



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

QUELIANE GOMES DA SILVA CARVALHO

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR E AS PRÁTICAS DE
CUIDADO DE ENFERMEIROS

FORTALEZA

2018

QUELIANE GOMES DA SILVA CARVALHO

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR E AS PRÁTICAS DE
CUIDADO DE ENFERMEIROS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da saúde. Linha de pesquisa: Enfermagem e a Educação em saúde. Grupo de Pesquisa: Família, Ensino, Pesquisa e Extensão (FAMEPE).

Orientadora: Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

CARVALHO, QUELIANE GOMES DA SILVA.
PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR E AS PRÁTICAS DE CUIDADO DE
ENFERMEIROS / QUELIANE GOMES DA SILVA CARVALHO. – 2018.
166 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira.

1. Promoção da saúde. 2. Atenção terciária à saúde. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. Hospitais. 5.
Enfermeiro. I. Título.

CDD 610.73

QUELIANE GOMES DA SILVA CARVALHO

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR E AS PRÁTICAS DE
CUIDADO DE ENFERMEIROS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da saúde. Linha de pesquisa: Enfermagem e a Educação em saúde. Grupo de Pesquisa: Família, Ensino, Pesquisa e Extensão (FAMEPE).

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Joselany Áfio Caetano
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Profa. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Universidade Regional do Cariri (URCA)

Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Profa. Dra. Patrícia Neyva da costa Pinheiro (Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert (Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Hoje, estou encerrando mais um ciclo de minha vida - O doutorado - ele fez parte de meu aprimoramento acadêmico, e também me fez crescer como pessoa, enfermeira, professora, aluna, mulher e tantos outros papéis que assumimos no nosso dia a dia. Por meio dele, conheci pessoas importantes, aprendi com elas e entendi ainda mais que a bagagem que carregamos conosco pode ser mais leve quando contamos com pessoas dispostas a aliviar nossos sentimentos e os fardos impostos durante um longo caminho de crescimento.

Obrigada “Painho” e “Mainha”, Dilson e Odieze, por me mostrarem a importância do estudo, de fazer sempre o que é certo, pelo apoio incondicional apesar da frase “Queliane, o que você está inventando agora!?” Todas as vezes que eu contava alguma novidade ou meus planos no doutorado. Obrigada as minhas irmãs Cristiane e Jaqueline, pelo apoio e pelas risadas sempre, perto ou distante sempre estavam lá por mim.

Obrigada Erich, meu amor, por estar do meu lado incondicionalmente, pelo apoio, pelo ombro amigo, pelas noites ao meu lado, somente me fazendo companhia enquanto eu trabalhava nas várias etapas de meu estudo.

À Profa Dr. Neiva Francenely Cunha Vieira pela confiança depositada em mim ao aceitar-me como sua orientanda, pela serenidade em propor uma mudança de tema de doutorado, pelo qual não tenho palavras para expressar o quanto sou feliz em ter estudado e encontrado o eixo onde quero continuar meus estudos e pesquisas, por ser um exemplo do que é fazer pesquisa e ser pesquisadora. Eu poderia escrever uma folha inteira de agradecimentos a essa professora/pessoa exemplo de garra, humildade, força, sabedoria e ternura, muitos foram os sorrisos e lágrimas de dor e felicidade nesses últimos quatro anos. Sei que posso contar com a senhora sempre, e sei que a senhora poderá sempre contar comigo.

À Universidade Federal de Pernambuco e ao Departamento de Enfermagem-UFPE, por autorizar-me a realizar este doutorado, e à Universidade Federal do Ceará, pela oportunidade a mim concedida em cursar o doutorado em Enfermagem nesta instituição.

Muito obrigada colegas de turma do doutorado e do mestrado 2014, aprendi muito com cada um de vocês. Em especial: Thábyta Araújo, Ana Cristina Costa, Ana Larissa machado, Stella Maia. Cada uma de vocês me ensinaram algo, levo nossa amizade como um grande fruto desse ciclo.

Muito obrigada aos amigos Rebeca Cabral, Arthur ferreira e Lúcio Ferreira, por terem sido meu apoio em Pernambuco, quando eu estava em terras cearenses. As conversas, os

conselhos, risos e encontros marcados e desmarcados (quase sempre), e por entenderem meus momentos de ausência.

Ao projeto de extensão AIDS e ao grupo de pesquisa FAMEPE, pela acolhida e o quanto me ensinaram sobre pesquisa e extensão.

À professora Fabiane Gubert, pelas várias tardes e conversas sobre meu projeto de pesquisa e o quanto suas ideias e seu conhecimento me ajudaram no delineamento deste estudo.

Muito obrigada à banca de qualificação e defesa de doutorado. Suas considerações tornaram este trabalho melhor e agradeço o tempo despendido por cada um de vocês.

Também à *University of British Columbia e School of Nursing*, pela oportunidade de cursar meu doutorado Sanduíche e pelo suporte prestado durante um ano de muito aprendizado. Ao governo do Canadá, *Global Affairs Canadá*, pela concessão da bolsa de estudos ELAP (*Emerging Leaders of the America Program*) e pela oportunidade de participar do *ELAP Tour 2017*, em Ottawa-ON-Canadá.

À Profa. Dra. Jennifer Kryworuchko, pelo apoio, pelas conversas, orientações e oportunidades de descobrir novos temas, tecer novas críticas e me ajudar a delinear um pouco mais a minha carreira profissional. Aos amigos em Vancouver, Camila Brasil, Larry Mroz e Joanie Maynard, pelas várias dicas de eventos, encontros, discussões variadas e pelo apoio em cada etapa do processo de estudar e viver uma nova cultura.

Acredito que seja imprescindível falar de todos os enfermeiros e professores que fizeram parte de alguma das etapas de meu estudo - a participação de cada um foi essencial - , a forma como prontamente participaram, a vontade de fortalecer e aprimorar nossa profissão e o cuidado com o paciente, a forma como expuseram suas ideias, indignações, conhecimento e amor por aquilo que fazem diariamente, muito obrigada por partilharem tudo isso comigo.

Obrigada a Deus, as boas energias e a certeza sempre presente em minha vida que tudo sempre dará certo. Todas as coisas caminham e se configuram para o nosso bem.

“A cada um de nós compete uma tarefa específica, na difusão do bem. Erga-se para trabalhar porque as tarefas são muitas e importantes, e poucos são os que têm consciência delas. Ajude o mundo, para que o mundo possa ajudá-lo. Estenda seus braços eficientes no cultivo do Bem, para que, quando os recolher, os traga cheios dos frutos abençoados da felicidade e do Amor.” (Carlos Torres Pastorino)

RESUMO

A promoção da saúde constitui um processo de capacitação do indivíduo e comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação e controle dos usuários. A adoção do cenário hospitalar como indutor de promoção da saúde implica incorporar um conceito ampliado de saúde e de cuidado. Destaca-se, neste estudo, a promoção da qualidade do cuidado ao paciente, nas diversas formas de expressão na assistência, incluindo os elementos da comunicação, educação em saúde, respeito às crenças, habilidades e o cuidado direcionado às necessidades do paciente em detrimento da doença. Diante do exposto, este estudo guia-se pela questão: que ações de cuidado realizadas pelo enfermeiro representam ações de promoção da saúde no contexto hospitalar, conforme diretrizes presentes na Declaração de Budapeste? A pesquisa teve como objetivo geral analisar as práticas de cuidado do enfermeiro ao paciente referente às ações de promoção da saúde no contexto dos hospitais de ensino. Estudo do tipo misto, realizada em três hospitais de ensino de Recife-PE, Brasil, com amostra de 68 enfermeiros das enfermarias de clínica médica e cirúrgica. Um questionário de identificação das ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar do tipo *Likert* foi construído e validado por juízes. Por meio deste questionário, identificou-se a prevalência do domínio D “qualidade e oferta da informação e comunicação com o paciente” entre as ações mais executadas pelo enfermeiro hospitalar. Baseado nos achados do questionário, grupos focais foram realizados e permitiram identificar três categorias: “Ambiente hospitalar: fatores limitadores da promoção da saúde”; “Trabalho em equipe e o enfermeiro como mediador” e “A promoção da saúde e o enfermeiro no ambiente hospitalar”. As ações mais realizadas pelos enfermeiros se referiam ao estímulo do papel ativo do paciente, atenção multidisciplinar e qualidade da comunicação e informação durante o internamento, os quais remetem ao papel de mediador atribuído ao enfermeiro no ambiente hospitalar. Criar ambientes de suporte foi pouco citado no estudo como parte dos cuidados ao paciente. A sobrecarga de trabalho e escassez de materiais foram destacadas nas falas dos enfermeiros, demonstrando o impacto da organização hospitalar na atenção ao paciente. Liderança, autonomia, empoderamento e tomada de decisão foram valorizados pelos enfermeiros como atributos do trabalho. Concluiu-se que os cuidados de enfermagem ao paciente não representam ações deliberadas baseadas em conhecimentos e habilidades amparadas nos preceitos de promoção da saúde no contexto hospitalar. Essas ações são enfocadas na recuperação da doença. É importante o desenvolvimento de planos de ensino na formação profissional que abranjam a promoção da saúde em todos os níveis de atenção, visto que não se limita ao campo da atenção primária. A educação permanente nos hospitais

deve incluir a formação de competências e habilidades de enfermeiros e demais profissionais para promoção da saúde no contexto hospitalar.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Atenção terciária à saúde. Cuidados de Enfermagem. Hospitais. Enfermeiro.

ABSTRACT

Health promotion is a process of empowering the community to work on improving their quality of life and health, including greater participation and control of users. The adoption of the hospital scenario as an inducer of health promotion implies incorporating an expanded concept of health and care. In this study, the promotion of patient care quality is expressed in many ways, including the elements of communication, health education, respect for beliefs, skills and care directed to the needs of the patient regarding their illness. So that, this study is guided by the question: What care actions performed by nurses represent actions to promote health in the hospital context according to the Budapest Declaration guideline? The aim of the research is to analyze nurse's care practices regarding the health promotion actions in the context of teaching hospitals. Mixed research type study, carried out in 3 teaching hospitals in Recife-PE, including a sample of 68 nurses from medical and surgical clinic wards. A Likert-type questionnaire identifying health promotion actions in a hospital environment was constructed and validated by judges. The questionnaire identified the prevalence of the domain D "quality and offer of information and communication with the patient" among the actions most performed by the hospital nurse. Based on the findings of the questionnaire, focus groups were conducted and three categories were identified: "Hospital environment: limiting factors for health promotion"; "Teamwork and the nurse as a mediator" and "The promotion of health and the nurse in the hospital environment." The actions carried out by nurses referred to the stimulation of the active role of the patient, multidisciplinary attention and quality of communication and information which refers to the role of mediator attributed to nurses in the hospital environment. Creating supportive environments was not widely mentioned in the study as a part of the patient care. The work overload and the lack of materials were highlighted on the nurses' speeches, demonstrating the impact of hospital management on patient care. Leadership, autonomy, empowerment, and decision making were valued by nurses as attributes of their work. The nursing care does not represent deliberate actions based on knowledge and skills supported by the precepts of health promotion in the hospital context. These actions are focused on patient's disease recovering. It is important to develop education plans in vocational training that covers health promotion at all levels of care, since it is not limited to the field of primary care. The continuous education program in the hospitals should include discussions about competences and abilities of nurses and other professionals for health promotion in hospital context.

Keywords: Health promotion. Tertiary healthcare. Nursing care. Hospitals. Nurse.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Rede internacional de Hospitais Promotores da Saúde, 2015.....	24
Quadro 1 - Visão geral dos indicadores de promoção da saúde, 2015.....	25
Quadro 2 - Projetos relacionados aos pacientes, funcionários, à organização e comunidade e as cinco atividades mais frequentes para cada grupo (base de dados da rede HPH).....	26
Figura 2 - Etapas do estudo misto desenvolvido para identificação e análise das ações de promoção realizadas pelo enfermeiro no contexto hospitalar.....	33
Quadro 3 - Unidades públicas hospitalares da região metropolitana de Recife que integraram o universo de pesquisa do estudo, Recife, 2015.....	34
Quadro 4 - Valor absoluto de enfermeiros dos plantões diurnos por enfermaria de lotação/hospital, Recife, 2015.....	35
Quadro 5 - Componentes da Declaração de Budapeste selecionados para o estudo.....	37
Quadro 6 – Sistema de Classificação de Juízes, segundo critérios próprios, Fortaleza, 2015..	38
Figura 3 - Evolução dos itens do instrumento e formação dos domínios após validação psicométrica do instrumento.....	53
Figura 4 - Etapas de construção dos temas produzidos a partir dos resultados dos grupos focais, Recife, 2016.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Avaliação dos juízes quanto aos critérios de validação do questionário.....	40
Tabela 2 - Avaliação dos juízes quanto ao critério grau de relevância do questionário	42
Tabela 3 - Validação de conteúdo com relação ao pertencimento dos domínio no questionário.....	43
Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo para critérios compreensão, promoção, relevância e grau de relevância.....	45
Tabela 5 - Validação semântica quanto ao critério pertinência	47
Tabela 6 - Validação semântica quanto ao critério clareza.....	48
Tabela 7 - Validação semântica quanto ao critério coerência.....	49
Tabela 8 - Índice de Validade de Conteúdo para os critérios pertinência, clareza e coerência	50
Tabela 9 - Nível de concordância entre os juízes na Validação de Conteúdo e Semântica	52
Tabela 10 - Características sociodemográficas dos enfermeiros participantes da pesquisa.....	61
Tabela 11 - Resumo descritivo das ações em cada domínio, quantitativo, porcentagem e média das ações.....	64
Tabela 12 - Escore médio da ação e domínio por hospital onde trabalha.....	66
Tabela 13 - Escore médio da ação e domínio por setor onde trabalha.....	67

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

HP - *Health Promotion* (Promoção da saúde)

HPH - *Health Promoting Hospitals* (Hospitais promotores da Saúde)

PS – Promoção da Saúde

QIAPS - Questionário de identificação de ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Delimitação do problema.....	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 Geral.....	19
2.2 Específicos.....	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 Promoção da saúde no ambiente hospitalar.....	20
3.2 Hospitais Promotores da Saúde.....	23
3.3 O enfermeiro e a promoção da saúde no contexto hospitalar.....	29
4 MÉTODO.....	33
4.1 Tipo de estudo.....	33
4.2 Local do estudo.....	35
4.3 População e amostra do estudo.....	35
4.3.1 Critérios de inclusão dos enfermeiros.....	36
4.3.2 Critérios de exclusão dos enfermeiros.....	37
4.4 Variáveis.....	37
4.5 Procedimentos de produção dos dados.....	38
4.5.1 Seleção dos juízes.....	39
4.5.2 Validação de conteúdo.....	40
4.5.3 Validação semântica.....	47
4.5.4 Análise da concordância do instrumento.....	51
4.5.5 Teste piloto.....	54
4.5.6 Treinamento da equipe de coleta de dados.....	54
4.5.7 Fase de campo.....	55
4.5.7.1 Coleta de dados com os enfermeiros - aplicação do questionário.....	55
4.5.7.2 Coleta de dados com os enfermeiros - grupos focais.....	56
4.6 Tratamento e Análise dos dados.....	58
4.7 Considerações Éticas.....	60
5 RESULTADOS.....	61
5.1 Ambiente hospitalar: fatores limitadores da promoção da saúde.....	69
5.2 Trabalho em equipe e o enfermeiro como mediador.....	72

5.3 A promoção da saúde e o enfermeiro no ambiente hospitalar.....	73
6 DISCUSSÃO.....	76
7 CONCLUSÃO.....	85
7.1 Limitações.....	86
7.2 Recomendações.....	86
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- ENFERMEIROS.....	97
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- JUÍZES...	100
APÊNDICE C- INSTRUMENTO UTILIZADO NA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.....	101
APÊNDICE D- INSTRUMENTO UTILIZADO NA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA.....	111
APÊNDICE E- ROTEIRO DOS ENCONTROS DOS GRUPOS FOCAIS.....	120
APÊNDICE F- EVOLUÇÃO DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR.....	123
APÊNDICE G- QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	135
ANEXO A- PARECERES DOS COMITÉS DE ÉTICA.....	145
ANEXO B- DECLARAÇÃO DE BUDAPESTE SOBRE SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM HOSPITAIS (PARTE 1 TRADUZIDA).....	158
ANEXO C - CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL DOS JUÍZES DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.....	160
ANEXO D - CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL DOS JUÍZES DA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA.....	161
ANEXO E - CARACTERÍSTICAS EDUCACIONAIS DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	163

1 INTRODUÇÃO

1.1 Delimitação do problema

As instituições hospitalares, historicamente, apresentam diferentes aspectos que tendem a distanciá-los da proposta de promoção da saúde do indivíduo, contudo, inseri-lo nessa concepção, constitui-se um desafio, mas, ao mesmo tempo, um imperativo. Os profissionais que lidam nesses espaços de cuidado, assim como gestores e cuidadores, devem se preocupar com a promoção da saúde dos pacientes e buscar meios para que as estratégias planejadas com este fim sejam viabilizadas (SILVA *et al.*, 2011).

Promoção da saúde significa processo de capacitação do indivíduo e comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação e controle dos usuários. A adoção do cenário hospitalar como indutor de promoção da saúde implica incorporar um conceito ampliado de saúde e de cuidado de saúde. A saúde, em conceito ampliado, é resultante dos determinantes sociais para além dos aportes biológicos, e exige a construção de uma rede de cuidado que trabalhe sob o prisma da produção da saúde enquanto qualidade de vida e não a partir do viés da doença (WHO, 1986).

A saúde e o cuidado da saúde direciona-se para a promoção de saúde, quando se traduz em um estado ótimo de saúde de indivíduos e grupos, em que a meta é que cada um alcance o máximo potencial físico, individual, psicológico, social, espiritual e econômico. Ressaltando-se, também, o alcance do cumprimento das próprias expectativas de papéis na família, comunidade, local de culto, de trabalho e outros ambientes (SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006; NUTBEAM, 1998).

A concepção do hospital promotor da saúde incorpora os cinco pressupostos da carta de Ottawa (WHO, 1986), a saber: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades, reforço da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde. São reafirmadas ainda nas recomendações internacionais para Hospitais Promotores da Saúde, a Declaração de Budapeste (WHO, 1991) e nas Recomendações de Viena (WHO, 1997), que tem como diretrizes centrais: política de gestão; avaliação do paciente; informações e intervenção ao paciente; promoção de um local de trabalho saudável; e continuidade e cooperação.

Dentre as diretrizes presentes na Declaração de Budapeste, destacam-se as informações e intervenções junto ao paciente. Nesta, as ações de educação em saúde integram a atenção clínica e um cuidado orientado para necessidades de saúde do paciente (WHO, 1991).

A Declaração de Budapeste constitui importante documento balizador das ações de promoção da saúde em hospitais pois fornece parâmetros essenciais de competências, habilidades e atitudes que profissionais devem assumir para promoção da saúde dos pacientes.

Todos os níveis de atenção guardam possibilidades salutares de promoção da saúde enquanto qualidade de vida e direito do cidadão; ainda que culturalmente o hospital seja pensado como a instituição que incuba a doença, emerge a necessidade de ressignificar o espaço hospitalar como produtor do cuidado da saúde (GUEDES; CASTRO, 2009; WHO, 1991).

O cuidado, nessa perspectiva, refere-se a uma concepção ampliada de clínica, em que se deve compreender o cuidar não somente do indivíduo internado em sua unidade, com uma doença específica a ser tratada, mas deve ser consideradas as questões subjetivas que envolvem o sujeito de cuidado, as relações com a família, grupo e comunidade. A clínica ampliada deve ser compreendida como dispositivo de extensão do diagnóstico, associando a avaliação objetiva de riscos, elementos da avaliação de vulnerabilidade e riscos, como o biológico, recorrente de comportamentos subjetivos, culturais e, ainda, outros originados no contexto socioeconômico (CAMPOS, 2006). Por outro lado, a concepção que os profissionais de saúde apresentam acerca de promoção da saúde pode contribuir para maior ou menor alcance deste propósito no ambiente hospitalar (SILVA *et al.*, 2011; BRASIL, 2010).

Apesar do Brasil não estar inserido entre os países signatários da rede de hospitais promotores da saúde, órgão vinculado à organização mundial de saúde, ele paramenta as ações de cuidado com políticas públicas que defendem o cuidado em sua pluralidade e que convergem com os preceitos da declaração de Budapeste, como a política nacional de humanização do sistema único de saúde, que substitui o Programa nacional de Humanização da Assistência hospitalar, reforça a qualidade do cuidado prestado ao paciente, a comunicação e transversalidade entre os diversos níveis de atenção, por meio da garantia de ações de promoção da saúde, inclusive em ambiente hospitalar (BRASIL, 2011; 2007)

Os profissionais de saúde de instituições hospitalares, durante o período de internação dos pacientes, têm a oportunidade de construir um contato próximo com usuários e familiares, em um momento propício à sensibilização sobre saúde e doença, visto que na situação clínica aguda, pacientes e membros da família são mais sensíveis e predispostos para os resultados positivos de saúde, através de mudanças comportamentais (NAIDOO; WILLS, 2006; PELIKAN; KRAJIC; DIETSCHER, 2001).

A enfermagem, como o maior grupo de profissionais de saúde, representando, segundo o IBGE (2010), cerca de 50% do contingente de 3,5 milhões de trabalhadores da área da saúde, desempenha importante papel na educação dos paciente, como promover a adoção de

estilos de vida mais saudáveis (BASTABLE, 2010). Investigar a atuação do enfermeiro no ambiente hospitalar, segundo a própria percepção como promotor da saúde, permite que o profissional repense as próprias ações de maneira crítica, visto que a promoção da saúde e a educação do cliente são o cerne da prática de Enfermagem.

A produção da enfermagem com o tema da promoção da saúde concentra-se na atenção primária (KELEHER; PARKER, 2013; MAIJALA; TOSSAVAINEN; TURUNEN, 2016a; MAIJALA; TOSSAVAINEN; TURUNEN, 2016b; RODEN;, *et al.*, 2016; RODEN; JARVIS, 2012), o que demonstra visão equivocada dos enfermeiros em situá-la apenas dentro desse contexto.

A maioria dos estudos de enfermagem em ambientes hospitalares tem como objeto procedimentos clínicos com enfoque na doença. Embora importantes, estes demonstram pouca ou nenhuma relação do cuidado de enfermagem transcendendo o domínio biológico e integrado às ações de promoção da saúde no contexto hospitalar. Enfocam em procedimentos realizados no paciente, riscos relacionados a procedimentos invasivos, como punção venosa, sondagens, além de fatores ambientais e estruturais que interferem no cuidado prestado e oportunidades de cuidado perdido relativos a procedimentos de enfermagem (CALDANA *et al.*, 2013a; HERNANEZ-CRUZ *et al.*, 2017; CALDANA *et al.* 2013b; KALISCH *et al.*, 2011).

Os estudos acima citados revelam ênfase em procedimentos técnicos, embora importantes, o cuidado na promoção da saúde inclui outros elementos. É relevante que o enfermeiro reconheça essas ações como promotora da saúde e que o execute de forma planejada no seu processo do cuidado. Assim, o enfermeiro como promotor da saúde estimula o papel ativo dos pacientes e familiares no cuidado, reconhece valores e crenças, quando nas intervenções realizadas, favorece ambiente social de apoio e considera os fatores socioculturais e demográficos no qual fazem parte. Isso significa que ao cuidado de enfermagem somam-se elementos para promoção da saúde do paciente, por meio da educação em saúde, valorizando a subjetividade dos atores envolvidos, participação, autonomia para tomada de decisão, valores e cultura.

A relevância do estudo respalda-se pela escassez de pesquisas na Enfermagem acerca dessa temática, assim como as possíveis implicações desses resultados na resignificação do cuidado de Enfermagem no contexto hospitalar, no que se referem às competências do enfermeiro, conforme presente nas políticas públicas de atuação do enfermeiro. O estudo revisita a promoção da saúde no contexto hospitalar, reafirmando as práticas de cuidado de enfermagem como elemento essencial dentro do contexto do trabalho em equipe, defesa da saúde, comunicação e participação do usuário. Este estudo se orientou para o cuidado do

enfermeiro na promoção da saúde de pacientes, tendo como referencial as diretrizes presentes na Declaração de Budapeste.

Diante do exposto, o estudo guiou-se pela seguinte questão: quais ações de cuidado realizadas pelo enfermeiro representam práticas de promoção da saúde no contexto hospitalar, conforme diretrizes presentes na Declaração de Budapeste?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as práticas de cuidado de enfermeiros ao paciente quanto as ações de promoção da saúde no contexto dos hospitais, conforme a Declaração de Budapeste.

2.2 Específicos

- Averiguar a frequência de domínios e ações de promoção da saúde presentes nas práticas do enfermeiro no contexto hospitalar,
- Identificar indicadores de promoção da saúde do paciente em ambiente hospitalar relatadas por enfermeiros segundo os domínios de cuidado;
- Entender a partir das falas dos enfermeiros como as ações de cuidado com enfoque na promoção da saúde são realizadas no contexto hospitalar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Promoção da saúde no ambiente hospitalar

A noção de promoção da saúde, desde que foi concebida por Henry Sigerist como uma das tarefas da Medicina, vem apresentando evolução conceitual, marcada pelo avanço da reflexão em torno do conceito de saúde e da diversificação de propostas de políticas e práticas que contemplem uma visão holística do cuidado em saúde. No pós-guerra, com o surgimento da Medicina Preventiva, a noção de promoção da saúde foi incorporada ao modelo da História Natural das Doenças de Leavell & Clark (1965), sendo entendida como um conjunto de atividades desenvolvidas ao nível de prevenção primária, secundária e terciária (LEAVELL; CLARK, 1965). Nos anos de 1970, com o Relatório Lalonde, o significado atribuído de promoção da saúde passou a enfatizar um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outras. Refere-se, também, a uma combinação de estratégias: ações do estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço de ações da comunidade), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), de sistema de saúde (reorientação dos sistemas de saúde) e de parcerias intersetoriais (LALONDE, 1974).

A promoção da saúde é hoje entendida como um processo social e político abrangente; não somente adota ações direcionadas ao fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, como também ações voltadas para mudança das condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a aliviar seu impacto na saúde pública e individual. A promoção da saúde é o processo que permite às pessoas intensificar o controle sobre os determinantes da saúde e, assim, melhorar a própria saúde (SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006; NUTBEAM, 1998).

O Ministério da Saúde brasileiro adota o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando articular ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2015).

O conceito moderno de promoção da saúde, assim como a prática, surgiu e desenvolveu-se de forma mais vigorosa nas últimas décadas, em países desenvolvidos, particularmente Canadá, EUA, e países da Europa ocidental. Importantes conferências internacionais sobre o tema, realizadas entre 1986 e 2005, em Ottawa (1986), Adelaide (1988)

e Sundsväl (1991), Santa Fé de Bogotá, em 1992, a de *Port of Spain*, em 1993, a do Canadá, em 1996, a de Jacarta, em 1997, a conferência da Rede de Megapaíses, em 1998, a do México, em 2000, e a de Bangkok, em 2005, estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde. Embora o termo promoção da saúde tenha sido inicialmente usado para caracterizar um nível de atenção da Medicina Preventiva, seu significado foi alterado ao longo do tempo, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado e seus determinantes sociais (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

Essa evolução do termo promoção da saúde vem ocorrendo em paralelo com o conceito ampliado de saúde, o qual é entendido como o cuidar não somente do indivíduo em sua unidade, com uma doença específica a ser tratada, mas deve ser ampliada a sua subjetividade, suas relações imediatas com a família, grupo e comunidade. A clínica ampliada deve ser compreendida como um dispositivo de extensão do diagnóstico, associando a avaliação objetiva de riscos, elementos da avaliação de vulnerabilidade, como risco biológico, recorrente de comportamentos subjetivos, culturais e, ainda, outros originados no contexto socioeconômico (CAMPOS, 2006).

Da mesma forma, vem sendo discutidas as competências necessárias para que os profissionais assumam o papel de promotor de saúde, como: permitir mudanças, advogar em prol da saúde, mediação através de parcerias, comunicação, liderança, avaliação de necessidades, planejamento, implementação de ações de promoção da saúde, avaliação e métodos de pesquisa. Neste sentido, compreende-se que essas competências se estendem a todos os cenários de trabalho no cuidado de saúde das pessoas e ou grupos (BARRY; GALWAY, 2012).

É importante compreender que a promoção à saúde constitui-se em um modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico. É necessário intensificar as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promover a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que, em conjunto, possam compreender a saúde como resultante das condições de vida e propiciar desenvolvimento social mais equitativo (HEIDMANN *et al.*, 2006). Assim, a promoção da saúde se caracteriza como um conjunto de ações que envolve o indivíduo e as estruturas sociais que incluem outras políticas públicas.

O movimento da promoção da saúde estendeu-se aos ambientes hospitalares, por meio da elaboração da Declaração de Budapeste (WHO, 1991) e das Recomendações de Viena, sobre Hospitais Promotores de Saúde Viena (WHO, 1997), em que se apresentaram o hospital

como espaço promotor da saúde, não somente dos pacientes e familiares, como também de trabalhadores e comunidade. Nestes documentos, foram recomendadas as seguintes ações em relação ao cuidado de saúde no ambiente hospitalar: considerar as necessidades das reformas dos cuidados de saúde e a necessidade de os hospitais focalizarem a atenção à saúde e não somente à doença, princípios fundamentais para promover saúde em hospitais, estratégias de implementação e participação na Rede de Hospitais Promotores da Saúde.

Uma das principais estratégias destacadas na Carta de Ottawa refere-se à reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986) que é reforçada nas conferências sobre os hospitais promotores da saúde (WHO, 1997). É fato que durante vários anos, os serviços de saúde nos hospitais têm tido como único enfoque o tratamento da doença. O hospital como ambiente promotor de saúde amplia a concepção de cuidado do indivíduo, da família, comunidade e dos profissionais.

Nesse sentido, o hospital é considerado como um cenário apropriado para implementar iniciativas de promoção da saúde, por defender a saúde em sua prestação de serviços. Para promover a saúde em ambientes hospitalares, há de se investir não apenas em intervenções clínicas, como também em outras ações para melhorar a saúde, como promover educação em saúde às pessoas para estimular a adoção de estilos de vida saudáveis e desenvolver estratégias para tornar as escolhas mais fáceis. É necessária, também, mudança de política de gestão da saúde no hospital, adotando a promoção da saúde como missão, com envolvimento dos trabalhadores e desenvolvimento de lideranças (SITANSHU; GAUTAM; SUBITHA, 2012).

Essa missão de promoção da saúde no contexto hospitalar deve focalizar planejamento e implementação de projetos; incremento de sistemas de informação hospitalar; organizar novas unidades para realizar ações de prevenção e educação em saúde; saúde ocupacional; monitoramento e avaliação dos resultados e impactos das ações, fornecer informações regulares dos resultados de promoção da saúde às equipes envolvidas, fomentar capacitação das equipes multidisciplinares, fomentando a liderança e participação, além de parcerias com outros setores da comunidade local (SITANSHU, GAUTAM; SUBITHA, 2012).

No Brasil, o sistema único de saúde é organizado em rede de Atenção à Saúde, no qual o hospital está inserido com a oferta de serviços de média e alta complexidade. Essa rede caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades

ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (BRASIL, 2010). Diante desse contexto da posição do hospital na rede de atenção, pode-se afirmar que ele possui as condições para desenvolver-se como órgão promotor da saúde.

3.2 Hospitais Promotores da Saúde

Historicamente, o hospital esteve atrelado ao diagnóstico e tratamento de doenças. E, da mesma forma, os cuidados primários ou comunitários são mais facilmente associados às intervenções de promoção da saúde. Contudo, os hospitais oferecem vantagem sobre os outros níveis de atenção e cuidado, devido ser o local onde os pacientes e familiares experienciam a doença e tornam-se mais sensíveis para escutar as recomendações e orientações que contemplam a possibilidade de mudança de comportamento (PELIKAN; KRAJIC; DIETSCHER, 2001).

