que o estudante seja capaz de realizar determinadas actividades que até então não estava capaz de realizar. Sendo compreensível quando se perspectiva o planeamento da formação em enfermagem com quatro anos curriculares, onde o que se espera do estudante do 1º ano não será claramente igual ao desejável para um estudante do 4º ano.

Walter (citado em Martin, 1991) define saber em enfermagem “como a capacidade de decidir, para além do explícito (sintoma clínico, palavra), o implícito no pedido da pessoa cuidada e a isso responder de modo adaptado”. O saber reside na elaboração de um diagnóstico de enfermagem e na acção que daí deriva. É um saber holístico apoiando-se sobre um raciocínio mental sistémico que permite cuidar da pessoa na sua globalidade e de servir os cuidados personalizados, correctos, coerentes, eficazes e evolutivos (Ib.p.359). Este saber não procura ser consensual de forma a condicionar a criatividade, mas pretende ser uma base profissional segura na abordagem de um saber relacional, científico e técnico e que tem concerteza visibilidade quando se planeia uma intervenção de educação a pessoas com características específicas.

Ao pensar serem estes importantes contributos na construção do saber em enfermagem, quando se perspectiva com o estudante o “perfil” de educador para a saúde, numa sociedade com grande diversidade cultural, “onde já não podemos ignorar os valores,

conflitos e barreiras culturais (...) devemos aprender a ensinar e praticar com um limite de referência cultural, em matéria do comportamento humano e de enfermagem (Leininger, 1997).

Para promover a apropriação destes saberes no estudante, Martin (1991) refere considerar indispensável explorar situações de cuidados, de trabalho e pedagógicas, de forma a permitir ao estudante o desenvolvimento e o exercício das suas capacidades intelectuais perante casos reais, levando a que passe da apreensão concreta de uma situação para a representação abstracta e conceptual. Nesta lógica a mesma autora considera que a construção do saber em enfermagem, pelo estudante é feito através da exploração de situações concretas que lhe permita desenvolver-se e exercer as suas faculdades intelectuais. Ele aprende pela descoberta do ambiente explorando-o e centrando a sua atenção na experiência contextual.

Assim, a aprendizagem no contexto do ensino clínico permitirá como se tem vindo a enfatizar, desenvolver competências em situações semelhantes e diferentes, com condições afectivas e materiais para a tomada de decisões congruentes com o saber em enfermagem. O ensino clínico não será um espaço de aplicação de conhecimentos teóricos na prática, mas sim um meio pedagógico de aprender a partir da sua própria experiência, desenvolvendo todas as dimensões, técnica, cognitiva e relacional (Martin, 1991, Amendoeira, 1999). Reflectindo assim, no “saber em enfermagem” integrado num processo de formação específico que valoriza a pedagogia por objectivos, na construção da aprendizagem de competências e conhecimentos específicos para o exercício do estudante (futuro profissional). Sabendo que num processo de formação se realiza uma aquisição intensa de todo o tipo de capacidades necessárias ao exercício de actividades social, técnica e culturalmente determinadas (Malglaive, 1995). Acredita-se que as actividades de aprendizagem não são espontâneas mas organizadas pelas actividades de ensino com vista à produção de capacidades novas no estudante, admitindo que esta noção de capacidade tem um sentido, pois que o processo de formação aparece como um processo de produção de capacidades necessárias ao exercício das actividades sociais e profissionais que os estudantes exercerão no final da sua formação (Malglaive p.106).

Nesta lógica emerge a preocupação de que capacidades produzir com o estudante de enfermagem para ser educador para a saúde, e de como produzi-las?

Assumindo a produção de capacidades enquanto processo dinâmico e sobreponível do processo de formação pré-graduada do estudante, importa ainda clarificar alguns aspectos:

Para D.Hameline, “a tarefa reenvia para a capacidade que tem como vias de promoção privilegiadas a competência e a tarefa” (citado em Malglaive, 1995). Encontra-se perante dois conceitos que estão no centro deste propósito: capacidade e competência. A noção de capacidade no sentido geral de potencialidade, evoca mérito ou talento. O conceito de competência evoca, em si mesmo, a excelência do fazer, a habilidade, a amplitude dos saberes e dos saberes fazer em dado domínio (Ib.p.123). O que se enquadra na hierarquia defendida por D.Hameline, onde as capacidades estariam no mais alto nível e testemunhariam talento que permitiria a perfeição na execução de uma acção. Sendo que as capacidades aparecem como gerais e polivalentes, as competências são específicas e relativas a comportamentos determinados.

É esta uma perspectiva, que se considera dinâmica sobre o ponto de vista da mobilização das capacidades à competência, no entanto, parece um pouco redutora quando se identificam as capacidades como um potencial adquirido, contrariando-se assim a premissa inicial: processo de formação versus produção de capacidades.

Para Gillet, uma capacidade designa o eixo do desenvolvimento segundo o qual deve progredir o formando. Uma capacidade não é nem observável nem avaliável: é uma hipótese que o formador coloca para organizar a formação e indicar a direcção do trabalho (citado em Malglaive, 1995).O mesmo autor defende ainda que capacidade define uma intenção transdisciplinar, sem ser específica de uma ou de outra disciplina, desenvolve-se através do conteúdo de umas ou de outras. Nesta perspectiva, serão progressivamente desenvolvidas capacidades no estudante paralelamente ao seu processo de formação que contribuirão para a aquisição de competências.

Para Le Boterf (1995) o conceito de competência designa uma realidade dinâmica, um processo e define-se como um saber-fazer com validade operacional. A competência

não se reduz a um saber e a um saber fazer, ter conhecimentos não significa ser competente. Não se trata de uma simples aplicação mas sim duma construção que só se realiza na acção (Ib.1995).

Assim, competência profissional será a capacidade que o estudante (futuro profissional) tem que pôr em prática, numa determinada situação profissional (educação para a saúde), um conjunto de conhecimentos, de comportamentos, de capacidades e de atitudes, que podem ser convertidos em diferentes saberes. Sendo que, a excelência do planeamento da educação para a saúde no estudante de enfermagem parece resultar da interface entre capacidades e competências desenvolvidas no processo de formação. Neste contexto, parte-se do pressuposto de que a aquisição de capacidades a efectuar pelo estudante se inscreve na natureza da sua própria aprendizagem ao nível dos domínios, cognitivo, afectivo e psicomotor (Bloom et al 1978, Martin, 1991, Dembo,1994).

2 – A educação para a saúde na intervenção em enfermagem

Visando a educação para a saúde como uma dimensão da educação global do estudante, integrada por isso, num processo de formação, desenvolvem-se na perspectiva da enfermagem duas áreas específicas: *formação pré-graduada* (o estudante na integração do papel de educador para a saúde), *intervenção de enfermagem* (o estudante na (re)apropriação do seu papel de educador para a saúde).

Nesta lógica de raciocínio, a educação para a saúde integra a formação em enfermagem, quando se valoriza a educação a par do processo de formação do estudante perspectivando a duplicidade que assume como educando e como futuro educador; reconhecendo que a educação tem de ser essencialmente formativa e não meramente informativa. Sendo que, os objectivos da educação para a saúde visam a aquisição de conhecimentos, de atitudes e de comportamentos, eles pretendem desenvolver um saber fazer e um saber ser no indivíduo (educando) e/ou comunidade ao mais alto nível de saúde (Bury, 1988).

De acordo com estes aspectos, é também possível compreender até que ponto o processo de formação e de aprendizagem dos sujeitos estão de facto integrados, numa das definições de educação para a saúde, com a qual se identifica, e que Green defende como “*A educação para a saúde é toda e qualquer combinação de experiências de aprendizagem planificada, destinada a facilitar as mudanças voluntárias de comportamentos saudáveis*” (1991, p.17). A especificidade desta noção/conceito, pressupõe para uma interpretação cuidada, partindo da significação dos seus elementos. Como experiência de aprendizagem, entenda-se esta com a necessidade de uma pedagogia activa que permita a integração e a (re)apropriação dos elementos cognitivos (conhecimentos), afectivos (atitudes e valores) e psicomotores (habilidades) (Rochon, 1991). Favorecendo, assim, a realização de um comportamento planeado, para o sujeito permitindo a reflexão de acordo com as necessidades e se possível baseada em modelos e teorias. No sentido de facilitar, porque situa o educador na sua função de guia, respeitador da personalidade do sujeito educado, desenvolvendo a sua autonomia e auto-determinação. Este processo permite as mudanças voluntárias, o que significa que não se propõem soluções pré-definidas, mas que deverão ser dados aos sujeitos os

instrumentos que ajudam a encontrar o caminho que se adapte à sua personalidade, ao seu contexto de vida e à sua cultura, no sentido da aquisição de comportamentos saudáveis.

Assim, a educação para a saúde deve ser considerada como um conjunto de meios que permitem ajudar os indivíduos e os grupos a adoptar comportamentos favoráveis à saúde, reforçando que ela não é um fim em si mesmo, mas constitui-se num processo dinâmico. Nesta perspectiva, a educação para a saúde tem sido descrita como a intersecção entre as ciências da saúde e as ciências do comportamento. Ela desenvolve-se de acordo com os contributos da psicologia, sociologia, antropologia, a comunicação, a medicina, a enfermagem, a epidemiologia e a estatística (Russel, 1996). Todavia, na área das ciências da saúde, a enfermagem perspectivando uma concepção holística, o global bem estar físico, mental, espiritual e social da pessoa, consentânea com a visão do paradigma da integração (Kérouac, 1991), integra os procedimentos que permitem melhorar a saúde, numa visão de promoção da saúde, em geral e na educação para a saúde, em particular.

A promoção da saúde “é um processo de capacitar as pessoas e aumentar o controlo sobre saúde e melhorá-la” (carta de Ottawa, 1986). Assim promover a saúde significa, a um nível não só individual, mas sistémico, criar um sistema de saúde que permita a cada pessoa, não apenas a prevenção das doenças, mas a possibilidade de promover e proteger a saúde. De forma a explicar o comportamento humano e influenciá-lo, as ciências do comportamento contribuem para uma maior compreensão dos sujeitos (educandos), interpretando o seu contexto de vida de acordo com os factores culturais, quer nas organizações e sociedade em geral (Russel, 1996).

É nesta lógica, que a enfermagem assume um papel preponderante ao valorizar a educação para a saúde, na motivação das pessoas a obter informação e a desenvolverem actividades para se manterem em boa saúde evitando acções nocivas e criando hábitos saudáveis (Green e Kreuter, 1991). Ora, se assim é, parece pertinente a preocupação de como contribuir para o desenvolvimento das capacidades dos estudantes (futuros enfermeiros) para trabalharem na área da educação para a saúde como futuros

educadores, ou seja na capacitação dos cidadãos para gerirem o seu potencial de saúde. Como poderão os estudantes, futuros educadores intervir adequadamente?

Sabe-se, por outro lado que, os resultados esperados das acções de educação para a saúde incluem mudanças nos comportamentos face à saúde, o que requer dos profissionais de saúde não só conhecimentos de teorias do comportamento, como também conhecimentos dos métodos a utilizar para alcançar essas mudanças (Bury, 1988; Rochon, 1991; Green e Kreuter, 1991; Russel, 1996).

Por outro lado, uma das unidades básicas da teoria da educação para a saúde inscreve-se no indivíduo, razão que explica o grande enfoque à sua compreensão, sendo por isso sobreponível ao cuidar em enfermagem, quando integramos o indivíduo na sua individualidade, não perdendo a visão do seu global.

Um dos principais modelos, no comportamento individual de saúde, é o modelo de Crença na Saúde, desenvolvido por Hochbaum e Rosenstock (1950, citado em Russel, 1996). Este modelo é usado para compreender o que leva o indivíduo a fazer ou não uma variedade de acções quanto à saúde. O modelo baseia-se na teoria das expectativas e dos valores, ou seja quando um comportamento é assumido como positivo pelo indivíduo é para manter; estando o mesmo ligado à presença de três situações:

- O indivíduo agirá de forma a evitar ou controlar uma situação de saúde/doença.
- O indivíduo acredita que é vulnerável e que está exposto a sérios problemas de saúde e consequências graves. Este tipo de crença pode reduzir a sua susceptibilidade perante a ameaça ou reduzir a gravidade da situação de doença.
- O indivíduo, acredita que as possíveis barreiras à acção serão inferiores aos respectivos benefícios (Russel, 1996).

Sendo que, os factores sócio-demográficos e em especial o nível educacional, podem afectar a percepção individual e portanto ter um efeito indirecto na relação saúde-comportamento.

Tendo sido este, o modelo desenvolvido para ajudar a explicar os comportamentos relacionados com a saúde, actualmente encontra-se mais direccionado para o desenvolvimento de mensagens passíveis de persuadir os indivíduos a tomar decisões saudáveis, mensagens estas que podem ser difundidas em materiais educacionais, nos mass média electrónicos ou ainda transmitidos de pessoa a pessoa (Ib.p.24).

A Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura (1977), também denominada por Teoria do Pensamento Social, constitui um instrumento que permite prever a orientação das mudanças de comportamento de saúde e a sua estabilidade no tempo. Introduce o conceito de auto-eficácia, definida como “a convicção de realizar com sucesso o comportamento requerido, para produzir os respectivos resultados”. Ela fundamenta-se na hipótese de que o comportamento é determinado pelas expectativas e pelos incentivos/reforços (Russel, 1996). Este modelo, tem sido aplicado nas decisões para modificar os comportamentos relativos aos estilos de vida (por exemplo, alimentação, exercício físico, consumo de bebidas alcoólicas e tabaco), o que implica mudanças a longo prazo.

Outro modelo importante ao nível do comportamento individual de saúde é o Modelo do Processamento de Informação (ou estratégia para a Aprendizagem da Mensagem), que nos refere que, para uma mensagem se tornar persuasiva de forma a provocar uma mudança de atitude, o público alvo tem de ser exposto, em primeiro lugar, à mensagem, depois escutá-la cuidadosamente, compreender a informação, aceder ou aceitar as conclusões apresentadas e finalmente reter a informação essencial de forma continuada. Cada fase é considerada necessária mas não suficiente para influenciar a fase seguinte. As mesmas são condicionadas por factores como as fontes, a mensagem, o receptor e o canal.

De acordo com a abordagem que se tem vindo a efectuar, acredita-se que o conhecimento das diferentes teorias no âmbito do comportamento individual de saúde, são pressupostos importantes para o desenvolvimento de programas de intervenção em educação para a saúde. Parece esta, ser uma via fundamental no desenvolvimento e na aprendizagem do estudante (futuro educador) quando se perspectiva a intervenção de

acordo com os aspectos estruturadores das actividades a desenvolver no âmbito da educação para a saúde.

Assim, as diferentes teorias aplicam-se em programas que se centram, por exemplo na interacção utente/profissional de saúde (educando/educador), o que se enquadra no modelo interpessoal de saúde, e o que se circunscreve ao objecto de estudo em análise, quando se pretende desenvolver com o estudante o planeamento de actividades estruturadas em educação para a saúde a mães de etnia cigana.

Contudo, as teorias ajudam na interpretação de situações problemáticas e no planeamento de intervenções possíveis (Glanz, citado em Sardinha, Matos, Loureiro, 1999). Podendo as mesmas, ser combinadas dentro de um nível ou atravessando níveis de prática. Exemplificando, o modelo de crença na saúde pode servir de base para uma mensagem de “encorajamento”, enquanto que o modelo de processamento de informação deverá guiar o desenho e o formato para fornecer “informação”. Sendo que estas teorias são mais eficazes se forem integradas num sistema de planeamento compreensivo (Ib.p.42)

É, esta a linha, sob a qual se pretende caracterizar o planeamento da intervenção educativa na área da educação para a saúde com o estudante de enfermagem. Para que se concretize este tipo de planeamento, é importante ter uma boa compreensão do processo de mudança do comportamento alvo, bem como, saber quais os factores que têm um papel relevante no início da mudança e na sua manutenção (Russel, 1996).

Um dos modelos de planeamento mais utilizado, foi desenvolvido por Green et al em 1980, o modelo precede-proceed, com o qual se identifica. É constituído por nove fases, sendo que as primeiras se designam por diagnóstico educacional, pretendendo deste modo descrever e identificar os factores associados aos comportamentos alvo e classificá-los de acordo com os seus papéis (Green e Kreuter,1991). De acordo com os mesmos autores, foi proposta a divisão dos factores que afectam individualmente ou colectivamente o comportamento em três categorias distintas, em que cada uma delas tem um diferente tipo de influência no comportamento: predispor, capacitar e reforçar. Factores *Predisponentes* – foram definidos como “os antecedentes ao comportamento que proporcionam a base lógica ou a motivação para o comportamento” (Ib.p.151).

Estes factores incluem conhecimentos, atitudes, crenças, valores, necessidades percebidas e capacidades.

Factores *Capacitadores* – são definidos como “os antecedentes do comportamento que permitem que a motivação se realize” (Ib.p.161), ou seja facilitam o desempenho do comportamento. Incluem os aspectos necessários ao comportamento, como os cuidados de saúde, a disponibilidade de recursos e a acessibilidade aos serviços.

Factores de *Reforço* – são definidos como “os factores subsequentes ao comportamento que proporcionam a recompensa contínua ou o incentivo para o comportamento e contribuem para a sua persistência ou repetição” (Ib.p.165). Sendo que estas consequências do comportamento podem ser positivas (recompensado), negativas (punido), sociais (apoio social, influência dos pares, aconselhamento e resposta por parte dos profissionais de saúde), físicas (conveniência ou inconveniência, conforto e dor).

De acordo com os factores, e respectivas categorias, importa clarificar que as mesmas não se excluem, um factor pode ser convenientemente colocado em mais do que uma categoria. O propósito destas categorias é de dimensionar os factores causais em três classes de intervenção subsequente, de acordo com três tipos de estratégias de intervenção: *comunicação directa* - para influenciar os factores predisponentes; *comunicação indirecta* através da família, parceiros, professores, empregados e profissionais de saúde para influenciar os factores de reforço; e *estratégias organizativas* ou de *formação* – para alterar os factores capacitadores (Green e Kreuter, 1991).

A especificidade dos factores que se referem, assumem um particular destaque, pois que para que os estudantes no âmbito da intervenção em enfermagem desenvolvam as suas capacidades para cuidar de forma cultural (Leininger, 1999), terão que saber identificar e valorizar a influência dos diferentes factores.