A organização mundial da saúde, em seu escritório europeu, iniciou o projeto da Rede Internacional de Hospitais e Serviços Promotores de Saúde (HPH). “HPH” é um conceito da reforma hospitalar desenvolvido na Europa que tem também raízes em iniciativas do início da década de 1970 e 1980 nos Estados Unidos sob o rótulo de “hospitais promotores da saúde”. Pode ser entendido como um conceito político que possui forte tradição de pesquisa. Baseia-se em duas vertentes do discurso: a crítica da medicina por ser paternalista e expertocrática (predomínio dos peritos e especialistas), em vez de ser orientada para capacitar o paciente; e a crítica de sistemas de cuidados de saúde focada exclusivamente no tratamento da doença, em vez de incluir a prevenção e promoção da saúde (DIETSCHER; PELIKAN; SCHMIED, 2014).

Hospital Promotor da Saúde também tem sido descrito como uma abordagem guarda-chuva, abraçando muitos movimentos hospitalares de reforma, como os direitos dos pacientes, os movimentos de qualidade, hospitais verdes e, mais recentemente, o letramento nas organizações de saúde. No início de 1990, a OMS Europeia iniciou a rede internacional HPH, que agora tem cerca de quarenta sub-redes nacionais e regionais em todos os continentes. Hoje, a rede HPH tem mais de novecentos organizações membros, em todo o mundo (Figura 1). Os hospitais brasileiros não fazem parte dessa rede internacional, contudo, o país possui uma

instituição privada que é considerada membro HPH individual que seguem parâmetros da rede e, desta forma, busca implementar parâmetros de qualidade da rede HPH .

Figura 1 - Rede internacional de Hospitais Promotores da Saúde, 2015



Fonte: *The International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services*, 2015¹.

A rede internacional possui uma série de forças-tarefa que apontam os HPH para temas específicos, grupos-alvo e os tipos de serviços de saúde. As primeiras pesquisas sobre HPH foram dirigidas para o desenvolvimento do conceito. Na sequência, passou por uma fase de estudos de avaliação do modelo e da implantação piloto, com ênfase no desenvolvimento organizacional. No final da década de 1990, o conceito HPH foi aperfeiçoado pela orientação dos movimentos de qualidade e a pesquisa organizacional em curso incluiu estudos sobre o papel dos profissionais de saúde na promoção da saúde e na promoção da saúde na clínica, incluindo ensaios clínicos randomizados sobre as intervenções centradas no paciente (DIETSCHER; PELIKAN; SCHMIED, 2014).

O Quadro 1 apresenta domínios e indicadores como critérios de avaliação das ações de promoção da saúde no contexto hospitalar.

¹ Disponível em: <<https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=zMoQpUwqJ6wE.kiRXx7fynC6g>>. Acesso em: 15/07/2015.

Quadro 1 - Visão geral dos indicadores de promoção da saúde, 2015

Padrão/Domínio	Indicadores
Política de gestão	% dos profissionais com conhecimento sobre a política de promoção da saúde; % dos pacientes conscientes sobre as normas para promoção da saúde; % de orçamento dedicado à equipe de atividades de promoção da saúde.
Avaliação do paciente	% de pacientes avaliados quanto a fatores de risco genéricos; % de pacientes avaliados quanto a fatores de risco específicos da doença de acordo com as orientações; Pontuação no levantamento de satisfação dos pacientes quanto às informações sobre um procedimento.
Informações do paciente e intervenção	% de pacientes educados sobre ações específicas para auto-gestão e intervenção de sua condição de saúde; % de pacientes educados sobre modificação de fator de risco e opções de tratamento para uma doença na gestão das suas condições; Pontuação no exame da experiência dos pacientes com a informação e os procedimentos de intervenção.
Promover um ambiente de trabalho saudável	% de trabalhadores fumantes; Cessação do fumo; Resultado de pesquisa de experiência pessoal sobre as condições de trabalho; % de ausência em curto prazo; % de acidentes de trabalho; Pontuação na escala de Burnout.
Continuidade e cooperação	% dos resumos de alta enviados para clínico geral ou clínica de referência dentro de duas semanas ou entregue ao paciente na alta hospitalar; Taxa de readmissão para cuidados ambulatoriais de condições sensíveis em cinco dias; Pontuação na pesquisa sobre o preparo do paciente para alta hospitalar.

Fonte: Traduzido de Groene O. *Implementing health promotion in hospitals: Manual and self assessment forms*. World Health Organization; 2006.

Os resultados desses indicadores contribuem para a tomada de decisão no planejamento, organização hospitalar e no desenho novas estratégias e ações a serem implementadas em prol da promoção da saúde no ambiente hospitalar. Além disso, os indicadores servem como parâmetro no monitoramento em curto, médio e longo prazo das

atividades programadas no sentido de subsidiar, com dados quantitativos e qualitativos, a promoção da saúde do paciente, do ambiente e apoio a seus profissionais.

Em avaliação de relatórios realizados pela rede HPH, várias estratégias de promoção da saúde em ambiente hospitalar foram apresentadas para grupos específicos de indivíduos. A rede de hospitais promotores da saúde relacionam as mais comumente desenvolvidas pelos hospitais que o compõem (QUADRO 2).

A maioria dos projetos HPH documentados que foram realizados na rede internacional de HPH tem como foco a promoção da saúde para pacientes, seguido por programas de promoção da saúde para funcionários e programas orientados para o desenvolvimento das organizações hospitalares 'saudáveis' (GROENE, 2006).

Quadro 2 - Projetos relacionados aos pacientes, funcionários, à organização e comunidade e as cinco atividades mais frequentes para cada grupo (base de dados da rede HPH)

Projetos	Questão abordada	Frequência
Orientadas para o paciente	Satisfação do paciente	127
	Aspectos psicossociais	84
	Nutrição	75
	Diabetes	62
	Tabaco	59
Orientadas para os funcionários	Satisfação pessoal	106
	Comunicação interprofissional	79
	Ambiente de trabalho	74
	Estresse psicossocial	65
	Outros	60
Orientadas para organização	Gestão da qualidade	94
	Mudança de cultura	66
	Hospital como um local de trabalho	51

Continua

Projetos	Questão abordada	Frequência
	Construção de uma organização de aprendizagem	51
	Organização da higiene hospitalar	36
Orientadas para comunidades	Informações sobre saúde	59
	Comunicação hospital-comunidade	57
	Nutrição	43
	Tabaco	42
	Outros	37

Fonte: Adaptado de Groene e Jorgensen, 2005.

Conclusão

Os exemplos apresentados ilustram que o espaço da clínica no ambiente hospitalar pode ser ampliado, corroborando que a promoção da saúde está presente em todos os passos da atenção, incluindo a atenção terciária (SILVA *et al.*, 2011).

De maneira geral, a literatura sobre promoção da saúde em ambiente hospitalar versa sobre a avaliação de experiências de programas de promoção da saúde das instituições integrantes da rede de hospitais promotores da saúde, dos fatores positivos e limitadores das metas estipuladas pela rede, a exemplo do trabalho de Röthlin, Schmied e Dietscher (2015) que aborda sobre como a capacidade organizacional está fortemente associada a desfechos positivos na implementação de programas de promoção da saúde ou o estudo de Yaghoubi & Javadi (2013); Amiri *et al.* (2016) e Huang *et al.* (2016) que versam sobre avaliação dos hospitais quanto à realização de procedimentos, efetivação do programa de promoção da saúde e satisfação do paciente no contexto dos hospitais no Iran e Taiwan.

Entretanto, a literatura se recente de mais estudos que apresentem as ações diretamente executadas pelos profissionais, principalmente enfermeiros, e como eles se inserem nesse contexto de promoção da saúde. Observa-se que para haver promoção da saúde no contexto hospitalar, é imprescindível um projeto organizacional que guie as ações de todo corpo institucional. Enfermeiros e demais profissionais da saúde se veem limitados à política de cuidado da instituição de que fazem parte. Definição clara de objetivos e participação dos profissionais na tomada de decisão das ações necessárias à saúde do paciente se fazem

necessárias para criação de um ambiente hospitalar que promova saúde e dignidade a pacientes, profissionais e comunidade.

3.3 O enfermeiro e a promoção da saúde no contexto hospitalar

Segundo Liaschenko e Fisher (1999), o enfermeiro possui conhecimentos que o habilita para responder às necessidades dos pacientes, da equipe de saúde e do hospital. Estes conhecimentos são inerentes de sua profissão e se caracterizam por ser do tipo caso, paciente e pessoa. Juntos, formam o escopo necessário da prática clínica do enfermeiro para satisfazer as necessidades do paciente em um cenário específico (MENDES; DA CRUZ; ANGELO, 2015).

Os enfermeiros usam conhecimento de caso ou biomédico quando precisam atingir o objetivo principal de estabilizar, monitorar e mover pacientes criticamente doentes para outro nível de cuidado. O conhecimento do paciente é resultado da interação e do reconhecimento do enfermeiro das necessidades do paciente em um local/ situação específico e da influência dos profissionais. O conhecimento da pessoa, por outro lado, é quando os enfermeiros reconhecem o paciente como um indivíduo social, com aspirações, desejos e motivações pessoais inseridas em uma rede social de relacionamentos. Esses três conhecimentos englobam o trabalho dos enfermeiros e, em conjunto, devem ser abordados como forma de pensar e teorizar em Enfermagem, colocando, assim, o conhecimento de enfermagem em prática (LIASCHENKO; FISHER, 1999).

Os enfermeiros estão na junção entre o sistema e o indivíduo, considerado como um ponto vulnerável dos sistemas especializados de cuidado. Está em contato permanente com os pacientes, constantemente solicitados, questionados sobre um tratamento médico, um exame, uma alta. São eles que, no cerne das contradições, têm de lidar com as deficiências da organização, recebem queixas e questionamentos. Ao mesmo tempo que são os elos para concretização de cuidados e prescrições médicas na trajetória dos pacientes. Podem, portanto, gerenciar a implementação e manutenção de processos de cooperação entre múltiplos atores (SEFERDJELI; TERRANEO, 2015; AMIRI *et al.*, 2016).

O enfermeiro situa-se no contexto hospitalar em posição estratégica para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde dada a formação profissional favorecer uma prática de cuidado de atenção integral em relação à saúde dos indivíduos (KEMPPAINEN; TOSSAVAINEN; TURUNEN, 2012; BRASIL, 2001a).

Estudo realizado na Arábia Saudita com enfermeiros, médicos e pacientes sobre a percepção das ações dos enfermeiros como promotoras da saúde mostraram que todas os participantes consideram que os enfermeiros possuem habilidades para promover saúde e tem

conhecimento necessário sobre diversos temas, como cessação do tabagismo, controle do peso e atividade física (ALDOSSARY; BARRIBALL; WHILE, 2013)

O estudo de Hamdan, Kawafhah (2015) apresentou percepções distintas de ações de promoção da saúde de pacientes e enfermeiros. Para o primeiro, o papel do enfermeiro hospitalar na promoção da saúde é focada no indivíduo deslocado de sua realidade de vida. Já os enfermeiros percebem sua atuação como promotores de saúde de forma positiva, e intrinsecamente ligada às atribuições e passível de realização, contudo, é desafiador diante de pouco apoio institucional (KELLEY; ABRAHAM, 2007).

Estudo realizado na Jordânia com enfermeiros dos setores médicos e cirúrgicos de um hospital revelou que os profissionais compreendem saúde como ausência de doença, sendo o cuidado centrado na doença de base do paciente, mas reconhece a importância do apoio social e organização hospitalar para se promover saúde nesse contexto (SHOQIRAT, 2014a).

Em outro estudo de Shoqirat (2014b), realizado com enfermeiros da unidade de emergência, destacou-se que essas ações de promoção da saúde devem ser atribuições de outros enfermeiros do hospital. Apontou-se, também, que os participantes não possuíam competências sobre o tema, visto a ausência de treinamento em serviço, além da falta de uma política interna de promoção da saúde na esfera organizacional. Citam também que um ambiente seguro para os profissionais permitiria maior engajamento dos mesmos em ações de promoção da saúde junto aos pacientes e familiares.

Estudo realizado com enfermeiros pediátricos em hospitais revelaram que os enfermeiros promovem a saúde de pacientes por intermédio do exercício da advocacia junto à criança e família, criando ambientes de apoio e auxiliando na criação de políticas públicas saudáveis. Além disso, a capacidade do enfermeiro em atuar positivamente junto ao paciente está intimamente ligada ao trabalho multidisciplinar coeso dentro do hospital (RODEN; JARVIS, 2012).

Tem-se como exemplo eficaz de apoio institucional o programa desenvolvido em hospitais de Montreal sobre cessação do tabagismo. Os enfermeiros receberam treinamento de habilidade de comunicação e resolução de problemas com suporte financeiro para planejar, implementar e avaliar um programa de apoio e acompanhamento multiprofissional hospitalar e pós alta a pacientes tabagistas. Os enfermeiros possuíam tempo exclusivo para se dedicar ao programa que incluía apoio à cessação do tabagismo, orientação e prevenção de infecções, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (WHO, 2010).

Estudo realizado com pacientes internados em enfermaria de oncologia mostrou que as atividades recreativas ajudam os pacientes a enfrentarem a doença e a hospitalização,

além de facilitar a interação deles com a equipe multiprofissional. A utilização dos recursos lúdicos representa concepção ampliada de saúde e de prática clínica, promovendo assistência humanizada, atribuição importante que deve ser abraçada pela Enfermagem (MOURA; RESCK; DÁZIO, 2012).

As concepções de promoção da saúde pelos profissionais são fundamentais ao exercício do cuidado (GURGEL *et al.*, 2011). Estas, na perspectiva da promoção da saúde, deve incluir uma visão holística da saúde, utilizando abordagens participativas que envolvam os pacientes na tomada de decisões. Consideram-se, nesse cuidado, os determinantes da saúde, as condições sociais, comportamentais, econômicas e ambientais que influenciam na produção das causas da doença e sofrimento dos pacientes. O cuidado, nessa perspectiva, amplia-se para estratégias múltiplas complementares para promover a saúde no nível individual e da comunidade (WILLS, 2007).

A enfermagem ainda tem que contextualizar claramente e diferenciar a promoção da saúde de educação em saúde e seu papel específico nessa função. Revisão sistemática da literatura observou que o enfermeiro tem adotado concepção estreitada de promoção da saúde no contexto hospitalar, enfocando apenas na educação em saúde (WHITEHEAD, 2009). Além disso, a enfermagem ainda não demonstrou ampla política de saúde ou papel político claro e notável na formulação e implementação de agendas de promoção da saúde. Embora este estado de coisas já exista há algum tempo, há evidências de que o conhecimento e a prática de enfermagem estão mudando, mesmo que este não seja um fenômeno universal (WHITEHEAD, 2011).

O desconhecimento sobre promoção da saúde estende-se a outras categorias profissionais. Há também desentendimento entre os conceitos de promoção e prevenção (SILVA *et al.*, 2014). Predomina o enfoque comportamental de mudanças de estilo de vida. É necessário que os profissionais compreendam e ampliem sua visão, incluindo-se como atores críticos e participantes do processo de construção e reformulação deste sistema (HEIDMANN *et al.*, 2006) e a educação permanente é essencial para este fim.

Nesse sentido, torna-se necessária reorientação das instituições e serviços e das práticas dos profissionais, mudança nas crenças/cultura e filosofias de atenção à saúde, o que transcende o mero desenvolvimento de uma estratégia ou tecnologia de cuidado, pois abrange a visão de mundo dos sujeitos que fazem parte do processo. A promoção da saúde é possível e necessária em ambientes hospitalares e podem conduzir o indivíduo e sua família na busca de uma qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2011).

Estudo de Shoqirat (2015) apresenta um modelo conceitual sobre o papel do enfermeiro na promoção da saúde no contexto hospitalar. Considera os diferentes papéis e níveis de atuação do enfermeiro na promoção da saúde dentro e fora do hospital. No nível micro, a enfermagem, cujo objetivo é maximizar os ganhos em saúde dos pacientes e facilitar sua independência; no nível meso, a organização hospitalar deve construir e atualizar sua capacidade para promover saúde; e no nível macro, a comunidade e as políticas públicas que devem realçar a imagem social do enfermeiro.

Enfermeiros que atuam em ambiente hospitalar devem ter como objetivo iniciar e promover uma reforma radical da promoção da saúde, tal como estabelecido no movimento dos hospitais promotores da saúde. A enfermagem, por si só, poderia fazer incursões muito maiores e esforços para afetar e implementar atividades de promoção da saúde de grande alcance nas organizações hospitalares. Enfermeiros devem reconhecer o movimento HPH como mais uma oportunidade de possuir a sua própria agenda de saúde, e também como um meio de ultrapassar a dependência tradicional de um atendimento a prescrição de cuidados em uma dimensão puramente clínica à educação em saúde (WHITEHEAD, 2005).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo do tipo pesquisa mista que segundo Morse & Maddox (2014), visa maximizar os benefícios obtidos a partir de métodos qualitativos e quantitativos no mesmo projeto. Métodos qualitativos e quantitativos fornecem diferentes tipos de dados, e cada um deles aborda diferentes aspectos do fenômeno em estudo, de modo que, ao integrar os achados qualitativos e quantitativos, o estudo aumenta seu escopo, densidade, detalhes e, até mesmo, viabilidade.

Quando o fenômeno é complexo, combinar métodos qualitativos e quantitativos permite ao pesquisador maiores chances de capturar a essência do fenômeno (GROVE; BURNS; GRAY, 2013). Uma pesquisa mista envolve mais do que simplesmente a coleta de duas vertentes independentes de dados quantitativos e qualitativos, envolve a conexão, integração ou vinculação dessas duas formas de fazer pesquisa (CRESWELL, 2010).

A vertente quantitativa utiliza dados mensuráveis tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se descrição e testes estatísticos, objetiva resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando maior margem de segurança (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Por sua vez, a vertente qualitativa descreve a complexidade de determinado problema ou situação, em que a natureza dos dados são provenientes de experiências, sentimentos, percepções das pessoas ou sujeitos que vivem o fenômeno estudado, atribuindo a ele o seu significado. Trata-se de compreender e classificar os processos dinâmicos vividos pelas pessoas e/ou grupos e contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos (DIEHL, 2004).

Os dados quantitativos e qualitativos estiveram conectados durante as fases da pesquisa. Nos métodos mistos, conectar significa que uma combinação da pesquisa quantitativa e qualitativa está conectada entre uma análise de dados da primeira fase da pesquisa e a coleta de dados da segunda fase, o que torna seu design do tipo sequencial explanatório, com a integração dos dados na fase de interpretação (CRESWELL, 2007). O enfoque misto da pesquisa não substitui a pesquisa quantitativa nem a pesquisa qualitativa, mas utiliza os pontos fortes de ambos os tipos combinando-os e tentando minimizar seus potenciais pontos fracos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

As duas fases do estudo foram realizadas de forma sequencial. A primeira etapa, quantitativa, subsidiou, na fase da descrição e interpretação, a obtenção de informações necessárias para o prosseguimento para a fase qualitativa do estudo.

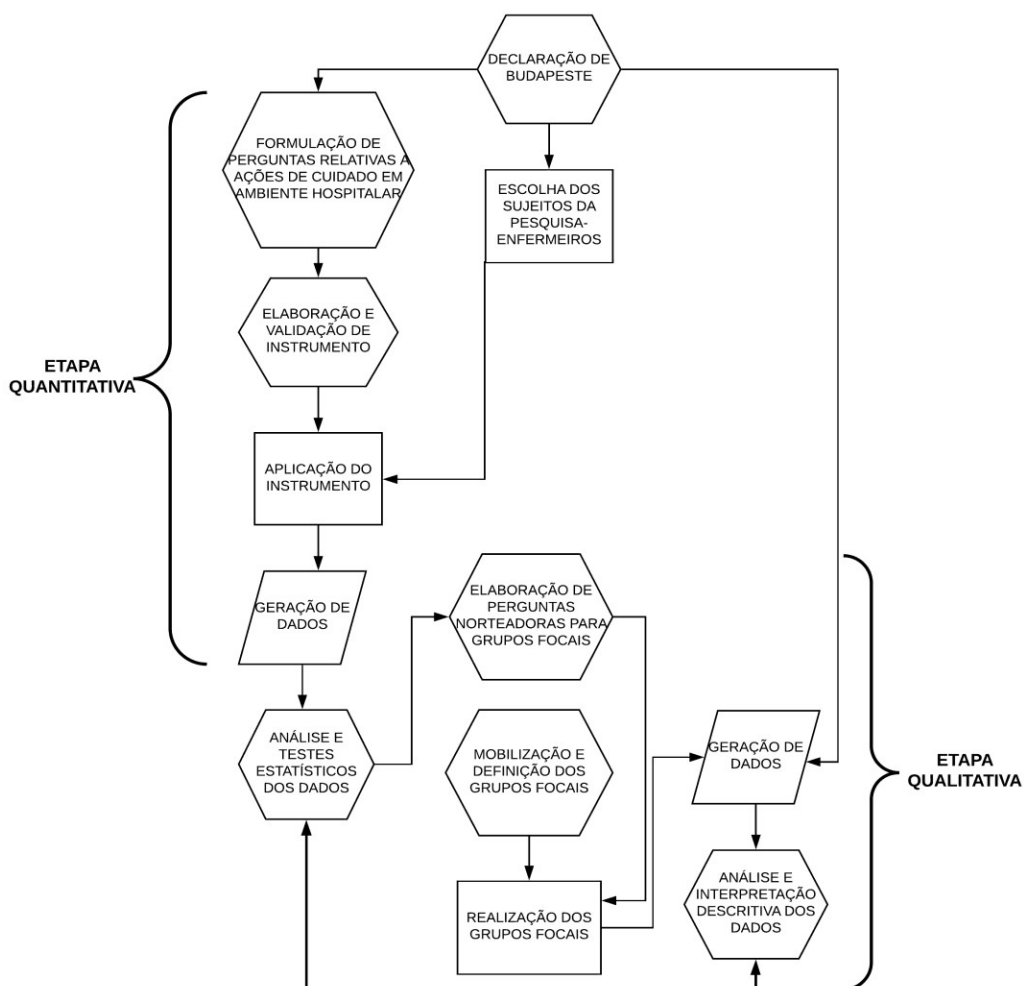


Figura 2 - Etapas do estudo misto desenvolvido para identificação e análise das ações de promoção realizadas pelo enfermeiro no contexto hospitalar.

Fonte: elaborada pela autora (2018).

Algumas limitações dos estudos mistos se dão pela não integração entre achados quantitativos e qualitativos. Destaca-se que nem sempre essa integração é planejada dentro do escopo do estudo. Explorar conexões entre dados é importante e enriquecedor, apesar de não ser premissa para um estudo misto (BRYMAR, 2007). Neste estudo, essas conexões foram possíveis na linha de interpretação de dados quantitativos e qualitativos.

4.2 Local do estudo

O estudo foi conduzido em três hospitais de ensino da região metropolitana de Recife, os quais são de grande porte e fazem parte da rede de unidades hospitalares públicas de Pernambuco, sendo o Hospital Alfa (α) e o Hospital Gama (γ), instituições hospitalares públicas universitárias (vínculo federal e estadual, respectivamente) e o Hospital Beta (β) vinculado à secretaria de saúde (Quadro 3). Cada um desses hospitais possui um quadro específico de especialidades e atendem 100% ao Sistema Único de Saúde.

Quadro 3 - Unidades públicas hospitalares da região metropolitana de Recife que integraram o universo de pesquisa do estudo, Recife, 2015

Hospitais de ensino	Nº de leitos
Hospital Alfa (α)	413
Hospital Beta (β)	400
Hospital Gama (γ)	508

Fonte: Secretaria de Saúde de Pernambuco/ Hospital das Clínicas de Pernambuco/ Hospital Universitário Osvaldo Cruz, 2015

A escolha de hospitais de ensino para a realização deste trabalho ocorreu devido essas instituições serem integrantes de uma rede de serviços de atenção à saúde e estarem em alinhamento com as políticas públicas do SUS sendo um local de referência para formação e respeito ao cuidado. O hospital de ensino é referência para atendimento de alta complexidade formação de profissionais de saúde e polo do desenvolvimento tecnológico numa perspectiva de inserção e integração. Como hospitais de ensino, essas instituições devem desenvolver ações relativas à: atenção à saúde, gestão, educação, pesquisa, avaliação e incorporação tecnológica e financiamento (BRASIL, 2004; 2015).

4.3 População e amostra do estudo

O estudo foi constituído por enfermeiros de hospitais de ensino da região metropolitana do Recife.

A amostra foi do tipo por conveniência e constituída por enfermeiros dos três hospitais selecionados para pesquisa, lotados nas enfermarias de clínica médica, cirúrgica e especialidades.

O cálculo amostral dos enfermeiros foi realizado tomando-se por base o número total de enfermeiros lotados nas unidades de internamento de cada hospital inserido no estudo, bem como a necessidade desse quantitativo ser representativo.

No quadro a seguir, estão expostos o número de enfermeiros por setor/hospital que fizeram parte do estudo.

Quadro 4 - Valor absoluto de enfermeiros dos plantões diurnos por enfermaria de lotação/hospital, Recife, 2015

Hospitais de ensino	Nº de enfermeiros
Hospital α Total	30
Hospital β Total	13
Hospital γ Total	30

Fonte: Dados coletados via recursos humanos e Coordenações de Enfermagem dos hospitais pesquisados.

Como foi possível observar, o número total de enfermeiros foi pequeno e optou-se por trabalhar com a totalidade, logo, a amostra de enfermeiros foi a totalidade dos 73 profissionais dos três hospitais de ensino.

Dos 73 enfermeiros convidados, houve uma recusa, dois enfermeiros de férias e duas licenças de saúde, o que totalizou a participação final de 68 enfermeiros no estudo.

4.3.1 Critérios de inclusão dos enfermeiros

Os enfermeiros selecionados foram aqueles pertencentes ao quadro funcional efetivo das unidades de clínica médica e clínica cirúrgica.

4.3.2 Critérios de exclusão dos enfermeiros

Foram excluídos deste estudo enfermeiros que trabalhavam em unidades que não eram comuns a todos os hospitais estudados, a saber: obstetrícia; pediatria e neonatologia (ressaltando-se o caráter de estudo ser a atenção à saúde do adulto), bem como unidades denominadas setores fechados, a exemplo de algumas unidades de nefrologia, unidade de terapia intensiva etc.

Enfermeiros de unidades em que o usuário permanece por curto período de tempo ou estão inconscientes também foram excluídos, a saber: centro cirúrgico, emergência, unidade de terapia intensiva, ambulatórios, hospitais-dia e unidade transfusional.

Também foram excluídos enfermeiros de unidades que não desempenhem papel assistencial direto, como nos centros de imagens e exames, central de material e esterilização, supervisão de unidades, educação permanente e comissão de infecção hospitalar, bem como enfermeiros do plantão noturno, visto a rotina de cuidados diferenciada dos demais turnos de trabalho e o contato com equipe multiprofissional ser mais limitado a situações de urgência e emergência.

4.4 Variáveis

As variáveis desfecho foram: Prática de ações de Promoção da saúde em ambiente hospitalar.

As variáveis explanatórias foram: Perfil profissional do enfermeiro (Tempo de serviço do enfermeiro; tempo decorrido após a formação do enfermeiro, realização de especialização pelo enfermeiro), Conhecimento do enfermeiro e realização de ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar.

As variáveis confundidoras foram: sexo; idade; vínculo empregatício do enfermeiro.

4.5 Procedimentos de produção dos dados

Para produção de dados quantitativos, um questionário para identificação de ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar foi construído e fundamentado na Declaração de Budapeste, documento internacional que trata do conceito, visão e estratégias para promoção da saúde em hospitais (WHO, 1991). Este documento possui duas partes, a primeira relativa a conteúdo e metas a serem alcançados pelos hospitais que participam da rede internacional de

hospitais promotores da saúde e a segunda relativa aos critérios para que um hospital seja um hospital piloto da rede internacional.

Na primeira fase do estudo, o enfoque da pesquisa foi quantitativo, tendo como estrutura teórica as 17 diretrizes da primeira parte da declaração de Budapeste. Destas, quatro versam sobre ações passíveis de tomada de decisão autônoma do enfermeiro, representando neste estudo os domínios de ação do enfermeiro no contexto hospitalar, conforme Quadro 5.

Quadro 5 - Componentes da Declaração de Budapeste selecionados para o estudo

Itens da Declaração de Budapeste	Domínios
Item 4. Encorajar um papel ativo e participativo para os usuários de acordo com seu potencial de saúde específico.	A. Incentivo ao papel ativo e participativo do usuário
Item 12. Reconhecer as diferenças de valores, necessidade e as condições culturais para indivíduos e diferentes grupos populacionais.	B. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social
Item 13. Criar ambientes de suporte, de modo de vida humano e estimulante dentro do ambiente do hospital, especialmente para usuários crônicos e de longa internação.	C. Criação de ambientes de apoio ao usuário
Item 15. Melhorar a oferta e a qualidade da informação, comunicação e programas de formação educacional e qualificação para usuários e familiares.	D. Qualidade e oferta de informação e comunicação

Fonte: Adaptado de World Health Organization. The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals. Vienna, 14–16, 1991.

A partir desta etapa, um instrumento foi elaborado e consistiu de perguntas sobre as ações de cuidado em ambiente hospitalar associadas a cada domínio. O instrumento foi estruturada, inicialmente, em duas partes: parte 1- 11 itens sobre perfil pessoal e profissional, etapa 2- 27 itens sobre promoção da saúde no ambiente hospitalar. O instrumento criado foi do tipo *Likert* de 4 pontos, na qual indivíduos são solicitados a responder a uma série de assertivas usando uma escala de pontos que categoriza sua resposta entre “sempre” e “nunca” ou

“concordo fortemente” e “discordo fortemente”, onde a cada item de resposta é atribuído um valor que reflete a atitude do respondente em relação a cada assertiva (PARAHOO, 1997). No caso deste instrumento, utilizaram-se as seguintes opções: Nunca (não realiza aquela ação); Quase nunca (ação pontual, que não se repetiu); Quase sempre (ação ocorre esporadicamente/com certa frequência mas não é regular), Sempre (ação ocorre com frequência e é regular).

Em seguida, o instrumento foi submetido à validação por juízes e realizados testes psicométricos para assegurar a validade do instrumento. Quando um instrumento é válido, reflete verdadeiramente o conceito que deseja medir (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.5.1 Seleção dos juízes

Para seleção dos juízes, foram adotados os seguintes critérios: ser enfermeiro, ter experiência profissional como enfermeiro assistencial ou docente (que tenha experiência na área hospitalar), ser docente, que ministre disciplinas relacionadas à área assistencial ou que tenham experiência em construção e/ou validação de escalas, ter mestrado ou doutorado em enfermagem, saúde coletiva e afins, ter conhecimento na área de promoção da saúde e concordar em avaliar a versão piloto do instrumento de coleta de dados (NÓBREGA, 2011). Desta forma, foram utilizados critérios de Fehring (1994) com adaptações, a fim de realizar a seleção dos juízes que, segundo o estabelecido no Quadro 6, deve conseguir somar cinco pontos. As características profissionais dos juízes convidados que participaram do estudo podem ser visualizadas no Anexo C.

Quadro 6 – Sistema de Classificação de Juízes, segundo critérios próprios. Fortaleza, 2015

Crítérios de classificação de juízes	Pontos
Ser doutor	4
Possuir tese na área temática ou afim*	2
Ser mestre	3
Possuir dissertação na área temática ou afim *	2

CrITÉrios de classificaÇão de juÍzes	Pontos
Possuir artigo publicado em periÓdico indexado na Área temática ou afim*	1
Possuir prática profissional assistencial, de no mÍnimo, 3 anos na temática do construto de interesse*	2
Possuir prática profissional (assistência e/ou ensino e/ou pesquisa), de no mÍnimo, três anos na Área temática ou afim*	3
Ser especialista na Área temática ou afim*	2

Fonte: elaborado pela autora (2018)

*Área temática e afins de interesse do construto *promoção da saúde em ambiente hospitalar*: promoção da saúde, ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar/atenção terciária, tomada de decisão em enfermagem, cuidados de enfermagem ao paciente, Declaração de Budapeste, hospitais promotores da saúde, especialidades de Enfermagem (cardiologia, terapia intensiva, clínica médica, oncologia, hematologia, entre outras que se relacionam com a assistência ao paciente internado).

Ao final, vinte e cinco profissionais aceitaram participar como juÍzes para validação de conteúdo do instrumento. Os juÍzes apresentaram média de idade de 38 anos, e relataram experiência com temas relativos à promoção da saúde (\bar{x} :12,4 anos), promoção da saúde em ambiente hospitalar (\bar{x} :11,3 anos) e tomada de decisão em saúde (\bar{x} :10 anos).

Para escolha dos juÍzes da validação semântica, optou-se deliberadamente por convidar outro grupo de juÍzes com perfil profissional e assistencial semelhante à experiência profissional da amostra do estudo, a saber: enfermeiros assistenciais da área clínica hospitalar de setores diferentes daqueles incluídos no estudo, contudo que possuíssem experiência anterior de mais de um ano em setores de clínica médica e/ou cirúrgica daquele ou de diferentes hospitais, essa experiência anterior deveria ser no turno diurno por pelo menos seis meses. Aceitaram contribuir com este processo 21 enfermeiros que participaram como juÍzes na validação semântica do instrumento. Os juÍzes apresentaram média de idade de 34 anos, e possuíam, em média, 11 anos de experiência em Enfermagem. O detalhamento do perfil profissional desses juÍzes pode ser visto no Anexo D.

A literatura apresenta controvérsias sobre a quantidade de especialistas para essa avaliação, variando de cinco a vinte juÍzes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; HAYNES *et al.*, 1995; LYNN, 1986), o que, no caso deste estudo, foi atendido plenamente. Os juÍzes possuíam distintas experiências docentes e/ou assistenciais.

4.5.2 Validação de conteúdo

O instrumento teve suas propriedades psicométricas avaliada quanto ao conteúdo. A validade de conteúdo representa o universo do conteúdo ou o domínio de um dado constructo. Nesta, ocorre a preocupação se a ferramenta de medição e as questões que ela contém são representativas do domínio do conteúdo que o pesquisador quer medir (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Essa medida é verificada pelo índice de validade de conteúdo (IVC).

Foram realizados os seguintes testes de segurança e de validade do instrumento: frequência, porcentagem, teste qui-quadrado para verificar a aderência entre as respostas dos itens pelos juízes, índice de validade de conteúdo, teste kappa e correlação intraclassa. Adotou-se nível de significância de 5%. Na etapa de validação de conteúdo do instrumento, demonstrou-se que nos critérios compreensão, adequação do item aos preceitos de promoção da saúde e relevância do item, obteve-se a predominância da opção “sim” entre os juízes ($p < 0,05$) (TABELA 1).

Tabela 1 -Avaliação dos juízes quanto aos critérios de validação do questionário, Recife, 2016

Itens	Compreensão			Relacionado à promoção da saúde			Relevância		
	Não n (%)	Sim n (%)	P- valor*	Não n (%)	Sim n (%)	P- valor	Não n (%)	Sim n (%)	P- valor*
1	0 (0,0)	25 (100,0)	-	0 (0,0)	25 (100,0)	-	0 (0,0)	25 (100,0)	-
2	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000	0 (0,0)	25 (100,0)	-	0 (0,0)	25 (100,0)	-
3	2 (8,0)	23 (92,0)	0,000	2 (8,0)	23 (92,0)	0,000	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000
4	2 (8,0)	23 (92,0)	0,000	0 (0,0)	25 (100,0)	-	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000
5	2 (8,0)	23 (92,0)	0,000	0 (0,0)	25 (100,0)	-	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000
6	0 (0,0)	25 (100,0)	-	0 (0,0)	25 (100,0)	-	0 (0,0)	25 (100,0)	-
7	0 (0,0)	25 (100,0)	-	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000

Continua

Itens	Compreensão			Relacionado à promoção da saúde			Relevância		
	Não n (%)	Sim n (%)	P- valor*	Não n (%)	Sim n (%)	P- valor	Não n (%)	Sim n (%)	P- valor*
8	4 (16,0)	21 (84,0)	0,001	0 (0,0)	25 (100,0)	-	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000
9	2 (8,0)	23 (92,0)	0,000	0 (0,0)	25 (100,0)	-	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000
10	0 (0,0)	25 (100,0)	-	0 (0,0)	25 (100,0)	-	0 (0,0)	25 (100,0)	-
11	0 (0,0)	25 (100,0)	-	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000
12	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000	0 (0,0)	25 (100,0)	-	3 (12,0)	22 (88,0)	0,000
13	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000
14	2 (8,0)	23 (92,0)	0,000	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000	0 (0,0)	25 (100,0)	-
15	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000	0 (0,0)	25 (100,0)	0,001
16	0 (0,0)	25 (100,0)	-	0 (0,0)	25 (100,0)	-	0 (0,0)	25 (100,0)	-
17	0 (0,0)	25 (100,0)	-	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000	0 (0,0)	25 (100,0)	-
18	0 (0,0)	25 (100,0)	-	0 (0,0)	25 (100,0)	-	0 (0,0)	25 (100,0)	0,000
19	3 (12,0)	22 (88,0)	0,000	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000	3 (12,0)	22 (88,0)	-
20	0 (0,0)	25 (100,0)	-	0 (0,0)	25 (100,0)	-	0 (0,0)	25 (100,0)	-
21	1 (4,0)	24 (96,0)	0,000	0 (0,0)	25 (100,0)	-	0 (0,0)	25 (100,0)	-

Fonte: Dados da pesquisa

Conclusão

*Realizou-se o teste qui-quadrado, com p-valor significativo se menor que 0,05.

Os casos com "-" significa a escolha de apenas uma opção na resposta, nesses casos não é possível calcular o p-valor.

De forma similar, com relação ao critério domínio e grau de relevância, houve forte concentração das informações nas categorias relevante e muito relevante (Tabela 2). Destaca-se que, em alguns itens, as categorias Irrelevante e Pouco relevante não apresentaram nenhum caso, estas alternativas foram então removidas do teste e considerou-se apenas Relevante e Muito relevante para o cálculo. Nos itens 13, 18 e 19, houve igualdade nas respostas, com prevalência das opções relevante e muito relevante. Os demais itens foram considerados muito relevantes ($p < 0,05$).

Tabela 2 - Avaliação dos juízes quanto ao critério grau de relevância do questionário, Recife, 2016

Itens	Grau de Relevância				P-valor*
	Irrelevante	Pouco Relevante	Relevante	Muito Relevante	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (24,0)	19 (76,0)	0,009
2	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (12,0)	22 (88,0)	0,000
3	0 (0,0)	1 (4,0)	11 (44,0)	13 (52,0)	0,007
4	0 (0,0)	1 (4,0)	5 (20,0)	19 (76,0)	0,000
5	1 (4,0)	1 (4,0)	5 (20,0)	18 (72,0)	0,000
6	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (16,0)	21 (84,0)	0,001
7	0 (0,0)	2 (8,0)	11 (44,0)	12 (48,0)	0,026
8	1 (4,0)	1 (4,0)	11 (44,0)	12 (48,0)	0,001
9	1 (4,0)	0 (0,0)	13 (52,0)	11 (44,0)	0,007
10	0 (0,0)	1 (4,0)	11 (44,0)	13 (52,0)	0,007
11	1 (4,0)	0 (0,0)	6 (24,0)	18 (72,0)	0,000
12	2 (8,0)	1 (4,0)	8 (32,0)	14 (56,0)	0,001
13	0 (0,0)	4 (16,0)	12 (48,0)	9 (36,0)	0,141
14	0 (0,0)	3 (12,0)	8 (32,0)	14 (56,0)	0,026
15	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (28,0)	18 (72,0)	0,028
16	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (8,0)	23 (92,0)	0,000
17	0 (0,0)	1 (4,0)	5 (20,0)	19 (76,0)	0,000
18	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (32,0)	17 (68,0)	0,072

Continua

Itens	Grau de Relevância				P-valor*
	Irrelevante	Pouco Relevante	Relevante	Muito Relevante	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
19	0 (0,0)	6 (24,0)	11 (44,0)	8 (32,0)	0,468
20	0 (0,0)	1 (4,0)	3 (12,0)	21 (84,0)	0,000
21	0 (0,0)	1 (4,0)	6 (24,0)	18 (72,0)	0,000

Fonte: Dados da pesquisa

Realizou-se o teste qui-quadrado, com p-valor significativo se menor que 0,05.

As categorias com “-” foram excluídas na execução do teste.

*Conclusão**

Na análise do pertencimento dos itens a cada um dos quatro domínios, houve prevalência de um determinado domínio em detrimento dos outros na avaliação individual de cada item ($p < 0,05$), na maioria dos casos. Os itens 3 e 14 da escala foram realocados em novos domínios (domínios B e A, respectivamente.) Nos itens com $p > 0,05$, prevaleceu o domínio mais escolhido pelos juízes (TABELA 3).

Tabela 3 - Validação de conteúdo com relação ao pertencimento dos domínio no questionário, Recife, 2016

Itens	Domínios				P-valor
	A	B	C	D	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1	15 (78,9)	2 (10,5)	2 (10,5)	0 (0,0)	0,000
2	9 (47,4)	3 (15,8)	0 (0,0)	7 (36,8)	0,229
3	5 (26,3)	11 (57,9)	1 (5,3)	2 (10,5)	0,005
4	15 (78,9)	0 (0,0)	1 (5,3)	3 (15,8)	0,000
5	16 (84,2)	0 (0,0)	2 (10,5)	1 (5,3)	0,000
6	17 (89,5)	1 (5,3)	1 (5,3)	0 (0,0)	0,000
7	10 (52,6)	6 (31,6)	3 (15,8)	0 (0,0)	0,143
8	13 (68,4)	4 (21,1)	1 (5,3)	1 (5,3)	0,000

Continua

Itens	Domínios				P-valor
	A	B	C	D	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
9	0 (0,0)	19 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
10	1 (5,3)	17 (89,5)	1 (5,3)	0 (0,0)	0,000
11	1 (5,3)	16 (84,2)	1 (5,3)	1 (5,3)	0,000
12	0 (0,0)	16 (84,2)	3 (15,8)	0 (0,0)	0,003
13	3 (15,8)	1 (5,3)	15 (78,9)	0 (0,0)	0,000
14	9 (47,4)	0 (0,0)	4 (21,1)	6 (31,6)	0,368
15	0 (0,0)	2 (10,5)	15 (78,9)	2 (10,5)	0,000
16	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	18 (94,7)	0,000
17	3 (15,8)	2 (10,5)	4 (21,1)	10 (52,6)	0,043
18	5 (26,3)	1 (5,3)	2 (10,5)	10 (52,6)	0,004
19	0 (0,0)	2 (10,5)	1 (5,3)	16 (84,2)	0,000
20	2 (10,5)	1 (5,3)	2 (10,5)	14 (73,7)	0,000
21	0 (0,0)	7 (36,8)	2 (10,5)	10 (52,6)	0,076

Fonte: Dados da pesquisa

Conclusão

*Realizou-se o teste qui-quadrado, considerando $p < 0,05$. As categorias com “-” foram excluídas na execução do teste.

Domínio A: Incentivo ao papel ativo e participativo do usuário

Domínio B: Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social

Domínio C: Criação de ambientes de apoio ao usuário

Domínio D: Qualidade e oferta de informação e comunicação

A Tabela 4 mostra o IVC para cada item. O IVC tem sido definido como a proporção de itens que recebem uma pontuação de 3 ou 4 pelos juízes (WYND, 2003). A literatura considera adequada uma concordância de pelo menos 0.70 por item (PASQUALI, 2003). Neste estudo, optou-se pelo valor de corte de 0.80.

A maioria dos itens do instrumento apresentou IVC maior que 0.80, com exceção do item 19 que expôs grau de relevância com IVC menor que 0,8 (76% ou 0,76), desta forma, optou-se pela retirada do item.

Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo para critérios compreensão, promoção, relevância e grau de relevância, Recife, 2016

Itens	Compreensão %	Promoção %	Relevância %	Grau de Relevância %
1	100,0	100,0	100,0	100,0
2	96,0	100,0	100,0	100,0
3	92,0	92,0	96,0	96,0
4	92,0	100,0	96,0	96,0
5	92,0	100,0	96,0	92,0
6	100,0	100,0	100,0	100,0
7	100,0	96,0	96,0	92,0
8	84,0	100,0	96,0	92,0
9	92,0	100,0	96,0	96,0
10	100,0	100,0	100,0	96,0
11	100,0	96,0	96,0	96,0
12	96,0	100,0	88,0	88,0
13	96,0	96,0	96,0	84,0
14	92,0	96,0	100,0	88,0
15	96,0	96,0	100,0	100,0
16	100,0	100,0	100,0	100,0
17	100,0	96,0	100,0	96,0
18	100,0	100,0	100,0	100,0

Continua

	Compreensão	Promoção	Relevância	Grau de Relevância
Itens	%	%	%	%
19	88,0	96,0	88,0	76,0*
20	100,0	100,0	100,0	96,0
21	96,0	100,0	100,0	96,0

Fonte: Dados da pesquisa

Conclusão

*IVC menor que 0,8 ou 80% foi considerado fora do padrão estipulado para o instrumento, determinando que o item fosse retirado do instrumento.

O instrumento após validação de conteúdo apresenta-se adequado quanto à concordância entre os juízes quanto ao conteúdo escolhido e representa de forma adequada seu objetivo de identificar as ações de promoção da saúde no contexto hospitalar.

Finalizada a validação de conteúdo dos juízes, foi dado início à etapa de validação semântica do questionário junto a um novo grupo de juízes que pudessem representar a amostra estudada, mas que não fizesse parte do grupo de enfermeiros participantes do estudo.

4.5.3 Validação semântica

Na validação semântica, o instrumento foi avaliado quanto à pertinência (os itens refletem os conceitos envolvidos, são relevantes e adequados aos objetivos), clareza (os itens são compreensíveis, expressam adequadamente o que se deseja medir) e coerência (a afirmativa proporciona pensamento lógico daquilo que é afirmado e do domínio a que pertence).

A Pertinência, clareza e coerência foi adequada na maioria dos itens ($p < 0,05$). No critério pertinência, os itens 1 e 11 foram avaliados como pertinentes ou muito pertinentes; no critério clareza, os itens 7 e 18 foram avaliados como claros ou muito claros; e no critério coerência, o item 18 foi considerado coerente ou muito coerente, não havendo $p < 0,05$ nestes casos, visto que a análise foi realizada apenas entre as opções, com valores acima de zero (TABELAS 5, 6 e 7). O item 8, apesar de pertinente ($p < 0,05$), não foi considerado claro ou coerente.

Tabela 5 - Validação semântica quanto ao critério pertinência, Recife, 2016

Itens	Opções de resposta				P-valor*
	1	2	3	4	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (33,3)	14 (66,7)	0,127
2	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (28,6)	15 (71,4)	0,050
3	1 (4,8)	1 (4,8)	6 (28,6)	13 (61,9)	0,000
4	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (19,0)	17 (81,0)	0,005
5	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (19,0)	17 (81,0)	0,005
6	0 (0,0)	1 (4,8)	9 (42,9)	11 (52,4)	0,018
7	0 (0,0)	1 (4,8)	6 (28,6)	14 (66,7)	0,002
8	1 (4,8)	8 (38,1)	0 (0,0)	12 (57,1)	0,012
9	0 (0,0)	2 (9,5)	6 (28,6)	13 (61,9)	0,012
10	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (28,6)	15 (71,4)	0,050
11	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (52,4)	10 (47,6)	0,827
12	1 (4,8)	0 (0,0)	6 (28,6)	14 (66,7)	0,002
13	0 (0,0)	1 (4,8)	10 (47,6)	10 (47,6)	0,021
14	0 (0,0)	2 (9,5)	7 (33,3)	12 (57,1)	0,028
15	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (23,8)	16 (76,2)	0,016
16	0 (0,0)	1 (4,8)	4 (19,0)	16 (76,2)	0,000
17	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (28,6)	15 (71,4)	0,050
18	0 (0,0)	1 (4,8)	6 (28,6)	14 (66,7)	0,002
19	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (14,3)	18 (85,7)	0,001
20	0 (0,0)	1 (4,8)	7 (33,3)	13 (61,9)	0,006

Continua

Fonte: Dados da pesquisa

Conclusão

*Realizou-se o teste qui-quadrado, considerando $p < 0,05$.

Tabela 6 - Validação semântica quanto ao critério clareza, Recife, 2016

Itens	Opções de resposta				P-valor*
	1	2	3	4	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1	0 (0,0)	2 (9,5)	4 (19,0)	15 (71,4)	0,001
2	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (23,8)	16 (76,2)	0,016
3	1 (4,8)	1 (4,8)	5 (23,8)	14 (66,7)	0,000
4	0 (0,0)	1 (4,8)	4 (19,0)	16 (76,2)	0,000
5	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (19,0)	17 (81,0)	0,005
6	0 (0,0)	3 (14,3)	7 (33,3)	11 (52,4)	0,102
7	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (33,3)	14 (66,7)	0,127
8	0 (0,0)	7 (33,3)	0 (0,0)	14 (66,7)	0,127
9	1 (4,8)	0 (0,0)	6 (28,6)	14 (66,7)	0,002
10	0 (0,0)	1 (4,8)	6 (28,6)	14 (66,7)	0,002
11	0 (0,0)	1 (4,8)	10 (47,6)	10 (47,6)	0,021
12	1 (4,8)	0 (0,0)	6 (28,6)	14 (66,7)	0,002
13	0 (0,0)	1 (4,8)	9 (42,9)	11 (52,4)	0,018
14	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (28,6)	15 (71,4)	0,050
15	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (19,0)	17 (81,0)	0,005
16	0 (0,0)	1 (4,8)	4 (19,0)	16 (76,2)	0,000
17	0 (0,0)	1 (4,8)	6 (28,6)	14 (66,7)	0,002
18	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (33,3)	14 (66,7)	0,127
19	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (14,3)	18 (85,7)	0,001

Continua

Itens	Opções de resposta				P-valor*
	1	2	3	4	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
20	1 (4,8)	0 (0,0)	6 (28,6)	14 (66,7)	0,002

Fonte: Dados da pesquisa

*Realizou-se o teste qui-quadrado, considerando $p < 0,05$

Conclusão

Tabela 7 - Validação semântica quanto ao critério coerência, Recife, 2016

Itens	Opções de resposta				P-valor*
	1	2	3	4	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (28,6)	15 (71,4)	0,050
2	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (28,6)	15 (71,4)	0,050
3	1 (4,8)	2 (9,5)	3 (14,3)	15 (71,4)	0,000
4	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (23,8)	16 (76,2)	0,016
5	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (19,0)	17 (81,0)	0,005
6	0 (0,0)	1 (4,8)	9 (42,9)	11 (52,4)	0,018
7	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (23,8)	16 (76,2)	0,016
8	0 (0,0)	8 (38,1)	0 (0,0)	13 (61,9)	0,275
9	1 (4,8)	0 (0,0)	7 (33,3)	13 (61,9)	0,006
10	1 (4,8)	0 (0,0)	6 (28,6)	14 (66,7)	0,002
11	0 (0,0)	2 (9,5)	8 (38,1)	11 (52,4)	0,050
12	0 (0,0)	1 (4,8)	6 (28,6)	14 (66,7)	0,002
13	1 (4,8)	1 (4,8)	8 (38,1)	11 (52,4)	0,002
14	0 (0,0)	1 (4,8)	5 (23,8)	15 (71,4)	0,001

Continua

Itens	Opções de resposta				P-valor*
	1	2	3	4	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
15	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (28,6)	15 (71,4)	0,050
16	0 (0,0)	1 (4,8)	4 (19,0)	16 (76,2)	0,000
17	0 (0,0)	2 (9,5)	5 (23,8)	14 (66,7)	0,004
18	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (33,3)	14 (66,7)	0,127
19	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (14,3)	18 (85,7)	0,001
20	1 (4,8)	0 (0,0)	6 (28,6)	14 (66,7)	0,002

Fonte: Dados da pesquisa

Conclusão

*Realizou-se o teste qui-quadrado, considerando $p < 0,05$

Verifica-se que na maioria dos itens o IVC foi de pelo menos 90% (ou 0,9). Os juízes consideraram que o item 8 não atingiu os pré-requisitos mínimos de pertinência, clareza e coerência necessárias (acima de 0.80) e, desta forma, o item 8 foi retirado do instrumento (TABELA 8).

Tabela 8 - Índice de Validade de Conteúdo para os critérios pertinência, clareza e coerência, Recife, 2016

Itens	Pertinência	Clareza	Coerência
1	100,0	90,5	100,0
2	100,0	100,0	100,0
3	90,5	90,5	85,7
4	100,0	95,2	100,0
5	100,0	100,0	100,0
6	95,2	85,7	95,2
7	95,2	100,0	100,0

Continua

Itens	Pertinência	Clareza	Coerência
8	57,1*	66,7*	61,9*
9	90,5	95,2	95,2
10	100,0	95,2	95,2
1	100,0	95,2	90,5
12	95,2	95,2	95,2
13	95,2	95,2	90,5
14	90,5	100,0	95,2
15	100,0	100,0	100,0
16	95,2	95,2	95,2
17	100,0	95,2	90,5
18	95,2	100,0	100,0
19	100,0	100,0	100,0
20	95,2	95,2	95,2

Fonte: Dados da pesquisa

Conclusão

*IVC menor que 0.8 ou 80% foi considerado fora do padrão estipulado para o instrumento, determinando que nem fosse retirado do instrumento.

4.5.4 Análise da concordância do instrumento

Nesta etapa da análise, houve convergência entre os juízes quanto ao nível de concordância do instrumento. Os resultados do teste kappa e a correlação intraclasse para os juízes no estudo da validação de conteúdo apresentou no critério Promoção pouca variabilidade nos dados, praticamente todas as respostas foram “sim”, desta forma, não foi possível obter algum resultado.

De acordo com o nível de correlação intraclasse, os critérios Domínio e Grau de Relevância apresentaram os maiores Índices de Correlação Intraclasse (ICC), cuja correlação foi de 0,941, e 0,792, respectivamente, indicando consistência forte. Encontrou-se consistência fraca em Compreensão (ICC=0,321) e Relevância (ICC=0,244). O nível de correlação fraca nos critérios foi devido à pouca variabilidade encontrada nos dados, já nos critérios Domínio e

Grau de Relevância existem mais opções de escolha, isso aumenta a variabilidade e a eficiência do teste estatístico. Desta forma, é possível afirmar que as respostas informadas pelos juízes estão sendo aproximadamente iguais, isto é, em termos de concordância, os resultados são similares entre os juízes.

O teste Kappa não foi significativo nos critérios Compressão, Promoção e Relevância. Isso se deve ao fato dos juízes tenderem a convergir para a mesma opção de respostas “sim” nestes critérios. Esse padrão de resposta influenciou um valor de Kappa mais baixo e não significativo. No Domínio e Grau de Relevância, obtiveram-se resultados significativos. Os juízes produziram resultados similares, principalmente no critério Domínio, em que existe maior variabilidade nos dados (resultado ICC), além disso há confirmação de que a resposta predominante entre eles foram “sim” nos critérios Compreensão, Promoção e Relevância e “muito relevante”, no critério Grau de Relevância (resultado Kappa).

Na validação semântica, obteve-se resultado satisfatório em todos os critérios estudados (pertinência, clareza e coerência). As respostas informadas pelos juízes foram aproximadamente iguais, isto é, em termos de concordância, os resultados foram similares entre os juízes (ICC com $p < 0,05$).

O teste Kappa não foi significativo nos critérios avaliados. Tal achado é influenciado pela escolha de apenas duas respostas entre os juízes (opção 3-“pertinente, claro, coerente” ou 4- “muito pertinente, muito claro, muito coerente”), e muitos desses juízes escolheram apenas uma opção para todos os itens analisados no critério. Desta forma, os juízes produziram resultados similares (ICC $p < 0,05$) e o kappa foi influenciado devido à pouca variabilidade amostral entre os juízes.

Os níveis de concordância entre os juízes nas etapas de validação de conteúdo e semântica podem ser visualizados com maiores detalhes na Tabela 9.

Tabela 9 - Nível de concordância entre os juízes na Validação de Conteúdo e Semântica, Recife, 2016

Validação de Conteúdo	Medida Intraclasse		Kappa	
	Correlação	P-Valor*	Valor	P-Valor*
Compreensão	0,321	0,086	0,012	0,178
Promoção	-	-	0,009	0,231

Continua

Validação de Conteúdo	Medida Intraclasse		Kappa	
	Correlação	P-Valor*	Valor	P-Valor*
Domínio	0,941	<0,001	0,444	<0,001
Relevância	0,244	0,158	0,018	0,051
Grau de Relevância	0,792	<0,001	0,063	<0,001

Validação Semântica	Medida Intraclasse		Kappa	
	Correlação	P-Valor*	Valor	P-Valor*
Pertinência	0,675	<0,001	0,018	0,088
Clareza	0,508	0,008	0,007	0,285
Coerência	0,598	0,001	0,005	0,349

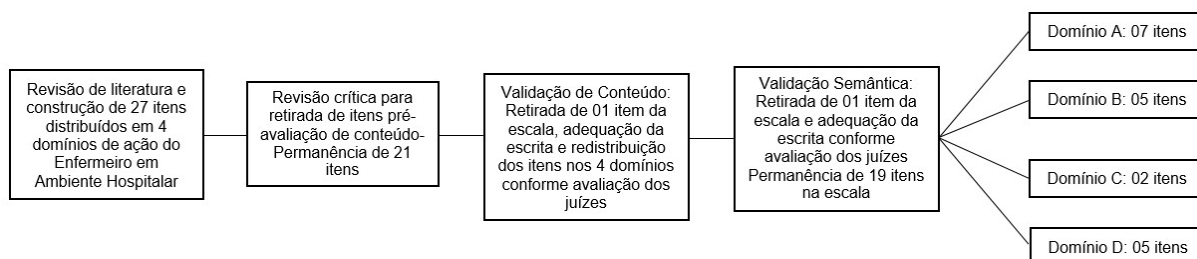
Fonte: Dados da pesquisa

*Teste Qui-Quadrado, nível de significância de 5%

Conclusão

Ao final das etapas da validação psicométrica, o instrumento passou de 27 para 19 itens. Na Figura 3, é possível observar de forma sucinta a evolução do número de itens do questionário, conforme percorrer do processo de validação. Para maiores detalhes quanto à evolução de cada item avaliado no instrumento, conferir Apêndice F.

Figura 3 - Evolução dos itens do instrumento e formação dos domínios após validação psicométrico do instrumento



Fonte: elaborada pela autora (2018)

Ao final da etapa de validação, é possível afirmar que os itens do instrumento foram adequados quanto aos critérios de concordância, adequação do conteúdo ao tema e aos

domínios, clareza, relevância e representatividade das ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar.

Uma vez finalizada a validação psicométrica do instrumento, deu-se início aos procedimentos de treinamento da equipe para coleta de dados junto à amostra de estudo.

4.5.5 Teste piloto

Após realizada a adequação do instrumento, dez enfermeiros foram convidados a responder ao questionário *on-line*, via *Google Forms*. A escolha desse número de enfermeiros se deu pelo reduzido número de indivíduos na amostra e foi estipulado conforme o tipo de *feedback* recebido, que no caso foi positivo, com ótima compreensão dos itens, nenhuma dúvida surgiu quanto ao preenchimento *on-line* do questionário e, em média, o enfermeiro levou 13 minutos para responder a todos os itens e enviar o questionário. Os enfermeiros foram convidados em um momento oportuno no turno de trabalho (início da tarde) e foram explicadas a finalidade do procedimento e a importância da colaboração.

O teste piloto favoreceu a organização logística de coleta de dados, como a determinação do tempo médio despendido para preenchimento do questionário e as possíveis dúvidas que poderiam surgir durante este momento.

4.5.6 Treinamento da equipe de coleta de dados

Para coleta de dados, foram realizados seleção e treinamento de graduandos do curso de Enfermagem que, por adesão espontânea, aplicaram o instrumento junto à amostra do estudo. Inicialmente foi divulgado no ambiente acadêmico o convite para participar e posteriormente, um treinamento foi conduzido em dois momentos, com duração de duas horas para conhecimento e familiaridade com o instrumento com o objetivo de garantir a homogeneidade da forma de coleta de dados. No primeiro encontro, foram apresentados os objetivos do projeto e o instrumento a ser utilizado para coleta de dados. O instrumento foi estudado pelos integrantes da equipe e trazido para discussão no segundo encontro, quando as dúvidas foram sanadas e houve momento de aplicação do questionário entre os integrantes do grupo.

Os participantes da coleta tiveram acesso ao número telefônico e e-mail para contato com a pesquisadora e foram encorajados a entrar em contato sempre que dúvidas

surgissem. Dúvidas persistentes e informes foram compartilhadas em grupo, por meio de correspondência via *e-mail* e/ou mensagem instantânea do tipo *WhatsApp*.

Os questionários foram controlados por meio do número de registro vinculado ao enfermeiro. Era de responsabilidade do participante da coleta checar, a cada questionário preenchido, via *Google Forms*, se o enfermeiro finalizou o questionário e confirmar que a mensagem final de agradecimento estivesse aparecendo na tela, visto que isso indicava o envio com sucesso do questionário para a base de dados.

Semanalmente, realizou-se um encontro com toda a equipe para acompanhamento do andamento da coleta dos dados, reposição de material e recolhimento dos TCLE preenchidos.

4.5.7 Fase de campo

4.5.7.1 Coleta de dados com os enfermeiros - aplicação do questionário

A equipe de coleta de dados, formada por três estudantes de graduação em Enfermagem e a pesquisadora principal, recebeu um Kit contendo cópia do parecer do comitê de ética do hospital a que ficou responsável coletar os dados, duas canetas, um lápis grafite e uma borracha, um *tablet* para aplicação *on-line*, via *Google Forms* do questionário de identificação de ações de promoção da saúde no ambiente hospitalar (APÊNDICE G), cópias do termo de consentimento livre e esclarecido a ser assinado em duas vias pelos enfermeiros e uma planilha contendo locais de coleta e nomes de enfermeiros em cada setor.

As coletas ocorreram nos turnos da manhã e tarde, nos sete dias da semana, bem como eventuais horários estipulados pelos próprios enfermeiros.

Cada integrante da equipe de coleta apresentou-se cordialmente ao enfermeiro da unidade e esclareceu a finalidade da visita. Em seguida, era apresentada a carta de aprovação do comitê de ética e todos os preceitos éticos envolvidos na pesquisa, os objetivos do estudo, bem como tempo médio para profissional responder ao questionário. Todos os enfermeiros participantes foram abordados em seu ambiente de trabalho e convidados a participar do estudo. Uma vez concordantes, eram solicitadas as assinaturas do termo de consentimento livre e esclarecido e uma via do termo era entregue ao enfermeiro.

Antes do início da aplicação do questionário, o integrante da equipe reforçava a correta forma de preenchimento do questionário e versava sobre a classificação da escala de *Likert* aplicada, esclarecendo possíveis dúvidas sobre a definição dos termos Nunca (não realiza

aquela ação); Quase nunca (ação pontual, que não se repetiu); Quase sempre (ação ocorre com certa frequência mas não é regular), Sempre (ação ocorre com frequência e é regular).

O integrante da equipe fazia o registro do número do questionário, entregava o *tablet* ao enfermeiro e permitia que o profissional respondesse ao questionário de forma privativa, e sempre atento para ir ao encontro do enfermeiro em caso de dúvidas. Não foi permitido que o questionário fosse respondido fora do plantão do enfermeiro.

4.5.7.2 Coleta de dados com os enfermeiros - grupos focais

A parte qualitativa do estudo foi conduzida com a realização de grupos focais junto aos sujeitos da pesquisa. O grupo focal é projetado para obter percepções dos participantes em uma área de foco e em um cenário permissivo e não ameaçador. Um dos pressupostos subjacentes ao uso de grupos focais é que as interações entre as pessoas pode ajudá-los a expressar e esclarecer pontos de vista de maneiras que são menos prováveis de ocorrer em uma entrevista individual (GROVE; BURNS; GRAY, 2013).