Neste contexto e valorizando o processo educativo do estudante, na linha pedagogia por objectivos, com a qual se tem vindo a identificar, serão pois os objectivos educacionais, definidos, tendo como referência os factores predisponentes, capacitadores e de reforço

identificados como prioridades, com o intuito de determinar o alvo da intervenção educativa.

De acordo com o planeamento da intervenção em educação para a saúde, na fase de como alcançar os objectivos educacionais – selecção de estratégias e actividades –. Russel (1996) refere que, a variação dos métodos educativos que se encontram disponíveis, podem ser classificados em três categorias: métodos de comunicação, métodos baseados no treino e métodos organizativos. Sendo ainda classificados de acordo com o nível de intervenção, de individual, em grupo ou em comunidade. Para os estudantes de enfermagem socializados, num contexto de formação que pretende a aplicação e integração de um conjunto de atributos necessários à globalidade de cuidados de enfermagem, e a par de um processo de desenvolvimento pessoal, em interacção constante com o mundo que o rodeia, assume-se a comunicação como parte integrante, por um lado das relações normais das pessoas, não podendo haver uma boa relação sem partilha de ideias, sentimentos e informações, por outro como condição estratégica e essencial a utilizar pelo futuro educador (estudante) no âmbito da educação para a saúde.

Desta forma, o método de comunicação parece ser mais facilitado quando o foco do cuidar é a intervenção a mães de etnia cigana, sendo que quando se situa numa perspectiva de ensino individual (por exemplo uma consulta de saúde infantil), favorece-se a comunicação de forma personalizada, adaptável ao diagnóstico de necessidades de aprendizagem, centrando-se nos resultados cognitivos.

A especificidade das características culturais deste grupo, poderá ser facilitadora do desenvolvimento das capacidades dos estudantes, assumindo-se as experiências de aprendizagem, desenvolvidas preferencialmente no período de ensino clínico como parte integrante do processo de formação em enfermagem e essenciais para o papel de futuro educador para a saúde (Martin, 1996).

CAPÍTULO 2

MÉTODO E PROCEDIMENTOS

Introdução

Na sequência da reflexão que tem vindo a realizar, visando a problemática formulada, em torno do quadro teórico orientador definido, é indispensável traçar um percurso que encaminhe para o estudo da realidade.

Desta forma, importa (re)situar o objecto do estudo – *“que capacidades adquirem os estudantes durante a formação em enfermagem para serem educadores para a saúde, no âmbito dos hábitos alimentares à criança de etnia cigana no primeiro ano de vida”*.

Como docente numa escola superior de enfermagem, tem vindo a reflectir na intervenção em enfermagem para a diversidade, como sendo uma exigência do perfil de qualquer educador para a saúde, em contexto de globalização e de sociedades democráticas cada vez mais heterogéneas, assumindo o estudante um papel preponderante neste processo. Tendo sido condição impulsionadora a vivência de experiências culturalmente diferentes, em momentos de ensino clínico com os estudantes, concretamente com mães de etnia cigana, em situações de internamento no serviço de pediatria. Para as mães de etnia cigana as atitudes e comportamentos de saúde têm uma lógica popular, que obedece à preocupação de evitar e fugir da doença, tendendo a fazer dos serviços de saúde uma utilização não regular mas esporádica (Silva, 2001).

Neste contexto, valoriza-se a etnia cigana dirigida à criança/mãe pela sua diversidade cultural e por acreditar que elas são frequentemente geradoras de “insights” nos estudantes, uma vez que estes têm oportunidade de assistir e, por vezes, de se envolverem directamente no cuidar, em momentos de ensino clínico no decurso da formação em enfermagem.

A opção pelos hábitos alimentares, no primeiro ano de vida da criança, enquadra-se, por um lado, na especificidade da cultura desta etnia e, por outro, na necessidade de promover uma alimentação saudável à criança no primeiro ano de vida, visando um crescimento / desenvolvimento harmonioso e prevenir uma variedade de problemas de saúde relacionados com a nutrição (Loureiro, 1999).

Por outro lado, na especificidade do cuidar em enfermagem, é necessário que o estudante tenha presente a diversidade cultural, numa tentativa de melhorar os modelos de intervenção em educação para a saúde. É este o ângulo que se pretende, quando se definem como sujeitos deste estudo, os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, considerando-os como “intervenientes” fundamentais (futuros enfermeiros) para o desenvolvimento de cuidados culturais em enfermagem.

Assim, pretende-se no Capítulo 2 – Métodos e Procedimentos - descrever em pormenor como se realizou o estudo “ de tal modo que qualquer um o possa replicar com base na informação fornecida” (Ribeiro, 1999 p.32). Dividindo-se a mesma nos seguintes capítulos: tipo de estudo, constituição e caracterização da amostra; desenho metodológico passando da metodologia à estratégia desenvolvida.

1 – Tipo de estudo

Desenvolve-se um estudo de tipo descritivo, em que se pretende obter a descrição das características de uma população visando o fenómeno em estudo (Fortin, 1999); neste caso descrever quais as capacidades que adquirem os estudantes para serem educadores para a saúde durante a formação pré-graduada em enfermagem. Tem, ainda um carácter exploratório, porque “existem poucos ou nenhuns conhecimentos sobre o fenómeno” (Ib. p.135). Apesar de existirem alguns estudos efectuados sobre educação para a saúde na área da enfermagem, a perspectiva do estudante nunca foi estudada, constatação que parece justificar o desejo dum estudo desta natureza, pois os estudantes serão os futuros enfermeiros e como tal devem estar capacitados para intervirem como promotores de saúde, nomeadamente para actuarem como educadores para a saúde no âmbito da diversidade cultural. Considera-se, também, um estudo transversal, porque se pretende recolher informação acerca dos aspectos que enformam o fenómeno em estudo, num determinado momento (Ib. p.170). Procura-se deste forma, obter resultados, que ilustrem as capacidades que os estudantes de enfermagem, adquirem para serem educadores para a saúde, durante a formação pré-graduada.

Ao valorizar o objectivo de examinar as atitudes, opiniões, crenças e os comportamentos dos estudantes, utiliza-se o questionário como instrumento de colheita de dados (Ib.p.168) assumindo-se assim uma orientação quantitativa no decurso desta investigação.

2 – Constituição da amostra

A população alvo integra os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, respectivamente do 1º ano e do 4º ano, recrutados em quatro Escolas Superiores de Enfermagem da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Os critérios de inclusão para a selecção das diferentes escolas prenderam-se com características geográficas e de acessibilidade.

Recorreu-se a uma amostra probabilística e estratificada, garantindo que são integrados “todos os grupos de interesse e são seleccionados elementos de cada grupo” (Ribeiro, 1999 p.56). Uma vez que se pretendia que o estudo fosse representativo da população alvo, procurou-se constituir uma amostra, onde todos os estudantes tivessem a mesma probabilidade de a integrar. Foi definido como critério principal de selecção dos sujeitos, seleccionar os primeiros a concluir o preenchimento do instrumento de colheita de dados; o que se constituiu num critério intencional. Nesta perspectiva, a dimensão da amostra foi definida de acordo com Smith (1975), quando identifica o “número de participantes consoante o tamanho do universo, nível de tolerância e limite de confiança, numa amostra estratificada simples” (citado em Ribeiro, 1999, p.58). Assim, para uma população de 402 sujeitos, a um nível de precisão igual ou superior a 98%, correspondem a 30% da população, o que significa 120 sujeitos no total da amostra em estudo (Quadro nº 1).

Quadro nº 1 – População total e dimensão da amostra estratificada por escola e ano de curso.

	Total 1º ano	Amostra	Total 4º ano	Amostra	Total População	Total Amostra
Escolas						
A	75	23	40	12	115	35
B	60	18	54	16	114	34
C	40	12	44	13	84	25
D	45	13	44	13	89	26
TOTAL	220	66	182	54	402	120

Optou-se por este tipo de técnica de amostragem por se considerar que a variável ano de curso, ao estar proporcionalmente representada, poderia permitir a obtenção de uma amostra mais próxima da realidade e bem assim mais representativa da população, e também, fazer inferências.

Participaram neste estudo 120 estudantes, 70,8% (85) pertencentes ao sexo feminino e 29,2% (35) ao sexo masculino. As idades estavam compreendidas entre os 18 e os 29 anos, com uma média de 20,15 anos ($d.p=2,32$). Dos 120 estudantes, 55,0% (66) frequentavam o 1º ano e 45,0% (54) o 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem. A distribuição por sexo é semelhante nos dois grupos de estudantes ($\chi^2 = 0,50$; $g.l = 1$; $p = 0,48$), mas apresenta diferenças significativas em relação à idade, como seria de esperar ($t = -8,81$; $g.l = 118$; $p = .00$), a média das idades dos estudantes do 1º ano ($M = 18,83$; $d.p = 2,01$) é mais baixa que a dos estudantes do 4º ano ($M = 21,76$; $d.p = 1,53$).

Quadro nº 2 – Distribuição dos estudantes por sexo e ano de curso.

	1º Ano		4º Ano		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Masculino	21	17,5%	14	11,7%	35	29,2%
Feminino	45	37,5%	40	33,3%	85	70,8%
Total	66	55,0%	54	45,0%	120	100,0%

3 – Desenho metodológico: da metodologia à estratégia

Neste capítulo apresenta-se, a descrição/justificação para as tomadas de decisão na lógica do movimento de investigação que se procuram desenvolver. Desenvolve-se na lógica apresentada por D’Ancona (1996, p.15) em que a “metodologia ocupa uma ordem superior a compreender os princípios gerais que guiam a investigação. Do nível metodológico passa-se ao estratégico. Neste decidem-se as técnicas concretas para a consecução dos objectos de estudo, em consonância com a ênfase que se pretende dar à investigação”. Nesta lógica, partindo dos conceitos centrais a esta investigação o “processo de formação” a “educação para a saúde” e a “multiculturalidade”, bem como as dimensões que os enformam, desenvolve-se um movimento estratégico, que visa a operacionalidade destes mesmos conceitos.

Contudo, importa neste movimento (re)situar que estudante integra o processo de formação em enfermagem, paralelamente ao percurso de educação/socialização que vem desenvolvendo ao longo da vida, valorizando-se as aprendizagens na experiência, como fundamentais. Parece então essencial a consciencialização das capacidades que enformam as suas práticas e o aprofundamento do seu conhecimento; quando se pretende a passagem do saber ao saber fazer, ou seja, pôr em jogo a informação que cada estudante necessita para o exercício prático da sua profissão, sendo esse mesmo exercício que estabelece os contornos das capacidades a adquirir (Sá-Chaves e Alarcão, 2000), que neste estudo se pretende que se enquadrem no âmbito da educação para a saúde.

Nesta perspectiva e valorizando, o papel da imagem como lugar de destaque no espaço sócio-cultural onde se inserem os estudantes, bem como o seu poder excepcional sobre o domínio educativo. Desenvolvem-se “saberes fazer” específicos através dos quais se conceptualiza o mundo, tornando-se então importante analisar esses meios, não apenas do ponto de vista da informação que transmitem (saber) mas pelo modo como o transmitem, ou seja dos saberes-fazer que estão aptos a implementar (Calado, 1994). Valoriza-se assim, a utilização da imagem através do vídeo como um auxiliar eficaz, quando se pretende através dela estimular os estudantes a reflectir na acção, pois “a imagem tem potencialidades pedagógicas que vale a pena explorar (...)” (Calado, 1994

p.72). Por outro lado, a câmara vídeo é um instrumento relativamente simples e pouco exigente tendo “todas as características requeridas por um elemento de comunicação, no sentido da troca de palavra e de responsabilidade” (Linard, 1999 citado em Carvalho, 2000). De acordo com a mesma autora, este instrumento (videograma) é um meio privilegiado de análise, permitindo a interacção e representação mental, imagem real e imagem percebida no momento (Ib. p.355), facilitando deste modo a reflexão do estudante em aspectos concretos da sua prática. Afigurou-se, portanto o vídeo como meio para estimular a prática reflexiva dos estudantes.

Todavia, considera-se, fundamental a definição dos pressupostos que estão subjacentes à elaboração do videograma, e sobre os quais se pretende desenvolver o estudo. Admite-se como primeiro pressuposto, a educação para a saúde ser considerada uma estratégia de intervenção em enfermagem, onde se desenvolve uma abordagem educativa planeada (Green, 1991; Russel, 1995). Como segundo pressuposto, que a educação para a saúde se desenvolve na acção, o que implica a aprendizagem na experiência, diferenciando-se de outro tipo de aprendizagens desenvolvidas pelos estudantes (Martin, 1991). O último pressuposto refere que os estudantes quando estimulados para a acção, desenvolvem diferentes capacidades que de forma diferenciada e diferenciadora lhes promovem a reflexão na acção (Sá-Chaves e Alarcão, 2000).

De acordo com estes aspectos, define-se como pólo organizador do movimento metodológico, a elaboração de uma grelha de estrutura, que se constituiu, tendo subjacente as dimensões que integram os factores associados aos comportamentos de saúde e aos diferentes domínios que integram as aprendizagens, contribuindo para a consecução das técnicas procedentes. Optou-se assim, pelo registo em vídeo (videograma) de uma actividade de educação para a saúde, desenvolvida à mãe/criança de etnia cigana.

Na linha do movimento estratégico que se tem vindo a desenvolver, e com o objectivo de identificar as capacidades que adquirem os estudantes nas áreas em questão, bem como de obter informação significativa no processo de formação em enfermagem, optou-se por um instrumento de colheita de dados do tipo inquérito por questionário. Porque “permitem colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às

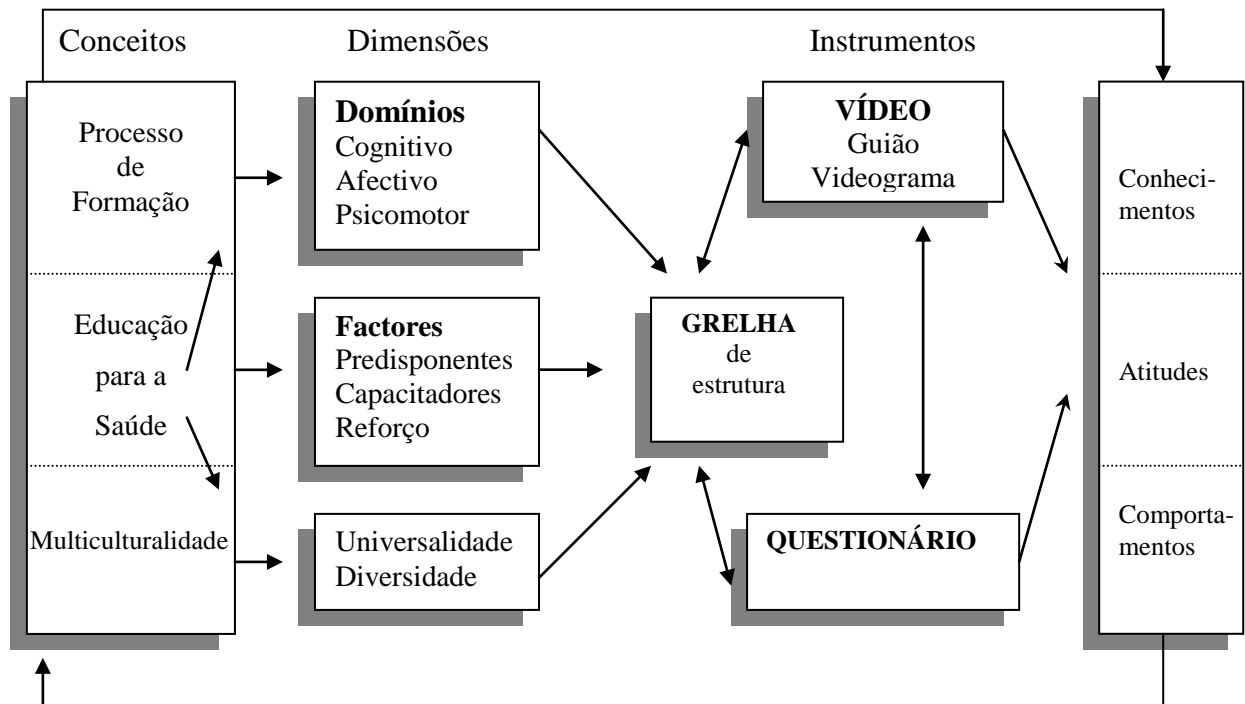
ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentidos, às expectativas e às atitudes” (Fortin, 1999).

Perspectivando todos estes aspectos, realizou-se a construção de um questionário, tendo como referência que “para construir um questionário é obviamente necessário saber com exactidão o que procuramos, garantir que as questões tenham o mesmo significado para todos, que os diferentes aspectos da questão tenham sido bem abordados, etc.” (Ghiglione e Matalon 1993, p.115).

É o que se pretende conseguir, quando se integram na sua realização, os aspectos organizadores e estruturadores que tem vindo a desenvolver ao longo do estudo. Sendo por um lado o planeamento da intervenção educativa no que se refere aos factores que contribuem para o comportamento de saúde e por outro lado os domínios da aprendizagem ao nível do cognitivo, afectivo e psicomotor. De todos estes aspectos, decorrem eixos de análise que irão permitir aceder às intenções comportamentais dos estudantes, que se vão constituir no questionário como variáveis, sendo que a partir da caracterização do conceito de educação para a saúde, pretende-se avaliar as diferenças entre os estudantes, ao nível das atitudes e do comportamento face à educação para a saúde a mães de etnia cigana.

De acordo com todos estes aspectos, que caracterizam o movimento de investigação que se desenvolveu, apresenta-se um desenho metodológico que se pretende, integrador e ilustrativo de todo o movimento metodológico e estratégico deste estudo.

Figura nº 1 – Desenho metodológico



3.1 - Grelha de estrutura – apresentação

Decorrente da necessidade de organizar as dimensões encontradas, em torno de uma estrutura consentânea com os eixos de análise, visando a elaboração das técnicas subsequentes: videograma e questionário, desenvolveu-se uma grelha de estrutura, que se constituiu como estratégia no movimento metodológico do estudo.

Assim, partindo dos diferentes domínios¹: cognitivo e afectivo, que integram as aprendizagens dos estudantes de acordo com a taxonomia de Bloom (1983), apresentou-se uma estrutura entre domínios, componentes e indicadores da natureza da aprendizagem (Quadro nº 3), que se constitui como integradora na elaboração do texto do guião do videograma, e na constituição de variáveis na construção do questionário.

¹ O domínio psicomotor não foi incluído neste estudo.