Após a coleta de dados quantitativa utilizando o questionário, uma série de análises foram realizadas, a fim de identificar os domínios de ação de promoção da saúde prevalentes no contexto hospitalar. Da etapa quantitativa, surgiram os domínios prevalentes que se constituíram em temas para guiar a condução do grupo focal, como a experiência do enfermeira de promover saúde em ambiente hospitalar, fatores contribuintes e impedidores de execução de ações promoção da saúde, percepção de ações que distanciam o enfermeiro de atuar como promotores da saúde, motivações do enfermeiro no incentivo do papel ativo e participativo do paciente e na qualidade da comunicação e informação prestada a ele. Baseados nos temas, elaborou-se um roteiro para nortear os encontros dos grupos focais (APÊNDICE E).

Os 68 enfermeiros foram convidados a participar de grupo focal acerca da temática “Promoção da saúde em ambiente hospitalar: reflexões sobre o cuidar”. O pesquisador principal foi pessoalmente ao setor de cada profissional, apresentou a proposta das reuniões, entregou um convite para participação do sujeito, solicitando *e-mail* e telefone de contato/*whatsapp*, para que fossem enviados lembretes da reunião na semana que antecedente, um dia antes e seis horas antes do evento. Vista a dificuldade em se recrutar enfermeiros fora do horário de trabalho, optou-se pelo convite e confirmação de todos os enfermeiros sujeitos desta pesquisa. Dos 68 enfermeiros convidados, todos se mostraram interessados em participar, contudo, devido dificuldade em deixar o setor, se deslocar de outro emprego, folgas ou férias, apenas 16 participaram da etapa dos grupos focais.

Geralmente, é indicado que se convide, além do número desejado para o grupo focal (de 4 a 12 pessoas), em torno de 25% a mais de sujeitos, contudo, em alguns cenários, esses valores podem ser maiores (GROVE; BURNS; GRAY, 2013; GREEN; THOROGOOD, 2004).

Os grupos focais foram organizados conforme o hospital de lotação do enfermeiro. Foram realizadas de uma a duas reuniões por hospital em estudo, totalizando cinco encontros compostos por 3 ou 4 enfermeiros (MORGAN, 1998), adotando-se o critério de saturação dos dados para a finalização da realização dos grupos focais. A duração dos eventos foi de 50 minutos a 1 hora e 10 minutos (GROVE; BURNS; GRAY, 2013; GREEN; THOROGOOD, 2004). As reuniões foram realizadas nas salas de estudo e/ou reunião do hospital em que o enfermeiro era lotado. As salas foram selecionadas, no sentido de permitir boa circulação, visibilidade e conforto dos participantes.

As questões norteadoras para a realização dos grupos focais foram oriundas dos dados quantitativos: 1. Nesse momento, eu gostaria de ouvir de cada um sobre a sua experiência com o tema “promoção da saúde no ambiente hospitalar”; 2. No desenvolvimento das atividades de cuidado, que atividades ou ações você considera como promotoras da saúde do paciente?; 3. Pelo instrumento aplicado, foi verificado que os domínios mais frequentes de ação dos enfermeiros foram comunicação e qualidade da informação e encorajar o papel ativo e participativo do paciente. Que fatores influenciam na sua decisão em realizar essas atividades? Duas destas para o aprofundamento do tema e uma questão resultante da análise dos domínios e ações mais expressivos gerados da fase quantitativa do estudo.

Os encontros tiveram vídeo e áudio gravados. Um membro da etapa de coleta acompanhou o facilitador/pesquisador nos encontros, a fim de registrar situações, interações ou falas no momento em que ocorriam, bem como ajudar na organização do material, recepção dos sujeitos, organização da sala e oferta de lanches. Foi esclarecido que o assistente não fazia parte de nenhum órgão ou instituição ligada aos hospitais e que as informações compartilhadas eram sigilosas. Imediatamente ao final de cada encontro, o pesquisador anotou em seu diário de campo o andamento da reunião, dificuldades, momentos de maior tensão, relaxamento ou entrega dos participantes quanto ao tema abordado, percepções e construções conceituais sobre a temática de promoção da saúde, bem como falas mais fortes e significativas que repercutiram positivamente ou negativamente na manifestação do grupo. Todas as falas e percepções anotadas fizeram parte do escopo dos dados qualitativos do estudo. Todos os participantes receberam um certificado de participação no grupo focal, emitido pelo setor de educação permanente da instituição hospitalar a qual pertence e brindes, como forma de agradecimento pela contribuição dada a pesquisa.

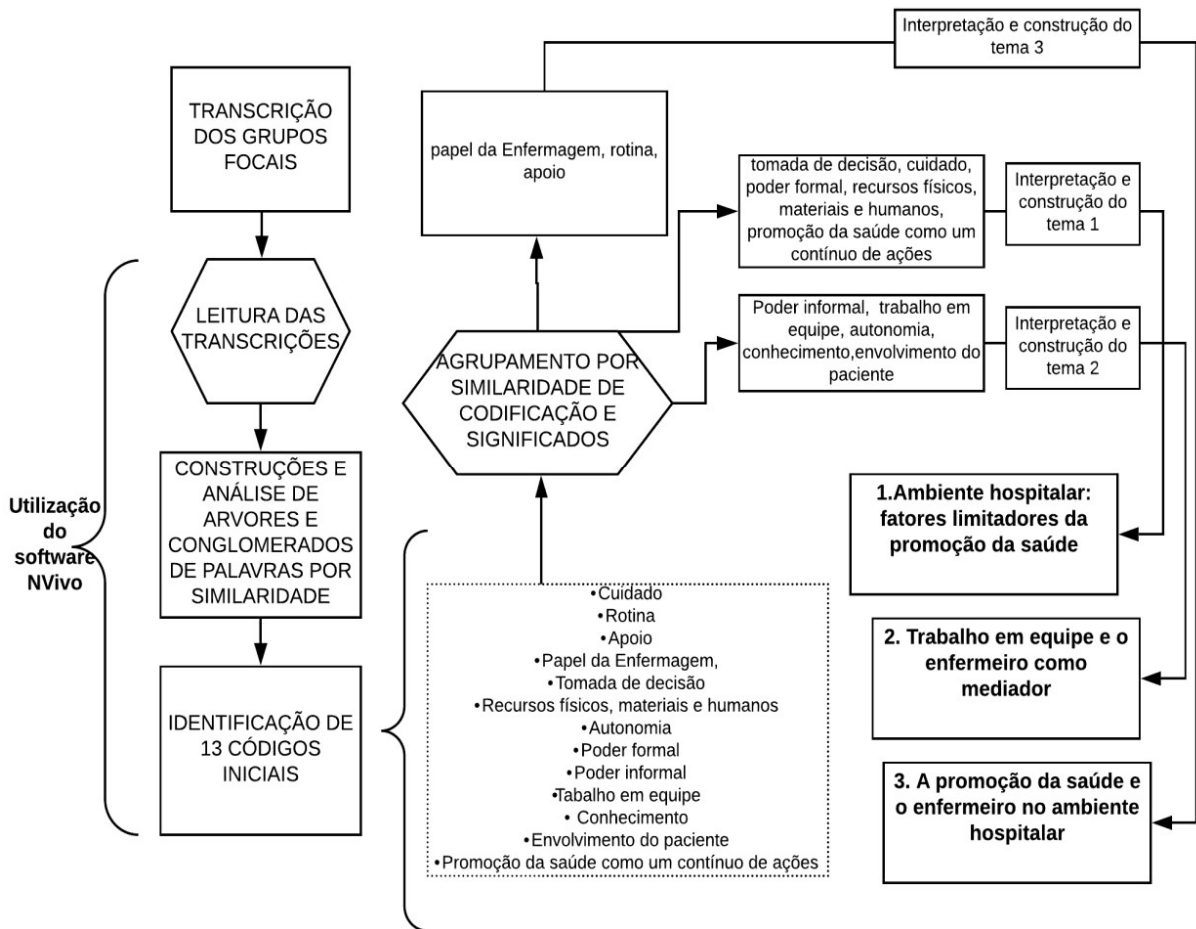
Na finalização dos grupos focais houve relatos de agradecimentos dos enfermeiros pela oportunidade de discutir, refletir sobre suas ações no hospital, pela possibilidade de discutir com seus pares e compreender o cuidado sob diferentes perspectivas. Ocorreu também diversos relatos de desabafo quanto a atual condição de trabalho e perspectivas do futuro da Enfermagem.

4.6 Tratamento e Análise dos dados

Os dados quantitativos foram analisados por meio do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos, versão 19.0). Utilizou-se, na descrição dos resultados, medidas estatísticas (média, mediana e desvio padrão), medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão, intervalos de confiança), bem como comparação das médias entre os domínios (teste de Friedman) e comparação dupla entre os domínios (Wilcoxon). No Teste de Friedman, considerou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Nas comparações múltiplas, foram realizados teste não parâmetros do tipo teste de Kruskal-Wallis. Foi adotado nível de significância de 5%.

A Figura 4 apresenta o processo pelo qual as falas dos grupos focais foram submetidas à descrição e interpretação. Inicialmente, a transcrição das falas foi realizada pelo pesquisador e, em seguida, submetida ao *software NVivo 11*, ferramenta que permitiu a descrição, codificação e categorização das falas dos enfermeiros em uma contínua postura de análise e interpretação, por meio do agrupamento de palavras mais citadas e formação de respectivas árvores. Em seguida, identificaram-se 17 códigos iniciais: cuidado, expertise, rotina, apoio, papel da enfermagem, tomada de decisão, recursos, senso de pertencimento, satisfação no trabalho, percepção de poder, representação social, poder formal, poder informal, time multiprofissional, conhecimento, envolvimento do paciente, promoção da saúde como um contínuo de ações. Esses códigos foram agrupados quanto à similaridade de codificação, e interpretados para formar três categorias/temas: A influência dos organização hospitalar na promoção da saúde; A relação da equipe multiprofissional para o alcance do cuidado holístico; As atividades diárias do enfermeiro na promoção da saúde do paciente.

Figura 4 - Etapas de construção dos temas produzidos a partir dos resultados dos grupos focais, Recife, 2016



Fonte: elaborada pela autora (2018)

No processo de trabalho dos dados qualitativos, utilizou-se a abordagem da interpretação descritiva. Na interpretação descritiva, defende-se a combinação de uma construção lógica dos dados, levando em consideração o contexto da situação estudada. Desta forma, na interpretação descritiva, a análise dos dados vai além do já evidenciado, as buscas continuam a partir do que é conhecido e estabelecido, a fim de descobrir algo mais (THORNE, 2016).

A análise das falas prezou as ideias centrais que norteiam a pesquisa, homogeneidade, representatividade, exclusão mútua, fidelidade e pertinência, a fim de permitir a identificação de classificações e temas, bem como interpretação pertinente, fundamentada e aprofundada das afirmações coletadas nos estudos referentes às ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar.

O presente estudo não se ateve a uma determinada teoria para referenciar os achados qualitativos. A interpretação descritiva é uma abordagem que não se fundamenta pelos requisitos convencionais de que todos os estudos devem ser explicitamente posicionados dentro de uma ou outra teoria formal (THORNE, 2016).

4.7 Considerações Éticas

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), após a assinatura das cartas de anuência dos hospitais participantes do estudo. Os pesquisadores comprometem-se a respeitar os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Números de protocolo de aprovação da pesquisa CAAE: 51119115.1.3001.5192; CAAE: 51119115.1.0000.5208, CAAE: 51119115.1.3002.5197.

A participação dos enfermeiros foi posterior às assinaturas do termo de consentimento livre e esclarecido, sempre garantindo sigilo e anonimato dos participantes do estudo (APÊNDICES A e B). Os dados estão armazenados no computador de trabalho da pesquisadora responsável e serão mantidos por um período de cinco anos.

O estudo apresentou risco mínimo de constrangimento que foi reduzido por meio de privacidade no momento da aplicação dos instrumentos de coleta de dados, e acessibilidade à pesquisadora em caso de necessidades de maiores esclarecimentos. Os pesquisadores comprometeram-se, ainda, a assegurar o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante o estudo. Os enfermeiros participantes do estudo foram identificados pela letra “N”, seguido de número aleatório; e os hospitais, na seção de resultados e discussão, foram identificados pelo nome “hospital”, seguido de uma letra grega.

A coleta de dados somente se iniciou após a aprovação definitiva do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO A). O benefício potencial da pesquisa é promover reflexões acerca da importância da promoção da saúde na prática hospitalar do enfermeiro como uma forma de inversão de um modelo assistencial biomédico, curativo e centrado no uso de saberes estruturados e equipamentos sofisticados, prezando pelo apoio às necessidades do paciente, por meio de tomada de decisão autônoma e tradução de conhecimentos em saúde para o paciente.

5 RESULTADOS

Os 68 enfermeiros participantes da pesquisa eram provenientes da rede de atenção à saúde hospitalar de uma capital da região do nordeste brasileiro. Em maioria do sexo feminino (92,65%), casados (54,41%), graduados em instituições públicas (59,0%) e distribuíam-se de maneira predominante nos Hospitais α (42,65%) e Hospital γ (38,24%), trabalhavam no setor de clínica médica em seus respectivos hospitais (48,53%), tinham vínculo empregatício estável CLT (44,12%) e RJU (30,88%), e eram especialistas em uma ou mais áreas de conhecimento (92,65%) (Tabela 10). Na formação, predominavam os cursos *lato sensu* na área de conhecimento Médico-cirúrgica (60,0%), seguida por Saúde Pública (51,0%) e Obstetrícia (16,0%). Dentre os poucos que possuíam a formação *stricto sensu*, predominou a sub-área de conhecimento de saúde pública (64%), no mestrado e no doutorado em Enfermagem (100%) (sem especificação de área de conhecimento). Outras informações relacionadas às características dos informantes podem ser vistas no Anexo E.

Tabela 10 - Características sociodemográficas dos enfermeiros participantes da pesquisa, Recife, 2016

Dados sociodemográfico	n	%
Hospital onde trabalha		
Hospital α	29	42,65
Hospital β	13	19,12
Hospital γ	26	38,24
Setor onde trabalha		
Clínica médica	33	48,53
Clínica cirúrgica	26	38,24
Setor misto (médica e cirúrgica)	9	13,24
Vínculo empregatício		
Regime Jurídico Único (RJU)/ Estatutário	21	30,88
CLT	30	44,00
Seleção Temporária	14	20,59
Plantão extra	3	4,41
Sexo		

Continua

Dados sociodemográfico	n	%
Feminino	63	92,65
Masculino	5	7,35
Especialização		
Sim	63	92,65
Não	5	7,35
Mestrado		
Sim	10	14,71
Não	54	79,41
Cursando	4	5,88
Doutorado		
Não	66	97,06
Cursando	2	2,94
Fonte: dados da pesquisa		<i>Conclusão</i>

Os enfermeiros apresentaram predomínio de ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar na seguinte ordem de frequência referente aos domínios²: Domínio D, A, B e C ($p < 0,001$). O Domínio D prevaleceu entre os demais, o que demonstra preferência dos enfermeiros para atuarem em ações de educação em saúde no ambiente hospitalar. O domínio menos exercido se refere a práticas relacionadas à criação de ambientes de suporte dentro do hospital.

Destaca-se que dos 19 itens de ações de promoção da saúde no contexto hospitalar, sete de diferentes domínios (ações 1, 4, 14, 15, 16, 18, 19) eram realizados “quase sempre” e “sempre” pelos enfermeiros, o que pode representar ações inseridas na rotina da própria prática. Essas ações correspondem ao estímulo da comunicação e do papel participante do paciente do próprio cuidado, atenção multidisciplinar e qualidade da comunicação e informação durante o internamento. Com menor expressividade, o item 13 apareceu com 21% de assertivas de realizá-la frequentemente, que se refere a atividades recreativas e de distração do paciente (Tabela 11).

² **Domínios:** **A.** Incentivo ao papel ativo e participativo do usuário; **B.** Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social; **C.** Criação de ambientes de apoio ao usuário e **D.** Qualidade e oferta de informação e comunicação

Dentro de cada domínio, houve ações mais realizadas ($p < 0,001$), a saber: Domínio A (item 4)³, Domínio B (item 11)³, Domínio C (item 14)³ e Domínio D (item 15)³. Essas ações correspondem à comunicação e ao reconhecimento por parte do paciente de sintomas que possam prejudicar sua condição de saúde, conhecimento sobre a realidade socioeconômica e cultural do paciente para adequação do cuidado, cuidado com apoio multidisciplinar e qualidade da comunicação com o paciente (TABELA 11).

³ **Domínios: A. Item 4** (Estimulo o usuário a comunicar qualquer condição de saúde ou intercorrência que possa influenciar o seu tratamento sua. Realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos); **B. Item 11** (Considero as condições socioeconômicas e culturais do paciente na orientação para alta); **C. Item 14** (Busco apoio de outro profissional da equipe de saúde para atender às solicitações/demandas de usuários e familiares/acompanhantes) e **D. Item 15** (Comunico-me com os usuários e familiares/acompanhantes utilizando linguagem clara, objetiva e de fácil compreensão)

Tabela 11 - Resumo descritivo das ações em cada domínio, quantitativo, porcentagem e média das ações, Recife, 2016

Domínios*	Ação	Opções de resposta								Média	Média Domínio**#	Opções de resposta			
		1		2		3		4				1 ou 2		3 ou 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%			N	%	N	%
A	1	1	1,47	0	0,00	17	25,00	50	73,53	3,71	3,47	1	1,5	67	98,5
	2	2	2,94	10	14,71	32	47,06	24	35,29	3,15		12	17,6	56	82,4
	3	2	2,94	3	4,41	19	27,94	44	64,71	3,54		5	7,4	63	92,6
	4	0	0,00	1	1,47	15	22,06	52	76,47	3,75		1	1,5	67	98,5
	5	0	0,00	4	5,88	21	30,88	43	63,24	3,57		4	5,9	64	94,1
	6	1	1,47	14	20,59	24	35,29	29	42,65	3,19		15	22,1	53	77,9
	7	0	0,00	8	11,76	27	39,71	33	48,53	3,37		8	11,8	60	88,2
	8	2	2,94	14	20,59	28	41,18	24	35,29	3,09		16	23,5	52	76,5
B	9	3	4,41	18	26,47	27	39,71	20	29,41	2,94	3,03	21	30,9	47	69,1
	10	2	2,94	20	29,41	31	45,59	15	22,06	2,87		22	32,4	46	67,6
	11	2	2,94	5	7,35	28	41,18	33	48,53	3,35		7	10,3	61	89,7
	12	3	4,41	21	30,88	23	33,82	21	30,88	2,91		24	35,3	44	64,7

Continua

Domínios*	Ação	Opções de resposta								Média	Média Domínio**#	Opções de resposta			
		1		2		3		4				1 ou 2		3 ou 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%			N	%	N	%
C	13	26	38,24	28	41,18	10	14,71	4	5,88	1,88	2,72	54	79,4	14	20,6
	14	2	2,94	1	1,47	22	32,35	43	63,24	3,56		3	4,4	65	95,6
	15	0	0,00	1	1,47	4	5,88	63	92,65	3,91		1	1,5	67	98,5
	16	0	0,00	2	2,94	19	27,94	47	69,12	3,66		2	2,9	66	97,1
D	17	0	0,00	4	5,88	30	44,12	34	50,00	3,44	3,64	4	5,9	64	94,1
	18	0	0,00	2	2,94	10	14,71	56	82,35	3,79		2	2,9	66	97,1
	19	0	0,00	3	4,41	36	52,94	29	42,65	3,38		3	4,4	65	95,6

Fonte: dados de pesquisa

Conclusão

*Teste de Friedman aplicado dentro de cada domínios comparando as médias das ações obteve valor $p < 0,001$; ** Teste de Friedman aplicado entre os domínios obteve valor de $p < 0,001$. #Comparação pareada entre domínios (Teste de Wilcoxon) obteve $p < 0,001$.

As ações do Domínio B⁴, em conjunto, foram as mais executadas no Hospital γ , comparando-se com os outros hospitais do estudo ($p < 0,05$). Esse dado revela a importância dada pelos enfermeiros deste hospital de reconhecer diferentes valores e necessidades do paciente. Nos outros hospitais, constatou-se o predomínio de ações específicas⁵ dos distintos domínios, a saber: a ação 2 foi mais executadas no Hospital α , ações 03 e 10 foram mais executadas no Hospital β (TABELA 12).

Tabela 12 - Escore médio da ação e domínio por hospital onde trabalha, Recife, 2016

Ações	Hosp. α	Hosp. β	Hosp. γ	P-valor*
1	3,76	3,54	3,73	0,284
2	3,21	3,15	3,08	0,042
3	3,55	3,38	3,62	0,010
4	3,76	3,69	3,77	0,496
5	3,48	3,62	3,65	0,403
6	3,07	3,31	3,27	0,316
7	3,24	3,54	3,42	0,777
A	3,44	3,46	3,51	0,129
8	3,24	2,69	3,12	0,305
9	2,90	2,62	3,15	0,279
10	2,76	3,00	2,92	0,017
11	3,41	3,23	3,35	0,073
12	2,86	3,08	2,88	0,110
B	3,03	2,92	3,08	0,019
13	1,83	2,08	1,85	0,082
14	3,79	3,08	3,54	0,886
C	2,81	2,58	2,69	0,760
15	3,90	3,92	3,92	0,134
16	3,62	3,69	3,69	0,869
17	3,38	3,38	3,54	0,107

Continua

⁴ **Domínio B:** Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social.

⁵ **Ação 02:** Procuo saber quais os conhecimentos que o usuário tem sobre sua condição clínica e/ou cirúrgica atual; **Ação 03:** Encorajo o usuário e familiares/acompanhantes a tirar suas dúvidas quanto aos procedimentos assistenciais de cuidado do paciente realizados durante a internação; **Ação 10:** verifico quais crenças, valores e expectativas pessoais o usuário possui em relação a sua condição de saúde atual.

Ações	Hosp. α	Hosp. β	Hosp. γ	P-valor*
18	3,76	3,85	3,81	0,063
19	3,45	3,46	3,27	0,406
D	3,62	3,66	3,65	0,593

Fonte: dados da pesquisa

*Teste de Kruskal-Wallis, considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$)

Conclusão

Este estudo aponta a importância do trabalho em equipe, que foi significativamente relevante no conjunto das clínicas (item 14)⁶ (tabela 13).

Tabela 13 - Escore médio da ação e domínio por setor onde trabalha, Recife, 2016

Ações	Clínica Médica	Clínica Cirúrgica	Setor Misto	P-valor*
1	3,82	3,58	3,67	0,817
2	3,36	2,85	3,22	0,732
3	3,79	3,23	3,56	0,805
4	3,82	3,65	3,78	0,975
5	3,70	3,46	3,44	0,241
6	3,18	3,08	3,56	0,483
7	3,42	3,27	3,44	0,408
A	3,58	3,30	3,52	0,350
8	3,21	3,08	2,67	0,150
9	3,12	2,81	2,67	0,124
10	3,15	2,58	2,67	0,507
11	3,58	3,15	3,11	0,989
12	3,15	2,73	2,56	0,759
B	3,24	2,87	2,73	0,468

Continua

⁶ **Item/Ação 14:** Busco apoio de outros profissionais da equipe de saúde para atender às solicitações/demandas de usuários e familiares/acompanhantes.

Ações	Clínica Médica	Clínica Cirúrgica	Setor Misto	P-valor*
13	2,12	1,69	1,56	0,940
14	3,55	3,58	3,56	0,017*
C	2,83	2,63	2,56	0,841
15	3,91	3,88	4,00	0,433
16	3,70	3,62	3,67	0,820
17	3,61	3,23	3,44	0,547
18	3,85	3,65	4,00	0,870
19	3,36	3,46	3,22	0,474
D	3,68	3,57	3,67	0,750

Fonte: dados da pesquisa

*Teste de Kruskal-Wallis, considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Conclusão

Os dados apresentados revelaram que parte considerável das ações de promoção da saúde estão inseridas na prática de cuidado do enfermeiro de clínica médica e cirúrgica. As ações mais realizadas reforçaram atributos tais como: estímulo da comunicação e do papel participante do paciente, atuação multidisciplinar no cuidado do paciente e qualidade da comunicação e informação com paciente. Contudo, esses dados não informam como o cotidiano dessas praticas são realizadas tomando-se como referencia a perspectiva e experiência do enfermeiro nesse ambiente de trabalho, o que será apresentado a seguir.

Os dados da descrição qualitativa foram provenientes de participantes, em maioria, de profissionais do sexo feminino, com média de idade de 39 ± 10 anos, média de experiência de trabalho de $13 \pm 8,5$ anos, sendo 53% deles em alas clínicas e 47% em cirúrgicas, com média de 4,6 anos de experiência nesses setores.

As falas dos participantes foram organizadas em três categorias: Ambiente hospitalar: fatores limitadores da promoção da saúde; Trabalho em equipe e o enfermeiro como mediador e A promoção da saúde e o enfermeiro no ambiente hospitalar.

5.1 Ambiente hospitalar: fatores limitadores da promoção da saúde

O ambiente hospitalar representa neste estudo o espaço social e físico onde se realiza o trabalho dos enfermeiros e suas relações nos diferentes níveis da gestão do cuidado hospitalar. As palavras de sentido expressas pelos enfermeiros participantes foram: cuidado, expertise, poder formal, promoção da saúde como um contínuo de ações. Nelas, são apontadas a dualidade da necessidade de cuidar e, ao mesmo tempo, as limitações existentes no exercício profissional. Elas estiveram sempre associadas à organização hospital, ao fato de prover mais atenção na forma como o cuidado é prestado, em função da realidade atual, como: sobrecarga de trabalho e na rotina de atividades nas alas devido à escassez de profissionais na equipe de enfermagem, falta de materiais necessários aos cuidados do pacientes, cobranças sem o devido apoio por parte da gestão quanto ao atendimento de metas de cuidado sem que existam subsídios que sustentem essa prática. O mesmo foi observado na análise de dados quantitativos em relação ao domínio C, que se refere a criação de ambientes de apoio ao usuário, devido a falta de estrutura física e material adequados. Os enfermeiros entendem que diante desse contexto, existem limitações para que se promovam a saúde além do modelo médico focado no tratamento de doenças, incluindo a promoção da saúde dos trabalhadores.

N34: Eu estou com um número reduzido de técnicos, eu tenho que dar um suporte, porque se não o serviço não sai. De todo jeito, quem vai ser cobrado sou eu mesmo, então, ... a enfermagem em si ela não é respeitada, não é valorizada, e é quem mais é cobrada no ambiente hospitalar, então, assim, quando não se tem esse respeito com insumos, com alimentação, com carga de trabalho adequado, e com a quantidade de pacientes adequado, quando não se tem nada disso, nunca que você vai ter promoção da saúde. Quando você começar a corrigir essas coisas, aí sim...

N71: Agora o (hospital) está querendo implantar o modelo Alemão (modelo de acreditação). Implantar algo que você não tem estrutura, não só para os profissionais trabalharem, mas também... para exercer tudo isso, é complicado. Porque tem segurança do paciente, tem um monte de papel para gente preencher, mas um álcool gel, que é o básico do básico, não tem. Cama sem grade, enfermaria que não tem um ar condicionado, então você vê um déficit muito grande...

N15: acho que sobre promoção da saúde também não só do paciente, mas também da equipe, porque a gente também precisa ter saúde para a gente ter a possibilidade de orientar até a saúde do paciente, acho também que focar na equipe um pouquinho...

N49: A questão da promoção da saúde de forma integral, visualizando o ambiente hospitalar todo, inclusive nós que estamos dentro também desse contexto do hospital.

Outro aspecto relatado sobre a sobrecarga de trabalho refere-se ao fato de suas atribuições serem misturados com as de outros profissionais, o que o força a se distanciar do

cuidado de enfermagem e se sobrecarregar com funções que poderiam ser assumidas por outros profissionais.

N48: A gente não faz a nossa atribuição, o que é Enfermagem. A gente faz trabalho de assistente social, a gente faz o da nutrição, então... o enfermeiro ele pega tudo, ou ele é obrigado a fazer todas essas funções e isso (essa conversa para que os profissionais assumam suas próprias atribuições) não existe nesse hospital.

N46: A gente faz mais da demanda dos outros, do que da gente.

N49: Não é que eu não sinta essa questão da sobrecarga, não é que eu não perceba. A questão, muitas vezes, é que a gente está assumindo papéis que se a gente tivesse equipe formada, a gente não precisaria absorver.

A forma aleatória de distribuição dos profissionais nos ambientes de trabalho foi vista como um dos fatores que dificulta a motivação e o interesse do profissional pelo setor de trabalho. Essa forma arbitrária supre as necessidades imediatas do hospital, contudo, não oferece oportunidade ao profissional de desenvolver seu exercício profissional de seu interesse e identificação. Essa atitude do poder formal hospitalar desmotiva e enfraquece a continuidade de um bom andamento de trabalho construído.

N46: Tem profissional que não se identifica com o setor, aí fica aquele profissional sofrido...mas que precisa do emprego...o concursado ainda resiste um pouco... eu sei que existe dificuldade de funcionário, sei que existe dificuldade na coordenação, mais de 100 enfermeiros, eu sei que existem os déficits e que elas querem fazer da melhor forma para cobrir as coisas, mas têm coisas que deveriam ser conversadas com a pessoa, vamos ver a coisa melhor para aquela pessoa, onde ela gosta, se identifica. Se o profissional está ali se dando bem com a equipe, a coisa está andando, porque tirar? Aí, fica um profissional desmotivado, entristecido, e assim, essa questão mesmo, saber que ele é profissional, mas é ser humano, merece respeito, merece compreensão das coisas.

Outro aspecto apresentado pelos enfermeiros referiu-se à necessidade de provimento regular de recursos materiais e humanos que assegurem melhor cuidado aos pacientes. Os enfermeiros relataram sobre a falta de apoio e suporte à saúde do próprio profissional, o que torna a assistência ao paciente laboriosa e pouco produtiva. Os enfermeiros discutiram também sobre a importância de um programa de educação permanente para apoiar a qualidade das atividades desempenhadas pelos profissionais.

N34: Essa promoção da saúde tem que começar pelo profissional, quando o profissional é melhor assistido, mais respeitado, mais valorizado, com o mínimo, carga-horária de trabalho justa... insumo suficiente com a quantidade de profissionais suficiente, então o profissional vai ter condições mínimas para chegar no paciente dele e prestar assistência de qualidade.

N60: A gente, às vezes, trabalha com um nível muito pouco de pessoal. E isso é complicado, querer dar assistência a tudo e não ter como.

N59: O próprio hospital também deve fornecer condições para que nós, enquanto enfermeiros, possamos desenvolver nossas tarefas sem empecilho algum. Desde a educação continuada, que você precisa aprender, até a aquisição de material, por exemplo: se eu tenho o conhecimento de como tratar uma ferida, mas eu não tenho aquela cobertura, então eu vou ter dificuldade. Um paciente que poderia passar um mês praticamente para fechar a ferida, ele vai passar muito mais, porque eu não vou ter aquele produto que eu tenho conhecimento, que eu sei que devo usar...para promover a saúde, você tem que ter subsídios.

N49: Educação continuada é muito válida ...e não pode ser esquecida porque essa educação não se dá somente dentro do lidar com equipamentos ou do manuseio da seringa, ou do manuseio do determinado tipo de cobertura para determinado tipo de lesão, não. A educação continuada se dá também nessa questão da gente se fortalecer, de como podem se dar os processos de comunicação.

Comunicação foi outro aspecto indicado pelos enfermeiros que contribui para o bom desempenho do cuidado. Dado corroborado inclusive pela prevalência do domínio D quanto as ações de promoção da saúde mais frequentemente realizadas pelo enfermeiro. Essa comunicação refere-se ao paciente, à equipe e gestão. Observa-se novamente convergência de dados em relação as ações de promoção da saúde mais realizadas como sendo aquelas que estimulam o papel participante do paciente e atuação multidisciplinar. Trata-se de uma relação de confiança, escuta qualificada, mesmo em situações críticas que são relevantes para uma boa assistência ao paciente. Os enfermeiros querem ser ouvidos e valorizados pela gestão do cuidado no hospital.

N49: Um paciente sabe o quanto o que é ser bem orientado, mesmo que você vá passar por um sofrimento, não é? Mas, que você foi orientado, a tudo... ao passo que você vai vivenciar. Eu acho que essa questão da comunicação deve se dar de forma respeitosa, tranquila, harmônica, no nível que o outro tiver de alcance, sabe? Para poder gerar tanto uma segurança no paciente, como gerar essa... relação com toda equipe.

N49: Eu acho que todos nós, enquanto profissionais de enfermagem... a gente tem muito a contribuir com sugestões. O gestor só, ele não consegue acertar sempre. Ele precisa que a gente chegue lá e converse. É claro que tem que ter abertura. Lógico! Nenhum processo se dá sem que o outro não esteja aberto também para sentar e conversar. Mas, eu acho que é aquela coisa... água mole e pedra dura, tanto bate até que fura... e a gente, quando estamos na ponta, a gente precisa se mover para que essa promoção da saúde aconteça.

Outro fato relatado acerca da comunicação referiu-se à limitada participação na tomada de decisão sobre o cuidado de saúde do paciente, ela não está incorporada como uma prática regular do trabalho em equipe. Enquanto que outros consideram a liderança da

enfermagem como um caminho para o trabalho em equipe.

N16: Nós enfermeiras não somos muito valorizadas, mas, aqui, como todas falaram, a gente tem uma certa autonomia de conversar com os médicos, de questionar uma conduta, de informar e pedir um parecer, falar um pouco sobre a assistência do paciente, questionar a alta, quando a gente acha que não é o momento certo do paciente receber alta, principalmente na cirúrgica, que eles querem dar alta ao paciente (em um curto intervalo de tempo).

N48: A visita multidisciplinar aqui não é multidisciplinar. O enfermeiro trata da lesão a semana toda, daí a visita é só restrita aos médicos, aos acadêmicos de medicina, aí você, muitas vezes, entra (na sala durante a reunião e diz:)..., perai, o paciente não vai ter alta por isso, isso e isso, mas assim, não é porque me foi dado um espaço para falar, como foi feito com a colega, do tipo: e, então, o que você está achando do paciente? E você enfermeira, o que está achando? Ou seja, não se dá o espaço para todos os profissionais colocarem um gancho para promover a saúde do paciente.

N59: Nós somos líderes, e como líderes, a gente tem que orientar toda a equipe para que haja a promoção da saúde. Minimizar as falhas, os erros.

5.2 Trabalho em equipe e o enfermeiro como mediador

A proximidade do enfermeiro com os pacientes o coloca em uma posição privilegiada de reconhecimento de suas necessidades. Esse fato foi relatado pelos enfermeiros que assumem papel de mediador na solução dos problemas relacionados ao paciente. Essa ação do enfermeiro favorece a troca de informações e conhecimento e o trabalho em equipe. Neste sentido, o enfermeiro atua como mediador entre o paciente e os outros membros da equipe de saúde.

N48: Eu sempre vejo o enfermeiro como a mão de todos os profissionais, então a gente sempre está na mediação com o nutricionista, com o fisioterapeuta é uma comunicação ativa sempre, para resolver a vida daquele paciente. Se a gente não interligar isso... as coisas não são resolvidas para aquele paciente.

N06: ...Na visita, a gente já aproveita aquele momento para dar a oportunidade a ele de falar sobre as dúvidas, os medos que ele tem, a gente pergunta se ele já passou isso para o médico, aquele questionamento que ele tem, às vezes, eles passam isso mais para a gente, do que para o próprio médico. E, a gente, no fim, acaba também sendo uma ponte para essa informação.

N48: Às vezes, o paciente não diz as coisas para a equipe médica, porque eles não escutam e, muitas vezes, eles (médicos) falam até com a gente, "ah, mas eu acabei de passar lá e ninguém falou", mas para mim (enfermeiro), a paciente passou, porque eu tive a capacidade de ouvir, de está lá, de ver que aquela dor que ele está sentindo não é só a dor visível não, é a dor de estar com um filho em casa, sozinho...porque ele veio para uma consulta no ambulatório, e de repente ficou lá internado. Então, isso é promoção da saúde também... tentar ouvir o paciente.

Portanto, as falas apontam que é necessário criar uma atmosfera de trabalho em equipe. Motivações internas, externas e uma comunicação eficaz precisam estar presentes entre os profissionais de saúde para atuar como uma equipe com vínculo e entrosamento no ambiente de trabalho e no cuidado com o paciente. Uma vez estabelecida, essa atmosfera de trabalho e cuidado se estenderá aos pacientes.

N49: Eu acho que a gente está se perdendo muito nessas questões de papéis, nessas questões de equipe, por falta de entrosamento entre a gente, por falta mesmo da gente formar times, formar equipe, por essa questão de: onde está a motivação? A motivação está sempre no outro? É sempre externa? Então, assim, eu sei que o externo ele é bom e traz determinados estímulos, mas a motivação tem que vir também da gente, a gente precisa se reencontrar e se redefinir.

N36: A gente tem profissionais, as figurinhas poderiam ser trocadas para que essa promoção da saúde fosse diferente, não é verdade?! E, atualmente, não é... Se fosse dessa forma, talvez essa promoção da saúde seria mais agradável, mais viável, seria vigente e real.

N48: (o enfermeiro esclarece) Todas as informações, como eu dizia, às vezes, terminou a visita: está o paciente lá chorando, sabe por quê? Porque ele não entendeu. Sempre que termina a visita (médica) o paciente está pior? Porque ele está lá como uma “coisa”, deitada na cama, ouvindo todas as informações, sem ninguém imaginar que ele é o participante em tudo isso.

Outra questão apontada foi a necessidade do reconhecimento do exercício autônomo do enfermeiro no ambiente de trabalho.

N36: A autonomia existe, mas você vai para um embate muito grande, ela vem depois de uma guerra, porque a equipe num geral não aceita, e daí a gente se desgasta... por ser dessa forma, muitos acatam tudo de todo mundo e fica por isso mesmo.

N48: Eu vejo mais no macro, é a instituição que não dá para a nossa categoria a autonomia... você não encontra esse apoio.

N48: Eu escrevi um documento...de melhoria para o meu setor, e eu entreguei ao chefe médico, eu disse a ele que eu tinha essa obrigação de entregar a ele o que eu achava que deveria melhorar no setor, e disse a ele: Comece pelo menos apresentando as enfermeiras do setor (aos seus residentes)...Talvez (assim), a gente comece a ter um entrosamento. Oh, está chegando uma equipe de residentes, fulano é o enfermeiro do plantão, fulana é a diarista, esse é o pessoal que a gente conta, esses são os técnicos, a gente ter uma apresentação da equipe. Porque isso é valorizar o profissional... é preciso conhecer quem é fulano, e saber com quem eu posso contar no meu dia a dia de trabalho com o paciente.

5.3 A promoção da saúde e o enfermeiro no ambiente hospitalar

O conceito de promoção da saúde aparece inicialmente atrelado à atenção primária e suas medidas preventivas de saúde. O enfermeiro no ambiente hospitalar entende a promoção da saúde em uma perspectiva de tratamento da doença e seguimento das prescrições médicas

para diagnóstico e tratamento do paciente. Ainda que sua percepção de promoção da saúde no ambiente hospitalar seja predominante no enfoque biológico, observou-se deslocamento do cuidado da doença para o atendimento das necessidades do paciente, indicando ampliação de sua concepção de promoção da saúde em ambiente hospitalar.

N48: No hospital...como fazer essa promoção da saúde, parece um pouco distante, a gente só é curativo, e não está promovendo a saúde ... é desafiador, a gente que está na nossa visão da faculdade, às vezes não tão abrangente para ver que num hospital a gente vai estar promovendo a saúde.

N46: ...porque essa expressão, “Promoção da saúde”, a gente vê muito na parte de saúde pública, na parte preventiva. Daí, quando o paciente chega ao hospital, já é para tratamento, já instalado uma certa patologia, um certo tratamento, ou vem para a descoberta, para a realização de exames, para chegar num diagnóstico definitivo, para tratar o paciente, aí o que eu entendo de promover a saúde para o paciente, é a gente ter o cuidado. O cuidado com a realização dos exames, o cuidado em si, se ele já vem com doenças de fora para dentro do hospital, como orientar o tratamento, dar a medicação nos horários, se está tomando antibiótico, se o médico prescreveu...

N59: Todas as ações são voltadas para a promoção da saúde. Desde o momento que eu abro os horários da medicação, que eu sei que o médico passou aquela medicação, que eu converso com a equipe para ver como vai fazer, que cuidados que devem ter com aquilo.

N23: Na minha cabeça vem, quando penso em promoção da saúde, vem prevenção, vem assistência. Não só daquilo que paciente tem, mas também com um olhar para prevenir outros danos.

N34: ...Esse é o nosso fim, em função de quem trabalhamos. Não é da doença, é do paciente.

N59: a promoção da saúde do paciente é um cuidado adequado e que atenda às necessidades e expectativas daquele paciente. Porque ele vem com uma esperança de sair curado, de sair bem, de ter uma assistência boa, ele vem em busca da saúde.

N64: Eu acredito que a partir do momento que você entra no hospital, qualquer ação que você for fazer é para promover a saúde do paciente. Então, a gente está lá, a gente veio para o trabalho, a gente veio para o hospital sabendo que a nossa profissão é a nossa função. Então, tudo que fazemos aqui é para promover a saúde do paciente.

Os enfermeiros, ao relatar que o trabalho engloba assistir as necessidades dos pacientes, referiram-se também ao trabalho em equipe e ao fato de ser um facilitador do empoderamento e das decisões de saúde dos pacientes. O enfermeiro narrou ainda que aprendeu, durante a formação, que o paciente é o fator principal no binômio saúde e doença.

N17: Não só passar uma sonda, fazer um curativo, acho que o enfermeiro abraça muito essa parte de você chegar perto do paciente, de conversar com o paciente, de ver as necessidades dele e não só dando o curativo, mas emocionalmente, às vezes, a gente identifica problemas que ele não relatou e, mudar diagnóstico do paciente só por uma conversa. Então, acho que o enfermeiro acaba visualizando o que o resto da equipe não vê. E a gente tenta tanto orientar o paciente, para melhorar a qualidade de vida dele, ter hábitos mais saudáveis e a gente tenta realmente não levar o paciente ao adoecimento. Talvez seja isso, a nossa formação profissional nos orienta para esse lado, não o paciente no leito precisando de uma cirurgia, de uma sonda, mas o

paciente que sabe o que é bom para ele, que sabe como melhorar aquela doença, como diminuir sintomas, como viver com maior qualidade de vida. Acho que a nossa formação acadêmica a ideia gira mais em torno disso. Não realmente a prática pela prática.

N15: (Como paciente), a partir do momento que eu entro no hospital, com todos os meus medos, e eu sou orientada como eu vou passar por cada processo, como eu vou acordar depois da cirurgia, a sensação que eu vou ter na anestesia, isso traz uma segurança para mim. Como paciente, faz com que diminua minha ansiedade, meu estresse naquele momento, minha saúde mental e minha saúde física melhoram e eu sei como vão me conduzir. Eu passo mais tranquilamente por todos os processos e sou estimulada a cumprir as orientações que me são dadas, e a ter uma mudança de atitude frente àquela doença.

N48: O paciente é diabético, ele está no setor certo, ele está descompensado, a gente pensa na preocupação da equipe médica, de enfermeiro, nutricionista de dar aquela orientação para o paciente, de ter um protocolo de orientação para aquela patologia, para que o paciente saiba conviver com a doença. Certo, ele já está com a doença, não tem muito o que fazer, quer dizer, tem muito o que fazer, ele lidar com essa doença.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo analisou as práticas de enfermeiros referentes às ações de promoção da saúde no cuidado ao paciente no ambiente hospitalar. O hospital integra a rede regionalizada do SUS em todo território nacional. No Brasil, a Constituição de 1988 definiu a estratégia de regionalização do sistema de saúde por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Segundo o texto constitucional, as ações e os serviços de saúde conformam uma rede regionalizada e integrada em um sistema único em todo o território nacional (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A oferta de um cuidado integral caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (BRASIL, 2010).

O ambiente hospitalar é o lugar/espço/território, no qual os trabalhadores da saúde, formados por diversas categorias, atendem às necessidades de saúde dos pacientes, os quais buscam, de forma individual ou coletiva, os serviços e as ações nos níveis da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Esse espaço é formado por um conjunto de elementos físicos e sociais interdependentes, integrados e interrelacionados que constituem uma cultura própria (SVALDI; SIQUEIRA, 2010). O contexto cultural hospitalar pode e deve ser enriquecida em uma perspectiva de promoção da saúde, que significa a transição do modelo então prioritariamente marcado pelo individualismo e voltado para a doença e para o paradigma baseado na integralidade do ser, em que os profissionais envolvidos no cuidado interagem com o usuário e a família, desenvolvendo a escuta dos sujeitos e o compromisso com a qualidade de vida (NUNES *et al.*, 2009). Fica clara a necessidade de uma mudança de paradigma no modelo de atenção a saúde no ambiente hospitalar a fim de que haja um realinhamento do cuidado com

as políticas nacionais e internacionais de atenção e proteção a saúde do indivíduo e comunidade, tais como a política de segurança do paciente (BRASIL, 2014) e promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Predominou no estudo a ocorrência do seguinte domínio sobre a prática dos enfermeiros no ambiente hospitalar: qualidade e oferta da informação e comunicação com o paciente. Esse conjunto de ações expressas pelos enfermeiros fazem parte das diretrizes presentes na Declaração de Budapeste sobre a promoção da saúde no contexto hospitalar. Nesse escopo de ações, a educação em saúde representou a ferramenta para se alcançar o engajamento do paciente em assuntos importantes para a saúde. Recomenda-se que estas informações de saúde sejam compartilhadas entre o enfermeiro e o paciente, preferencialmente por meio da participação ativa, problematizadora e conscientizadora sobre suas necessidades (RIGON; NEVES, 2011). Garantir a realização de ações no domínio da informação e comunicação, no contexto hospitalar, favorece uma assistência direcionada e baseada em conhecimentos sobre o paciente e a doença, além de representar apoio interpessoal e o conforto de poder contar com a ajuda do enfermeiro no decorrer de sua internação (STEIN-PARBURY, 2009).

As ações mais realizadas dentre todos os domínios foram: estímulo do papel ativo do paciente, atenção multidisciplinar e qualidade da comunicação e informação durante o internamento. Percebeu-se que todas essas ações tiveram em comum o enfermeiro como mediador e iniciador de troca de informações sobre e com o paciente.

Liaschenko e Fisher (1999) consideram esse papel mediador como inerente do enfermeiro que abrange conhecimentos específicos sobre o paciente, o caso e a pessoa. Conforme apontado por Casey (2007a), a mediação é um importante método pelo qual a saúde pode ser promovida. Esse papel mediador é essencial na dinâmica do ambiente hospitalar e ocorre por meio de ações de cuidado voltados para educação em saúde, comunicação com o paciente e fornecimento de informações em nome do paciente para outros profissionais e tomada de decisão sobre procedimentos terapêuticos (ESPINOZA, 2007; RIGON, 2011; CASEY, 2007a). Ainda no papel de mediador, permite ao enfermeiro um olhar diferenciado sobre o internamento do paciente o que faz dele uma ponte entre as necessidade do paciente e aqueles que podem ajudá-lo no processo de recuperação, quer sejam outros profissionais de saúde, familiares ou rede de apoio de saúde.

Estudo realizado em hospital público evidenciou que outros profissionais de saúde mencionam as palavras trabalho, assistência, responsabilidade e equipe para representar o papel dos enfermeiros nos hospitais (SANTOS *et al.*, 2016; GHIYASVANDIAN,

ZAKERIMOGHADAM, PEYRAVI, 2015). Outros profissionais percebem os enfermeiros como um elo central entre eles, a organização do cuidado e o paciente.

Aquelas ações de cuidado identificadas pelo instrumento corroboram com a Lei nº 7.498/86 que regulamenta o Exercício Profissional do enfermeiro, indicando que essas atividades fazem parte intrinsecamente das atribuições do enfermeiro em ambiente hospitalar. Apesar disso, a literatura relata que o enfermeiros tendem a priorizar as atividades administrativas de organização do serviço de enfermagem, principalmente as burocráticas, em detrimento das atividades voltadas para assistência e educação do pacientes (COSTA; SHIMIZU, 2005). Esse fato deve-se à demanda da gestão dos serviços, sobrecarga de trabalho, devido ao reduzido número de trabalhadores, somado ao excesso de atribuições administrativas em detrimento ao cuidado com o paciente. Na gestão de serviços, faz-se necessário equilibrar as cobranças administrativas institucionais com a realidade de trabalho dos enfermeiros, a fim de evitar que a o ambiente organizacional afete a qualidade do cuidado prestado ao paciente e a dignidade dos profissionais (SABATINO *et al.*, 2014; STONE; HUGHES; DAILEY, 2008). Carga horária de trabalho adequada, locais de trabalho amigáveis, racionalização de formulários desnecessários e apoio ao trabalho transdisciplinar que defenda a autonomia e tomada de decisão de todos os profissionais envolvidos (SABATINO *et al.*, 2014), constituem-se elementos para promover o respeito, a autonomia, o empoderamento e a comunicação de toda a equipe, ou seja a dignidade dos trabalhadores (GRIFFIN-HESLIN, 2005).

Se a dignidade profissional é fator importante para o desempenho do trabalho do enfermeiro e tem a comunicação como um de seus atributos, pode-se afirmar igualmente que a comunicação com o paciente é atributo que favorece sua dignidade por meio da promoção do seu bem-estar, reconhecimento de diferentes valores e necessidades, proximidade, confiança e recuperação da saúde. Trata-se de resignificação do espaço da clínica na perspectiva da promoção da saúde (DIAS; VIEIRA, 2008), visto que o hospital traz possibilidades de informação e comunicação no cuidado (LIS; AFONSO, 2014). O hospital deve ser compreendido como um espaço indutor da saúde sustentado por uma rede de apoio interligada pelos diversos níveis de cuidado.

A compreensão das ações do enfermeiro executadas no ambiente hospitalar, bem como suas limitações de operacionalização são essenciais para o entendimento do cuidado de Enfermagem como indissociável da responsabilidade dos serviços hospitalares em gerir ambientes de trabalho mais positivos, por meio de apoio e empoderamento de seus profissionais (STONE; HUGHES; DAILEY, 2008).

Criar ambientes de suporte, de modo de vida humano e estimulante dentro do ambiente do hospital, especialmente para usuários crônicos e de longa internação, foi pouco citado no estudo como parte da prática de cuidados ao paciente, e quando citado, restringe-se à concepção de espaço físico. Entretanto, faz parte de um domínio de ações que o enfermeiro pode atuar ativamente. Para Bestetti (2014), pode-se sim pensar no ambiente de suporte, como um ambiente de acolhimento. Estar acolhido enfatiza o elemento protetor do conforto que ambientes humanizados são capazes de alcançar. Estudo desenvolvido na Inglaterra relata que os pacientes esperam ter uma ambiente físico funcional que permita acesso a diferentes áreas do hospital, evitando o sentimento de confinamento com instalação de provisões de recreação e lazer, mas que também tragam sentimento de bem-estar e que promovam saúde em uma atmosfera acolhedora, de ambiente social de apoio (DOUGLAS; DOUGLAS, 2004). Salienta-se que o acolhimento se dá pelas atitudes e pelos comportamento das pessoas e que são influenciados, mas não dependentes do ambiente físico ao seu redor (BESTETTI, 2014). A criação de ambientes de suporte ao paciente é importante pelo contexto psicossocial que envolve e influencia fortemente a segurança, redução do tempo de internamento e recuperação mais rápida do paciente (STONE; HUGHES; DAILEY, 2008; DANTAS *et al.*, 2014; MOURA; RESCK; DÁZIO, 2012; JIANG, 2017).

As atividades recreativas e de entretenimento do paciente também pouco fizeram parte da rotina de trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. A maior parte dessas atividades não requer estrutura física específica, apesar de ser um fator que pode melhorar as opções de lazer dentro do hospital. É preciso, contudo, o apoio de uma equipe interdisciplinar comprometida com a individualidade do paciente, que compreenda o papel do lazer na sua recuperação e que o convide e o instigue a realizar atividades que lhe proporcione prazer, inclusive no momento de hospitalização (JANNUZZI; CINTRA, 2006; BEUTER, 1996; DANTAS *et al.*, 2014; MOURA *et al.*, 2012). Atividades lúdicas ou de lazer podem ser consideradas como práticas diversas que contém diferentes motivações, desde que envolva a satisfação de aspirações do praticante (DANTAS *et al.*, 2014). No hospital, essas práticas se traduzem em atividades recreativas, sociais, artesanais, culturais e físicas, como conversas, visitas de familiares e de amigos, jogos, trabalhos manuais, caminhada pelos corredores, televisão, rádio, música, atividades religiosas, revistas, jornais, crochê etc. (JANNUZZI; CINTRA, 2006;). Atividades recreativas e de distração ajudam o paciente no percorrer da internação e enfrentamento da doença. Devem ser entendidas como ações inseridas no contexto de cuidado e, assim, fazer parte do cotidiano do paciente internado. O enfermeiro deve,

portanto, estar atento em oportunizar a inclusão de momentos lúdicos como parte do cuidado ao paciente (DANTAS *et al.*, 2014; MOURA *et al.*, 2012).

Entre todos os hospitais investigados, houve diferença significativa, apesar dos dados absolutos serem muito similares, em relação ao domínio de ações que versam sobre a importância do reconhecimento dos diferentes valores e necessidades do paciente para o cuidado. Para os enfermeiros, essa proximidade com o paciente favorece o respeito por sua individualidade, a fim de garantir a ele/ela o melhor cuidado diante das particularidades impostas por sua situação social, econômica, preferências culturais e pessoais. Alcançar esse domínio requer do enfermeiro a capacidade da escuta qualificada ao paciente (DIAS; VIEIRA, 2008; SILVA, 2007). As habilidades de ouvir, entender e explorar favorecem a construção de relacionamentos entre pacientes e enfermeiros, aumenta a possibilidade de estabelecer relações significativas e que os enfermeiros compreendam as experiências dos pacientes. Desta forma, intensifica a possibilidade de que as intervenções de enfermagem sejam singulares para cada indivíduo e contexto, em oposição aquelas simplesmente orientada para cumprimento de tarefas (STEIN-PARBURY, 2009).

A comunicação como atributo do trabalho do enfermeiro estende-se também a sua habilidade de interagir com os demais membros da equipe de saúde. Esse reconhecimento aparece neste estudo e enfatiza o papel da comunicação para criação de vínculo e entrosamento na equipe. O trabalho em grupo favorece tanto no âmbito interno da equipe de enfermagem quanto na interação com os demais integrantes da equipe de saúde e permite melhor assistência ao paciente (COSTA; SHIMIZU, 2005). Revisão sistemática sobre a comunicação interprofissional nos cuidados em saúde referem que egos, falta de confiança, falta de organização e hierarquias estruturais dificultam relacionamentos e comunicações (FORONDA; MACWILLIAMS; MCARTHUR, 2016). A equipe de trabalho deve basear-se em preceitos, como manutenção e clima de equipe, aplicação de estratégias conjuntas para a solução de problemas, atividades com enfoque na comunicação eficaz, execução de planos e distribuição do trabalho de seus membros e aperfeiçoamento de suas habilidades (RISSER, 2000; SAAR; TREVIZAN 2007).

Observou-se nos dados trazidos pelo estudo que os aspectos da liderança, autonomia, empoderamento e tomada de decisão foram muito valorizados pelos enfermeiros participantes como atributos do trabalho. Embora esses elementos sejam importantes, o exercício destes no trabalho em equipe devem ser compartilhados com flutuações de domínio a depender do contexto de cada situação de cuidado do paciente. Contudo, essa concepção de poder unidirecional está atrelada à ideia de poder que não favorece a promoção da saúde do

paciente. Autonomia, empoderamento, tomada de decisão devem ser entendidos como reconhecimento da competência um do outro, em uma conotação social e não individualista (FLICKINGER, 2011). A possibilidade de cada profissional exercer a autonomia dentro do seu escopo de ação permite que os saberes de cada profissão sejam somadas, no intuito de atender à demanda dos pacientes (CAMPOS, 2010).

O apoio de uma liderança desempenhou papel crítico no desenvolvimento e envolvimento dos profissionais em ações de promoção da saúde, em estudo realizado em 55 hospitais componentes do comitê de promoção da saúde em Taiwan. A pesquisa demonstrou que o apoio do supervisor foi o fator mais proeminente no desenvolvimento daquelas ações e o auxílio dos gerentes das unidades e dos departamentos foi o segundo fator mais importante para o sucesso na qualidade do trabalho e assistência ao paciente (LEE *et al.*, 2014). Röthlin, Schmied e Dietscher (2015) assinalam em seu estudo avaliativo transnacional com gerentes e coordenadores sobre promoção da saúde em hospitais que existe forte associação entre capacidade estrutural para promoção da saúde e implementação de fato de ações de promoção da saúde, adicionam ainda a necessidade de rotinas de avaliação e formação de equipes de trabalho com foco em promoção da saúde.

Portanto, liderança, autonomia, empoderamento e tomada de decisão devem ser compartilhados no trabalho em equipe com respeito às competências individuais e coletivas que devem ser iniciadas desde a formação acadêmica e educação permanente. Assim, os processos de trabalho dos profissionais terão suas bases no respeito e valorização mútua promovendo ações de promoção da saúde em qualquer cenário.

Outro aspecto relevante para a promoção da saúde no ambiente hospitalar é a formação de equipes de trabalho e de comitês gerenciais que se apoiem e se comuniquem em relação aos projetos e às ações a serem desenvolvidas (YAGHOUBI; JAVADI, 2013). As enfermeiras

O reconhecimento das competências individuais e coletivas da equipe multiprofissional favorece a visibilidade do trabalho de cada profissional, como mostra o estudo realizado por Powell e Davies (2012), em três hospitais do Reino Unido com anestesistas, médicos e enfermeiros na implantação de serviços para tratamento da dor aguda. Os enfermeiros se destacaram no gerenciamento desses novos serviços de dor, porque estes eram vistos como fortalecedores do sistema de cuidado no hospital. Neste caso, cabe salientar a repercussão desse cuidado ao paciente que deve ser também o centro motivador dos profissionais. A profissão de enfermagem deve definir as suas próprias características, estabelecer o que é primordial e demonstrar os resultados da prática (SANTOS *et al.*, 2016;

GHIYASVANDIAN, ZAKERIMOGHADAM, PEYRAVI, 2015). Esse entendimento proporciona aos enfermeiros o foco necessário para saber e defender o que é o cuidado de enfermagem e rejeitar quaisquer deveres fora de seu espectro de ação que afastem os enfermeiros do paciente/usuário.

A de promoção da saúde em ambiente hospitalar versa sobre integrar a promoção da saúde nas atividades diárias e seguir uma série de orientações estratégicas e éticas com incentivo à participação dos pacientes, de todos os profissionais, defesa do bem-estar e qualidade de vida no trabalho, promoção dos direitos dos pacientes e promoção de um ambiente saudável dentro dos hospitais (WHO, 1996).

A promoção da saúde em ambiente hospitalar requer desenvolvimento de liderança, definição de missão e estratégias que cultivem hábitos pró-promoção da saúde, em um sistema inclusivo, além de melhorar as práticas de gestão e aumentar a participação da equipe (LEE *et al.*, 2015). Isso requer a participação dos profissionais de todos os níveis de cuidado nos processos decisórios dentro do hospital (WHO, 1991).

Os enfermeiros do estudo corroboram a necessidade de estarem mais inseridos nas discussões e tomadas de decisão de planos e ações estratégicas na gestão do hospital. A ausência de representatividade de algumas classes profissionais em comitês de promoção da saúde do hospital foi um dos fatores limitantes para o sucesso da implementação de ações de promoção da saúde no ambiente hospitalar. Segundo o estudo, apenas um pequeno número de médicos participaram do comitê, a maioria representantes de uma determinada especialidade. O grupo de trabalho para promoção da saúde dos pacientes foi coordenado por um diretor de enfermagem de alto nível, mas não havia nenhum grupo de enfermeiros assistenciais participando das reuniões (LEE *et al.*, 2015).

Observou-se, no presente estudo, que inicialmente os enfermeiros compreendiam a promoção da saúde como aquela executada apenas no contexto da atenção primária, evoluindo esse entendimento na medida que verificavam, por meio das discussões, que suas ações também estavam contempladas nesse conceito, apesar de arraigado a pressupostos biológicos, centrados na doença.

No estudo de Casey (2007b), com enfermeiros de clínica cirúrgica definem promoção da saúde no contexto hospitalar como uma questão de estilo de vida, em vez de questões estruturais mais amplas. A maioria associou promoção da saúde ao estímulo de um estilo de vida saudável, promoção da saúde física, mental e espiritual e incentivo à educação do paciente. Contudo, raramente estas ações foram realizadas, não conseguiram dar exemplos práticos de ações de promoção da saúde e afirmavam que estas somente ocorriam se houvesse

tempo. Em relação a atividade educativa dos pacientes, 97% dos enfermeiros informaram realizar por meio de orientação e esclarecimento de dúvidas (COSTA, SHIMIZU, 2005).

As ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar perpassa pela necessidade de discutir a ressignificação dos modelos de atenção a saúde vigentes e vislumbrar novas possibilidades de sua ampliação do cuidado ao paciente. Casey revela que treinamento, por si só, não é suficiente, mas desenvolvimento de habilidades para implementar promoção da saúde na prática clínica (CASEY, 2007b).

Contudo, a promoção da saúde envolve atender às necessidades do indivíduo e sua família em sua totalidade, considerando os determinantes sociais da saúde associando-o ao contexto aos quais estão expostos, no sentido de ajudá-lo a alcançar a melhor saúde e qualidade de vida, quer esteja sendo atendido no nível de atenção primária, secundária ou terciária. O SUS advoga a política de promoção da saúde como eixo central do cuidado, estando, assim, o hospital indubitavelmente inserido na promoção da saúde (BRASIL, 2010)

Por sua vez, desde 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais para formação dos profissionais de saúde apresenta em seu textos de competências comuns e específicas recomendações de desenvolvimento de conhecimentos e habilidades em promoção da saúde (BRASIL, 2001b)

Dito isto, entende-se que a formação de todos os profissionais da saúde devem estar orientados na concepção de promoção da saúde em todos os níveis de complexidade do cuidado.

A restrita compreensão de promoção da saúde dos enfermeiros deste estudo pode ser atribuído ao que Lis e Afonso (2014) relatam de ser resultante da formação recebida na graduação em Enfermagem, que os capacitou para a promoção da saúde apenas na atenção primária e que quando estão na prática hospitalar, tampouco encontram condições para expansão desse conceito na atenção terciária.

Portanto, é necessário que na formação do profissional de Enfermagem, bem como dos demais profissionais de saúde, a concepção de promoção da saúde seja atrelada a todos os níveis de atenção da saúde. Dahl, Andrews e Clancy (2014) afirmam sobre isso que na Noruega, apesar dos documentos oficiais enfatizarem a promoção da saúde na assistência ao paciente, no currículo dos enfermeiros, ela não é suficientemente explícita.

Através de Programas e Currículos Educacionais voltados para promoção da saúde, os profissionais podem se familiarizar com princípios, valores, metas, objetivos e práticas fundamentais de promoção da saúde, tendo como meta principal a mudança do trabalho dos profissionais quando na prática de cuidado (WIECZOREK *et al.*, 2015). O papel profissional

é desenhado por componentes sociais e cognitivos de interação, que são produto de experiências compartilhadas durante extensa educação acadêmica e comunicação intra-profissional com colegas, bem como treinamento prático (FERLIE *et al.*, 2005).

7 CONCLUSÃO

As práticas de enfermeiros referentes às ações de promoção da saúde no cuidado ao paciente no contexto hospitalar se dão no domínio da qualidade da comunicação e informação com o paciente durante o internamento.

As ações mais realizadas dentre todos os domínios foram: comunicação e reconhecimento do paciente dos sintomas que possam prejudicar sua condição de saúde; conhecimento sobre a realidade socioeconômica e cultural do paciente para adequação do cuidado; cuidado ao paciente com apoio multidisciplinar e qualidade da comunicação com o paciente. Essas ações de promoção da saúde fazem parte do escopo de atividades do enfermeiro na rotina de cuidado e são atribuições de competência do enfermeiro no contexto hospitalar.

A criação de ambientes de suporte, de modo de vida humano e estimulante dentro do ambiente do hospital e a promoção das atividades lúdicas não estiveram presentes na rotina de enfermagem, contudo, necessitam ser pensadas como ferramenta de aproximação e cuidado do paciente em sua individualidade.