Quadro nº 3 – Domínios, componentes e indicadores da natureza da aprendizagem *

DOMÍNIOS	COMPONENTES	INDICADORES
COGNITIVO	Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Terminologia (linguagem verbal - não verbal) • Factos específicos (cultura) • Convenções • Tendências e sequências • Classificações e categorias (classes sociais) • Metodologia • Princípios e generalizações (culturas)
	Compreensão	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de translação (comunicação) • Capacidade de interpretação • Capacidade de extrapolação
	Aplicação	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de prever
	Análise	<ul style="list-style-type: none"> • Dos elementos • Das relações • Princípios de organização
	Síntese	<ul style="list-style-type: none"> • Produção de uma comunicação singular • Produção de um plano
	Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Evidência interna (incongruências) • Critérios externos
AFFECTIVO	Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção • Disposição para receber (tolerância) • Atenção controlada ou selectiva (valores)
	Resposta	<ul style="list-style-type: none"> • Aquiescência em responder (submissão) • Disposição para responder (responsabilidade) • Satisfação na resposta (prazer)
	Valorização	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitação de um valor • Preferência por um valor • Cometimento (convicção)
	Organização	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptualização de um valor • Organização de um sistema de valores
	Caracterização por um valor ou sistema de valores	<ul style="list-style-type: none"> • Direcção generalizada (atitude e valor) • Caracterização (comportamento)

* Adaptado da Taxonomia de Objectivos Educacionais (Bloom et al, 1983)

Na mesma lógica, ao nível do planeamento educacional integraram-se os factores associados aos comportamentos de saúde (predisponentes, capacitadores e de reforço) de acordo com Green e Kreuter (1991), apresenta-se uma estrutura entre factores e componentes (Quadro nº 4), que se revelou fundamental na consecução das duas técnicas.

Quadro nº 4 – Factores e componentes que contribuem para o comportamento de saúde *

FACTORES	COMPONENTES
PREDISPONENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento • Crenças • Valores • Atitudes • Habilidades
CAPACITADORES	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos de saúde existentes • Acesso aos recursos de saúde • Prioridades assumidas pela comunidade e Governo • Capacidades relacionadas com saúde
REFORÇO	<ul style="list-style-type: none"> • Família • Grupo de pares • Professores • Patrão • Profissionais de saúde • Leader comunitário

Num primeiro momento foi utilizada a grelha de estrutura para a elaboração do guião, num segundo momento após videograma, foi efectuada uma segunda leitura ao respectivo guião no sentido de identificar os factores e os domínios que se constituiriam em variáveis a integrar no questionário.

* Adaptado do modelo Precede-Proceed (Green et Kreuter, 1991)

3.2 – O videograma: estímulo para a reflexão

De acordo com os pressupostos que são relevados no processo de aprendizagem dos estudantes, e assumindo como objectivo fundamental, estimular a reflexão sobre as capacidades adquiridas pelo estudante no âmbito da educação para a saúde, pretende-se efectuar a representação de uma prática de enfermagem em “laboratório” através da realização de um videograma.

Consciente das dificuldades da tarefa, procurou-se, a partir dos referenciais teóricos, elaborar uma primeira proposta de guião. Dois aspectos a nortearam: um, relativo ao planeamento da intervenção educativa dirigido aos factores que contribuem para o comportamento de saúde, assumindo três categorias distintas - predispor, capacitar e reforçar (Green, 1991); outro referido aos requisitos necessários para promover a aprendizagem, integrando três domínios específicos – cognitivo, afectivo e psicomotor (Bloom et al, 1983). Tendo sido utilizada a grelha de estrutura, com o objectivo de se proceder à introdução de aspectos a mobilizar no guião do videograma. Contudo, era importante que no referido guião se verificassem situações correctas e outras menos correctas, face às características do desempenho da própria actividade, com o intuito de obter um estímulo efectivo do estudante, porque “podemos reflectir sobre a acção, pensando retrospectivamente sobre o que fizemos, de modo a descobrir como nosso, o acto de conhecer-na-acção (Schön, 2000 p.32).

Neste contexto, foi elaborado o guião do videograma, que versou o tema: “alimentação no 1º ano de vida” (Anexo 1), e que consistiu numa estratégia planeada, onde se pretendeu recriar uma actividade de educação para a saúde, utilizando dos vários métodos educativos, o método da comunicação numa abordagem individual (Russel, 1996), sendo os intervenientes, uma enfermeira, uma mãe e uma criança de etnia cigana. Foram convidados três enfermeiros que assumiram os diferentes papéis de acordo com as motivações pessoais e os requisitos dos diferentes intervenientes. Passando à acção, as filmagens decorreram numa sala de um centro de saúde, caracterizando uma consulta de saúde infantil entre uma mãe cigana acompanhada de um bebé de seis meses e uma enfermeira de saúde infantil.

Após (re)criada a actividade de educação para a saúde, ficou-se detentor de uma gravação audio-vídeo (videograma) que se constitui num material a utilizar com os estudantes, com o objectivo de favorecer a estimulação de uma atitude reflexiva, possibilitando a caracterização do comportamento, a partir dos registos a integrar no instrumento de colheita de dados. Nesta concepção, o estudante é submetido a estimulação através da visualização do videograma, para posteriormente esboçar a sua opinião de acordo com instrumento de colheita de dados. Trata-se portanto de uma estrutura organizadora, que se pretende transversal a todo o estudo, perspectivando o videograma como o interface entre todos os pressupostos anteriores e os aspectos metodológicos que são desenvolvidos, que se pretende desenvolver com esta investigação.

3.3 – O questionário – caracterização

O questionário constitui-se, na linha de raciocínio que se tem vindo a desenvolver, como um instrumento sobre educação para a saúde, com uma vertente de avaliação do comportamento, que pretende caracterizar os estudantes quanto à aquisição de capacidades para serem educadores para a saúde. Para tal, foi utilizado o videograma, no sentido de se obter as informações acerca da interpretação que os estudantes fazem da sua prática, funcionando o vídeo como estímulo à reflexão do estudante, numa lógica de “se estivesse em situação como faria?”. Reconhecendo a estrutura organizadora do vídeo enquanto instrumento de análise, as variáveis incluídas no questionário, para avaliação do comportamento, foram necessariamente oriundas do vídeo. Considerou-se nesta fase, a grelha de estrutura um instrumento fundamental na identificação dos domínios e dos factores que fossem geradores de estímulos nos estudantes, através de várias leituras e análises realizadas ao guião do videograma. Permitindo assim, a elaboração das questões a integrar no questionário, promovendo uma coerência entre o estímulo gerado pelo vídeo e a resposta emergente às questões do questionário.

Assume-se assim, como fundamental o movimento de reflexão e análise do guião do videograma a partir da grelha, na construção do questionário.

Desta forma, a estrutura do questionário, baseou-se nos aspectos que se tem vindo a referir como transversais a todo o estudo, bem como nos seguintes autores: Mendes (1995) e Leininger, (1991), sendo que o primeiro (re)situa-se ao nível do cognitivo, adaptando algumas dimensões das escalas de medida, utilizadas, como sendo a comunicação, o respeito e a ajuda. Ao nível dos aspectos afectivos e cognitivos, adaptaram-se também algumas dimensões do questionário elaborado por Leininger (1991), no âmbito da multiculturalidade.

Considera-se o recurso a escalas tipo likert o modo mais apropriado para a avaliação das diferentes variáveis de uma forma numérica. Estas escalas constituem-se numa série de enunciados relativos à questão face à qual se pretende medir o posicionamento do sujeito.

Organização do questionário

Nesta concepção, entende-se a construção do questionário como um momento integrador a todo o processo metodológico. Encontra-se organizado em duas partes, tendo como estrutura organizadora das questões o movimento, - Conhecimentos – Atitudes – Comportamentos – conforme fig. 1 (pág. 42)

Na primeira parte, o primeiro bloco destina-se à recolha de informação básica sobre os conhecimentos dos estudantes, no que respeita à concepção do conceito de educação para a saúde, através de três dimensões – “a educação para a saúde é” (ex: a estratégia de intervenção principal...); “a educação para a saúde permite” (ex: a adopção de comportamentos mais saudáveis); “a educação para a saúde desenvolve-se” (ex: através das mensagens publicitárias) com diferentes opções de resposta, verdadeira, falsa ou não sabe. Ao integrar a modalidade de resposta “não sabe”, teve em consideração um conhecimento específico sobre o tema da pergunta e, ainda que “não é uma avaliação de qualquer coisa – é uma indicação de falta de conhecimento” (Hill e Hill, 2000).

O segundo bloco, pretende avaliar a atitude do estudante face aos aspectos estruturadores das actividades de educação para a saúde, através de onze variáveis (ex: procurar utilizar uma linguagem adequada às características dos receptores), avaliados em escalas tipo likert, com numeração de sete itens correspondendo o primeiro ao “discordo totalmente” e o sétimo ao “concordo totalmente” (Anexo 2).

Na segunda parte, pretende-se avaliar o comportamento do estudante desencadeado pelo estímulo vídeo, constituindo-se várias dimensões de acordo com os factores que contribuem para o comportamento de saúde – predisponentes (ex: na consulta de saúde infantil o desempenho privilegiou os seguintes aspectos) - capacitadores (ex: a enfermeira ao orientar a mãe na intervenção educativa teve em consideração) - e de reforço (ex: em que medida, a enfermeira foi tendo em consideração os seguintes aspectos), subdividindo-se em diferentes variáveis. Sendo cada modalidade de resposta avaliada numa escala de likert de sete itens correspondendo o primeiro ao “nada” e o sétimo ao “muito”. Os respondentes devem assinalar o número que melhor corresponde à sua posição. Por último incluíram-se os dados demográficos, que integram o ano de nascimento, o ano de curso que frequenta e o sexo (Anexo 2).

Pré-teste

No intuito de minimizar a principal desvantagem de um inquérito por questionário, como sendo a impossibilidade de garantir inequivocamente que as instruções, o sentido das questões e as modalidades de resposta foram correctamente compreendidas, submeteu-se o questionário a um pré-teste. Com o objectivo principal de avaliar a eficácia e a pertinência do questionário e verificar os seguintes elementos: se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos (compreensão semântica); se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas; se o questionário não é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação; se as questões não apresentam ambiguidade (Fortin, 1991 p.253). Por outro lado, a questão da credibilidade da investigação e do investigador, assume particular importância quando se trata de estabelecer a fiabilidade das respostas. Foram dados, verbalmente e por escrito todos os elementos (identidade e ligações institucionais do investigador e natureza científica do estudo) susceptíveis de maximizar a fiabilidade dos resultados.

Assim, o pré-teste realizou-se numa Escola Superior de Enfermagem, com características e contexto semelhante ao do desenvolvimento da investigação. Foi realizado a 35 estudantes, tendo sido utilizado o mesmo critério da selecção da amostra, ou seja, os primeiros doze a concluir o preenchimento do instrumento de colheita de

dados; teve uma duração de 30 minutos, não se registrando ocorrências dignas de registro. Foram posteriormente, tratados e analisados os questionários, não se verificando, necessidade de reformulação do questionário após análise dos resultados do pré-teste.

Procedimento

De acordo com a estrutura do questionário, o mesmo constitui-se em duas partes – Parte I e Parte II, independentes porque obedecem a preenchimento separado, complementares porque a estrutura é una, e as duas partes constituem-se num único questionário a analisar. Todavia importa referir que, num primeiro momento aplicou-se a primeira parte do questionário, seguidamente apresentou-se o videograma e por último, aplicou-se a segunda parte do questionário.

A aplicação do questionário decorreu nos dias 8, 9, 10 e 15 de Outubro de 2003, tendo decorrido colectivamente em sala de aula, em tempo lectivo cedido pelas diferentes escolas envolvidas, na presença da autora, dando os esclarecimentos necessários, assegurando as condições de preenchimento individual, e ainda presença obrigatória nas três etapas do processo metodológico, garantindo a unicidade de cada questionário bem como o respeito pelo mais restrito anonimato. O tempo médio de preenchimento oscilou entre 25 a 40 minutos, sendo aproximadamente 10 minutos para a primeira parte do questionário, 15 minutos para o videograma e por último 5 a 10 minutos para a segunda parte do questionário.

CAPÍTULO 3

TRATAMENTO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Introdução

Pretende-se neste Capítulo 3 – Tratamento, Apresentação e Análise dos Dados – descrever os dados, elucidar os procedimentos de análise efectuados e apresentar a discussão dos dados. Dividindo-se a mesma nos seguintes capítulos: Tratamento, Apresentação dos Dados e Discussão.

De acordo com a opção pelo tipo de recolha de informação que se desenvolveu e do movimento metodológico efectuado, consideraram-se para o efeito os eixos organizadores que levaram a este tipo de tratamento, análise e discussão; orientaram-se numa lógica do global para o particular, dos conhecimentos de educação para a saúde às atitudes, conduzindo ao comportamento do estudante face à educação para a saúde a mães de etnia cigana. Nesta lógica, procedeu-se ao desenvolvimento da descrição dos dados sob a forma de frequências e percentagens e com recurso, também da técnica estatística não paramétrica χ^2 (qui-quadrado), como forma de estabelecer relação entre a posição dos estudantes e o ano de curso.

Os procedimentos de análise estatística que se desenvolveram foram conseguidos com a utilização do programa SPSS².

² SPSS – Statistical Package for Social Sciences. Base 11.5

1 – Tratamento e apresentação dos dados

A apresentação dos dados decorre da observação efectuada “cuidadosamente a todos os números produzidos na análise estatística” (Ribeiro, 1999, p. 36).

1.1 – Conceito de educação para a saúde

Relativamente ao conceito de educação para a saúde e tendo em conta, as dimensões em análise: “a educação para a saúde é”; “a educação para a saúde permite”; e “a educação para a saúde desenvolve-se”, foram calculadas as frequências e percentagens para a totalidade dos estudantes (N=120).

Na primeira dimensão “a educação para a saúde é” expressa através de quatro variáveis, em que somente o primeiro item era considerado verdadeiro, sendo os restantes considerados falsos (Quadro nº 5). Na primeira variável, *a estratégia de intervenção principal para aumentar a longevidade* verifica-se que 50,8% dos estudantes assinalaram-no verdadeiro, no entanto verifica-se que 34,2% dos estudantes situam-se na opção de resposta “falsa”. Na segunda variável, *a divulgação de informação sobre saúde, ao indivíduo, à família ou à comunidade* verifica-se que 95% dos estudantes assinalaram-na “verdadeira”, quando a resposta correcta é falsa³. Contrariamente, à terceira variável, *um processo pouco relevante entre a informação adquirida e a adopção de práticas saudáveis* evidencia um percentual de 96% na opção de resposta “falso” quando, efectivamente, é falsa. Na última variável, *pressionar as pessoas a adoptarem comportamentos normalizados face à prevenção das doenças*, 75% dos estudantes referiram-na “falsa”, sendo esta a opção de resposta correcta.

³ Tendo sido a resposta constituída com a intenção de resposta correcta, parece evidenciar-se algumas dificuldades de apreensão à questão pelos estudantes, o que pressupõe respostas contrárias às expectativas iniciais, como subsídio futuro, parece existir necessidade de reformulação da questão no ICD.

Quadro nº 5 - A educação para a saúde é

	V/F	V	F	NS
		%	%	%
1-A estratégia de intervenção principal para aumentar a longevidade	V	50,8	34,2	15,0
2-A divulgação de informação sobre saúde, ao indivíduo, à família ou à comunidade	F	95,0	5,0	-
3-Um processo pouco relevante entre informação adquirida e a adopção de práticas saudáveis	F	1,7	96,0	2,5
4-Pressionar as pessoas a adoptarem comportamentos normalizados face à prevenção das doenças	F	22,5	75,0	2,5

Na segunda dimensão “a educação para a saúde permite”, expressa-se através de sete variáveis, sendo todas verdadeiras (Quadro nº 6). Na primeira variável, *a aprendizagem de comportamentos que visam a protecção da saúde e a prevenção da doença*, constata-se que 98,3% dos estudantes assinalaram-no correctamente. Na segunda variável *a adopção de comportamentos mais saudáveis*, verifica-se que 96,7% das respostas estão concebidas com a intenção de verdadeiras. Relativamente à terceira variável *a compreensão das crenças e dos valores culturais da pessoa*, constata-se que apenas 46,0% dos estudantes a assinalaram correctamente, contrariamente a 39,2% dos estudantes que responderam “falso” quando efectivamente é verdadeira. Verifica-se ainda que 15% dos estudantes se situam na opção de resposta “não sabe”. Na quarta variável, *ajudar a querer, a ser capaz e a saber em matéria de saúde*, verifica-se que maioritariamente, 79,2% dos estudantes assinalaram-na “verdadeira”, sendo que 17,5% situam-se na opção de resposta “não sabe”. Na quinta variável, *a observação das pessoas no seu contexto habitacional*, constata-se que os estudantes se distribuem com percentuais elevados nas três modalidades de resposta, sendo 40,8% dos estudantes que o assinalaram “falso”, com 35,8% situam-se na modalidade de resposta “verdadeira” e ainda na opção de resposta “não sabe” situam-se 23,3% dos estudantes, o que parece revelar algum desconhecimento dos estudantes face a esta variável. Relativamente, à sexta variável *caracterizar os factores que influenciam os comportamento*, constata-se que 61,0% dos estudantes situam-se na modalidade de resposta “verdadeiro”, sendo que ainda 18,3% dos estudantes assinalaram a modalidade de resposta “não sabe”. Por último, na sétima variável *desenvolver atitudes e recursos individuais no âmbito da*

saúde evidencia-se com um percentual de 89,2% os estudantes que responderam “verdadeira”, quando efectivamente a modalidade de resposta correcta é verdadeira.