O conhecimento do enfermeiro sobre as condições clínicas do paciente e o monitoramento contínuo da equipe de enfermagem o coloca na posição de mediador da comunicação com outros profissionais e contribui para tomada de decisão dos processos terapêuticos.

Os enfermeiros que atuam nos serviços de clínica médica e cirurgia dos hospitais estudados se sentiram excluídos das discussões e tomada de decisão referentes à gestão do cuidado do paciente no hospital, o que caracteriza uma centralidade de determinações de cima para baixo, que vai de encontro às diretrizes de promoção da saúde no contexto hospitalar.

O estudo reforça o fortalecimento da comunicação do enfermeiro com a equipe de trabalho como um meio de promover o reconhecimento das competências de cada membro, compartilhamento de responsabilidades, liderança, autonomia, respeito e tomada de decisão direcionada ao cuidado coeso e integral do paciente.

A percepção de promoção da saúde em ambiente hospitalar pelos enfermeiros participantes ainda esteve baseada na concepção de cuidado orientada pela doença apesar de reconhecer outras necessidade do paciente como centro de seu cuidado. Os cuidados de enfermagem ao paciente não representaram em sua totalidade ações baseadas em conhecimentos e habilidades amparadas nos preceitos de promoção da saúde no contexto hospitalar. Prevalecem cuidados de enfermagem voltados para a doença.

7.1 Limitações

Os resultados quantitativos referentes à comparação entre o escore médio da ação e domínio versus tempo de serviço no Setor, tempo de serviço no hospital e tempo de formado do enfermeiro demonstrou que não houve dados estatisticamente significantes associados a essas variáveis. O que se entende como uma limitação do estudo e é um indicativo de que outra pesquisa de maior escopo possa trazer algumas elucidaciones em relação à variável tempo na promoção da saúde em ambiente hospitalar por enfermeiros.

A amostra utilizada na pesquisa, apesar de ser a totalidade de enfermeiros das clínicas médica e cirúrgica dos três hospitais em questão, foi pequena, desta forma, o questionário não foi validado como uma escala e aplicável a outras clínicas.

7.2 Recomendações

Estudos do tipo metodológico podem ser realizados utilizando o questionário construído, a fim validá-lo com uma amostra mais expressiva de enfermeiros, atribuindo pesos e tornando-o uma escala de identificação das ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar aplicável nas diferentes clínicas hospitalares.

Sugere-se a inclusão de princípios de promoção da saúde nos programas de gestão de qualidade hospitalar com a formação de equipes de trabalho que valorizem o desenvolvimento de liderança, autonomia, compartilhamento de saberes e respeito mútuo de seus membros que se reflita na execução do cuidado integral ao paciente.

É importante o desenvolvimento de planos de ensino na formação profissional que abranjam a promoção da saúde em todos os níveis de atenção, visto que ela não se limita ao campo da atenção primária. Da mesma forma que na educação permanente nos hospitais inclua desenvolvimento de competências e habilidades de enfermeiros e demais profissionais para a atuação interdisciplinar à promoção da saúde no contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALDOSSARY A., BARRIBALL L., WHILE A. The perceived health promotion practice of nurses in Saudi Arabia. **Health Promot Int.**, v.28, n.3, p.431-441, 2013. Available from: <<https://doi-org.ezproxy.library.ubc.ca/10.1093/heapro/das027>>. Cited 2018 Feb 10.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3061-3068, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 dez. 2017.

AMIRI, M. *et al.* The impact of setting the standards of health promoting Hospitals on Hospital Indicators in Iran. **PLoS ONE**, v.11, n.12, p.1-13, 2016. Available from: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167459>>. Cited 2018 Feb 10.

BASTABLE, S. B. **O Enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem.** 3ªed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

BARRY, M. M.; GALWAY, U. The CompHP Core Competencies Framwork for Health Promotion Handbook.

Health Educ Behav., n. 16, 2012. Available from:

<<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1090198112465620>>. Cited 2018 Feb 10.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.702 de agosto de 2004.** Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº. 3, de 7/11/2001. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da União**, 09 nov 2001;Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):** Revisão da Portaria MS/GM no 687, de 30 de março de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. **Documento Base.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010, 88-93.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 20 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3)

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. –Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 25 mar. 2015, p.31. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRYMAN, A. Barriers to Integrating Quantitative and Qualitative Research. **J Mix Methods Res.**, v.1, n.1, p.8-22, 2007. Available from: <10.1177/2345678906290531>. Cited 2018 Feb 10.

BESTETTI, M. L. T. Ambiência : espaço físico e comportamento. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.17, n.3, p.601-610, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n3/1809-9823-rbagg-17-03-00601.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BEUTER, M. **Atividade lúdica: uma contribuição para a assistência de enfermagem as mulheres portadoras de câncer**. 173f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 1996.

DOUGLAS, C. H.; DOUGLAS, M. R. Patient-friendly hospital environments: Exploring the patients' perspective. **Health Expectations**, v.7, n.1, p.61-73, 2004. Available from: <<https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2003.00251.x>>. Cited 2018 Feb 10.

CALDANA, G. *et al.* Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. **Rev Eletr Enf.**, v.15, n.4, p.915-922, 2013a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19655>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

CALDANA, G. *et al.* Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital público. **Semina**, v.34, n.2, p.187, 2013b. Disponível em: <<https://doi.org/10.5433/1679-0367.2013v34n2p187>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

CASEY, D. Findings from non-participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. **J Clin Nurs.**, v.16, n.3, p.580-592, 2007a. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01557.x>. Cited 2018 Feb 10.

_____. Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. **J Clin Nurs**, v.16, n.6, p.1039-1049, 2007b. Available from: <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01640.x>>. Cited 2018 Feb 10.

CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.15, n.5,

p.2337-2344, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

COSTA, R. D. A.; SHIMIZU, H. E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.13, n.5, p.654-662, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a08.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

CRESWELL, J. W. Mapping the Developing Landscape of Mixed Methods Research Contributors. **SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research**, 912, 2010. Available from: <<https://doi.org/10.17051/io.2015.07705>>. Cited 2018 Feb 10.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. rev. and ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DAHL, B. M.; ANDREWS, T.; CLANCY, A. Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis. **Scand J Public Health**, v.42, n.1, p.32-37, 2014. Available from: <<https://doi.org/10.1177/1403494813502585>>. Cited 2018 Feb 10.

DANTAS, F. R. A. *et al.* A contribuição do lazer no processo de hospitalização: um estudo de caso sobre os benefícios do projeto risoterapia. **Licere**, v.17, n.2, p.53-85, 2014.

DIAS, M. S. A.; VIEIRA, N. F. C. A comunicação como instrumento de promoção de saúde na clínica dialítica. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n.1, p.71-77, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000100011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 dez. 2017.

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DIETSCHER, C.; PELIKAN, J.M.; SCHMIED, H. Health Promoting Hospitals. **Oxford Bibliographies in Public Health**. 2014. Available from: <10.1093/OBO/9780199756797-0131>. Cited 2018 Feb 10.

ESPINOZA, L. M. M. **A Práxis Educativa de Enfermagem no Cuidado Hospitalar: discursos de enfermeiras: Florianópolis (SC): UFSC/PEN**, 2007.

FORONDA, C., MACWILLIAMS, B., & MCARTHUR, E. Nurse Education in Practice Interprofessional communication in healthcare : An integrative review. **Nurse Education in Practice**, v.19, p.36–40, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>

FERLIE, E. *et al.* The nonspread of innovations: The mediating role of professionals. **Acad Manage J.**, v.48, p.117-134, 2005. Available from: <10.5465/AMJ.2005.15993150>. Cited 2018 Feb 10.

FEHRING, R.J. The Fehring model. *In*: CARROLL-JOHNSON, P. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis**: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-57.

FLICKINGER, H. Autonomia e reconhecimento: dois conceitos-chave na formação. *Autonomy and recognition: two key-concepts in education*. **Educação**, v.34, n.1, p.7-12, 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/faced/article/view/8663/6122>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

GHIYASVANDIAN, S.; ZAKERIMOGHADAM, M.; PEYRAVI, H. Nurse as a facilitator to professional communication: a qualitative study. **Global J Health Sci.**, v.7, n.2, p.294-303, 2015. Available from: <<https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p294>>. Cited 2018 Feb 10.

GREEN, J., THOROGOOD, N. **Qualitative Methods for Health Research**. London: SAGE Publications, 2004.

GRIFFIN-HESLIN, V. L. "An analysis of the concept dignity." **Accid Emerg Nurs.**, v.13, n.4, p. 251-257, 2005. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16298291>>. Cited 2018 Feb 10.

GROENE, O. **Implementing health promotion in hospitals**: Manual and self assessment forms. World Health Organization, 2006.

_____.; JORGENSEN, S.J. Health promotion in hospitals - a strategy to improve quality in health care. **Eur J Public Health**, v.15, n.1, p.6-8, 2005. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15788796>>. Cited 2018 Feb 10.

GROVE, S.K.; BURNS, N.; GRAY, J.R. **The practice of nursing research**: Appraisal, Synthesis, and Generation of evidence. 7 ed. Missouri: Elsevier, 2013.

GUEDES, H. H. S.; CASTRO, M. M. C. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serv Soc Rev.**, v. 12, n.1, p. 4-26, 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10035>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

GURGEL, M. G. I. *et al.* Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. **Esc Anna Nery**, v.15, n.3, p. 610-615, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300024>. Acesso em: 20 dez. 2017.

HAYNES, S.N.; RICHARD, D.C.S.; KUBANY, E.S. Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. **Psychol Assess.**, 7, 238-247, 1995. Available from: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.452.5453&rep=rep1&type=pdf>>. Cited 2018 Feb 10.

HAMDAN, F. R.; KAWAFHAH, M. the Role of the Nurses in Health Promotion From the View Point of Patients At King Abdullah Hospital in Irbid. **Eur Sci J.**, v.11, n.33, p.334-349,

2015. Available from: <<https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/6657>>. Cited 2018 Feb 10.

HEIDMANN, I.T.S.B. *et al.* Promoção à Saúde: Trajetória Histórica de suas Concepções. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.2, p.352-382, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 dez. 2017.

HERNANDEZ-CRUZ, R. *et al.* Fatores que influenciam o cuidado de enfermagem omitido em pacientes de um hospital particular. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, e2877, 2017. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100354&lng=en&nrm=iso>. Cited 2017 Feb 5.

HUANG, N.; CHIEN, L. Y.; CHIOU, S. T. Advances in health promotion in Asia-Pacific: promoting health through hospitals. **Global Health Prom.**, v.23, n.36, p.26-34, 2016. Available from: <<https://doi.org/10.1177/1757975916635504>>. Cited 2017 Feb 5.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 08 ago. 2015.

JANNUZZI, F. F.; CINTRA, F. A. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. **Rev Esc Enferm USP.**, v.40, n.2, p.179-187, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200005>. Acesso em: 20 dez. 2017.

KALISCH, B. J. *et al.* Hospital variation in missed nursing care. **Am J Med Quality**, v.26, n.4, p.291-299, 2011. Available from: <<https://doi.org/10.1177/1062860610395929>>. Cited 2018 Feb 10.

KELEHER, H.; PARKER, R. (2013). Health promotion by primary care nurses in Australian general practice. **Collegian**, v.20, n.4, p.215-221, 2013. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24596990>>. Cited 2017 Feb 5.

KELLEY, K.; ABRAHAM, C. Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: nurses' perceptions about their role. **J Clin Nurs.**, v.16, n.3, p.569-579, 2007. Available from: <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01577.x>>. Cited 2017 Feb 5.

KEMPPAINEN, V.; TOSSAVAINEN, K.; TURUNEN, H. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. **Health Promot Int.**, v.28, n.4, p.490-501, 2012. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22888155>>. Cited 2017 Feb 5.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Preventive Medicine for the Doctor in his Community**. New York: MacGraw Hill, 1965.

LEE, C. B. *et al.* Strengthening health promotion in hospitals with capacity building: A Taiwanese case study. **Health Promot Int.**, v.30, n.3, p.625-636, 2015. Available from: <<https://doi.org/10.1093/heapro/dat089>>. Cited 2018 Feb 10.

LEE, C. B.; CHEN, M. S.; WANG, Y. W. Barriers to and facilitators of the implementation of health promoting hospitals in Taiwan: A top-down movement in need of ground support. **Int J Health Plann Manage.**, v.29, n.2, p.197-213, 2014. Available from: <<https://doi.org/10.1002/hpm.2156>>. Cited 2018 Feb 10.

LIASCHENKO, J.; FISHER, A. Theorizing the knowledge that nurses use in the conduct of their work. **Sch Inq Nurs Pract.**, v.13, n.1, p.29-41, 1999. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10420795>>. Cited 2017 Feb 5.

LIS, A. T.; AFONSO, M. L. M. Formação e atuação do enfermeiro como educador na promoção da saúde no contexto hospitalar. **Rev Centro Educ Letras**, v.16, n.1, p.62-80, 2014. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/9417>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res.**, v.35, p.382-385, 1986. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3640358>>. Cited 2017 Feb 5.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

MAIJALA, V.; TOSSAVAINEN, K.; TURUNEN, H. Primary health care registered nurses' types in implementation of health promotion practices. **Prim Health Care Res Dev.**, v.17, n.5, p.453-463, 2016a. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26592757>>. Cited 2017 Feb 5.

MAIJALA, V.; TOSSAVAINEN, K.; TURUNEN, H. Health promotion practices delivered by primary health care nurses: Elements for success in Finland. **Appl Nurs Res.**, v.30, p.45-51, 2016b. Available from: <<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.002>>. Cited 2017 Feb 5.

MENDES, M. A.; CRUZ, D. A.; ANGELO, M. Clinical role of the nurse: Concept analysis. **J Clin Nurs.**, v.24, n.3-4, p.318-331, 2015. Available from: <<https://doi.org/10.1111/jocn.12545>>. Cited 2017 Feb 5.

MORGAN, D.L. **Planning focus groups**. Book 2. Sage publications. Thousand Oaks:1998.

MORSE, J.; MADDIX, L. Analytic integration in qualitatively driven (qual) mixed and multiple methods designs. *In*: FLICK, U. **The SAGE handbook of qualitative data analysis**. London: SAGE Publications Ltd, 2014. p. 524-539.

MOURA, C. C.; RESCK, Z. M. R.; DÁZIO, E. M. R. Atividades lúdicas realizadas com pacientes portadores de neoplasia internados em hospital geral. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, p. 667-676, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4006>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

NAIDOO, J.; WILLS, J. **Health promotion: Foundations for practice**. 2. ed. Baillière Tindall, 2006.

NÓBREGA, M. F. B. **Construção e validação da escala de avaliação da saúde no ambiente hospitalar: Concepções e práticas do enfermeiro**. 2011. 130f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2011.

NUTBEAM, D. Health Promotion Glossary. **Health Promot Int.**, v.13, n.4, p.349-364, 1998. Available from: < <https://academic.oup.com/heapro/article/13/4/349/563193>>. Cited 2017 Feb 5.

NUNES, J. M. *et al.* Promoting health in the hospital from the viewpoint of the nurse : descriptive- exploratory study. **Online Braz J Nurs.**, v.8, n.3, p.1-10, 2009. Available from: < <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2568> >. Cited 2017 Feb 5.

OUVERNEY, A.M.; NORONHA, J.C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. pp. 143-182.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.

PARAHOO, K. **Nursing Research: Principles, Process, Issues**. London: Macmillan, 1997.

PELIKAN, J.M.; KRAJIC, K.; DIETSCHER, C. The health promoting hospital (HPH): concept and development. **Patient Educ Couns.**, v.45, n.4, p.239-243, 2001. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11755767> >. Cited 2017 Feb 5.

POWELL, A. E.; DAVIES, H. T. O. The struggle to improve patient care in the face of professional boundaries. **Soc Sci Med.**, v.75, n.5, p.807-814, 2012. Available from: < <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.049>>. Cited 2017 Feb 5.

RIGON, A. G.; NEVES, E. T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: O que tem sido ou há para ser dito? **Texto Contexto Enfermagem**, v.20, n.4, p.812-817, 2011. Available from: < <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000400022>>. Cited 2017 Feb 5.

RIGON, A. G. **Ações educativas de enfermeiros no contexto de unidades de internação hospitalar**. 2011. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

RISSER, D.T. *et al.* A structured teamwork system to reduce clinical errors. *In*: SPATH, P.L. (Ed.). **Error Reduction in Health Care: A Systems Approach to Improving Patient Safety**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers/Chicago: Health Fórum, Inc. AHA Press, 2000.

RODEN, J.; JARVIS, L.; CAMPBELL-CROFTS, S.; WHITEHEAD, D. Australian rural, remote and urban community nurses' health promotion role and function. **Health Promot Int.**, v.31, n.3, p.704-714, 2016. Available from: <<https://doi.org/10.1093/heapro/dav018>>. Cited 2017 Feb 5.

RODEN, J.; LYNDIA, J. "Evaluation of the health promotion activities of paediatric nurses: is the Ottawa Charter for Health Promotion a useful framework?" **Contemp Nurs.**, v. 41, n. 2, 2012, p. 271. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22800393>>. Cited 2017 Feb 5.

RÖTHLIN, F.; SCHMIED, H.; DIETSCHER, C. Organizational capacities for health promotion implementation: Results from an international hospital study. **Health Promot Int.**, v.30, n.2, p.369-379, 2015. Available from: <<https://doi.org/10.1093/heapro/dat048>>. Cited 2017 Feb 5.

SABATINO, L. *et al.* Nurses' perceptions of professional dignity in hospital settings. **Nurs Ethics**, v.23, n.3, p.277-293, 2014. Available from: <<https://doi.org/10.1177/0969733014564103>>. Cited 2017 Feb 5.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.H.; LUCIO, M.D.P.B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.624p.

SANTOS, E. I. *et al.* Social representations of nursing by non-nursing health professionals. **Online Braz J Nurs.**, v.15, n.2, p.146-156, 2016. Available from: <<https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5294>>. Cited 2018 Feb 10.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 106-112, 2007. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100016&lng=en&nrm=iso>. Cited 2017 Feb 5.

SEFERDJELI, L.; TERRANEO, F. Comprendre le travail de soins à l'hôpital. **Rech Soins Infirm.**, v.120, n.1, p. 6-22, 2015. Available from: <<https://doi.org/10.3917/rsi.120.0006>>. Cited 2017 Feb 5.

SHAOHAI, J. (2017) Pathway Linking Patient-Centered Communication to Emotional Well-Being: Taking into Account Patient Satisfaction and Emotion Management. **J Health Commun.**, v.22, n.3, p.234-242, 2017. Available from: <[10.1080/10810730.2016.1276986](https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1276986)>. Cited 2017 Feb 5.

SITANSHU, S. K.; GAUTAM, R.; SUBITHA, L. Health Promoting Hospital: a Noble Concept. **National Journal of Community Medicine**, v.3, n.3, p.558-563, 2012

SILVA, K. L. *et al.* Health promotion: Challenges revealed in successful practices. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.1, p.76-85, 2014. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004596>>. Cited 2017 Feb 5.

SILVA, M.A.M. *et al.* Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Rev Bras Enferm.**, v.64, n.3, p.596-599, 2011. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300027>.
Acesso em: 20 dez. 2017.

SILVA, M. D. S. O. **Educar para o autocuidado num serviço hospitalar**. 2007. 178f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2007.

SHOQIRAT, N. What is being promoted? Hospital nurse knowledge of health in Jordan. **Int J Nurs Know.**, v.25, n.1, p. 9-13, 2014a. Available from: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12009>>. Cited 2017 Feb 5.

SHOQIRAT, N. “Let other people do it...”: The role of emergency department nurses in health promotion. **J Clin Nurs.**, v.23, n.1–2, p.232-242, 2014b. Available from: <<https://doi.org/10.1111/jocn.12383>>. Cited 2017 Feb 5.

SHOQIRAT, N. Development of a conceptual model of the role of hospital nurses in health promotion in Jordan. **East Mediterr Health J.**, v.21, n.3, p. 213-219, 2015. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26074221>>. Cited 2017 Feb 5.

SMITH, B.J.; TANG, K.C.; NUTBEAM, D. **WHO Health Promotion Glossary: new terms** Geneva: World Health Organization, 2006.

SVALDI, J. S. D.; SIQUEIRA, H. C. H. Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 599-604, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jan. 2018.

STEIN-PARBURY, J. The patient – nurse relationship. *In: Patient and Person: Interpersonal Skills in Nursing*. 2009. p. 25-50.

STONE, P. W.; HUGHES, R.; DAILEY, M. Creating a Safe and High-Quality Health Care Environment. **Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses**, v.2, p.57–71, 2008. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2634/>>. Cited 2017 Feb 5.

THORNE, S. **Interpretive description: Qualitative research for applied practice**. New York: Routledge, 2016.

WILLS, J. **Vital Notes for Nurses: Promoting Health**: Wiley, 2007.

WHITEHEAD, D. Health promotion in nursing: a Derridean discourse analysis. **Health Promot Int.**, v.26, n.1, p.117-127, 2011. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21131628>>. Cited 2017 Feb 5.

WHITEHEAD, D. Reconciling the differences between health promotion in nursing and 'general' health promotion. **Int J Nurs Stud.**, v.46, p.865-874, 2009. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19215921>>. Cited 2017 Feb 5.

WHITEHEAD, D. Health promoting hospitals: the role and function of nursing. **J Clin Nurs.**, v.14, n.1,p.20-27, 2005. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15656844> >. Cited 2017 Feb 5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter for Health Promotion**. WHO: Copenhagen, 1986.

_____. International network of health promoting hospitals. **The Budapest declaration on health promoting hospitals**. WHO: Vienna, 1991.

_____. International network of health promoting hospitals. **The Vienna recommendations on health promoting hospitals**. WHO: Vienna, 1997.

_____. **Guide for integrating health promotion into clinical practice**. Montreal network of health promoting Hospitals and CSSSs. Quebec, 2010.

WYND, C.A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M.A. Two quantitative approaches for estimating instrument content validity. **West J Nurs Res.**, 25, 508-518, 2003. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12955968> >. Cited 2017 Feb 5.

WIECZOREK, C. C. *et al.* Hospitals as professional organizations: Challenges for reorientation towards health promotion. **Health Soc Rev.**, v.24, n.2, p.123-136, 2015. Available from: <https://doi.org/10.1080/14461242.2015.1041541>. Cited 2017 Feb 5.

**APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-
ENFERMEIROS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “**Promoção da saúde em ambiente hospitalar: ressignificação da prática do enfermeiro**”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Quelianne Gomes da Silva Carvalho, Residência: Rua Profº Chaves Batista, nº262 apt:201, CEP:50740-030 Várzea, Recife-PE, telefones (81)988675297, (81)998100978; (85)996861196 (inclusive ligações a cobrar); e-mail: nealique@gmail.com. Também participam desta pesquisa os pesquisadores Márcia Andréa Albuquerque Santos de Mendonça, Telefone para contato: (81 99994-1472, e-mail: marcia.asml1@yahoo.com) e está sob a orientação de: Profª Drª Neiva Francenely Cunha Vieira, Telefone: (85 999096466), e-mail: neivafrancenely@hotmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Descrição da pesquisa: Essa pesquisa tem como objetivo geral “Analisar as práticas de cuidado do enfermeiro ao paciente referente as ações de promoção da saúde no contexto dos hospitais de ensino. Objetivos específicos: Averiguar os domínios e ações a partir da declaração de Budapeste, que dirigem as ações do enfermeiro na promoção da saúde ao paciente no contexto hospitalar; Identificar as ações de promoção da saúde do paciente em ambiente

hospitalar relatadas pelos enfermeiros presentes nos domínios de cuidado; Compreender as ações de cuidado do enfermeiro ao paciente no contexto da promoção da saúde em ambiente hospitalar. A realização da pesquisa justifica-se pela escassez de pesquisas com essa temática e pelas reflexões que serão geradas sobre a ressignificação do cuidado de enfermagem no ambiente hospitalar. O(a) Sr.(a) será convidado(a) a preencher uma escala que se propõe a identificar as ações de promoção da saúde no contexto hospitalar. Posterior ao preenchimento desta escala, o(a) Sr.(a) será convidado(a) a participar de 02 encontros (grupos focais), onde discutiremos sobre as ações e os domínios de cuidado mais frequentes na prática hospitalar. Haverá gravação de áudio e vídeo dos encontros que você participar (arquivo necessário para a análise das falas e do encontro), garantindo-lhe que você terá acesso, ao final da pesquisa, a todas as informações resultantes dela.

- As atividades (preenchimento da escala e participação dos encontros) serão realizadas entre os meses de Março e Julho de 2016.

- **RISCOS:** O estudo possui risco mínimo de constrangimento que será reduzido por meio de privacidade no momento da aplicação da escala e a participação dos encontros ocorrerá em sala apropriada e reservada para os participantes.

- **BENEFÍCIOS:** O benefício potencial da sua participação é ajudar a promover reflexões acerca da importância da inserção da promoção da saúde na sua prática hospitalar, como forma de inversão de um modelo assistencial biomédico, curativo e centrado no uso de saberes estruturados e equipamentos sofisticados. A troca de experiências entre os enfermeiros fortalece suas ações e seu entendimento sobre a prática de cuidado e promoção da saúde no contexto hospitalar.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações de áudio, escalas preenchidas, fotos e filmagens), ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal da pesquisadora principal, sob a responsabilidade de Quelianne Gomes da Silva Carvalho (no telefone, endereço e e-mail acima informado), pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“Promoção da saúde em ambiente hospitalar: ressignificação da prática do enfermeiro”**, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- JUÍZES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Prezado(a) Senhor(a):

Sou aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou realizando, neste momento, um trabalho sob orientação da Profª Drª Neiva Francenely Cunha Vieira, com título **PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR: RESSIGNIFICAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO**, e que tem por objetivo geral: verificar nas práticas de cuidado do enfermeiro ao paciente ações de promoção da saúde no contexto hospitalar dos hospitais de ensino. Para isso, a escala precisa ser submetida a um rigoroso protocolo de avaliação

Para que a escala seja aplicada junto aos sujeitos do estudo, é necessário que seja submetida à apreciação de pessoas com reconhecido saber. Dessa forma, considerando seu conhecimento e experiência na área do estudo, gostaríamos de poder contar com a sua importante participação, como consultor (juiz) procedendo à análise da escala. A pesquisadora responsável pelo estudo se comprometerá em armazenar o material produzido, guardando-o em local seguro em sua residência por cinco (5) anos.

Na qualidade de consultor (juiz), o(a) senhor(a) receberá a escala elaborada e as instruções de como proceder à validação, mediante normas fundamentadas na literatura.

Sua participação neste estudo é livre e exigirá disponibilidade de tempo para validar o questionário. A você será garantido o sigilo de todas as informações referidas.

Coloco-me à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida: Queliane Gomes da Silva carvalho, telefones: (81)988675297, (81)998100978; (85)996861196. Residência: Rua Profº Chaves Batista, nº262 apt:201 Várzea, Recife-PE. CPF: 011326735-50.

Demais dúvidas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco pelo telefone: (81)21268588, ou endereço: Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, sala 4, Cidade Universitária, 50740-6001, Recife - PE, Brasil. Telefone/Fax: (81) 2126-8588; E-mail: cepeccs@ufpe.br.

Dados do juiz da pesquisa:

Nome:

Endereço:

Telefone:

Consentimento pós-esclarecido

Eu _____, RG: _____
declaro que fui convenientemente esclarecido pela pesquisadora e que concordo em colaborar com a presente pesquisa.

Assinatura do (a) participante

Queliane Gomes da Silva Carvalho (Assinatura da pesquisadora)

APÊNDICE C- INSTRUMENTO UTILIZADO NA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO



INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA QIAPS

Juiz No _____

Prezado Avaliador,

Você está recebendo um formulário para avaliação do conteúdo do Questionário de Identificação de Ações de Promoção da saúde em ambiente hospitalar (QIAPS). Essa escala será aplicada junto aos enfermeiros que prestam assistência nas clínicas médica e cirúrgica. Esta escala foi construída com base em 4 dos 17 itens da primeira parte da Declaração de Budapeste, documento balizador das ações de promoção da saúde em hospitais que fornece parâmetros essenciais de competências, habilidades e atitudes que profissionais devem assumir para a promoção da saúde dos pacientes.

Os itens que serão avaliados irão compor a QIAPS. Essa escala será do tipo Likert de 4 pontos, onde o enfermeiro irá assinalar com um X, a resposta que mais se aproxima do seu grau de concordância a cada uma das afirmações. Para uma melhor adequação da resposta do enfermeiro, ele deverá levar em consideração que: Nunca (não realiza aquela ação); Quase nunca (ação pontual, que não se repetiu); Quase sempre (ação ocorre esporadicamente/com certa frequência mas não é regular), Sempre (ação ocorre com frequência e é regular).

Qualquer dúvida, dirija-se ao pesquisador para que a mesma possa ser elucidada (celular: 81 998100978(whatsapp) / 81 988675297/ e-mail: nealique@gmail.com).

Desde já agradeço a sua colaboração!

Queliane Gomes da Silva Carvalho.

1ª PARTE- CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Instituição onde se graduou: _____ Ano: _____

Área de atuação: _____

Experiência com promoção da saúde (em anos): _____

Experiência com promoção da saúde em ambiente hospitalar (em anos):

Experiência com tomada de decisão em Enfermagem (em anos):

Experiência anterior com construção de escalas: 1. SIM 2. NÃO

Participação em algum grupo/projeto de pesquisa: 1. SIM 2. NÃO.

Se sim, qual a temática: _____

2 – QUALIFICAÇÃO

Formação: _____ Ano: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado em: _____ Ano: _____

Temática da dissertação: _____

Doutorado em: _____ Ano: _____

Temática da tese: _____

Outros: _____

Ocupação atual: 1. Assistência 2. Ensino 3. Pesquisa 4. Consultoria

3 – TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

INSTITUIÇÃO/SETOR	TEMPO DE ATUAÇÃO

2ª PARTE- Para cada um dos itens propostos para a escala responda as perguntas 1, 2, 3, 4 e 5. Caso algum item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão no espaço correspondente.

Itens da Escala	1. Este item lhe parece claro e compreensivo?	2. Este item está associado a ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar?	3. O item se refere ao domínio*:	4. Sua presença na escala é relevante?	5. Qual o grau de relevância?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão neste espaço.
1. Estimulo o usuário a expressar as suas necessidades durante o período de internação.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
2. Investigo sobre informações que o usuário tem sobre sua condição clínica atual.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

3. Solicito que o paciente relate o seu estilo de vida anterior a internação.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
4. Encorajo o usuário e familiares/acompanhantes a tirar suas dúvidas quanto aos procedimentos assistenciais de cuidado do paciente	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
5. Estimulo o usuário a comunicar intercorrências que possam afetar a sua saúde ou qualquer outro procedimento clínico.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
6. Encorajo o usuário a participar de atividades de vida diária (banho, escovar os dentes, vestir-se, sentar-se, etc)	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

7. Encorajo o usuário a expressar suas preferências antes, durante e depois da realização de algum procedimento (ex: punção venosa, aplicação de insulina, sondagem nasogástrica, etc)	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
8. Incluo o paciente na decisão de quais comportamentos favoráveis à saúde poderão ser mantidos e agregados.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
9. Incluo dados sociodemográficos e culturais no momento de admissão do paciente na unidade de internação.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
10. Reconheço os fatores socioculturais que influenciam no estado de saúde do usuário.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

11. Verifico que crenças, valores e expectativas pessoais o usuário possui em relação a sua condição de saúde atual.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
12. Elaboro o plano de cuidados e orientação para alta considerando as condições socioeconômicas do paciente.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
13. Atendo as necessidades espirituais e religiosas do usuário ou familiares.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
14. Respeito o usuário quanto aos seus hábitos, crenças e valores.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

15. Convido o usuário a participar de atividades recreativas.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
16. Busco o Feedback do usuário e sua família em relação a satisfação com o cuidado dispensado durante o internamento	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
17. Estabeleço uma relação de acolhimento e vínculo com o usuário e familiares.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
18. Respeito à individualidade do usuário e da família na prestação do cuidado.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

19. Busco apoio de outro profissional da equipe de saúde para atender as solicitações/demandas de usuários e familiares/acompanhantes.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
20. Informo a outros profissionais da equipe de saúde as solicitações e necessidades do usuário que requerem atenção de outras especialidades.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
21. Comunico-me com os usuários e familiares/acompanhantes, utilizando linguagem clara, objetiva e de fácil compreensão.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
22. Escuto com atenção a história e necessidades do usuário e família permitindo a fluência das falas e liberdade de expressão.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

23. Dialogo com o usuário e familiares/acompanhantes informações e estratégias de autocuidado para a promoção da saúde.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
24. Compartilho experiências e práticas de cuidado de promoção da saúde com o usuário e sua família.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
25. Incluo durante conversa e orientação ao usuário outros temas que podem afetar sua condição clínica de saúde.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
26. Explico ao usuário e seus familiares/acompanhantes os procedimentos de cuidado de enfermagem a serem realizados.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

27. Observo os sinais não verbais de comunicação expressos por usuários e familiares.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
<p>Sugestões: Caso queira acrescentar 01 ou mais itens, identifique o domínio (1,2,3 ou 4) e em seguida redija sua sugestão.</p> <p>(). _____</p> <p>(). _____</p> <p>(). _____</p> <p>(). _____</p> <p>(). _____</p>						

*** Item da Declaração de Budapeste e seu domínio:**

1. Encorajar um papel ativo e participativo para os usuários de acordo com o seu potencial de saúde específico (domínio: 1. Incentivo ao Papel ativo e participativo do usuário)
2. Reconhecer as diferenças de valores, necessidade e as condições culturais para indivíduos de diferentes grupos populacionais (domínio: 2. Reconhecimento das diferenças e necessidades do indivíduo como unidade física, emocional e social).
3. Criar ambientes de suporte, de modo de vida humano e estimulante dentro do ambiente do hospital, especialmente para usuários crônicos e de longa internação (domínio 3. Criação de ambientes de apoio ao usuário).
4. Melhorar a oferta e a qualidade da informação, comunicação e programas de formação educacional e qualificação para usuários e familiares (domínio: 4. Qualidade e oferta de informação e comunicação).

APÊNDICE D- INSTRUMENTO UTILIZADO NA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA DA QIAPS

Prezado Avaliador,

Você está recebendo um formulário para avaliação do conteúdo do Questionário de Identificação de Ações de Promoção da saúde em ambiente hospitalar (QIAPS). Essa escala será aplicada junto aos enfermeiros que prestam assistência nas clínicas médica e cirúrgica. Esta escala foi construída com base em 4 dos 17 itens da primeira parte da Declaração de Budapeste, documento balizador das ações de promoção da saúde em hospitais que fornece parâmetros essenciais de competências, habilidades e atitudes que profissionais devem assumir para a promoção da saúde dos pacientes.

Os itens que serão avaliados irão compor o QIAPS. Esse questionário será do tipo Likert de 4 pontos (conforme escala disponibilizada), onde o enfermeiro irá assinalar com um X, a resposta que mais se aproxima do seu grau de concordância a cada uma das afirmações. Para uma melhor adequação da resposta do enfermeiro, ele deverá levar em consideração que: Nunca (não realiza aquela ação); Quase nunca (ação pontual, que não se repetiu); Quase sempre (ação ocorre esporadicamente/com certa frequência mas não é regular), Sempre (ação ocorre com frequência e é regular).

Qualquer dúvida, dirija-se ao pesquisador para que a mesma possa ser elucidada (celular: 81 998100978(whatsapp) / 81 988675297/ e-mail: nealique@gmail.com). Desde já agradeço a sua colaboração!

Queliane Gomes da Silva Carvalho

* Required

1ª PARTE- CARACTERIZAÇÃO DOS AVALIADORES

1. Identificação: *

(Nome completo)

2. Idade: *

(Especifique a sua idade em anos)

3. Instituição onde se graduou: *

Check all that apply.

1. UFPE

2. UPE

3. UFC

4. UECE

Other: _____

4. Ano em que se formou: *

(especifique o ano em que você terminou sua graduação)

5. Área de atuação/ Especialidade do Setor onde trabalha: *

6. Participação em algum grupo/projeto de pesquisa: *

Mark only one oval.

1. SIM

2. NÃO

7. Se sim, qual a temática:

8. Especialização: *

Mark only one oval.

mark only one oval.

1. SIM
 2. NÃO

9. **Área da Especialização:**

Check all that apply.

1. Auditoria
 2. Clínica Cirúrgica
 3. Clínica Médica
 4. Nefrologia
 5. Oncologia
 6. UTI
 7. Saúde da Criança
 8. Saúde da Mulher
 9. Saúde do Trabalhador
 Other: _____

10. **Mestrado: ***

Mark only one oval.

1. SIM
 2. NÃO

11. **Área de formação do Mestrado:**

12. **Doutorado: ***

Mark only one oval.

1. SIM
 2. NÃO

13. **Área de formação do Doutorado**

2ª PARTE- Para cada um dos itens propostos para a escala marque a afirmativa que melhor representa sua concordância quanto a PERTINÊNCIA (os itens refletem os conceitos envolvidos, são relevantes e adequados aos objetivos), CLAREZA (os itens são compreensíveis, expressam adequadamente o que se quer medir) e COERÊNCIA (a frase proporciona um pensamento lógico daquilo que é afirmado e do domínio a que pertence) dos itens que compõem a escala. Caso algum item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão no espaço correspondente. Antecipadamente agradecemos sua contribuição.

Domínio A: Encorajar um papel ativo e participativo para os usuários de acordo com o seu potencial de saúde específico.

(As questões de 01 a 08 abaixo se referem a esse domínio)

14. **1. Estimulo o usuário a expressar as suas necessidades durante o periodo de internação. ***

Mark only one oval per row.

- | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------------------|
| 1. Não
pertinente/ Não | 2. Pouco
pertinente/ Pouco | 3.
Pertinente/ | 4. Muito
pertinente/ Muito |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------------------|

	claro/ não coerente	claro/ pouco coerente	claro/ Coerente	claro/ muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. **Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:**

16. **2. Procuro saber quais os conhecimentos que o usuário tem sobre sua condição clínica e/ou cirúrgica atual. ***

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. **Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:**

18. **3. Encorajo o usuário e familiares/acompanhantes a tirar suas dúvidas quanto aos procedimentos assistenciais de cuidado do paciente. ***

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. **Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:**

20. **4. Estimulo o usuário a comunicar qualquer condição de saúde ou intercorrências que possa influenciar o seu tratamento ou a realização de procedimento clínico e/ou cirúrgico. ***

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente 4
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. **Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:**

22. **5. Encorajo o usuário a participar de atividades de vida diária (banho, escovar os dentes, vestir-se, sentar-se, etc.) ***

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. **Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:**

24. **6. Encorajo o usuário a expressar suas preferências antes, durante e depois da realização de algum procedimento (ex: punção venosa, aplicação de insulina, sondagem nasogástrica, etc.) ***

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. **Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:**

26. **7. Estimulo o paciente a tomar decisões de hábitos e/ou praticas saudáveis que contribuem para a sua saúde. ***

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. **Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:**

28. **8. Busco saber a satisfação do usuário e sua família em relação ao cuidado dispensado durante o internamento. ***

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. **Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:**

Domínio B: Reconhecer as diferenças de valores, necessidade e as condições culturais para indivíduos e diferentes grupos populacionais.

(As questões de 09 a 13 abaixo se referem a esse domínio)

30. **9. Solicito que o paciente relate o seu estilo de vida (hábitos alimentares, atividade física, atividades sociais, consumo de drogas lícitas e ilícitas) anterior a internação. ***

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. **Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:**

32. **10. Reconheço os fatores sociodemográficos e culturais (tipo de moradia, condições de saneamento, renda familiar, religião, etc) que influenciam no estado de saúde do usuário. ***

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco	3. Pertinente/ Claro/	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	coerente	coerente	Coerente	coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:

34. 11. Verifico quais crenças, valores e expectativas pessoais o usuário possui em relação a sua condição de saúde atual. *

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:

36. 12. Considero as condições socioeconômicas e culturais do paciente na orientação para a alta. *

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:

38. 13. Reconheço as crenças, valores e necessidades espirituais e religiosas do usuário e/ou familiares. *

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:

Domínio C: Criar ambientes de suporte, de modo de vida humano e estimulante dentro do ambiente do hospital, especialmente para usuários crônicos e de longa internação.

(As questões de 14 a 15 abaixo se referem a esse domínio)

40. 14. Convido o usuário a participar de atividades recreativas (Ex: leituras, exercícios de alongamento, relaxamento, etc). *

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:

42. 15. Busco apoio de outro profissional da equipe de saúde para atender às solicitações/demandas de usuários e familiares/acompanhantes. *

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:

Domínio D: Melhorar a oferta e a qualidade da informação, comunicação e programas de formação educacional e qualificação para usuários e familiares.)

(As questões de 16 a 20 abaixo se referem a esse domínio)

44. **16. Comunico-me com os usuários e familiares/acompanhantes, utilizando linguagem clara, objetiva e de fácil compreensão. ***

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. **Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:**

46. **17. Escuto com atenção a história e necessidades do usuário e família permitindo a fluência das falas e liberdade de expressão. ***

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. **Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:**

48. **18. Dialogo com o usuário e familiares/acompanhantes informações e estratégias de autocuidado para a promoção da saúde. ***

Mark only one oval per row.

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

49. **Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:**

50. **19. Explico ao usuário e seus familiares/acompanhantes os procedimentos de cuidado**

de enfermagem a serem realizados. **Mark only one oval per row.*

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:

52. 20. Observe a comunicação não verbal expressa por usuários e familiares. **Mark only one oval per row.*

	1. Não pertinente/ Não claro/ Não coerente	2. Pouco pertinente/ Pouco claro/ Pouco coerente	3. Pertinente/ Claro/ Coerente	4. Muito pertinente/ Muito claro/ Muito coerente
Pertinência (P)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza (Cl)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coerência (Co)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. Caso o item não lhe pareça claro e compreensível acrescente sua sugestão:

APÊNDICE E- ROTEIRO DOS ENCONTROS DOS GRUPOS FOCAIS



GRUPO FOCAL

Promoção da saúde em Ambiente hospitalar e as práticas de cuidado do Enfermeiro

Moderadores: Queliane Carvalho

DURAÇÃO: De 50'' a 1h e 10''

Observador participante: _____

INTRODUÇÃO

Boa tarde! Meu nome é (Queliane). Agradecemos por vocês terem vindo participar desse grupo. Nossa pesquisa busca entender aspectos relacionados a promoção da saúde (PS) que se fazem presente no ambiente hospitalar. Para tanto, realizaremos perguntas relacionadas a temática que nos ajudarão no nosso projeto de pesquisa.

Para que a discussão seja proveitosa, temos algumas recomendações e esclarecimentos a fazer. Sabemos que todos aqui possuem experiências diferentes e gostaríamos que as compartilhassem. Assim, sintam-se à vontade para expressar suas ideias, para discordar e oferecer seu próprio ponto de vista, mas sempre respeitando as opiniões dos demais participantes. Para nós não existem respostas certas ou erradas, o que queremos conhecer é a sua vivência sobre o que for perguntado.

Destacamos que essa discussão será gravada e alguns pesquisadores estarão presentes fazendo anotações, tendo em vista que pretendemos acumular o máximo de informações dos depoimentos. Mas fiquem tranquilos em relação ao sigilo de todas as informações aqui recolhidas. Nenhum de vocês será identificado em qualquer relatório, livro ou artigo. Além disso, é importante que vocês não comentem depois, lá fora, a discussão compartilhada aqui. Assim, é importante que todos nós assumamos um compromisso de não tecer nenhum comentário sobre o que for debatido nesse encontro.

E antes de iniciarmos, gostaríamos de saber se vocês têm alguma pergunta.

QUEBRA GELO

- Para começar, gostaríamos de iniciar o nosso encontro compartilhando algo sobre nós para o grupo. Gostaria que cada um falasse um pouco de si mesmo para que possamos conhecer um pouco sobre você.

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO

PERGUNTA 1. Nesse momento eu gostaria de ouvir de cada um sobre a sua experiência com o tema “promoção da saúde no ambiente hospitalar”. (Falem um pouco sobre esse tema.) - (o que vem em sua mente pelo que você já viveu, quando você pensa sobre PS no hospital)

PROBES:

- Promoção da saúde x Promoção da saúde em ambiente hospitalar\, promoção da saúde em ambiente hospitalar x educação em saúde.
- Tempo? Gestão? Autonomia do enfermeiro (como eu enfermeiro, o q depende de mim?- fatores proximais, intermediários e distais)

A- Como a promoção da saúde ocorre no ambiente hospitalar?

(Caso os participantes digam que não ocorre PS no hospital): Na sua percepção, como seria a promoção da saúde no ambiente hospitalar?

B- Que fatores contribuem para q a PS aconteça? E que fatores impedem que isso ocorra?)

PERGUNTA 2. No desenvolvimento das atividades de cuidado, que atividades ou ações você considera como promotoras da saúde do paciente?

PROBES:

A- Por que você considera essa atividade como promotora da saúde?

- Atividades administrativas? Ambiente físico? Conversa com outros profissionais? Procedimentos técnicos? Orientação ao paciente?

B- Quais ações você realiza no hospital e que você não considera promotora da saúde do paciente?

PERGUNTA 3. Pelo instrumento aplicado, foi verificado que os domínios mais frequentes de ação dos enfermeiros foram comunicação e qualidade da informação e encorajar o papel ativo e participativo do paciente. Baseado na sua experiência, por que esses domínios foram os mais realizados pelos enfermeiros?

PROBES:

A- Que fatores influenciam na sua decisão em realizar essas atividades?

B- Como esses fatores te influenciam? (como no sentido de processo de execução da decisão tomada)?

CONCLUSÃO

- Para que possamos concluir essa tarde de conversa sobre promoção da saúde em ambiente hospitalar, gostaria de saber se alguém gostaria de dizer ou comentar algo mais sobre os temas que conversamos.

FECHAMENTO

- Muito obrigada a todos pela participação e cooperação. A troca de ideias e experiências foram muito valiosas para compreendermos de forma mais aprofundada o tema que discutimos hoje com todos vocês. Todas as falas foram muito importantes e gostaria de agradecer a disponibilidade de cada um de vocês em estar aqui e de partilhar conosco suas vivências e pontos de vista acerca do assunto abordado.

- Qualquer dúvida ou querendo conversar conosco em um outro momento, por favor, basta entrar em contato pelos números de telefone fornecidos no termo de consentimento livre e esclarecido assinado no início de nossas atividades. Tenham todos uma ótima Manhã/ tarde!

APÊNDICE F- EVOLUÇÃO DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR

Quadro. Evolução dos itens da escala de identificação de ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar, Fortaleza, 2017.

Itens do Questionário (1ª Versão)	Itens do questionário(2ª Versão), análise crítica da autora pré etapas de validação -nova numeração conforme exclusões da autora	Itens da Escala (3ª Versão)- Itens validados (validação de conteúdo) e com escrita alterada conforme recomendações	Domínios dos Itens da Escala (domínios antes e após a avaliação dos juízes*		NOVA NUMERAÇÃO dos ITENS DA ESCALA (ENUMERADOS CONFORME A SEQUENCIA dos DOMINIOS)	Itens renumerados	Itens modificados após a validação semântica (4ª versão)	NOVA NUMERAÇÃO APÓS RETIRADA DO ITEM 8 DA ESCALA Na VALIDAÇÃO SEMÂNTICA- Versão final do questionário
1. Estimulo o usuário a expressar as suas necessidades durante o período de internação.	1. Estimulo o usuário a expressar as suas necessidades durante o período de internação.	1. Estimulo o usuário a expressar as suas necessidades durante o período de internação.	A	A	1	1. Estimulo o usuário a expressar as suas necessidades durante o período de internação.	-	1. Estimulo o usuário a expressar as suas necessidades durante o período de internação.
2. Investigo sobre que informações o usuário tem sobre sua condição clinica atual.	2. Investigo sobre que informações o usuário tem sobre sua condição clinica atual.	2. Procuo saber quais os conhecimentos que o usuário tem sobre sua condição clinica e/ou cirúrgica atual.	A	A	2	2. Procuo saber quais os conhecimentos que o usuário tem sobre sua condição clinica e/ou cirúrgica atual.	-	2. Procuo saber quais os conhecimentos que o usuário tem sobre sua condição clinica e/ou cirúrgica atual.

Continua

Itens do Questionário (1ª Versão)	Itens do questionário(2ª Versão), análise crítica da autora pré etapas de validação -nova numeração conforme exclusões da autora	Itens da Escala (3ª Versão)- Itens validados (validação de conteúdo) e com escrita alterada conforme recomendações	Domínios dos Itens da Escala (domínios antes e após a avaliação dos juízes*)		NOVA NUMERAÇÃO dos ITENS DA ESCALA (ENUMERADOS CONFORME A SEQUENCIA dos DOMINIOS)	Itens renumerados	Itens modificados após a validação semântica (4ª versão)	NOVA NUMERAÇÃO APÓS RETIRADA DO ITEM 8 DA ESCALA Na VALIDAÇÃO SEMÂNTICA- Versão final do questionário
3. Solicito que o paciente relate o seu estilo de vida anterior a internação.	3. Solicito que o paciente relate o seu estilo de vida anterior a internação.	3. Solicito que o paciente relate o seu estilo de vida (hábitos alimentares, atividade física, atividades sociais, consumo de drogas lícitas e ilícitas) anterior a internação.	A	B	9	9. Solicito que o paciente relate o seu estilo de vida (hábitos alimentares, atividade física, atividades sociais, consumo de drogas lícitas e ilícitas) anterior a internação.		8. Solicito que o paciente relate o seu estilo de vida (hábitos alimentares, atividade física, atividades sociais, consumo de drogas lícitas e ilícitas) anterior a internação.
4. Encorajo o usuário e familiares/acompanhantes a tirar suas dúvidas quanto aos procedimentos assistenciais de cuidado do paciente	4. Encorajo o usuário e familiares/acompanhantes a tirar suas dúvidas quanto aos procedimentos assistenciais de cuidado do paciente	4. Encorajo o usuário e familiares/acompanhantes a tirar suas dúvidas quanto aos procedimentos assistenciais de cuidado do paciente.	A	A	3	3. Encorajo o usuário e familiares/acompanhantes a tirar suas dúvidas quanto aos procedimentos assistenciais de cuidado do paciente.	3. Encorajo o usuário e familiares/acompanhantes a tirar suas dúvidas quanto aos procedimentos assistenciais de cuidado do paciente realizados durante a internação.	3. Encorajo o usuário e familiares/acompanhantes a tirar suas dúvidas quanto aos procedimentos assistenciais de cuidado do paciente realizados durante a internação.

Continua

Itens do Questionário (1ª Versão)	Itens do questionário(2ª Versão), análise crítica da autora pré etapas de validação -nova numeração conforme exclusões da autora	Itens da Escala (3ª Versão)- Itens validados (validação de conteúdo) e com escrita alterada conforme recomendações	Domínios dos Itens da Escala (domínios antes e após a avaliação dos juízes*		NOVA NUMERAÇÃO dos ITENS DA ESCALA (ENUMERADOS CONFORME A SEQUENCIA dos DOMINIOS)	Itens renumerados	Itens modificados após a validação semântica (4ª versão)	NOVA NUMERAÇÃO APÓS RETIRADA DO ITEM 8 DA ESCALA Na VALIDAÇÃO SEMÂNTICA- Versão final do questionário
5. Estimulo o usuário a comunicar intercorrências que possam afetar a sua saúde ou qualquer outro procedimento clinico.	5. Estimulo o usuário a comunicar intercorrências que possam afetar a sua saúde ou qualquer outro procedimento clinico.	5. Estimulo o usuário a comunicar qualquer condição de saúde ou intercorrências que possa influenciar o seu tratamento ou a realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgica.	A	A	4	4. Estimulo o usuário a comunicar qualquer condição de saúde ou intercorrência que possa influenciar o seu tratamento ou a realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgica.	-	4. Estimulo o usuário a comunicar qualquer condição de saúde ou intercorrência que possa influenciar o seu tratamento ou a realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgica.
6. Encorajo o usuário a participar de atividades de vida diária (banho, escovar os dentes, vestir-se, sentar-se, etc)	6. Encorajo o usuário a participar de atividades de vida diária (banho, escovar os dentes, vestir-se, sentar-se, etc)	6. Encorajo o usuário a participar de atividades de vida diária (banho, escovar os dentes, vestir-se, sentar-se, etc.)	A	A	5	5. Encorajo o usuário a participar de atividades de vida diária (banho, escovar os dentes, vestir-se, sentar-se, etc.)	-	5. Encorajo o usuário a participar de atividades de vida diária (banho, escovar os dentes, vestir-se, sentar-se, etc.)

Continua

Itens do Questionário (1ª Versão)	Itens do questionário(2ª Versão), análise crítica da autora pré etapas de validação -nova numeração conforme exclusões da autora	Itens da Escala (3ª Versão)- Itens validados (validação de conteúdo) e com escrita alterada conforme recomendações	Domínios dos Itens da Escala (domínios antes e após a avaliação dos juízes*		NOVA NUMERAÇÃO dos ITENS DA ESCALA (ENUMERADOS CONFORME A SEQUENCIA dos DOMINIOS)	Itens renumerados	Itens modificados após a validação semântica (4ª versão)	NOVA NUMERAÇÃO APÓS RETIRADA DO ITEM 8 DA ESCALA Na VALIDAÇÃO SEMÂNTICA- Versão final do questionário
7. Encorajo o usuário a expressar suas preferências antes, durante e depois da realização de algum procedimento (ex: punção venosa, aplicação de insulina, sondagem nasogástrica, etc)	7. Encorajo o usuário a expressar suas preferências antes, durante e depois da realização de algum procedimento (ex: punção venosa, aplicação de insulina, sondagem nasogástrica, etc)	7. Encorajo o usuário a expressar suas preferências antes, durante e depois da realização de algum procedimento (ex: punção venosa, aplicação de insulina, sondagem nasogástrica, etc.)	A	A	6	6. Encorajo o usuário a expressar suas preferências antes, durante e depois da realização de algum procedimento (Ex: punção venosa, aplicação de insulina, sondagem nasogástrica, etc.)	6. Encorajo o usuário a expressar suas preferências antes, durante e depois da realização de algum procedimento (Ex: local da aplicação de insulina, punção venosa, sondagem nasogástrica, etc.)	6. Encorajo o usuário a expressar suas preferências antes, durante e depois da realização de algum procedimento (Ex: local da aplicação de insulina, punção venosa, sondagem nasogástrica, etc.)
8. Incluo o paciente na decisão de quais comportamentos favoráveis à saúde poderão ser mantidos e agregados.	8. Incluo o paciente na decisão de quais comportamentos favoráveis à saúde poderão ser mantidos e agregados.	8. Estimulo o paciente a tomar decisões de hábitos e/ou praticas saudáveis que contribuem para a sua saúde	A	A	7	7. Estimulo o paciente a tomar decisões de hábitos e/ou praticas saudáveis que contribuem para a sua saúde.	7. Estimulo o paciente a tomar decisões de hábitos e/ou praticas saudáveis que contribuem para a sua saúde (Ex: Parar de fumar, alimentação equilibrada, etc).	7. Estimulo o paciente a tomar decisões de hábitos e/ou praticas saudáveis que contribuem para a sua saúde (Ex: Parar de fumar, alimentação equilibrada, etc).

Continua

Itens do Questionário (1ª Versão)	Itens do questionário(2ª Versão), análise crítica da autora pré etapas de validação -nova numeração conforme exclusões da autora	Itens da Escala (3ª Versão)- Itens validados (validação de conteúdo) e com escrita alterada conforme recomendações	Domínios dos Itens da Escala (domínios antes e após a avaliação dos juízes*		NOVA NUMERAÇÃO dos ITENS DA ESCALA (ENUMERADOS CONFORME A SEQUENCIA dos DOMINIOS)	Itens renumerados	Itens modificados após a validação semântica (4ª versão)	NOVA NUMERAÇÃO APÓS RETIRADA DO ITEM 8 DA ESCALA Na VALIDAÇÃO SEMÂNTICA- Versão final do questionário
9. Incluo dados sociodemográficos e culturais no momento de admissão do paciente na unidade de internação.	Excluído pela autora	-	-	-	-	-		-
10. Reconheço os fatores socioculturais que influenciam no estado de saúde do usuário.	9. Reconheço os fatores socioculturais que influenciam no estado de saúde do usuário.	9. Reconheço os fatores sociodemograficos e culturais (tipo de moradia, condições de saneamento, renda familiar, religião, etc) que influenciam no estado de saúde do usuário.	B	B	10	10. Reconheço os fatores sociodemograficos e culturais (tipo de moradia, condições de saneamento, renda familiar, religião, etc) que influenciam no estado de saúde do usuário.	10. Reconheço os fatores sociodemograficos e culturais (tipo de moradia, condições de saneamento, renda familiar, religião, etc) que influenciam no estado de saúde do usuário e sua família.	9. Reconheço os fatores sociodemograficos e culturais (tipo de moradia, condições de saneamento, renda familiar, religião, etc) que influenciam no estado de saúde do usuário e sua família.

Continua

Itens do Questionário (1ª Versão)	Itens do questionário(2ª Versão), análise crítica da autora pré etapas de validação -nova numeração conforme exclusões da autora	Itens da Escala (3ª Versão)- Itens validados (validação de conteúdo) e com escrita alterada conforme recomendações	Domínios dos Itens da Escala (domínios antes e após a avaliação dos juízes*)		NOVA NUMERAÇÃO dos ITENS DA ESCALA (ENUMERADOS CONFORME A SEQUENCIA dos DOMINIOS)	Itens renumerados	Itens modificados após a validação semântica (4ª versão)	NOVA NUMERAÇÃO APÓS RETIRADA DO ITEM 8 DA ESCALA Na VALIDAÇÃO SEMÂNTICA- Versão final do questionário
11. Verifico que crenças, valores e expectativas pessoais o usuário possui em relação a sua condição de saúde atual.	10. Verifico que crenças, valores e expectativas pessoais o usuário possui em relação a sua condição de saúde atual.	10. Verifico quais crenças, valores e expectativas pessoais o usuário possui em relação a sua condição de saúde atual.	B	B	11	11. Verifico quais crenças, valores e expectativas pessoais o usuário possui em relação a sua condição de saúde atual.	-	10. Verifico quais crenças, valores e expectativas pessoais o usuário possui em relação a sua condição de saúde atual.
12. Elaboro o plano de cuidados e orientação para alta considerando as condições socioeconômicas do paciente.	11. Elaboro o plano de cuidados e orientação para alta considerando as condições socioeconômicas do paciente.	11. Considero as condições socioeconômicas e culturais do paciente na orientação para a alta.	B	B	12	12. Considero as condições socioeconômicas e culturais do paciente na orientação para a alta.	-	11. Considero as condições socioeconômicas e culturais do paciente na orientação para a alta.
13. Atendo as necessidades espirituais e religiosas do usuário ou familiares.	Excluído pela autora	-	-	-	-	-	-	-

Continua

Itens do Questionário (1ª Versão)	Itens do questionário(2ª Versão), análise crítica da autora pré etapas de validação -nova numeração conforme exclusões da autora	Itens da Escala (3ª Versão)- Itens validados (validação de conteúdo) e com escrita alterada conforme recomendações	Domínios dos Itens da Escala (domínios antes e após a avaliação dos juízes*		NOVA NUMERAÇÃO dos ITENS DA ESCALA (ENUMERADOS CONFORME A SEQUENCIA dos DOMINIOS)	Itens renumerados	Itens modificados após a validação semântica (4ª versão)	NOVA NUMERAÇÃO APÓS RETIRADA DO ITEM 8 DA ESCALA Na VALIDAÇÃO SEMÂNTICA- Versão final do questionário
14. Respeito o usuário quanto aos seus hábitos, crenças e valores.	12. Respeito o usuário quanto aos seus hábitos, crenças e valores.	12. Reconheço as crenças, valores e necessidades espirituais e religiosas do usuário e/ou familiares.	B	B	13	13. Reconheço as crenças, valores e necessidades espirituais e religiosas do usuário e/ou familiares.	-	12. Reconheço as crenças, valores e necessidades espirituais e religiosas do usuário e/ou familiares.
15. Convido o usuário a participar de atividades recreativas.	13. Convido o usuário a participar de atividades recreativas.	13. Convido o usuário a participar de atividades recreativas (Ex: leituras, exercícios de alongamento, relaxamento, etc).	C	C	14	14. Convido o usuário a participar de atividades recreativas (Ex: leituras, exercícios de alongamento, relaxamento, etc).	-	13. Convido o usuário a participar de atividades recreativas (Ex: leituras, exercícios de alongamento, relaxamento, etc).

Continua

Itens do Questionário (1ª Versão)	Itens do questionário(2ª Versão), análise crítica da autora pré etapas de validação -nova numeração conforme exclusões da autora	Itens da Escala (3ª Versão)- Itens validados (validação de conteúdo) e com escrita alterada conforme recomendações	Domínios dos Itens da Escala (domínios antes e após a avaliação dos juízes*)		NOVA NUMERAÇÃO dos ITENS DA ESCALA (ENUMERADOS CONFORME A SEQUENCIA dos DOMINIOS)	Itens renumerados	Itens modificados após a validação semântica (4ª versão)	NOVA NUMERAÇÃO APÓS RETIRADA DO ITEM 8 DA ESCALA Na VALIDAÇÃO SEMÂNTICA- Versão final do questionário
16. Busco o Feedback do usuário e sua família em relação a satisfação com o cuidado dispensado durante o internamento	14. Busco o Feedback do usuário e sua família em relação a satisfação com o cuidado dispensado durante o internamento	14. Busco saber a satisfação do usuário e sua família em relação ao cuidado dispensado durante o internamento.	C	A	8	8. Busco saber a satisfação do usuário e sua família em relação ao cuidado dispensado durante o internamento.	8. Busco saber a satisfação do usuário e sua família em relação ao cuidado de enfermagem dispensado durante o internamento. ESTE ITEM TEVE IVC MENOR QUE 0,8 E POR ISSO FOI EXCLUIDO	-
17. Estabeleço uma relação de acolhimento e vínculo com o usuário e familiares.	Excluído pela autora	-	-	-		-		-
18. Respeito à individualidade do usuário e da família na prestação do cuidado.	Excluído pela autora	-	-	-	-	-		-

Continua

Itens do Questionário (1ª Versão)	Itens do questionário(2ª Versão), análise crítica da autora pré etapas de validação -nova numeração conforme exclusões da autora	Itens da Escala (3ª Versão)- Itens validados (validação de conteúdo) e com escrita alterada conforme recomendações	Domínios dos Itens da Escala (domínios antes e após a avaliação dos juízes*		NOVA NUMERAÇÃO dos ITENS DA ESCALA (ENUMERADOS CONFORME A SEQUENCIA dos DOMINIOS)	Itens renumerados	Itens modificados após a validação semântica (4ª versão)	NOVA NUMERAÇÃO APÓS RETIRADA DO ITEM 8 DA ESCALA Na VALIDAÇÃO SEMÂNTICA- Versão final do questionário
19. Busco apoio de outro profissional da equipe de saúde para atender as solicitações/demandas de usuários e familiares/acompanhantes.	15. Busco apoio de outro profissional da equipe de saúde para atender as solicitações/demandas de usuários e familiares/acompanhantes.	15. Busco apoio de outro profissional da equipe de saúde para atender às solicitações/demandas de usuários e familiares/acompanhantes.	C	C	15	15. Busco apoio de outro profissional da equipe de saúde para atender às solicitações/demandas de usuários e familiares/acompanhantes.	-	14. Busco apoio de outro profissional da equipe de saúde para atender às solicitações/demandas de usuários e familiares/acompanhantes.
20. Informo a outros profissionais da equipe de saúde as solicitações e necessidades do usuário que requerem atenção de outras especialidades.	Excluído pela autora	-	-	-	-	-		-

Continua

Itens do Questionário (1ª Versão)	Itens do questionário(2ª Versão), análise crítica da autora pré etapas de validação -nova numeração conforme exclusões da autora	Itens da Escala (3ª Versão)- Itens validados (validação de conteúdo) e com escrita alterada conforme recomendações	Domínios dos Itens da Escala (domínios antes e após a avaliação dos juízes*)		NOVA NUMERAÇÃO dos ITENS DA ESCALA (ENUMERADOS CONFORME A SEQUENCIA dos DOMINIOS)	Itens renumerados	Itens modificados após a validação semântica (4ª versão)	NOVA NUMERAÇÃO APÓS RETIRADA DO ITEM 8 DA ESCALA Na VALIDAÇÃO SEMÂNTICA- Versão final do questionário
21. Comunico-me com os usuários e familiares/acompanhantes, utilizando linguagem clara, objetiva e de fácil compreensão.	16. Comunico-me com os usuários e familiares/acompanhantes, utilizando linguagem clara, objetiva e de fácil compreensão.	16. Comunico-me com os usuários e familiares/acompanhantes, utilizando linguagem clara, objetiva e de fácil compreensão.	D	D	16	16. Comunico-me com os usuários e familiares/acompanhantes, utilizando linguagem clara, objetiva e de fácil compreensão.	16. Comunico-me com os usuários e familiares/acompanhantes, utilizando linguagem clara, objetiva e de fácil compreensão.	15. Comunico-me com os usuários e familiares/acompanhantes utilizando linguagem clara, objetiva e de fácil compreensão.
22. Escuto com atenção a história e necessidades do usuário e família permitindo a fluência das falas e liberdade de expressão.	17. Escuto com atenção a história e necessidades do usuário e família permitindo a fluência das falas e liberdade de expressão.	17. Escuto com atenção a história e necessidades do usuário e família permitindo a fluência das falas e liberdade de expressão.	D	D	17	17. Escuto com atenção a história e necessidades do usuário e família permitindo a fluência das falas e liberdade de expressão.	-	16. Escuto com atenção a história e necessidades do usuário e família permitindo a fluência das falas e liberdade de expressão.