Quadro nº 6 – A educação para a saúde permite

	V/F	V	F	NS
		%	%	%
1-A aprendizagem de comportamentos que visam a protecção da saúde e a prevenção da doença	V	98,3	0,8	0,8
2-A adopção de comportamentos mais saudáveis	V	96,7	1,7	1,7
3-A compreensão das crenças e dos valores culturais da pessoa	V	46,0	39,2	15,0
4-Ajudar a querer, a ser capaz e a saber em matéria de saúde	V	79,2	3,3	17,5
5-A observação das pessoas no seu contexto habitacional	V	35,8	40,8	23,3
6-Characterizar os factores que influenciam os comportamentos	V	61,0	21,0	18,3
7-Desenvolver atitudes e recursos individuais no âmbito da saúde	V	89,2	5,8	5,0

Na terceira dimensão, “a educação para a saúde desenvolve-se” expressa também através de sete variáveis, sendo as duas primeiras, a quarta e a sétima consideradas verdadeiras e as restantes falsas (Quadro nº 7). Na primeira variável, *através da comunicação social (televisão, rádio, internet)*, verifica-se que 90% dos estudantes assinalaram-na “verdadeira”, assim como na segunda variável *através de mensagens publicitárias (cartazes, panfletos...)*, verifica-se um percentual de 88,3%. Relativamente à terceira e quarta variáveis respectivamente *apenas em entrevistas individuais e de forma contínua e sistemática*, evidencia-se um percentual de 93,3% e 94,2% pelos estudantes na modalidade e resposta “verdadeira”, quando efectivamente ela é verdadeira. Contrariamente à quinta variável, *obrigatoriamente com o envolvimento da família, grupo de pares e profissionais de saúde*, verifica-se que 58,3% dos estudantes assinalaram-no “verdadeiro” quando efectivamente é falsa. Valoriza-se também que 10% dos estudantes situam-se no modalidade de resposta “não sabe”. Na sexta variável, *espontaneamente, isto é, sem planeamento educacional*, constata-se que 79,2% dos estudantes situam-se na modalidade de resposta “falso”, quando a resposta foi construída com a intenção de ser correcta. Por último, na sétima variável, *com a utilização de métodos educativos apropriados*, verifica-se que 83,3% dos estudantes

assinaram-na “verdadeira”, mantendo-se um percentual de 8,3% dos estudantes na modalidade de resposta “não sabe”.

Quadro nº 7 – A educação para a saúde desenvolve-se

	V/F	V	F	NS
		%	%	%
1-Através da comunicação social (televisão, rádio, internet)	V	90,0	6,7	3,3
2-Através de mensagens publicitárias (cartazes, panfletos...)	V	88,3	7,5	4,2
3-Apenas em entrevistas individuais	F	3,3	93,3	3,3
4-De forma contínua e sistemática	V	94,2	3,3	2,5
5-Obrigatoriamente com o envolvimento da família, grupo de pares e profissionais de saúde	F	58,3	31,7	10,0
6-Espontaneamente, isto é, sem planeamento educacional	F	14,2	79,2	6,7
7-Com a utilização de métodos educativos	V	83,3	8,3	8,3

A fim de identificar o posicionamento dos estudantes de enfermagem face ao conceito de educação para a saúde, por ano de curso, apresentam-se os dados referentes aos estudantes do 1ºano (N=66) e aos estudantes do 4ºano (N=54) respectivamente. Relativamente às três dimensões do conceito de educação para a saúde por ano de curso, verifica-se que os estudantes do 1º ano registaram um maior percentual na modalidade de resposta “não sabe” comparativamente como os estudantes do 4º ano. Na variável *a estratégia de intervenção principal para aumentar a longevidade*, verifica-se que 20% dos estudantes do 1º ano se situam na modalidade de resposta “não sabe”, sendo que os estudantes do 4º ano somente 9%, se posicionam nessa resposta (Quadro nº 8). O que pode ser revelador do défice de conhecimentos dos estudantes do 1º ano, comparativamente com os estudantes do 4º ano. Em seguida verificou-se que a variável *pressionar as pessoas a adoptarem comportamentos normalizados face à prevenção de doenças*, evidencia 36,4% dos estudantes do 1º ano que se posicionaram na opção de resposta “verdadeira” quando efectivamente ela é falsa, comparativamente com os estudantes do 4º ano que se posicionam na mesma modalidade de resposta com um percentual de 5,6%. Foi ainda aplicado o teste do qui-quadrado (χ^2) no sentido de saber se as respostas a esta dimensão estão relacionadas com o ano de curso. Registou-se

somente relação significativa na quarta variável “ *Pressionar as pessoas a adoptarem comportamentos normalizados face à prevenção das doenças*” ($\chi^2 = 17,55$; $gl=2$; $p=0,00$)⁴. Os dados, parecem sugerir que a formação influencia o conhecimento dos estudantes acerca da caracterização do conceito de educação para a saúde.

Quadro nº 8 – A educação para a saúde é – por ano de curso

	V/F	1º Ano N=66			4º Ano N=54		
		V	F	NS	V	F	NS
		%	%	%	%	%	%
1-A estratégia de intervenção principal para aumentar a longevidade	V	48,0	32,0	20,0	54,0	37,0	9,0
2-A divulgação de informação sobre saúde, ao indivíduo, à família ou à comunidade	F	95,5	4,5	-	94,4	5,6	-
3-Um processo pouco relevante entre informação adquirida e a adopção de práticas saudáveis	F	1,5	94,0	4,5	1,9	98,1	-
4-Pressionar as pessoas a adoptarem comportamentos normalizados face à prevenção das doenças	F	36,4	60,6	3,0	5,6	92,6	1,9

Na dimensão “ a educação para a saúde é” por ano de curso (Quadro nº9), a variável *a compreensão das crenças e dos valores culturais da pessoa*, verifica-se que os estudantes do 1º ano revelam algum desconhecimento face ao posicionamento correcto, quando se evidencia 47% dos estudantes que responderam “falsa”, comparativamente com 29,6% dos estudantes do 4º ano que também responderam na modalidade de resposta “falsa”. Situação que se mantém na variável *a observação das pessoas no seu contexto habitacional*, quando 54% dos estudantes do 1º ano a assinalaram “falsa” quando efectivamente a modalidade de resposta é verdadeira, que comparativamente com 24% dos estudantes do 4º ano também se posicionam na modalidade de resposta “falsa”. Comparando os dados da modalidade de resposta “não sei” por ano de curso, os estudantes do 1º ano apresentam percentuais mais elevados em relação aos estudantes do 4º ano. O mesmo se verifica nas restantes variáveis desta dimensão, o que parece

⁴ requisito não cumprido – 20% das células não têm frequência esperada inferior a 5, pois 33% das células (2 células) têm frequência inferior.

evidenciar que os estudantes do 4º ano têm um posicionamento mais adequado com a intenção de respostas correctas de acordo com o questionário, relativamente *a educação para a saúde permite*, comparativamente com os estudantes do 1º ano.

Quadro nº 9 – A educação para a saúde permite – por ano de curso

	V/F	1º Ano N=66			4º Ano N=54		
		V	F	NS	V	F	NS
		%	%	%	%	%	%
1-A aprendizagem de comportamentos que visam a protecção da saúde e a prevenção da doença	V	97,0	1,5	1,5	100,0	-	-
2-A adopção de comportamentos mais saudáveis	V	97,0	1,5	1,5	96,3	1,9	1,9
3-A compreensão das crenças e dos valores culturais da pessoa	V	38,0	47,0	15,0	55,6	29,6	14,8
4-Ajudar a querer, a ser capaz e a saber em matéria de saúde	V	74,0	6,0	0,0	85,2	-	14,8
5-A observação das pessoas no seu contexto habitacional	V	23,0	54,0	23,0	52,0	24,0	24,0
6-Characterizar os factores que influenciam os comportamentos	V	44,0	27	29,0	81,5	13,0	5,6
7-Desenvolver atitudes e recursos individuais no âmbito da saúde	V	82,0	9,0	9,0	98,1	1,9	-

Neste sentido, para testar as associações entre as respostas a esta dimensão e o ano de curso, foi aplicado o teste de qui-quadrado (χ^2). Tendo-se registado diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis: *a observação das pessoas no seu contexto habitacional* ($\chi^2 = 13,80$; $gl=2$; $p=0,01$); *caracterizar os factores que influenciam os comportamentos* ($\chi^2 = 18,54$; $gl=2$; $p=0,00$); *desenvolver atitudes e recursos individuais no âmbito da saúde* ($\chi^2 = 8,46$; $gl=2$; $p=0,01$)⁵. Os dados são reveladores, que a variável ano de curso parece influenciar os conhecimentos dos estudantes acerca da “educação para a saúde permite”.

⁵ requisito não cumprido – 20% da células não têm frequência esperada inferior a 5, pois 66,7% das células (4células) têm frequência inferior.

Relativamente à dimensão a “educação para a saúde desenvolve-se”, não se registou relação entre a distribuição das respostas e o ano de curso, o que sugere um conhecimento homogéneo face a esta dimensão, para totalidade dos estudantes. Apenas a salientar que, na modalidade de resposta “não sabe” verificou-se que, em todas as variáveis os percentuais oscilam entre 5,0% e 12,1% dos estudantes no 1º ano que a assinalaram, enquanto que nos estudantes do 4º ano esta modalidade de resposta somente se verificou em cinco variáveis, oscilando os percentuais entre 1,9% e 7,4% respectivamente.

Quadro nº 10 – A educação para a saúde desenvolve-se – por ano de curso

	V/F	1º Ano N=66			4º Ano N=54		
		V	F	NS	V	F	NS
		%	%	%	%	%	%
1-Através da comunicação social (televisão, rádio, internet)	V	92,0	3,0	5,0	87,0	11,1	1,9
2-Através de mensagens publicitárias (cartazes, panfletos...)	V	88,0	4,5	7,6	89,0	11,0	-
3-Apenas em entrevistas individuais	F	4,5	91,0	4,5	1,9	96,3	1,9
4-De forma contínua e sistemática	V	91,0	4,5	4,5	98,1	1,9	-
5-Obrigatoriamente com o envolvimento da família, grupo de pares e profissionais de saúde.	F	60,6	27,3	12,1	55,6	37,0	7,4
6-Espontaneamente, isto é, sem planeamento educacional.	F	10,6	80,3	9,1	18,0	78,0	3,7
7-Com a utilização de métodos educativos	V	80,3	9,1	10,6	87,0	7,4	5,6

1.2 – Aspectos estruturadores das actividades de educação para a saúde

A fim de identificar os aspectos estruturadores das actividades de educação para a saúde, foi observada a distribuição pelas diferentes modalidades de resposta a esta dimensão, de acordo com a escala de avaliação adoptada, que se constituiu em sete itens, correspondendo o primeiro item ao “discordo totalmente” e o sétimo item ao “concordo totalmente” para a totalidade dos estudantes (N=120). Verifica-se que à excepção das variáveis 2, 3, 4 e 11 todas as restantes foram contempladas em todos os itens da escala de resposta, sendo a segunda metade da escala a mais contemplada. De seguida foram analisadas as estatísticas descritivas por variável para a totalidade dos estudantes. Relativamente à primeira variável *em educação para a saúde, o mais importante são as mensagens* (Quadro nº 9), verifica-se que o percentual mais relevado, 32,5% dos estudantes se situam no item 4, seguido de 27,5% dos estudantes (item 5), e somente 6,7% dos estudantes referem concordarem totalmente (item 7).

Quadro nº 11 – Em educação para a saúde, o mais importante são as mensagens

	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	2	1,7
2	3	2,5
3	19	15,8
4	39	32,5
5	33	27,5
6	15	12,5
7 – Concordo Totalmente	8	6,7
Total	119	100,0

Na segunda variável *procurar utilizar uma linguagem adequada* (Quadro nº 12), pode-se observar que o percentual com maior evidência, 67,5% situa-se na opção de resposta “concordo totalmente”, ainda que 21,7% dos estudantes se situem no item 6, parece evidenciar-se uma atitude concordante pelos estudantes face ao procurar utilizar uma linguagem adequada nas actividades de educação para a saúde.

Quadro nº 12 – Procurar utilizar uma linguagem adequada

	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	1	0,8
2	-	-
3	-	-
4	2	1,7
5	10	8,3
6	26	21,7
7 – Concordo Totalmente	81	67,5
Total	120	100,0

No que se refere à variável *conhecer os métodos educativos mais adequados nas diferentes abordagens* (Quadro nº 13), verifica-se que 35,0% dos estudantes se situam no “concordo totalmente” ainda que 33,3% e 20,0% dos estudantes respectivamente se situem no dois itens precedentes, o que parece sugerir uma atitude concordante com a necessidade de conhecer os métodos mais adequados nas diferentes abordagens em educação para a saúde.

Quadro nº 13 – Conhecer os métodos educativos mais adequados nas diferentes abordagens

	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	-	-
2	1	0,8
3	4	3,3
4	9	7,5
5	24	20,0
6	40	33,3
7 – Concordo Totalmente	42	35,0
Total	120	100,0

Relativamente à variável *reconhecer as características culturais dominantes dos destinatários das actividades* (Quadro nº 14), constata-se 34,2% dos estudantes referem “concordarem totalmente” e 33,3% dos estudantes situam-se no item 6 próximo do concordo totalmente, somente 1,7% dos estudantes referem o item 2, tendente para o discordo totalmente, o que sugere uma atitude de concordância pelos estudantes em reconhecer as características culturais dominantes dos destinatários.

Quadro nº 14 – Reconhecer as características culturais dominantes dos destinatários das actividades

	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	-	-
2	2	1,7
3	4	3,3
4	19	15,8
5	14	11,7
6	40	33,3
7 – Concordo Totalmente	41	34,2
Total	120	100,0

Quanto à variável *integrar os procedimentos educativos a desenvolver num plano previamente definido* (Quadro nº 15), observa-se que 75,1% dos estudantes, correspondendo à frequência acumulada dos itens 4, 5 e 6 parecem sustentar um nível de concordância face à atitude de integrar os procedimentos educativos a desenvolver num plano previamente definido.

Quadro nº 15 – Ao integrar os procedimentos educativos a desenvolver num plano previamente definido

	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	1	0,8
2	2	1,7
3	9	7,5
4	26	21,7
5	35	29,2
6	29	24,2
7 – Concordo Totalmente	17	14,2
Total	119	100,0

Relativamente à variável *compreender o ponto de vista do outro, mesmo não estando de acordo* (Quadro nº 16), observa-se que 40,8% dos estudantes referem a modalidade de resposta “concordo totalmente”, sendo a maior concentração dos dados nos três últimos itens, ainda que apenas 0,8% dos estudantes se situem no “discordo totalmente” parece evidenciar-se uma atitude concordante com os aspectos afectivos e relacionais, integrados nas actividades de educação para a saúde.

Quadro nº 16 – Compreender o ponto e vista do outro mesmo não estando de acordo.

	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	1	0,8
2	1	0,8
3	5	4,2
4	11	9,2
5	21	17,5
6	32	26,2
7 – Concordo Totalmente	49	40,8
Total	120	100,0

O mesmo se observa quanto à variável *a tolerância a diferentes padrões culturais ou morais* (Quadro nº 17), verifica-se que 45,0% dos estudantes referem a modalidade de resposta “concordo totalmente”, sendo que 23,3% dos estudantes se situam no item 6, e apenas 1,7% dos estudantes referem “discordar totalmente”. Estes aspectos parecem sustentar o nível de concordância dos estudantes face à tolerância a diferentes padrões culturais ou morais.

Quadro nº 17 – A tolerância a diferentes padrões culturais ou morais

	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	2	1,7
2	1	0,8
3	3	2,5
4	11	9,2
5	21	17,5
6	28	23,3
7 – Concordo Totalmente	54	45,0
Total	120	100,0

Relativamente à variável *escutar o outro até ao fim* (Quadro nº 18), observa-se que o percentual mais relevado 54,2% dos estudantes referem “concordo totalmente”, somente 0,8% dos estudantes se situam no item 1- “discordo totalmente”, o que sugere uma atitude concordante dos estudantes face ao escutar o outro até ao fim, como um aspecto estruturador das actividades de educação para a saúde.

Quadro nº 18 – Escutar o outro até ao fim

	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	1	0,8
2	2	1,7
3	4	3,3
4	4	3,3
5	10	8,3
6	34	28,3
7 – Concordo Totalmente	65	54,2
Total	120	100,0

Quanto à variável *reconhecer a promoção da saúde na família como valor cultural* (Quadro nº19), verifica-se que o percentual com maior evidência, 40,0% corresponde ao item 6, seguido de 30,8% dos estudantes que se situam no item 7 – “concordo totalmente”, somente 1,7% dos estudantes se situam no item 2 e 3 respectivamente, o que parece emergir dos estudantes uma atitude de concordância face aos aspectos da promoção da saúde na família como um valor cultural.

Quadro nº 19 –Reconhecer a promoção da saúde na família como valor cultural

	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	-	-
2	2	1,7
3	2	1,7
4	6	5,0
5	25	20,8
6	48	40,0
7 – Concordo Totalmente	37	30,8
Total	120	100,0

Ainda na variável *a utilização de gestos e sorrisos* (Quadro nº 20), pode-se observar uma maior concentração dos dados na segunda metade da escala de medida, sendo o percentual mais relevado 26,7% dos estudantes que se situam no item 5, e apenas 4,2% dos estudantes referem 1- “discordo totalmente”, o que parece sustentar uma atitude tendente para o nível de concordância dos estudantes ao valorizarem a utilização de gestos e sorrisos nas actividades de educação para a saúde.

Quadro nº 20 – A utilização de gestos e sorrisos

	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	5	4,2
2	6	5,0
3	11	9,2
4	29	24,2
5	32	26,7
6	20	16,7
7 – Concordo Totalmente	16	13,3
Total	119	100,0

Por último, na variável *atender às necessidades e problemas que se identificam nas pessoas* (Quadro nº21), observa-se que o percentual com maior evidência, corresponde a 54,2% dos estudantes que referem 7 – “concorda totalmente”, reforçando com 33,3% dos estudantes que se situam no item 6, reforçando assim o nível de concordância dos estudantes, o que parece revelador de uma atitude de valorizar as necessidades e problemas que se identificam nas pessoas.

Quadro nº 21 – Atender às necessidades e problemas que se identificam nas pessoas

	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	-	-
2	1	0,8
3	2	1,7
4	3	2,5
5	9	7,5
6	40	33,3
7 – Concordo Totalmente	65	54,2
Total	120	100,0

Num segundo momento, com o intuito de identificar o posicionamento dos estudantes face aos aspectos estruturadores das actividades de educação para a saúde, por ano de curso, foi observada a distribuição pelas diferentes modalidades de resposta para os dois estratos respectivamente. Realça-se o facto de haver concordância nos dois estratos – estudantes do 1º ano e estudantes do 4º ano – no que respeita à maioria das variáveis.

Relativamente à variável *em educação para a saúde*, o mais importante são as *mensagens* (Quadro nº 22), verifica-se que o percentual mais elevado 40,9% dos estudantes do 1º ano situam-se no item 4, com a concentração maior dos dados entre o item 3 e 6 respectivamente, o que sugere um nível intermédio de concordância. Quanto aos estudantes do 4º ano, verifica-se uma distribuição dos dados por todas as modalidades de resposta, correspondendo o percentual mais elevado 26,4% (item 5) aos estudantes que referem uma atitude tendente para o “concordo totalmente” em educação para a saúde, o mais importante são as mensagens. Contudo, à semelhança dos estudantes do 1º ano, a maior concentração dos dados verifica-se entre o item 3 e 6, para os estudantes do 4º ano, o que sustenta uma atitude de nível intermédio de concordância.

Quadro nº 22 – Em educação para a saúde, o mais importante são as mensagens – por ano de curso

	1º Ano		4º Ano	
	N=66		N=54	
	Fi	%	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	-	-	2	3,8
2	-	-	3	5,7
3	10	15,2	9	17,0
4	27	40,9	12	22,6
5	19	28,8	14	26,4
6	7	10,6	8	15,1
7 – Concordo Totalmente	3	4,5	5	9,4
Total	66	100,0	54	100,0

Quanto à variável *procurar utilizar uma linguagem adequada às características dos receptores* (Quadro nº 23), verifica-se que o percentual com maior evidência, 50,0% dos estudantes do 1º ano situa-se no item 7 – “concordo totalmente” e 31,8% no item 6, comparativamente com os estudantes do 4º ano que evidenciam um percentual de 89,0% para o item 7 – “concordo totalmente”, o que parece sugerir uma atitude mais assertiva pelos estudantes do 4º ano, relativamente à utilização de uma linguagem adequada nos aspectos estruturadores das actividades de educação para a saúde.

Quadro nº 23 – Procurar utilizar uma linguagem adequada às características dos receptores – por ano de curso.

	1º Ano N=66		4º Ano N=54	
	Fi	%	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	1	1,5	-	-
2	-	-	-	-
3	-	-	-	-
4	2	3,0	-	-
5	9	13,6	1	2,0
6	21	31,8	5	9,0
7 – Concordo Totalmente	33	50,0	48	89,0
Total	66	100,0	54	100,0

Por outro lado, na variável *conhecer os métodos educativos mais adequados nas diferentes abordagens* (Quadro nº 24), verifica-se que 29,0% dos estudantes do 1º ano se situam na modalidade de resposta 7- “concordo totalmente”, comparativamente com 42,6% dos estudantes do 4º ano, contudo em ambos os grupos, observa-se 33,0% dos estudantes se situam no item 6, tendente ao nível do concordo totalmente, para utilizar uma linguagem adequada, obtendo-se deste modo uma frequência muito semelhante à totalidade dos estudantes.

Quadro nº 24 – Conhecer os métodos educativos mais adequados nas diferentes abordagens – por ano de curso.

	1º Ano N=66		4º Ano N=54	
	Fi	%	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	-	-	-	-
2	1	1,5	-	-
3	4	6,1	-	-
4	7	10,6	2	3,7
5	13	19,7	11	20,4
6	22	33,0	18	33,0
7 – Concordo Totalmente	19	29,0	23	42,6
Total	66	100,0	54	100,0

Relativamente à variável *reconhecer as características culturais dominantes dos destinatários das actividades* (Quadro nº 25), o mesmo se verifica em 20,0% dos estudantes do 1º ano que se situam no item 7 – “concordo totalmente”, comparando com 52,0% dos estudantes do 4º ano também no mesmo item, o que parece sugerir que os estudantes do 4º ano revelam uma atitude mais assertiva face ao reconhecer as características culturais dominantes dos destinatários.

Quadro nº 25 – Reconhecer as características culturais dominantes dos destinatários – por ano de curso

	1º Ano N=66		4º Ano N=54	
	Fi	%	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	-	-	-	-
2	2	3,0	-	-
3	4	6,0	-	-
4	16	24,0	3	5,6
5	10	15,0	4	7,4
6	21	32,0	19	35,0
7 – Concordo Totalmente	13	20,0	28	52,0
Total	66	100,0	54	100,0

Quanto à variável *integrar os procedimentos educativos a desenvolver num plano previamente definido* (Quadro nº 26), observa-se que 33,3% dos estudantes do 1º ano se situam no item 5 e no item 4, 28,8% dos estudantes reforçam um nível de concordância intermédio para a atitude de integrar os procedimentos num plano previamente definido. Comparando com os estudantes do 4º ano, verifica-se que o percentual mais elevado 41,5% dos estudantes, corresponde ao item 6, tendente para uma atitude de “concordo totalmente”.

Quadro nº 26 – Integrar os procedimentos educativos a desenvolver num plano previamente definido – por ano de curso.

	1º Ano N=66		4º Ano N=54	
	Fi	%	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	-	-	1	1,9
2	2	3,0	-	-
3	8	12,1	1	1,9
4	19	28,8	7	13,2
5	22	33,3	13	24,5
6	7	10,6	22	41,5
7 – Concordo Totalmente	8	12,1	9	17,0
Total	66	100,0	53	100,0

Quanto à variável *compreender o ponto de vista do outro, mesmo não estando de acordo* (Quadro nº 27), constata-se que a maior concentração dos dados, nos dois grupos, situa-se entre o item 5 e 7 respectivamente. Correspondendo o maior percentual ao item 7 –“concordo totalmente” com 42,4% dos estudantes do 1º ano e 38,9% para os estudantes do 4º ano, o que sugere uma atitude de concordo totalmente por grupo de estudantes.

Quadro nº 27 – Compreender o ponto de vista do outro, mesmo não estando de acordo - por ano de curso

	1º Ano N=66		4º Ano N=54	
	Fi	%	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	-	-	1	1,9
2	1	1,5	-	-
3	3	4,5	2	3,7
4	8	12,1	3	5,6
5	14	21,2	7	13,0
6	12	18,2	20	37,0
7 – Concordo Totalmente	28	42,4	21	38,9
Total	66	100,0	54	100,0

No que respeita à variável *a tolerância a diferentes padrões culturais ou morais* (Quadro nº 28), verifica-se que a maior concentração dos dados situa-se entre o item 5 e 7 para os estudantes do 1º ano e entre o item 6 e 7 respectivamente para os estudantes do 4º ano, com frequências iguais, correspondendo a 40,9% e 50,0% dos estudantes que referem uma atitude de “concordo totalmente”, para a tolerância a diferentes padrões culturais ou morais.

Quadro nº 28 – A tolerância a diferentes padrões culturais ou morais – por ano de curso.

	1º Ano		4º Ano	
	N=66		N=54	
	Fi	%	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	-	-	2	3,7
2	1	1,5	-	-
3	2	3,0	1	1,9
4	8	12,1	3	5,6
5	14	21,2	7	13,0
6	14	21,2	14	25,9
7 – Concordo Totalmente	27	40,9	27	50,0
Total	66	100,0	54	100,0

Quanto à variável *escutar o outro até ao fim* (Quadro nº 29), verifica-se que 48,5% dos estudantes do 1º ano se situam no item 7 – “concordo totalmente”, comparativamente com 61,1% dos estudantes do 4º ano que referem o mesmo item, o que sugere uma atitude consentânea dos estudantes por ano de curso, reveladora da valorização dos aspectos relacionais.

Quadro nº 29 – Escutar o outro até ao fim – por ano de curso.

	1º Ano N=66		4º Ano N=54	
	Fi	%	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	-	-	1	1,9
2	2	3,0	-	-
3	2	3,0	2	3,7
4	2	3,0	2	3,7
5	5	7,6	5	9,3
6	23	34,8	11	20,4
7 – Concordo Totalmente	32	48,5	33	61,1
Total	66	100,0	54	100,0

Quanto à variável *reconhecer a promoção da saúde na família como valor cultural* (Quadro nº 30), observa-se que a maior concentração dos dados nos estudantes do 1º ano se situam entre o item 5 e 7, sendo que o percentual mais relevado 39,4% dos estudantes, referem uma atitude tendente ao “concordo totalmente”. Relativamente aos estudantes do 4º ano, verifica-se que o percentual mais elevado 40,7% dos estudantes se situam no item 6, e ainda 38,9% referem uma atitude de “concordo totalmente” (item 7) ao reconhecer a promoção da saúde na família como valor cultural

Quadro nº 30 – Reconhecer a promoção da saúde na família como valor cultural – por ano de curso.

	1º Ano N=66		4º Ano N=54	
	Fi	%	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	-	-	-	-
2	1	1,5	1	1,9
3	2	3,0	-	-
4	5	7,6	1	1,9
5	16	24,2	9	16,7
6	26	39,4	22	40,7
7 – Concordo Totalmente	16	24,2	21	38,9
Total	66	100,0	54	100,0

Relativamente à variável *a utilização de gestos e sorrisos* (Quadro nº 31), verifica-se que a maior concentração dos dados é semelhante para ambos os grupos, situando-se os estudantes igualmente no item 4 e 7, sendo os percentuais mais relevados 25,8% para os estudantes do 1º ano e 28,3% para os estudantes do 4º ano respectivamente. O que revela um nível intermédio de concordância dos estudantes face à atitude da utilização dos gestos e sorrisos.

Quadro nº 31 – A utilização de gestos e sorrisos – por ano de curso.

	1º Ano		4º Ano	
	N=66		N=54	
	Fi	%	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	2	3,0	3	5,7
2	4	6,1	2	3,8
3	7	10,6	4	7,5
4	14	21,2	15	28,3
5	17	25,8	15	28,3
6	12	18,2	8	15,1
7 – Concordo Totalmente	10	15,2	6	11,3
Total	66	100,0	53	100,0

Por último, na variável *atender às necessidades e problemas que se identificam nas pessoas* (Quadro nº 32), verifica-se que 39,4% dos estudantes do 1º ano se situam no item 7-“concordo totalmente” e ainda com 40,9 no item 6, comparativamente com os estudantes do 4º ano que referem com 72,2%, uma atitude de concordo totalmente no item 7, com o atender às necessidades e problemas que se identificam nas pessoas, evidencia-se uma maior facilidade em atingir o nível de concordância pelos estudantes do 4º ano, o que parece sugerir a influência do desenvolvimento e do nível de maturação atingido pelos estudantes no final da formação pré-graduada em enfermagem.

Quadro nº 32 – Atender às necessidades e problemas que se identificam nas pessoas – por ano de curso

	1º Ano		4º Ano	
	N=66		N=54	
	Fi	%	Fi	%
1 – Discordo Totalmente	-	-	-	-
2	1	1,5	-	-
3	2	3,0	-	-
4	2	3,0	1	1,9
5	8	12,1	1	1,9
6	27	40,9	13	24,1
7 – Concordo Totalmente	26	39,4	39	72,2
Total	66	100,0	54	100,0

Na sequência dos dados apresentados, verifica-se que na sua maioria todos os itens da escala de medida foram contemplados, sendo a segunda metade da escala a mais contemplada. Para a totalidade dos estudantes (N=120), o nível de concordância evidencia-se com elevados percentuais. Comparando os dados dos estudantes do 1º ano e os estudantes do 4º ano, não se observam grandes oscilações no conjunto dos dados, contudo evidencia-se um percentual mais elevado no item 7 – “concordo totalmente”, para os estudantes do 4º ano. Todos estes aspectos parecem sustentar um perfil dos dados que é sobreponível ao conjunto dos estudantes.

Contudo, foi, ainda, verificada a relação entre o posicionamento dos estudantes e o ano de curso, com o recurso ao teste do qui-quadrado, constatando-se que em todas as variáveis os pressupostos de aplicação do teste estavam francamente violados, pelo que não se teve em conta na análise efectuada.

1.3 – Intervenção educativa do enfermeiro

Relativamente à caracterização da intervenção educativa do enfermeiro, e de acordo com os referenciais teóricos em análise neste estudo os factores que contribuem para o comportamento de saúde, estruturam-se em três categorias distintas: predispor, capacitar e reforçar (Green, 1991); pretendia-se estimular a reflexão sobre as capacidades adquiridas pelo estudante no âmbito da educação para a saúde, através da visualização do videograma.

A visualização do videograma e conseqüente preenchimento das diferentes dimensões do questionário, tinham subjacente a reflexão do estudante, face aos aspectos da intervenção educativa do enfermeiro, a uma situação concreta (vídeo) e qual seria então, o comportamento/desempenho do estudante. Neste sentido a maior parte das variáveis sugeririam um posicionamento nos itens mais baixos da escala de resposta, na sua maioria, funcionando estes como “falsas respostas”, já que não eram contemplados frequentemente aspectos centrais na situação visualizada e, porque se pretendia, que o movimento de reflexão do estudante se centrasse na identificação desses mesmos aspectos, que efectivamente não se desenvolveram mas que são fundamentais para caracterizar a intervenção educativa do enfermeiro. Neste sentido, foi observada a distribuição das respostas pelas diferentes dimensões e diferentes modalidades de resposta, de acordo com a escala de avaliação adoptada, que se constituiu em sete itens, correspondendo o primeiro item ao “nada” e o sétimo item ao “muito”, para a totalidade dos estudantes (N=120). Verifica-se que todos os itens da escala foram contemplados em todos as variáveis, sendo a primeira metade dos itens a mais contemplada.

De seguida, foi efectuada a descrição dos dados com recurso à análise de frequências, pelas diferentes dimensões, que se encontram ordenadas conforme a actividade foi sendo desenvolvida no videograma e, bem assim, os factores que estão subjacentes às mesmas dimensões, a fim de caracterizar a intervenção educativa.

Em relação à dimensão “organização do atendimento” (Quadro nº 33), observa-se que na variável *adequada*, 20,8% dos estudantes referem-na como “nada” adequada, sendo que também 20,8% dos estudantes se situam no item 4; prevalece a primeira metade da

escala como a mais contemplada, ainda que, 1,7% dos estudantes se situem na modalidade de resposta “muito” adequada. Parecem os dados sustentar uma opinião de nada adequada face à organização do atendimento. Quanto à consulta ter sido *prejudicada* por ter sido interrompida, observa-se que os estudantes se distribuem por todas as modalidades de resposta, sendo que 22,5% se situam no item 6, 20,0% no item 4 e apenas 3,3% referem que a consulta nada foi prejudicada; no entanto, acentuou-se um maior número de respostas nos últimos itens, o que revela que a consulta foi muito prejudicada por ter sido interrompida. Relativamente, a ter sido *mobilizada* pela enfermeira a oportunidade para calendarizar próxima consulta, 26,9% dos estudantes identificam-na como “muito” mobilizada e, somente, 2,5% a referem como “nada” mobilizada pela enfermeira. Verifica-se ainda, que a maior concentração de respostas se situa entre o item 4 e 7, o que revela uma identificação da mobilização por parte da enfermeira da oportunidade de calendarizar próxima consulta.

Quadro nº 33 – Organização do atendimento

	Adequada		Prejudicada		Mobilizada	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1 - Nada	25	20,8	4	3,3	3	2,5
2	22	18,3	14	11,7	6	5,0
3	24	20,0	16	13,3	11	9,2
4	25	20,8	24	20,0	23	19,3
5	12	10,0	15	12,5	21	17,6
6	10	8,3	27	22,5	23	19,3
7 – Muito	2	1,7	20	16,7	32	26,9
Total	120	100,0	120	100,0	119	100,0

Relativamente, à dimensão “o desempenho da enfermeira privilegiou” (Quadro nº 34), verifica-se que 21,7% dos estudantes referem que o *nível cultural* quase nada foi privilegiado pela enfermeira e que para 20% foi “nada” privilegiado, somente 7,5% dos estudantes o referem como “muito” privilegiado. Este posicionamento sugere que no desempenho da enfermeira o nível cultural nada foi prejudicado. Quanto ao *nível sócio-económico* observa-se que os estudantes apresentam opiniões distribuídas de forma homogénea em todos os itens, contudo 21,7% dos estudantes referem que o nível sócio-

económico quase nada foi privilegiado pela enfermeira e, somente, 4,2% dos estudantes referiram que foi “muito” privilegiado o nível sócio-económico. Semelhante distribuição dos estudantes apresenta-se para o *nível educacional*, 20% situam-se na modalidade de resposta quase nada privilegiado, apenas 16,7% referem “nada” privilegiado, contrariamente a 15,8% que refere que o nível educacional foi “muito” privilegiado pela enfermeira. Os dados revelam uma opinião dos estudantes concordante com um desempenho da enfermeira que quase nada privilegia o nível educacional.

Quadro nº 34 – O desempenho da enfermeira privilegiou

	Nível cultural		Nível socioeconómico		Nível educacional	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1 - Nada	24	20,0	19	15,8	20	16,7
2	26	21,7	26	21,7	24	20,0
3	22	18,3	18	15,0	8	6,7
4	14	11,7	18	15,0	15	12,5
5	13	10,8	16	13,3	13	10,8
6	12	10,0	18	15,0	21	17,5
7 – Muito	9	7,5	5	4,2	19	15,8
Total	120	100,0	120	100,0	120	100,0

Na dimensão “no diálogo da enfermeira” (Quadro nº 35), observa-se que na variável *integrar no planeamento os conhecimentos da mãe em matéria de saúde* os estudantes distribuem-se de forma homogénea em todas as modalidades de resposta. Para 21,7% dos estudantes os conhecimentos da mãe em matéria de saúde “nada” são integrados no planeamento e, ainda, para 5,8% são “muito” integrados no planeamento. Quanto ao *incluir no planeamento as crenças e os valores de saúde da mãe*, 30% dos estudantes referem quase nada e 22,5% referem que “nada” foram incluídos, ainda que 6,7% seja de opinião que foram “muito” incluídos. Os dados revelam que os estudantes, maioritariamente, se situam na opinião da nada ter sido incluído no planeamento da enfermeira acerca das crenças e dos valores da saúde da mãe. No que se refere, à *mobilização do património cultural para os aspectos nutricionais e consumo de determinados alimentos*, os estudantes distribuem-se de forma equilibrada por todas as modalidades de resposta. Contudo, verifica-se que o percentual mais elevado se situa no

item 2 e 5, com 18,3% respectivamente, ainda que, 10,8% considere que todos estes aspectos foram “muito” mobilizados pela enfermeira.

Quadro nº 35 – No diálogo da enfermeira

	Conhecimentos		Crenças e valores		Cultura/Nutrição	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1 - Nada	26	21,7	27	22,5	14	11,7
2	21	17,5	36	30,0	22	18,3
3	16	13,3	18	15,0	19	15,8
4	17	14,2	15	12,5	18	15,0
5	18	15,0	10	8,3	22	18,3
6	15	12,5	6	5,0	12	10,0
7 – Muito	7	5,8	8	6,7	13	10,8
Total	120	100,0	120	100,0	120	100,0

Na dimensão “pressupostos da intervenção educativa” (Quadro nº 36), verifica-se que na variável *a utilização duma linguagem apropriada*, 19,2% dos estudantes referem-na como “nada” apropriada, apenas 8,3% a referem como “muito” apropriada, evidenciando-se uma distribuição homogénea ao longo das restantes modalidades de resposta. Na variável *o conhecimento da forma e uso correcto de falar e escrever*, observa-se que 20% dos estudantes se situam no quase nada valorizado e, somente, 5% referem que foi “muito” valorizado. Verifica-se, ainda, que a maior concentração de respostas se situa entre o item 1 e 4, o que revela quase nada valorizado o conhecimento da forma e uso correcto de falar e escrever na orientação da mãe na intervenção educativa pela enfermeira. A *expressão de sentimentos da interlocutora* apresenta 24,2% dos estudantes que referem que a enfermeira não teve estes aspectos “nada” em consideração, somente, 8,3% referem que a enfermeira teve “muito” em consideração a expressão de sentimentos da interlocutora; ainda que, maioritariamente, as respostas se distribuam do item 1 ao 5, o que parece sugerir uma opinião quase nada concordante com a expressão dos sentimentos da interlocutora. Quanto ao *tom de voz adequado*, 32,5% dos estudantes referem-no “nada” adequado, sendo a maior concentração dos dados entre o item 1 e 3, somente 2,5% dos estudantes o refere com “muito” adequado. Contudo, parece revelar-se que o tom de voz utilizado pela enfermeira não foi nada

adequado. Do mesmo modo, na *criação dum clima favorável* 24,2% referem-no como “nada” adequado, estando a grande maioria dos dados distribuídos entre os itens 1 e 3, apenas 5,8% dos estudantes o referem como um clima “muito” favorável; o que parece sustentar uma opinião nada valorizada face à criação de um clima favorável na intervenção educativa do enfermeiro.

Quadro nº 36 – Pressupostos da intervenção educativa

	Linguagem		Falar/Escrever		Sentimentos		Tom de voz		Clima favorável	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1 - Nada	23	19,2	23	19,2	14	11,7	39	32,5	29	24,2
2	20	16,7	24	20,0	21	17,5	28	23,3	19	15,8
3	18	15,0	23	19,2	29	24,2	26	21,7	24	20,0
4	15	12,5	23	19,2	15	12,5	7	5,8	14	11,7
5	19	15,8	11	9,2	20	16,7	7	5,8	13	10,8
6	15	12,5	10	8,3	11	9,2	10	8,3	14	11,7
7 – Muito	10	8,3	6	5,0	10	8,3	3	2,5	7	5,8
Total	120	100,0	120	100,0	120	100,0	120	100,0	120	100,0

Na dimensão “a enfermeira teve em consideração” (Quadro nº 37), observa-se que na variável *acessibilidade ao centro de saúde*, 35% dos estudantes referem que a enfermeira quase nada teve em consideração a acessibilidade ao centro de saúde e, ainda, 23,3% dos estudantes situam-se na modalidade de resposta “nada”, o que parece revelar que a maioria dos estudantes referem nada ter sido valorizado pela enfermeira, face à acessibilidade ao centro de saúde. Por outro lado, quanto à *informação existente acerca dos recursos de saúde*, 25,8% dos estudantes posicionam-se no item 2 e 20% refere que “nada” foi tido em consideração pela enfermeira acerca da informação existente em recursos de saúde, ainda que, 2,5% se identifiquem com a modalidade de que “muito” foi tido em consideração por parte da enfermeira, acerca dos recursos de saúde. Quanto à variável *motivação para a promoção da saúde e prevenção da doença* verifica-se uma distribuição homogénea em todas as modalidades de resposta, correspondendo o percentual mais elevado a 18,3% no item 5, sendo a maior concentração dos dados entre o item 2 e 6 o que sugere uma opinião intermédia, quando a enfermeira se refere à motivação para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Do mesmo modo, verifica-se uma distribuição homogénea das respostas dos estudantes na variável a *deslocação ao seu contexto habitacional/a possibilidade de visita domiciliária*, ainda que, 24,4% dos estudantes se situe no item 6, aproximando-se de muito tido em consideração pela enfermeira, a possibilidade de visita domiciliária e 6,7% se situe no quase nada tido em consideração pela enfermeira. Na *rede familiar de suporte*, verifica-se que 21,2% dos estudantes se situam no item 3, sendo a maior concentração dos dados entre o item 1 e 4, tendendo para o nada tido em consideração pela enfermeira quanto à rede familiar de suporte, apenas, 4,2% referem que foi “muito” em consideração pela enfermeira. Quanto ao *envolvimento das actividades que foram sendo desenvolvidas*, a maior concentração dos dados situa-se entre o item 2 e 4, sendo o percentual mais elevado, 23,3%, correspondente ao item 4. parecem os dados sugerir um nível intermédio de consideração face ao envolvimento do enfermeiro para as actividades que foram sendo desenvolvidas. Relativamente, ao *feed-back transmitido*, mantém-se um percentual intermédio de 21,7% dos estudantes, ainda que, 7,5% se situem no item 1- “nada”, distribuindo-se as restantes respostas ao longo de toda a escala de avaliação.

Quadro nº 37 – A enfermeira teve em consideração

	Acessibilidade		Recursos de saúde		Motivação		Visitação domiciliária		Rede familiar		Envolvimento nas actividades		Feed-back	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1 - Nada	28	23,3	24	20,0	11	9,2	13	10,9	22	18,6	13	10,9	9	7,5
2	42	35,0	31	25,8	17	14,2	8	6,7	18	15,3	23	19,3	22	18,3
3	15	12,5	27	22,5	21	17,5	20	16,8	25	21,2	27	22,7	20	16,7
4	16	13,3	18	15,0	17	14,2	14	11,8	19	16,1	28	23,3	26	21,7
5	12	10,0	10	8,3	22	18,3	21	17,6	13	11,0	12	10,1	17	14,2
6	3	2,5	7	5,8	18	15,0	29	24,4	16	13,6	11	9,2	12	10,0
7 – Muito	4	3,0	3,0	2,5	14	11,7	14	11,8	5	4,2	5	4,2	14	11,7
Total	120	100,0	120	100,0	120	100,0	120	100,0	120	100,0	120	100,0	120	100,0

Na dimensão “a responsabilização da mãe” (Quadro nº 38), verifica-se que na variável *enfermeiros*, a maior concentração dos dados observa-se entre o indicador 1 e 5, sendo 19,2% o percentual mais elevado e correspondente ao item 4, somente, 5% dos estudantes referem o “muito” como modalidade de resposta, o que parece revelador de uma opinião dos estudantes, que se distribui no nível intermédio, tendente também para o nada tido em consideração pela enfermeira no processo educativo pelos enfermeiros. Se a responsabilização da mãe teve em consideração o *cônjuge*, 37,5% dos estudantes referem “nada”, 23,3% situam-se no item 2 e 1,7% referem “muito”, o que parece reforçar uma opinião de que nada foi tido em consideração pela enfermeira para integrar o cônjuge no processo educativo. O mesmo se verifica quanto ao *grupo de pares*, com 35% dos estudantes a referir “nada”, 26,7% situam-se no item 2 e, somente, 0,8% se posicionam no “muito”. Igualmente, observa-se que para este grupo o *grupo de pares* não foi integrado no processo educativo.

Quadro nº 38 – Responsabilização da mãe

	Enfermeiros		Cônjuge		Grupo de pares	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1 - Nada	21	17,5	45	37,5	42	35,0
2	19	15,8	28	23,3	32	26,7
3	20	16,7	14	11,7	13	10,8
4	23	19,2	19	15,8	16	13,3
5	22	18,3	9	7,5	15	12,5
6	9	7,5	3	2,5	1	0,8
7 – Muito	6	5,0	2	1,7	1	0,8
Total	120	100,0	120	100,0	120	100,0

Na dimensão “terminus da consulta” (Quadro nº 39) verifica-se que na variável *orientações educativas*, 21,7% dos estudantes referem uma opinião próxima do nada, quanto à validação das orientações educativas efectuada pela enfermeira, enquanto 9,2% situam-se na modalidade “muito”; os dados tendem para o nível do nada validado pela enfermeira, quanto às orientações educativas. O contrário verifica-se quanto à *disponibilidade da enfermeira*, pois a maior concentração dos dados está compreendida entre os itens 4 e 7, sendo o percentual mais elevado, 25,8%, referente ao “muito” valorizada a disponibilidade da enfermeira e, apenas, 9,2% dos estudantes se

posicionam no “nada”. Estes dados tendem para o nível de muito valorizada a disponibilidade da enfermeira para o esclarecimento de dúvidas fora da consulta.

Quadro nº 39 – Terminus da consulta

	Orientações educativas		Disponibilidade	
	Fi	%	Fi	%
1 - Nada	18	15,0	11	9,2
2	26	21,7	10	8,3
3	15	12,5	12	10,0
4	19	15,8	17	14,2
5	20	16,7	20	16,7
6	11	9,2	19	15,8
7 – Muito	11	9,2	31	25,8
Total	120	100,0	120	100,0

Na perspectiva que se tem, vindo a desenvolver, face à caracterização do perfil dos estudantes do 1º ano e dos estudantes do 4º ano, apresenta-se a opinião dos estudantes por ano de curso para os aspectos que caracterizam a intervenção educativa do enfermeiro.

Relativamente à dimensão “organização do atendimento” (Quadro nº 40), na variável *adequada* verifica-se que 31,8% dos estudantes do 1º ano situam-se no nível intermédio, tendente para “muito”, ainda que, 21,2% se situe no item 3, comparativamente com os estudantes com os estudantes do 4º ano que referem 37% como nada adequado, reforçando com 31,5% o item, imediatamente, a seguir, o que parece enfatizar que a maioria dos estudantes do 4º ano referem nada adequada a organização do atendimento efectuada pela enfermeira. Quanto à organização ter sido *prejudicada* pela consulta ter sido interrompida, verifica-se uma homogeneidade na distribuição dos dados entre o 1º e o 4º ano, sendo os percentuais mais elevados 22,7% e 22,2%, respectivamente, tendentes para o muito prejudicada. Do mesmo modo, na variável *mobilizada* pela enfermeira a oportunidade de calendarizar a próxima consulta, verifica-se que existe uma distribuição homogénea dos dados, contudo, os estudantes do 1º ano apresentam uma maior concentração dos dados nos itens 4 a 7, correspondendo o percentual mais

elevado a 25,8% dos estudantes, que referem ter sido “muito” mobilizada. Comparativamente, com os estudantes do 4º ano, a maior concentração situa-se nos dois últimos itens, com 24,5% e 28,3% dos estudantes que também referem ter sido mobilizada.

Quadro nº 40 – Organização do atendimento – por ano de curso

	Adequada				Prejudicada				Mobilizada			
	1º Ano		4º Ano		1º Ano		4º Ano		1º Ano		4º Ano	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1 - Nada	5	7,6	20	37,0	4	6,1	-	-	2	3,0	1	1,9
2	5	7,6	17	31,5	16	9,1	8	14,8	1	1,5	5	9,4
3	14	21,2	10	18,5	11	16,7	5	9,3	7	10,6	4	7,5
4	21	31,8	4	7,4	13	19,7	11	20,4	14	21,2	9	17,0
5	11	16,7	1	1,9	9	13,6	6	11,1	15	22,7	6	11,3
6	9	13,6	1	1,9	15	22,7	12	22,2	10	15,2	13	24,5
7 – Muito	1	1,5	1	1,9	8	12,1	12	22,2	17	25,8	15	28,3
Total	66	100,0	54	100,0	66	100,0	54	100,0	66	100,0	53	100,0

Quando testada a relação de dependência entre a posição dos estudantes e o ano de curso (Quadro nº 42) verifica-se uma relação estatisticamente significativa na variável *adequada*⁶, não se verificando para as outras variáveis. O que permite afirmar que relativamente a esta dimensão, o ano de curso não se constitui, totalmente, como razão para as posições assumidas pelos estudantes.

⁶ Contudo os dois pressupostos do teste do χ^2 não são cumpridos – 21,4% das células têm frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada é inferior a 1 (0,9)

Quadro nº 41 – Valores do teste do qui-quadrado na dimensão – a organização do atendimento foi

	Valor do teste χ^2	Graus de liberdade	Nível de significância
*Adequada	41,72	6	0,000
*Prejudicada	7,31	6	0,29
*Mobilizada	7,95	6	0,24

Na dimensão “desempenho da enfermeira privilegiou” (Quadro nº 42), no *nível cultural* verifica-se que 21,2% dos estudantes do 1º ano se situam no item 3, sendo a maior concentração dos dados entre este mesmo item e o item 6, o que pressupõe que o nível cultural foi muito privilegiado pela enfermeira na opinião dos estudantes do 1º ano. Por outro lado, nos estudantes do 4º ano verifica-se que 35,2% referem que nada foi privilegiado e, ainda, 33,3% reforçam esta opinião situando-se no item 2. O que é revelador que os estudantes do 1º ano têm uma opinião contrária aos estudantes do 4º ano, quando privilegiam o nível cultural da mãe na consulta de saúde infantil. Quanto ao *nível sócio-económico*, o mesmo se verifica para os estudantes do 1º ano, a concentração dos dados situam-se no item 4 ao 6, com percentuais semelhantes, 22,7% dos estudantes que se situam próximo do muito privilegiado, face ao nível sócio-económico, ainda que, 6,1% dos estudantes se situe na modalidade de resposta de “muito”. Comparativamente, com os estudantes do 4º ano, observa-se uma maior concentração no início da escala de medida (item 1 a 3), verificando-se que 35,2% dos estudantes referem quase nada privilegiado e, ainda, 1,9% referem-no como “muito” privilegiado, o nível sócio-económico pela enfermeira. Quanto ao *nível educacional*, verifica-se análoga à anterior, constata-se que 30,3% dos estudantes do 1º ano se situam próximo do muito privilegiado, sendo a concentração dos dados nos itens 5, 6 e 7. Contrariamente, nos estudantes do 4º ano verifica-se a maior concentração dos dados nos itens 1 e 2, sendo o maior percentual, 33,3% que corresponde à modalidade de resposta “nada” privilegiado.

Quadro nº 42 – O desempenho da enfermeira privilegiou – por ano de curso

	Nível cultural				Nível sócio-económico				Nível educacional			
	1º Ano		4º Ano		1º Ano		4º Ano		1º Ano		4º Ano	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1 - Nada	5	7,6	19	35,2	5	7,6	14	25,9	2	3,0	18	33,3
2	8	12,1	18	33,3	7	10,6	19	35,2	7	10,6	17	31,5
3	14	21,2	8	14,8	6	9,1	12	22,2	5	7,6	3	5,6
4	10	15,2	4	7,4	14	21,2	4	7,4	8	12,1	7	13,0
5	12	18,2	1	1,9	15	22,7	1	1,9	10	15,2	3	5,6
6	11	16,7	1	1,9	15	22,7	3	5,6	20	30,3	1	1,9
7 – Muito	6	9,1	3	5,4	4	6,1	1	1,9	14	21,2	5	9,3
Total	66	100,0	54	100,0	66	100,0	54	100,0	66	100,0	54	100,0

O recurso ao teste do qui-quadrado (Quadro nº 43) permite dizer que as diferenças encontradas nos dois estratos são significativas para todas as variáveis desta dimensão. Parece emergir um nível de concordância face a esta dimensão, com os aspectos que caracterizam a intervenção educativa do enfermeiro, mais próximo para os estudantes do 4º ano, relativamente aos estudantes do 1º ano; o que sugere a formação com influência nos aspectos que caracterizam o desempenho da enfermeira na consulta de saúde infantil.

Quadro nº 43 – Valores do teste do qui-quadrado na dimensão – o desempenho da enfermeira privilegiou

	Valor do χ^2	Graus de liberdade	Nível de significância
*Nível cultural	34,00	6	0,000
*Nível sócio-económico	38,59	6	0,000
*Nível educacional	41,97	6	0,000

Quanto ao “diálogo da enfermeira” (Quadro nº 44), na variável *conhecimentos* verifica-se que a maior concentração de dados nos estudantes do 1º ano se situam entre os itens 3 e o 6, sendo o percentual 21,2% correspondente ao próximo do muito integrados os conhecimentos da mãe no diálogo com a enfermeira. Relativamente aos estudantes do

4º ano verifica-se o contrário, 33,3% dos estudantes referem que os conhecimentos “nada” foram integrados e, ainda, 25,9% reforçam esta opinião ao colocarem-se no item 2. No que se relaciona com as *crenças e valores*, observa-se uma maior distribuição dos dados nos estudantes do 1º ano, respectivamente dos itens 1 ao 4, sendo 22,7%, o percentual mais elevado assumindo um nível intermédio do nada incluídos as crenças e valores no diálogo da enfermeira. Sendo que, nos estudantes do 4º ano se apresenta 38,9% como o percentual mais elevado, que corresponde ao item 2 e para 31,5% dos estudantes “nada” foi incluído no âmbito das crenças e valores, no diálogo da enfermeira.

Por último, a *mobilização do património cultural da mãe para os aspectos nutricionais* por parte da enfermeira é referenciado a maior concentração dos dados, pelos estudantes do 1º ano, na segunda metade da escala de medida, correspondendo o valor mais elevado a 21,2%, que se aproxima do muito mobilizado o património cultural da mãe para os aspectos nutricionais, ainda que, 3% se situe no “nada” mobilizado pela enfermeira. Uma opinião discordante verifica-se, quando 31,5% dos estudantes do 4º ano se situam no quase nada mobilizado e, ainda, 22,2% referem ter sido “nada” mobilizado, sendo que, somente, 7,4% se posicionam no “muito” mobilizado. Os dados revelam algumas divergências face ao posicionamento mais adequado, quando se comparam as respostas dos estudantes do 1º e 4º anos.

Quadro nº 44 – No diálogo da enfermeira – por ano de curso

	Conhecimentos				Crenças e valores				Cultura/Nutrição			
	1º Ano		4º Ano		1º Ano		4º Ano		1º Ano		4º Ano	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1 - Nada	8	12,1	18	33,3	10	15,2	17	31,5	2	3,0	12	22,2
2	7	10,6	14	25,9	15	22,7	21	38,9	5	7,6	17	31,5
3	10	15,2	6	11,1	11	16,7	7	13,0	11	16,7	8	14,8
4	11	16,7	6	11,1	13	19,7	2	3,7	13	19,7	5	9,3
5	14	21,2	4	7,4	5	7,6	5	9,3	14	21,2	8	14,8
6	11	16,7	4	7,4	6	9,1	-	-	12	18,2	-	-
7 – Muito	5	7,6	2	3,7	6	9,1	2	3,7	9	13,6	4	7,4
Total	66	100,0	54	100,0	66	100,0	54	100,0	66	100,0	53	100,0

De igual forma, parece também nesta dimensão haver uma influência da formação na opinião dos estudantes em todas as variáveis, o que se comprova através da estatística inferencial⁷ (Quadro nº 45).

Quadro nº 45 – Valores do teste do qui-quadrado na dimensão – no diálogo da enfermeira

	Valor do χ^2	Graus de liberdade	Nível de significância
*Integrar no planeamento os conhecimentos da mãe em matéria de saúde	17,74	6	0,007
*Incluir no planeamento as crenças e os valores da saúde da mãe	18,76	6	0,005
*Mobilização do património cultural para os aspectos nutricionais e consumo de determinados alimentos	32,40	6	0,000

⁷ Na variável *integrar no planeamento os conhecimentos da mãe em matéria de saúde* não é cumprido o requisito de 20% das células terem frequência esperada inferior a 5 (35,7%)

Na dimensão “pressupostos da intervenção educativa” (Quadro nº 46), comparando as respostas dos estudantes do 1º e 4º anos face à variável *linguagem*, verifica-se que os primeiros apresentam a concentração de respostas na segunda metade da escala de medida, evidenciando-se o maior percentual, 27,3% no item 5, próximo do “muito” tido em consideração pela enfermeira a utilização dum linguagem apropriada. Enquanto o percentual mais relevado para os estudantes do 4º ano, 38,9% se situa no “nada” tido em consideração e, ainda, 29,6% referem como quase nada tido em consideração; estes dados sustentam que na opinião destes estudantes nada foi tido em consideração face à utilização dum linguagem apropriada ao orientar a mãe na intervenção educativa. Relativamente, à variável *conhecimento da forma e uso correcto de falar e escrever* verifica-se que os estudantes do 1º ano situam-se numa opinião intermédia, sendo o percentual mais elevado, 28,8%, que corresponde ao item 4, somente, 1,5% referem que “nada” foi tido em consideração. O contrário verifica-se, quando se observa a distribuição das respostas dos estudantes do 4º ano. Estes situam-se com 40,7% no “nada” tido em consideração, sendo a concentração de dados registada nos três primeiros itens e, somente, 3,7% dos estudantes referem “muito” tido em consideração pela enfermeira o uso correcto de falar e escrever da mãe. Quanto à variável *expressão dos sentimentos da interlocutora* observa-se que nos estudantes do 1º ano a distribuição dos dados situa-se entre os itens 3 e 5, sendo o maior percentual 27,3% correspondente ao item 5. Comparando com os estudantes do 4º ano, observa-se que 31,5% se situa no quase “nada” tido em consideração, 29,6% no item 3 e aparecendo os itens 5 a 7, com 3,7% respectivamente cada, expressando uma posição tendente ao “muito” tido em consideração. Estes valores são reveladores das diferenças de posicionamento dos estudantes do 1º e 4º anos nesta variável. Na variável *tom de voz adequado*, verifica-se que 31,8% dos estudantes do 1º ano se situam no item 3, a que se seguem os itens 2 e 1, numa linha do nada tido em consideração. Por outro lado, os estudantes do 4º ano situam-se mais de metade, 53,7%, no “nada” tido em consideração, o que sugere uma opinião concordante com o estímulo observado e reveladora do seu nível educacional. Por último, a *criação de um clima favorável* e observando as respostas dos estudantes do 1º e 4º anos, verifica-se nos primeiros um nível de concordância tendente para o muito tido em consideração, que se distribui entre os itens 3 e 7; enquanto que para os estudantes do 4º ano, existe no item 1 (nada), um percentual de 48,1%. O que significa que nada foi tido em consideração face à criação dum clima favorável pela enfermeira.

Quadro nº 46 – Pressupostos da intervenção educativa – por ano de curso

	Linguagem				Falar/Escrever				Sentimentos				Tom Voz				Clima favorável			
	1ºAno		4ºAno		1ºAno		4ºAno		1ºAno		4ºAno		1ºAno		4ºAno		1ºAno		4ºAno	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1 - Nada	2	3,0	21	38,9	1	1,5	22	40,7	2	3,0	12	22,2	10	15,2	29	53,7	3	4,5	26	48,1
2	4	6,1	16	29,6	9	13,6	15	27,8	4	6,1	17	31,5	13	19,7	15	27,8	6	9,1	13	24,1
3	9	13,6	9	16,7	14	21,2	9	16,7	13	19,7	16	29,6	21	31,8	5	9,3	15	22,7	9	16,7
4	10	15,2	5	9,3	19	28,8	4	7,4	12	18,2	3	5,6	5	7,6	2	3,7	12	18,2	2	3,7
5	18	27,3	1	1,9	10	15,2	1	1,9	18	27,3	2	3,7	6	9,1	1	1,9	12	18,2	1	1,9
6	15	22,7	-	-	9	13,6	1	1,9	9	13,6	2	3,7	9	13,6	1	1,9	13	19,7	1	1,9
7 – Muito	8	12,1	2	3,7	4	6,1	2	3,7	8	12,1	2	3,7	2	3,0	1	1,9	5	7,6	2	3,7
Total	66	100,0	54	100,0	66	100,0	54	100,0	66	100,0	54	100,0	66	100,0	54	100,0	66	100,0	54	100,0

Estes diferentes posicionamentos dos estudantes face a esta dimensão são estatisticamente significativos para todas as variáveis⁸ (Quadro nº 47). Neste sentido estes posicionamentos nas variáveis que integram os pressupostos da intervenção educativa do enfermeira são reveladoras de que os estudantes do 1º ano parecem evidenciar maior dificuldade na identificação dos aspectos que foram ou não tidos em consideração pela enfermeira. Contrariamente, os estudantes do 4º ano parecem identificar-se de forma mais consentânea com a realidade observada (vídeo), o que pode sugerir que as experiências de aprendizagem influenciaram a opinião dos estudantes.

Quadro nº 47 – Valores do teste do qui-quadrado na dimensão – pressupostos da intervenção educativa

	Valor do χ^2	Graus de liberdade	Nível de significância
*A utilização duma linguagem apropriada	57,75	6	0,000
*O conhecimento da forma e uso correcto de falar e escrever	45,23	6	0,000
*Expressão de sentimentos da interlocutora	40,97	6	0,000
*Tom de voz adequado	29,94	6	0,000
*Criação dum clima favorável	49,64	6	0,000

Na dimensão “a enfermeira teve em consideração” (Quadro nº 48), na variável *acessibilidade ao centro de saúde* verifica-se que os estudantes do 1º ano apresentam a maior concentração de dados na primeira metade da escala de medida, sendo que o percentual mais elevado, 27,3%, se situa no item 2, ou seja, próximo do “nada” tido em consideração, apenas 1,5% dos estudantes se identificam como próximo do “muito” tido em consideração (item 6). Comparando com os estudantes do 4º ano, verifica-se que o percentual mais elevado, 44,4%, corresponde ao item 2, observando-se, ainda que, 33,3% referem que a enfermeira “nada” teve em consideração quanto à *acessibilidade ao centro de saúde*. Relativamente, aos *recursos de saúde* observa-se que os estudantes

⁸ Nas variáveis *conhecimento da forma, uso correcto de falar e escrever* e *tom de voz adequado* o requisito de 20% das células não terem frequência esperada inferior a 5 não é cumprido (28,6% e 50,0%, respectivamente)

do 1º ano apresentam os percentuais mais elevados entre os itens 2 e 4, com maior expressão no item 3 - 30,3%, evidenciando-se, deste modo, uma opinião tendente para o nada tido em consideração pela enfermeira acerca dos recursos de saúde. O mesmo se verifica para os estudantes do 4º ano, registando-se para os itens 1 (nada) e 2, valores de 38,9% e 35,2%, respectivamente, que reflectem, claramente, uma opinião para o nada tido em consideração. Quanto à variável *motivação*, verifica-se que 28,8% dos estudantes do 1º ano se posicionam no item 5, notando-se a maior concentração de casos entre os itens 5 e 7, emergindo uma posição tendencial para o muito tido em consideração pela enfermeira a motivação para a promoção da saúde e prevenção da doença. Noutro sentido, parecem ser as respostas dos estudantes do 4º ano, já que os maiores percentuais encontram-se entre os itens 1 e 3, e dizem respeito a mais de metade dos estudantes, o que revela uma opinião para o nada tido em consideração. No que respeita à variável *visitação domiciliária*, observa-se que 29,2% dos estudantes do 1º ano se situam no item 6- 23,1% no item 5 e 13,8% no item 7 (muito), o que expressa uma posição tendente para o muito tido em consideração pela enfermeira a possibilidade de visita domiciliária. Nos estudantes do 4º ano constata-se uma distribuição dos valores ao longo da escala de resposta, surgindo no item 3 o maior valor, 24,1% e os mais baixos nos itens 2 e 7, 5,6% e 9,3%, respectivamente, facto que parece revelar não existir nestes estudantes uma opinião homogénea, contrariando a dos estudantes do 1º ano. Relativamente à variável *rede familiar de suporte* verifica-se que para os estudantes do 1º ano uma maior distribuição dos dados entre os itens 3 e 6, correspondendo respectivamente, 23,1% ao item 3 e 6, o que transparece uma opinião que oscila entre o intermédio e o tendente para o muito tido em consideração pela enfermeira a rede familiar de suporte. Já para os estudantes do 4º ano, constata-se que 39,6% referem que “nada” foi tido em consideração, surgindo os itens 2 e 3 com os percentuais seguintes mais elevados, 20,8% e 18,9% -, somente, 1,9% o referem como “muito” tido em consideração. Do mesmo modo, observa-se na variável *envolvimento das actividades* que 29,2% dos estudantes do 1º ano se enquadram no item 4, com uma dispersão de respostas concentrada entre os itens 3 e 6, o que mostra um nível intermédio de concordância. Nos estudantes do 4º ano regista-se uma concentração de respostas nos itens 1, 2 e 3, com maior valor no item 3 – 33,3%, emergindo uma posição para o nada tido em consideração pela enfermeira quanto ao envolvimento nas actividades da mãe. Na última variável *feed-back transmitido* verifica-se que existe uma

aparente distribuição homogénea das respostas dos estudantes do 1º ano, com o percentual mais elevado no item 4 - 28,8%, revelador duma posição intermédia. No entanto, os estudantes do 4º ano revelam, à semelhança da variável anterior, uma opinião tendente para o nada concordante, pois os três primeiros itens agregam mais de metade das respostas.

Quadro nº 48 – A enfermeira teve em consideração – por ano de curso

	Acessibilidade		Recursos de saúde		Motivação		Visitação domiciliária		Rede Familiar		Envolvimento nas actividades		Feed-back	
	1ºAno N=66	4ºAno N=54	1ºAno N=66	4ºAno N=54	1ºAno N=66	4ºAno N=54	1ºAno N=66	4ºAno N=54	1ºAno N=66	4ºAno N=54	1ºAno N=66	4ºAno N=54	1ºAno N=66	4ºAno N=54
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1 - Nada	15,2	33,3	4,5	38,9	-	20,4	7,7	14,8	1,5	39,6	-	24,1	-	16,7
2	27,3	44,4	18,2	35,2	6,1	24,1	7,7	5,6	10,8	20,8	7,7	33,3	7,6	31,5
3	13,6	11,1	30,3	13,0	10,6	25,9	10,8	24,1	23,1	18,9	24,6	20,4	13,6	20,4
4	21,2	3,7	22,7	5,6	13,6	14,8	7,7	16,7	20,0	11,3	29,2	16,7	28,8	13,0
5	16,7	1,9	12,1	3,7	28,8	5,6	23,1	11,1	15,4	5,7	18,5	-	18,2	9,3
6	1,5	3,7	10,6	-	24,2	3,7	29,2	18,5	23,1	1,9	15,4	1,9	16,7	1,9
7 – Muito	4,5	1,9	1,5	3,7	16,7	5,6	13,8	9,3	6,2	1,9	4,6	3,7	15,2	7,4

A forma como os estudantes se posicionam nas diferentes variáveis é estatisticamente significativa⁹, à excepção da variável *visitação domiciliária* (Quadro nº 49). O que confirma que o ano de curso influenciou esta posição, pois os estudantes do 1º ano ao apresentarem maior discriminação pelas diferentes modalidades de resposta, manifestam maior dificuldade em avaliar esta dimensão, comparativamente com os estudantes do 4º ano, que tendem a assumir um posicionamento mais ou menos concordante com os aspectos em causa, evidenciando uma capacidade reflexiva e analítica.

Quadro nº 49 – Valor do teste do qui-quadrado na dimensão – a enfermeira teve em consideração

	Valor do χ^2	Graus de liberdade	Nível de significância
*Acessibilidade ao centro de saúde	21,42	6	0,002
*Informação existente acerca dos recursos de saúde	39,47	6	0,000
*Motivação para a promoção da saúde e prevenção da doença	44,5	6	0,000
*Deslocação ao seu contexto habitacional/a possibilidade de visita domiciliária	11,00	6	0,088
*Rede familiar de suporte	39,66	6	0,000
*Envolvimento das actividades que foram sendo desenvolvidas	43,76	6	0,000
*Feed-back transmitido	34,21	6	0,000

No que concerne à dimensão “responsabilização da mãe” (Quadro nº 50), na variável *enfermeiros* regista-se que os estudantes do 1º ano se situam, maioritariamente, entre os itens 3 e 5, sendo o valor mais elevado, 28,8%, referente ao item 4, o que denota uma posição intermédia neste âmbito. Para os estudantes do 4º ano observa-se que os itens mais contemplados são os 1, 2 e 3, com mais de metade das respostas, obtendo-se no item 1 (nada) 33,3% das respostas. Evidencia-se, desta forma, uma opinião divergente

⁹ Nas variáveis *acessibilidade ao centro de saúde*; *informação existente acerca dos recursos de saúde* e *envolvimento das actividades que foram sendo desenvolvidas* o requisito 20% das células não terem frequência esperada inferior a 5 não se cumpriu (28,6%; 35,7% e 21,4%, respectivamente)

entre os dois grupos de estudantes, o que parece sugerir a importância relevada pelos estudantes do 4º ano, em relação aos do 1º ano, face à identificação do seu papel como futuro enfermeiro. Quanto à variável *cônjuge* há a realçar a mesma dispersão de respostas nos estudantes do 1º ano, nomeadamente, entre os itens 1 a 5, com o valor mais elevado no item 4 - 28,8%; enquanto nos estudantes do 4º ano existe um nítida posição para o nada tido em consideração pela enfermeira, o cônjuge da utente, pois 66,7% assinalam o item 1 (nada). Na variável *grupo de pares* regista-se para os dois grupos posições muito semelhantes à descrita anteriormente.

Quadro nº 50 – Responsabilização da mãe – por ano de curso

	Enfermeiros				Conjuge				Grupo de Pares			
	1º Ano		4º Ano		1º Ano		4º Ano		1º Ano		4º Ano	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1 - Nada	3	4,5	18	33,3	9	13,6	36	66,7	8	12,1	34	63,3
2	4	6,1	15	27,8	16	24,2	12	22,2	18	27	14	25,9
3	11	16,7	9	16,7	9	13,6	5	9,3	8	3	5	9,3
4	19	28,8	4	7,4	19	28,8	-	-	16	12,1	-	-
5	17	25,8	5	9,3	9	13,6	-	-	15	24,2	-	-
6	7	10,6	2	3,7	3	4,5	-	-	1	22,7	-	-
7 – Muito	5	7,6	1	1,9	1	1,5	1	1,9	-	1,5	1	1,9
Total	66	100,0	54	100,0	66	100,0	54	100,0	66	100,0	54	100,0

Em relação às variáveis que integram a dimensão “responsabilização da mãe”, constata-se que de uma forma geral os estudantes do 4º ano afirmam que nada ou quase nada foi tido em consideração pela enfermeira no processo educativo. Em oposição os estudantes do 1º ano evidenciam opiniões mais intermédias.

A procura de associações significativas entre estas diferentes posições e o ano de curso mostra que é estatisticamente significativa estas diferenças para todas as dimensões¹⁰ (Quadro nº 51).

Quadro nº 51 – Valores do teste do qui-quadrado na dimensão - a responsabilidade da mãe

	Valor do χ^2	Graus de liberdade	Nível de significância
*Enfermeiros	38,24	6	0,000
*Cônjuge	48,2	6	0,000
*Grupo de pares	49,58	6	0,000

Quanto à dimensão “terminus da consulta” (Quadro nº 52), na variável *validação orientações educativas* os estudantes do 1º ano referem uma posição intermédia, quando se distribuem pelos itens 4 e 5, com 25,8%, respectivamente. Nos estudantes do 4º ano registam-se os maiores percentuais nos itens 2 e 1, com 38,9% e 33,3%, em cada, o que sustenta uma posição de que nada foi valorizado pela enfermeira, com respeito à validação das orientações educativas. Por último, na variável *disponibilidade* verifica-se que 36,4% dos estudantes do 1º ano referem “muito” valorizado pela enfermeira a disponibilidade, ao assinalarem o item 7, observando-se que a maioria se posicionou nos itens 5 a 7. Enquanto, para os estudantes do 4º ano emerge uma opinião intermédia, pois os itens mais pontuados são o item 4 e o item 5, com 24,1% e 20,4%, respectivamente, de salientar que 14,8% afirmam “nada” ter sido valorizado pela enfermeira quanto à sua disponibilidade para esclarecimento de dúvidas fora da consulta.

¹⁰ Contudo os requisitos não são cumpridos:

1ª variável – 28,6% das células têm frequência esperada inferior a 5

2ª variável – 42,9% das células têm frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada é de 0,9

3ª variável – 28,6% das células têm frequência esperada inferior a 5 e a frequência esperada é de 0,45

Quadro nº 52 – Terminus da consulta – por ano de curso

	Orientações Educativas				Disponibilidade			
	1º Ano		4º Ano		1º Ano		4º Ano	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1 - Nada	-	-	18	33,3	3	4,5	8	14,8
2	5	7,6	21	38,9	3	4,5	7	13,0
3	8	12,1	7	13,0	7	10,6	5	9,3
4	17	25,8	2	3,7	4	6,1	13	24,1
5	17	25,8	3	5,6	9	13,6	11	20,4
6	10	15,2	1	1,9	16	24,2	3	5,6
7 – Muito	9	13,6	2	3,7	24	36,4	7	13,0
Total	66	100,0	54	100,0	66	100,0	54	100,0

De acordo com os dados apresentados referentes a esta dimensão, parece evidenciar-se o posicionamento dos estudantes do 4º ano como mais adequado face ao desempenho da enfermeira visualizado no videograma, ao passo que os estudantes do 1º ano manifestam uma posição não tão concordante com a situação estímulo. O que se comprova pela utilização do teste do qui-quadrado (Quadro nº 53), existe relação estatisticamente significativa entre a opinião dos estudantes face ao terminus da consulta e o ano de curso.

Quadro nº 53– Valor do teste do qui-quadrado na dimensão – terminus da consulta

	Valor do χ^2	Graus de liberdade	Nível de significância
*Validação das orientações educativas	60,78	6	0,000
*Disponibilidade da enfermeira	26,45	6	0,000

2 – Discussão

Constituindo-se a problemática do estudo, em torno da produção de uma metodologia adequada visando a identificação das capacidades que os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem adquirem para serem educadores para a saúde, na formação pré-graduada e, sendo que se assumem como conceitos centrais ao desenvolvimento desta investigação, o processo de formação, a educação para a saúde e a multiculturalidade, construiu-se um dispositivo metodológico que se pretendeu, integrador com esta perspectiva.

Ao valorizar-se a aprendizagem na experiência, como fundamental no desenvolvimento do estudante e, bem assim, a consciencialização das capacidades que enformam as suas práticas, considerou-se a utilização da imagem através do vídeo, especificamente na realização do videograma que se adoptou, e ainda o recurso ao questionário, como técnicas de pesquisa possíveis, à caracterização das respostas à problemática em estudo.

Todos estes aspectos se afiguram como essenciais, quando se mobilizam das Ciências da Educação em geral e da Enfermagem em particular subsídios que permitam a reflexão do estudante em aspectos concretos da sua prática, visando a produção e, não só a (re)produção de novos saberes na formação em enfermagem.

Assim, perspectivando o dispositivo metodológico, coerente com os eixos teóricos em análise, pretende-se que o mesmo seja facilitador à organização e discussão no âmbito da problemática em estudo. Neste sentido, apresenta-se a discussão dos resultados e da metodologia, baseada na estrutura do movimento metodológico, ao nível dos conhecimentos, atitudes e dos comportamentos dos estudantes face à educação para a saúde a mães de etnia cigana.

Conhecimentos

A caracterização das concepções de educação para a saúde que se encontrou nas três dimensões, revelam um conhecimento alicerçado no desenvolvimento pessoal do estudante, onde se verificou a formação em enfermagem como influenciadora desse desenvolvimento. Verificou-se ainda que a variável ano de curso, influencia os conhecimentos dos estudantes, nomeadamente para os aspectos conceptuais do “saber fazer”. Prevalece nos estudantes do 1º ano uma visão da concepção de educação para a saúde muito centrada nos aspectos informativos em matéria de saúde, independentemente do contexto individual e familiar ao qual se dirigem. A fraca valorização para os factores que influenciam os comportamentos e, ainda o não reconhecimento dos recursos individuais em matéria de saúde, são aspectos que caracterizam o perfil dos estudantes do 1º ano.

Contrariamente, os estudantes do 4º ano revelam uma concepção de educação para a saúde mais integrativa, para os aspectos do planeamento educacional, da aprendizagem dos comportamentos e do respeito pelas diversidades da pessoa. Tal aponta para a importância das experiências de aprendizagem em contexto de ensino clínico, nesta aquisição de conhecimentos que se faz através do paradigma educacional, para que os estudantes sejam capazes de reflectir sobre as suas práticas de cuidados, ao nível do processo de formação.

Atitudes

A procura de um perfil dos estudantes por ano de curso, face aos aspectos estruturadores das actividades de educação para a saúde, revelou-se a um nível de concordância consensual entre os estudantes do 1º ano e os estudantes do 4º ano, o que sugere um perfil sobreponível ao conjunto dos estudantes. Salienta-se a clara valorização dos mesmos para as atitudes ligadas ao domínio afectivo, o que se considera ser devido aos aspectos relacionais e de comunicação que são “comuns” à interacção com as pessoas e neste sentido transversal ao conjunto dos estudantes.

Contudo, verificou-se que os estudantes do 1º ano, revelaram atitudes pouco sustentadas ao nível do domínio cognitivo. Nomeadamente para a adequação dos

métodos educativos nas diferentes abordagens assim como no reconhecimento das diversidades culturais face aos destinatários das actividades a desenvolver. Este facto justifica a influência da formação no processo de aprendizagem e de desenvolvimento do estudante, paralelamente às experiências de aprendizagem e à reduzida capacidade de análise e de reflexão, conseguida ainda numa fase precoce da formação pré-graduada em enfermagem. Em concordância com estes aspectos, os estudantes do 4º ano revelaram atitudes muito consentâneas com o desejável quando se desenvolvem actividades de educação para a saúde no âmbito da diversidade cultural, concretamente na valorização do planeamento educacional dirigido às necessidades e problemas dos destinatários.

Comportamentos

Como se referiu, pretendeu-se num primeiro momento identificar os conhecimentos e caracterizar as atitudes dos estudantes face à educação para a saúde a mães de etnia cigana. Num segundo momento e, utilizando o vídeo como estímulo para o “conhecimento da acção”, pretendeu-se caracterizar a intervenção educativa através das capacidades adquiridas pelos estudantes no âmbito da educação para a saúde.

Neste contexto, valoriza-se a produção do videograma, como um dispositivo metodológico que possibilitou uma atitude reflexiva pelos estudantes face à caracterização da intervenção educativa do enfermeiro no âmbito da educação para a saúde. Verificou-se que os estudantes do 4º ano identificaram de forma mais evidente o desempenho da enfermeira na consulta de saúde infantil, o que sugere a influência da formação e, bem assim da capacidade reflexiva e analítica demonstrada face à caracterização da intervenção educativa. Por outro lado, os estudantes do 1º ano evidenciam maiores dificuldades na identificação destes mesmos aspectos, o que é revelador do processo de socialização e de desenvolvimento do estudante como “sujeito da sua socialização” ainda numa fase precoce para as experiências que vivenciou ao nível do ensino em enfermagem, sendo estas consideradas como geradoras de mudanças de comportamento, permitindo que o estudante seja capaz de realizar determinadas actividades no âmbito da intervenção educativa.

Nesta concepção considera-se a metodologia utilizada – vídeo-formação - como um dispositivo metodológico favorecedor de uma transferência reflexiva de conteúdos teórico-práticos pelos estudantes. Considera-se que o mesmo possa ser (re)utilizado em contextos vários, permitindo através do estímulo vídeo uma atitude reflexiva, activa e construtiva do estudante.

CAPÍTULO 4

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

1 – Conclusões e sugestões

Terminado um percurso de investigação, que visou a produção de uma metodologia para a identificação das capacidades que adquirem os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem para serem educadores para a saúde, no âmbito dos hábitos alimentares à criança de etnia cigana, no primeiro ano de vida; desenvolvem-se em torno dos três eixos organizadores de todo este processo: conhecimentos, atitudes e comportamentos. Procurar-se-ão os aspectos consonantes e dissonantes dos estratos em causa, visando o contexto da formação pré-graduada em enfermagem enquanto facilitador do desenvolvimento de capacidades na educação para a saúde.

Quanto à metodologia

A utilização do videograma como dispositivo promotor do estímulo a uma atitude reflexiva no estudante, revelou-se de grande importância formativa, permitindo, através dos eixos organizadores de todo o movimento metodológico, levar à identificação das capacidades que os estudantes adquirem no âmbito da educação para a saúde. A produção de um dispositivo metodológico desta natureza, permitiu reconhecer num primeiro momento as potencialidades do “vídeo-formação” na aprendizagem reflexiva do estudante e num segundo momento e procurando novas respostas aos problemas, confirma-se o carácter não estanque de toda a investigação e a importância da sua continuidade em estudos futuros.

Quanto aos resultados

Relativamente ao domínio dos conhecimentos os aspectos conclusivos centram-se ao nível de um conceito indiferenciado para os estudantes do 1º ano, mais próximo do

“senso comum”. Contrariamente aos estudantes do 4º ano, que por via das experiências de aprendizagem em ensino clínico salientam claramente a importância da diferenciação às diversidades do grupo.

No âmbito das atitudes enfatizam-se no domínio afectivo os aspectos relacionais e comunicacionais em ambos os grupos, embora por vias distintas a saber: relativamente ao 1º ano a manifestação do domínio afectivo evidencia-se de um ponto de partida inespecífico do ponto de vista cognitivo, enquanto que no 4º ano, a valorização deste domínio é feita a partir de uma integração evidente dos domínios cognitivo e afectivo, pois que a expressão dos “afectos” se entende como facilitadora do desenvolvimento das capacidades do educador para a saúde em situação.

No que concerne ao domínio dos comportamentos, tal como seria de esperar, os estudantes do 1º ano vinculam-se aos aspectos mais apelativos do vídeo, tradicionalmente mais “estéticos” donde se salienta o próprio “folclore” do desempenho educativo da enfermeira (mãe cigana). Por outro lado, os estudantes do 4º ano evidenciando aquisições desenvolvidas ao longo do percurso do processo de formação, identificam os aspectos menos correctos de desempenho dos actores no vídeo a favor da sua capacidade reflexiva e analítica.

Em concordância com todos estes aspectos, emerge a importância do processo de formação pré-graduada no desenvolvimento de capacidades, essencialmente nos domínios cognitivo e afectivo dos estudantes, pese embora a necessidade de maior aprofundamento destas mesmas capacidades no percurso de formação a desenvolver ao longo da vida.

No âmbito das sugestões relevantes, salienta-se a necessidade de outras investigações que possibilitem a compreensão da menor visibilidade dos resultados obtidos no domínio psicomotor, sugerindo-se a diversificação de técnicas de pesquisa, tais como a observação participante, uma vez que neste domínio se torna imprescindível a análise do “saber fazer”.

Estudando uma amostra alargada a outras escolas de enfermagem, a complementaridade dos dados obtidos permitirá estruturar de forma transversal ao processo de formação em enfermagem neste momento em Portugal, o perfil de capacidades do estudante quando termina a formação pré-graduada. A triangulação metodológica é também uma hipótese de continuidade desta investigação, prevendo-se como vantagens daí decorrentes, não só a extensividade mas também a intensividade do estudo desta problemática.

Do ponto de vista da formação pré-graduada em enfermagem surge como aspecto fundamental a introdução precoce dos conteúdos que concernem à educação para a saúde em ensino teórico, de modo a que possam, igualmente, ser mobilizadas desde as primeiras experiências em aprendizagem no ensino clínico e das experiências de aprendizagem em ensino clínico no sentido da promoção da diferenciação do estudante à diversidade dos grupos nos quais ele intervém.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (1997). Prefácio In Sá-Chaves (Org.). *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I.; Oliveira, L.; Santiago, R.A. (1997). Percursos na formação de adultos. A propósito do modelo de M. Lesne. In Sá-Chaves, *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora. p. 11-36.
- Amendoeira, J. (1999). *A Formação em enfermagem: Que conhecimentos? Que contextos?*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, não publicada, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.
- Barth, B. M. (1996). *O saber em construção*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos.
- Bloom, B. S.; Engelhart, M. D.; Furst, J.E.; Hill, W.H.; Krathwohl, D. R. (1978a) – *Taxionomia de objectivos educacionais – 1-domínio cognitivo – (7ª ed)*. Porto Alegre: Editora Globo.
- Bloom, B. S.; Engelhart, M. D.; Furst, J.E.; Hill, W.H.; Krathwohl, D. R. (1978b) – *Taxionomia de objectivos educacionais – 2-domínio afectivo – (7ª ed)*. Porto Alegre: Editora Globo.
- Bryman, A ; Cramer, D. (2003). *Análise dos dados em ciências sociais*. Oeiras: Celta Editora.
- Bury, J. A. (1988). *Éducation pour la santé: concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles: De Boeck - Wesmael.
- Calado, I. (1994). *A Utilização educativa das imagens*. Porto: Porto Editora.
- Carvalho, M.T.R.(2001). O vídeo-gravador na observação de classes. In Estrela, A ; Ferreira, J. (Org.). *Actas do X Colóquio, Tecnologias em educação: estudos e*

investigações. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação; Fundação Calouste Gulbenkian; Instituto de Inovação Educacional.

Centro de Investigações Ciganas da Universidade René Descartes (CICURD) (2001).

Que sorte ciganos na nossa escola!. Lisboa: Coleção Interface. Presidência do Conselho de Ministros, Ministério da Educação.

Costa, M. A. M.; Mestrinho, M. G.; Sampaio, M. J. (2000). *Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação*. Lisboa: Ministério da Saúde; Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

D'Ancona, Maria Angeles (1996) *Metodologia cuantitativa. Estratégias y técnicas de investigación social*. Madrid. Editorial Sinesis.

Danis, C.; Solar, C. (2001). Aprendizagem e desenvolvimento dos adultos: uma perspectiva. In Danis, C.; Solar *Aprendizagem e desenvolvimento dos adultos* (pp. 11-20). Lisboa: Instituto Piaget

Danis, C. (2001). Processos de aprendizagem dos adultos numa perspectiva de desenvolvimento. In Danis, C.; Solar *Aprendizagem e desenvolvimento dos adultos* (pp. 21-93). Lisboa: Instituto Piaget

Danis, C.; Solar, C. (2001). Aprendizagem e desenvolvimento dos adultos: uma relação dinâmica. In Danis, C.; Solar *Aprendizagem e desenvolvimento dos adultos* (pp. 283-296). Lisboa: Instituto Piaget

Downie, R.S.; Tannahill, C.; Tannahill, A.(1996). *Health Promotion – Models and Values* (2ª ed.) New York: Oxford University Press Inc.

Fernandes, J. J. S. (2001). *O doente de etnia cigana_- uma visão dos enfermeiros*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Fody, W. (1996). *Como perguntar – teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.

- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação*. Lisboa: Lusociência.
- Ghiglione, R.E.; Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Green, L.W. ; Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planing – an educational and environmental approach* (2^a ed.). United States of America: Mayfield Publishing Company.
- Hill, M.M.; Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Josso, C. (1991). *Cheminer vers soi. Lausanne : L'Age d'Homme*.
- Kérouac, S. et al (1994). *La pensée infirmière: concepts et strategies – Québec: Maloine*
- Le Boterf, O. (1994). *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Éditions d'Organisation.
- Leninger, M. M. (1994). *Nursing and anthropology: two worlds to blend*. Ohio: Greyden Press
- Leninger, M. M. (1998). Enfermagem transcultural: imperativo da enfermagem mundial. *Enfermagem*. 10, pp. 32-36
- Leninger, M. (2001). *Culture care diversity and universality : a theory of nursing*. Boston: NCN
- Lesne, M. (1977). *Trabalho pedagógico e formação de adultos – Elementos de Análise*. (Domingos, H. Trad). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Loureiro, I.; Matos, M.G.; Sardinha, L.B. (1999). *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Maglaive, G. (1995). *Ensinar adultos*. (M.L.A. Pereira, M.A.O. e M.M.M. Ferreira Trads.). Porto: Porto Editora (Obra original publicada em 1993)

- Manderscheid, J.C. (1994). Modèles et principes en education pour la santé. *Revue Française de Pédagogie*.107, pp.81-96
- Manderscheid, J.C. (1996). Quelles recherches pour l'éducation à la santé ?. *Revue Française de Pédagogie*.114, pp.53-65
- Marques, M. M. (1995). Desenvolvimento pessoal. *Dirigir*. 42, pp. 1-12.
- Mendes, M.G.A. (1994). *Construção e validação de um instrumento de medida (Escala de atitudes cuidativas)*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, não publicada, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003). *Saúde que rupturas?*, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- OMS - Carta de Ottawa. 1969. *Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde*.
- Pestana, M.T.A.A T. (1996). *A formação dos enfermeiros e a educação para a saúde num contexto multicultural*. Revista Portuguesa de Enfermagem. 1, p183-303.
- Pestana, M.H.; Gageiro, J.N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais - A Complementaridade do SPSS (2ª ed.)*.Lisboa: Edições Sílabo, Lda
- Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEnfS (2002)
- Polit, D.F.; Hungler, B.P. (1985). *Investigacion científica en ciencias de la Salud*. (2ª ed.). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Portugal. Ministério da Saúde. *Saúde em Portugal: Uma estratégia para virar o século*. 1998-2002. Lisboa: Ministério da Saúde. 1998.
- Queirós, AA.; Silva, L.C. C.; Santos, E. M. (2000) – *Educação em enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Quivy, R.; Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. (1ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Rochon, A. (1991). *Educación para la salud*. Barcelona: Masson, S.A
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Russel, N. (1996). *Manual de educação para a saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Schön, D.A. (2000). *Educando o profissional reflexivo – um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul
- Sá-Chaves, I. (2000). Formação, competências e conhecimento profissional. In Sá-Chaves, *Formação, conhecimento e supervisão*. Aveiro: Imprensa de Coimbra. P.95-105.
- Sá-Chaves, I. (2000). O conhecimento profissional do professor: análise multidimensional usando representação fotográfica. In Sá-Chaves, *Formação, conhecimento e supervisão*. Aveiro: Imprensa de Coimbra. P.53-67.
- Silva, L.F.(2001). *Saúde dos ciganos portugueses*. Lisboa: Centro de Estudos das Migrações e Relações Interculturais – Universidade Aberta.
- Simão, A.M.V. (2001). O vídeo como meio de estimular a prática reflexiva dos professores. In Estrela, A ; Ferreira, J. (Org.). Actas do X Colóquio, *Tecnologias em educação: estudos e investigações*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação; Fundação Calouste Gulbenkian; Instituto de Inovação Educacional.
- Tavares, J. (1997). A Formação como construção do conhecimento científico e pedagógico. In Sá-Chaves, *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora. p. 61-73.
- Tuckman, B. W. (2002) – *Manual de investigação em educação* – (A.R. Lopes trad). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (obra original 4ªed-1994)