Continua

Itens do Questionário (1ª Versão)	Itens do questionário(2ª Versão), análise crítica da autora pré etapas de validação -nova numeração conforme exclusões da autora	Itens da Escala (3ª Versão)- Itens validados (validação de conteúdo) e com escrita alterada conforme recomendações	Domínios dos Itens da Escala (domínios antes e após a avaliação dos juízes*		NOVA NUMERAÇÃO dos ITENS DA ESCALA (ENUMERADOS CONFORME A SEQUENCIA dos DOMINIOS)	Itens renumerados	Itens modificados após a validação semântica (4ª versão)	NOVA NUMERAÇÃO APÓS RETIRADA DO ITEM 8 DA ESCALA Na VALIDAÇÃO SEMÂNTICA- Versão final do questionário
23. Dialogo com o usuário e familiares/acompanhantes informações e estratégias de autocuidado para a promoção da saúde.	18. Dialogo com o usuário e familiares/acompanhantes informações e estratégias de autocuidado para a promoção da saúde.	18. Dialogo com o usuário e familiares/acompanhantes informações e estratégias de autocuidado para a promoção da saúde.	D	D	18	18. Dialogo com o usuário e familiares/acompanhantes informações e estratégias de autocuidado para a promoção da saúde.	-	17. Dialogo com o usuário e familiares/acompanhantes informações e estratégias de autocuidado para a promoção da saúde.
24. Compartilho experiências e práticas de cuidado de promoção da saúde com o usuário e sua família.	Excluído pela autora	-	-	-	-	-	-	-
25. Incluo durante conversa e orientação ao usuário outros temas que podem afetar sua condição clínica de saúde.	19. Incluo durante conversa e orientação ao usuário outros temas que podem afetar sua condição clínica de saúde.	19. Incluo durante conversa e orientação ao usuário outros temas que podem influenciar sua condição clínica e/ou cirúrgica. ESTE ITEM TEVE IVC MENOR QUE 0,8	D	D	-	-	-	-

Continua

Itens do Questionário (1ª Versão)	Itens do questionário(2ª Versão), análise crítica da autora pré etapas de validação -nova numeração conforme exclusões da autora	Itens da Escala (3ª Versão)- Itens validados (validação de conteúdo) e com escrita alterada conforme recomendações	Domínios dos Itens da Escala (domínios antes e após a avaliação dos juízes*		NOVA NUMERAÇÃO dos ITENS DA ESCALA (ENUMERADOS CONFORME A SEQUENCIA dos DOMINIOS)	Itens renumerados	Itens modificados após a validação semântica (4ª versão)	NOVA NUMERAÇÃO APÓS RETIRADA DO ITEM 8 DA ESCALA Na VALIDAÇÃO SEMÂNTICA- Versão final do questionário
		<i>E POR ISSO FOI EXCLUIDO</i>						
26. Explico ao usuário e seus familiares/acompanhantes os procedimentos de cuidado de enfermagem a serem realizados.	20. Explico ao usuário e seus familiares/acompanhantes os procedimentos de cuidado de enfermagem a serem realizados.	20. Explico ao usuário e seus familiares/acompanhantes os procedimentos de cuidado de enfermagem a serem realizados.	D	D	19	19. Explico ao usuário e seus familiares/acompanhantes os procedimentos de cuidado de enfermagem a serem realizados.	-	18. Explico ao usuário e seus familiares/acompanhantes os procedimentos de cuidado de enfermagem a serem realizados.
27. Observo os sinais não verbais de comunicação expressos por usuários e familiares.	21. Observo os sinais não verbais de comunicação expressos por usuários e familiares.	21. Observo a comunicação não verbal expressa por usuários e familiares.	D	D	20	20. Observo a comunicação não verbal expressa por usuários e familiares.	-	19. Observo a comunicação não verbal expressa por usuários e familiares.

Legenda: VERDE (item comscrita alterada)

VERMELHO (item removido)

Conclusão

APÊNDICE G- QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR

Instruções:

Caro enfermeiro,

Este questionário é composto por três etapas distintas, que são precedidas de instruções quanto ao preenchimento. Em média, serão necessários 12 minutos de seu tempo para o seu completo preenchimento.

A identificação do questionário será numeral e não nominal, desta forma, suas respostas não serão vinculadas ao seu nome em nenhum momento da tabulação dos dados.

Qualquer dúvida dirija-se ao pesquisador de campo para que a mesma possa ser elucidada.

Desde já agradeço a sua colaboração!

Queliane Gomes da Silva Carvalho

* Required

Número do Questionário

(Item a ser preenchido pelo pesquisador)

Your answer

1ª ETAPA- Na primeira etapa do questionário você irá preencher os itens com os dados solicitados.

Hospital em que trabalha: *

- 1. Hospital das Clínicas- HC
- 2. Hospital Agamenon Magalhães- HAM
- 3. Hospital Universitário Oswaldo Cruz- HUOC

Setor onde trabalha: *

(Defina o nome do setor e/ou andar ou pavimento)

Your answer

Vínculo empregatício: *

- 1. Regime Jurídico Único (RJU)/ Estatutário
- 2. CLT/ EBSERH
- 3. Seleção Temporária
- Other:

Tempo de serviço neste hospital: *

(em anos e/ou meses)

Your answer

Tempo de serviço neste setor: *

(em anos e/ou meses) (Em caso de trabalhar no sistema de plantão extra, responda com o número médio de plantões já realizados neste setor. Ex: 10 plantões)

Your answer

Idade: *

(Especifique sua idade em anos)

Your answer

Sexo: *

- 1. Feminino
- 2. Masculino

Estado civil: *

- 1. Solteiro(a)
- 2. Casado(a)/união consensual
- 3. Separado(a)/divorciado(a)
- 4. Viúvo(a)

Instituição onde se graduou: *

1. UFPE

2. UPE

3. UFC

4. UECE

5. UFRN

6. FPS

7. FUNESO

8. FACHO

9. ESTÁCIO (FIR)

Other:

Ano em que se formou: *

(Especifique o ano em que você terminou sua graduação)

Your answer

Especialização: *

1. SIM

2. NÃO

Área da Especialização:

1. Administração Hospitalar

2. Auditoria

3. Atendimento Pré-hospitalar

4. Cardiologia

5. Clínica Cirúrgica

6. Clínica Médica

7. Educação

8. Hematologia e Hemoterapia

9. Nefrologia

10. Oncologia

11. Neurologia

12. Saúde da Criança

13. Saúde Mental

14. Saúde da Mulher

15. Saúde Pública

16. Saúde do Trabalhador

17. Urgência e Emergência

18. UTI

Other:

Mestrado: *

1. SIM
2. NÃO
3. Cursando o Mestrado

Área de formação do Mestrado:

Your answer

Doutorado: *

1. SIM
2. NÃO
3. Cursando o Doutorado

Área de formação do Doutorado:

Your answer

2ª ETAPA- Na segunda etapa você irá assinalar a resposta que mais se aproxima da frequência com que cada uma das Ações/Atividades são realizadas em seu cotidiano de assistência no ambiente hospitalar. Para uma melhor adequação de sua resposta, você deve levar em consideração que:

NUNCA (não realiza aquela ação)

QUASE NUNCA (ação pontual, que não se repetiu)

QUASE SEMPRE (ação ocorre com certa frequência mas não é regular)

SEMPRE (ação ocorre com frequência e é regular)

1. Estimulo o usuário a expressar as suas necessidades durante o período de internação. *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

2. Procuo saber quais os conhecimentos que o usuário tem sobre sua condição clínica e/ou cirúrgica atual. *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

3. Encorajo o usuário e familiares/acompanhantes a tirar suas dúvidas quanto aos procedimentos assistenciais de cuidado do paciente realizados durante a internação. *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

4. Estimulo o usuário a comunicar qualquer condição de saúde ou intercorrência que possa influenciar o seu tratamento ou a realização de procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos. *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

5. Encorajo o usuário a participar de atividades de vida diária (banho, escovar os dentes, vestir-se, sentar-se, etc.) *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

6. Encorajo o usuário a expressar suas preferências antes, durante e depois da realização de algum procedimento (Ex: local da aplicação de insulina, punção venosa, sondagem nasogástrica, etc). *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

7. Estimulo o paciente a tomar decisões de hábitos e/ou práticas saudáveis que contribuem para a sua saúde (Ex: Parar de fumar, alimentação equilibrada, etc). *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

8. Solicito que o paciente relate o seu estilo de vida (hábitos alimentares, atividade física, atividades sociais, consumo de drogas lícitas e ilícitas) anterior a internação. *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

9. Reconheço os fatores sociodemográficos e culturais (tipo de moradia, condições de saneamento, renda familiar, religião, etc) que influenciam no estado de saúde do usuário e sua família. *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

10. Verifico quais crenças, valores e expectativas pessoais o usuário possui em relação a sua condição de saúde atual. *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

11. Considero as condições socioeconômicas e culturais do paciente na orientação para a alta. *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

12. Reconheço as crenças, valores e necessidades espirituais e religiosas do usuário e/ou familiares. *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

13. Convido o usuário a participar de atividades recreativas (Ex: leituras, exercícios de alongamento, relaxamento, etc). *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

14. Busco apoio de outro profissional da equipe de saúde para atender às solicitações/demandas de usuários e familiares/acompanhantes. *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

15. Comunico-me com os usuários e familiares/acompanhantes utilizando linguagem clara, objetiva e de fácil compreensão. *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

16. Escuto com atenção a história e necessidades do usuário e família permitindo a fluência das falas e liberdade de expressão.

*

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

17. Dialogo com o usuário e familiares/acompanhantes sobre informações e estratégias de autocuidado para a promoção da saúde. *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

18. Explico ao usuário e seus familiares/acompanhantes os procedimentos de cuidado de enfermagem a serem realizados.

*

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

19. Observo a comunicação não verbal expressa por usuários e familiares. *

- 1. NUNCA
- 2. QUASE NUNCA
- 3. QUASE SEMPRE
- 4. SEMPRE

3ª ETAPA - Na terceira etapa você irá responder as questões, conforme sua experiência no cotidiano da prática hospitalar.

20. Para você, o que é atividade/ação de Promoção da saúde no ambiente hospitalar? *

Your answer

21. Quais são as ações/atividades, desenvolvidas pelo enfermeiro, voltadas para a promoção da saúde no ambiente hospitalar? Especifique: *

Your answer

Celular para contato/WhatsApp: *

(Esse número de contato será utilizado exclusivamente para informá-lo(a) sobre datas da realização do grupo focal)

Your answer

E-mail para contato: *

(Esse e-mail será utilizado exclusivamente para informá-lo(a) sobre datas da realização do grupo focal)

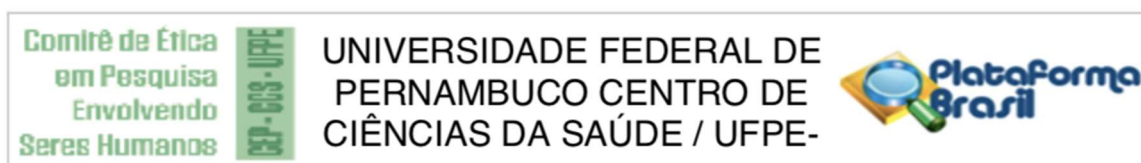
Your answer

Sua participação foi muito importante. Muito obrigada e até breve!

(fim do questionário)

LINK PARA O INSTRUMENTO: <https://goo.gl/forms/IUE3Xx7U7FRIV3mB3>

ANEXO A- PARECERES DOS COMITÉS DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR: RESSIGNIFICAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO

Pesquisador: Queliene Gomes da Silva Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51119115.1.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.505.710

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto de tese, sob a responsabilidade de Queliene Gomes da Silva Carvalho, com a orientação da professora Neiva Francenely Cunha Vieira, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

A princípio a pesquisa iria utilizar uma escala previamente validada em 2011 que buscava identificar ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar, a qual seria submetida a divisão de domínios para uma melhor utilização dos temas propostos na escala. No entanto, ao receber os dados da autora dessa escala e enviá-la para análise estatística para redução de itens e divisão dos domínios, a pesquisadora evidenciou que sua validação foi realizada de forma inadequada, o que fez que a mesma necessitasse construir uma escala própria, com temas específicos e já delimitados dentro dos domínios selecionados pela pesquisadora como necessários para o estudo. Outro ponto importante que gerou a emenda foi a sugestão do CEP do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC/PROCAPE), centro coparticipante, para modificar o primeiro objetivo específico da pesquisa para deixar mais claro o intuito do trabalho. Este objetivo específico se referia a etapa de divisão dos domínios e redução dos itens da escala. Devido a necessidade acima exposta de construção e validação psicométrica da escala, esse objetivo foi então retirado e

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos

CEP - CCS - UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.505.710

substituído por novo objetivo específico que comporta a mudança metodológica requerida para o estudo. Cabe ressaltar que as mudanças realizadas não interferem na forma como os dados serão coletados. Os ajustes se deram meramente na forma de obtenção do instrumento da pesquisa, que antes seria adaptado e agora construído e validado junto aos juízes. O objetivo principal da escala, os temas abordados, a forma de aplicação e obtenção dos dados tanto quantitativos quanto qualitativos continuam os mesmos. Desta forma, seguem as modificações necessárias: 1) no arquivo “Projeto_de_pesquisa_ementa”: 1) RESUMO - foi retirado o texto referente a etapa de redução dos itens da escala e substituído por texto referente a construção e validação da escala de identificação das ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar. 2) QUADRO 6 - foi acrescentado para melhor ilustrar a forma como os juízes do estudo foram selecionados. 3) SUMÁRIO - Mudança do título da sessão do Método referente a Adequação da escala de identificação das ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar para o formato short form. O título foi substituído para se referir a construção e validação de escala de identificação das ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar e foram acrescentados dos apêndices D, E e F (referentes aos instrumentos de validação de conteúdo, validação semântica da escala e TCLE dos juízes). 4) OBJETIVO ESPECÍFICO - Modificação do primeiro objetivo específico e acréscimo, conforme necessidade de adequação do instrumento de pesquisa e sugerido pelo CEP coparticipante HUOC/PROCAPE. 5) MÉTODO - substituição do conteúdo do item 4.4.1. Essa sessão antes falava sobre adequação de escala para formato short form, agora, a sessão aborda a construção e validação de escala inédita para identificação de ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar. 6) QUADRO 5 - escolha de 4 itens da escala de Budapeste em detrimento aos 8 itens anteriormente contemplados. A retirada dos itens se deu pela necessidade de limitar a escala a ações prioritariamente realizadas pelos enfermeiros. 7) CRONOGRAMA - correção do título de uma das etapas do estudo, retirada “adequação da escala para formato short form” e substituída por “Construção e validação da escala”. 8) APÊNDICE A (TCLE) - realizada a modificação do primeiro objetivo específico e acréscimo da justificativa do trabalho, conforme sugerido pelo CEP coparticipante HUOC/PROCAPE. 9) No APÊNDICE B a escala antiga (que não será mais utilizada) foi substituída pela a escala construída pela autora que será validada junto aos juízes. 10) Acréscimo do APÊNDICE D - instrumento de validação de conteúdo da escala visto a necessidade de realizar a validação da escala construída. 11) Acréscimo APÊNDICE E - instrumento de validação semântica da escala visto a necessidade de realizar a validação da escala construída. 12) Acréscimo do APÊNDICE F - TCLE dirigido aos juízes que irão validar a escala. 12) No arquivo “TCLE_Emenda” foi incluída a modificação do primeiro objetivo específico e incluído a justificativa

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

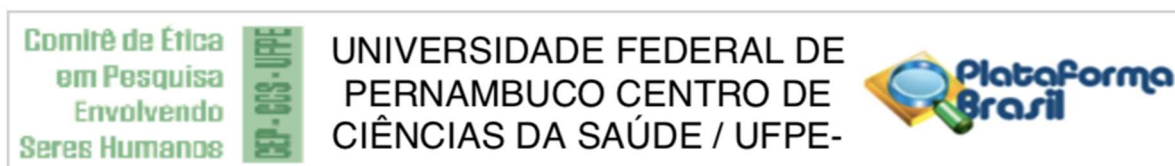
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.505.710

do trabalho, conforme sugerido pelo CEP coparticipante HUOC/PROCAPE.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem por objetivo primário analisar as práticas de cuidado do enfermeiro ao paciente referente às ações de promoção da saúde no contexto dos hospitais de ensino e, por objetivos específicos: 1) Construir uma escala de identificação de ações de promoção da saúde no ambiente hospitalar com validação psicométrica do instrumento; 2) identificar as ações de promoção da saúde do paciente em ambiente hospitalar relatadas pelos enfermeiros e 3) compreender os cuidados relatados pelos enfermeiros, por meio da realização de grupo focal, referentes às ações de promoção da saúde do paciente em ambiente hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo possui risco mínimo de constrangimento que será reduzido por meio de privacidade no momento da aplicação dos instrumentos de coleta de dados, a pesquisadora estará à disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida. Compromete-se ainda a assegurar o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante o estudo.

O benefício potencial da pesquisa é promover reflexões acerca da importância da inserção da promoção da saúde na sua prática hospitalar, como forma de inversão de um modelo assistencial biomédico, curativo e centrado no uso de saberes estruturado e equipamentos sofisticados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta problemática relevante. Os objetivos se encontram definidos. O método está apropriado. Estima-se a participação de 66 enfermeiros. Define os critérios de inclusão e exclusão. O orçamento foi estimado em R\$2.944,00, sob a responsabilidade da pesquisadora. O cronograma está adequado. O termo de consentimento livre e esclarecido apresenta linguagem clara, acessível ao participante e descreve os procedimentos de coleta dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora anexou à Plataforma Brasil projeto de pesquisa, folha de rosto, currículo Lattes da equipe de pesquisa, cartas de anuência das instituições envolvidas, termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com as orientações do Comitê de Ética.

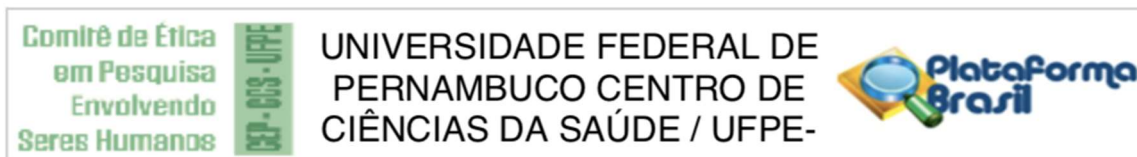
Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.505.710

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda foi avaliada e APROVADA pelo colegiado do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_673125_E1.pdf	04/03/2016 15:31:59		Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_DA_EMEN TA.pdf	04/03/2016 15:23:34	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_ementa.docx	04/03/2016 15:20:13	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_ementa.doc	04/03/2016 15:19:30	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE_CEP.doc	16/11/2015 23:51:09	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	16/11/2015 23:13:55	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	1_folha_Marcia.pdf	16/11/2015 23:09:30	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	1_folha_Neiva.pdf	16/11/2015 23:00:51	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	1_folha_Queliane.pdf	16/11/2015 23:00:01	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HAM_ANUENCIA.pdf	16/11/2015 22:56:17	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HAM_TERMO_DE_SETOR_2.pdf	15/11/2015 19:13:14	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HAM_TERMO_DE_SETOR_1.pdf	15/11/2015 19:12:01	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HUOC_TERMO_DE_SETOR.pdf	15/11/2015 19:10:29	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HUOC_CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	15/11/2015 19:09:06	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HC_CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	15/11/2015 19:07:16	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	15/11/2015 18:55:53	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	15/11/2015 18:42:09	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

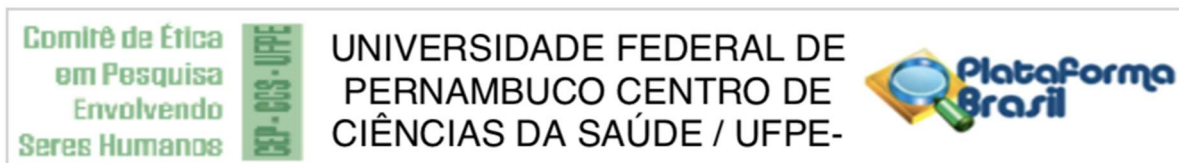
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.505.710

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 19 de Abril de 2016

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/n° - 1° andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



HOSPITAL AGAMENON
MAGALHÃES - HAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR: RESSIGNIFICAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO

Pesquisador: Queliane Gomes da Silva Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51119115.1.3002.5197

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.570.044

Apresentação do Projeto:

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR: RESSIGNIFICAÇÃO DA PRÁTICA DO

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as práticas de cuidado do enfermeiro ao paciente referente as ações de promoção da saúde no contexto dos hospitais de ensino.

Objetivo Secundário:

- Construir uma escala de identificação de ações de promoção da saúde no ambiente hospitalar com validação psicométrica do

instrumento; Identificar as ações de promoção da saúde do paciente em ambiente hospitalar relatadas pelos enfermeiros; Compreender os cuidados

relatados pelos enfermeiros, por meio da realização de grupo focal, referentes as ações de promoção da saúde do paciente em ambiente hospitalar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo possui risco mínimo de constrangimento que será reduzido por meio de privacidade no momento da aplicação dos instrumentos de coleta

Endereço: Estrada do Arraial, 2723

Bairro: Prédio Anexo a Emergência Geral

CEP: 52.051-380

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3184-1769

Fax: (81)3048-0117

E-mail: cepham@hotmail.com



HOSPITAL AGAMENON
MAGALHÃES - HAM



Continuação do Parecer: 1.570.044

de dados, a pesquisadora estará à disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida. Compromete-se ainda a assegurar o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante o estudo. A coleta de dados só iniciará após a sua aprovação definitiva do Comitê de Ética em Pesquisa.

Benefícios:

O benefício potencial da pesquisa é promover reflexões acerca da importância da inserção da promoção da saúde na sua prática hospitalar, como forma de inversão de um modelo assistencial biomédico, curativo e centrado no uso de saberes estruturados e equipamentos sofisticados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pesquisa de grande importância e relevância para comunidade científica e assistencial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com as exigências da plataforma.

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado de acordo com a Resolução 466/2012.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_673125 E1.pdf	04/03/2016 15:31:59		Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_DA_EMEN TA.pdf	04/03/2016 15:23:34	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_ementa.docx	04/03/2016 15:20:13	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_ementa.doc	04/03/2016 15:19:30	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito

Endereço: Estrada do Arraial, 2723

Bairro: Prédio Anexo a Emergência Geral

CEP: 52.051-380

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3184-1769

Fax: (81)3048-0117

E-mail: cepham@hotmail.com



Continuação do Parecer: 1.570.044

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE_CEP.doc	16/11/2015 23:51:09	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	16/11/2015 23:13:55	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	1_folha_Marcia.pdf	16/11/2015 23:09:30	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	1_folha_Neiva.pdf	16/11/2015 23:00:51	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	1_folha_Queliane.pdf	16/11/2015 23:00:01	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HAM_ANUENCIA.pdf	16/11/2015 22:56:17	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HAM_TERMO_DE_SETOR_2.pdf	15/11/2015 19:13:14	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HAM_TERMO_DE_SETOR_1.pdf	15/11/2015 19:12:01	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HUOC_TERMO_DE_SETOR.pdf	15/11/2015 19:10:29	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HUOC_CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	15/11/2015 19:09:06	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HC_CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	15/11/2015 19:07:16	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	15/11/2015 18:55:53	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	15/11/2015 18:42:09	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 01 de Junho de 2016

Assinado por:
CARLOS ALBERTO SÁ MARQUES
(Coordenador)

Endereço: Estrada do Arraial, 2723

Bairro: Prédio Anexo a Emergência Geral

CEP: 52.051-380

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3184-1769

Fax: (81)3048-0117

E-mail: cepham@hotmail.com

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROMOÇÃO DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR: RESSIGNIFICAÇÃO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO

Pesquisador: Queliane Gomes da Silva Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51119115.1.3001.5192

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.559.905

Apresentação do Projeto:

justificativa da emenda:

Esta pesquisa iria utilizar uma escala previamente validada em 2011 que buscava identificar ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar. Eu iria utilizar esta escala e apenas submetê-la a divisão de domínios para uma melhor utilização dos temas por ela propostos. No entanto, ao receber os dados da autora dessa escala e enviá-la para análise estatística para redução de itens e divisão dos domínios, evidenciou-se que sua validação foi realizada de forma inadequada, o que fez que com eu necessitasse construir uma escala própria, com temas específicos e já delimitada dentro dos domínios por mim escolhidos como necessários para o estudo. Outro ponto importante foi a sugestão do CEP do centro coparticipante HUOC/PROCAPE em modificar o primeiro objetivo específico da pesquisa para deixar mais claro o intuito do trabalho. Este objetivo específico se referia a etapa de divisão dos domínios e redução dos itens da escala. Devido a necessidade acima exposta de construção e validação psicométrica da escala, esse objetivo foi então retirado e substituído por novo objetivo específico que comporta a mudança metodológica requerida para o estudo. Gostaria de enfatizar que as mudanças realizadas na pesquisa não interferem na forma como os dados serão coletados e trabalhados juntos aos sujeitos da pesquisa. Os ajustes se deram meramente na forma de obtenção do instrumento da pesquisa, que antes seria adaptado e agora

Endereço: Rua Amóbio Marques, 310

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-130

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3184-1271

Fax: (81)3184-1271

E-mail: cep_huoc.procape@yahoo.com.br

COMPLEXO HOSPITALAR HUOC/PROCAPE



Continuação do Parecer: 1.559.905

construído e validado junto aos juízes. O intuito principal da escala, os temas abordados, a forma de aplicação e obtenção dos dados tanto quantitativos quanto qualitativos continuam os mesmos.

Trata-se de estudo para construção e validação de uma escala para identificação das ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar, aplicação da escala entre os enfermeiros lotados em enfermarias de clínica médica, especialidade e cirúrgica de hospitais de ensino e posterior realização de grupos focais para o aprofundamento das competências, possibilidades e condições em que as ações de promoção, desenvolvidas pelos enfermeiros, são desenvolvidas.

O estudo será do tipo pesquisa de desenvolvimento metodológico e de abordagem mista. No estudo metodológico o pesquisador tem como meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores e outras pessoas (POLIT; HUNGLER, 1995).

Trata-se de estudo para construção e validação de uma escala para identificação das ações de promoção da saúde em ambiente hospitalar, aplicação da escala entre os enfermeiros lotados em enfermarias de clínica médica, especialidade e cirúrgica de hospitais de ensino e posterior realização de grupos focais para o aprofundamento das competências, possibilidades e condições em que as ações de promoção, desenvolvidas

pelos enfermeiros, são desenvolvidas. O estudo será do tipo pesquisa de desenvolvimento metodológico e de abordagem mista. No estudo metodológico o pesquisador tem como meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores e outras pessoas (POLIT; HUNGLER, 1995). A pesquisa quantitativa utiliza a quantificação tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se técnicas estatísticas, objetiva resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança (SAMPIERI, et al; 2006). A pesquisa qualitativa, por sua vez, descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos (DIEHL, 2004). Os dados quantitativos e qualitativos estarão conectados durante as fases da pesquisa. Nos métodos mistos, conectar significa que uma combinação da pesquisa quantitativa e qualitativa está conectada entre uma análise de dados da 1ª fase da pesquisa e a coleta de dados da 2ª fase (CRESWELL, 2007). O enfoque misto da pesquisa “não substitui a pesquisa

quantitativa nem a pesquisa qualitativa, mas utiliza os pontos fortes de ambos os tipos combinando-os e tentando minimizar seus potenciais pontos fracos” (SAMPIERI, COLLADO,

Endereço: Rua Arnóbio Marques, 310

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-130

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3184-1271

Fax: (81)3184-1271

E-mail: cep_huoc.procape@yahoo.com.br

COMPLEXO HOSPITALAR HUOC/PROCAPE



Continuação do Parecer: 1.559.905

BATISTA, 2013).O estudo será conduzido em 3 hospitais de ensino da região metropolitana de Recife. Todos os hospitais são de grande porte e fazem parte da rede de unidades hospitalares públicas de Pernambuco, sendo o Hospital das clínicas e o Hospital Universitário Osvaldo Cruz, instituições hospitalares públicas universitárias (vínculo federal e estadual, respectivamente) e o Hospital Agamenon Magalhães vinculado à secretaria de saúde. Cada um desses hospitais possui um quadro específico de especialidades e atendem 100% ao Sistema único de saúde.O estudo será constituído por enfermeiros de hospitais de ensino da região metropolitana do Recife. A amostra será do tipo por conveniência e será constituída pelos enfermeiros dos 3 hospitais selecionados para a pesquisa, lotados nas enfermarias de clínica médica, cirúrgica e especialidades.O cálculo amostral dos enfermeiros será feito tomando-se por base o número total de enfermeiros lotados nas unidades de internamento de cada hospital inserido no estudo, bem como a necessidade desse quantitativo ser representativo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as práticas de cuidado do enfermeiro ao paciente referente as ações de promoção da saúde no contexto dos hospitais de ensino.

Objetivo Secundário:

- Construir uma escala de identificação de ações de promoção da saúde no ambiente hospitalar com validação psicométrica do instrumento;Identificar as ações de promoção da saúde do paciente em ambiente hospitalar relatadas pelos enfermeiros;Compreender os cuidados relatados pelos enfermeiros, por meio da realização de grupo focal, referentes as ações de promoção da saúde do paciente em ambiente hospitalar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo possui risco mínimo de constrangimento que será reduzido por meio de privacidade no momento da aplicação dos instrumentos de coleta de dados, a pesquisadora estará à disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida. Compromete-se ainda a assegurar o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante o estudo. A coleta de dados só iniciará após a sua aprovação definitiva do Comitê de Ética em Pesquisa.

Benefícios:

O benefício potencial da pesquisa é promover reflexões acerca da importância da inserção da promoção da saúde na sua prática hospitalar, como forma de inversão de um modelo assistencial

Endereço: Rua Amóbio Marques, 310

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-130

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3184-1271

Fax: (81)3184-1271

E-mail: cep_huoc.procape@yahoo.com.br

**COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE**



Continuação do Parecer: 1.559.905

biomédico, curativo e centrado no uso de saberes estruturados e equipamentos sofisticados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

trata-se de uma emenda, aprovado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

trata-se de uma emenda, aprovado

Recomendações:

trata-se de uma emenda, aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

trata-se de uma emenda, aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Trata-se de uma emenda.

aprovado conforme a Resolução 466/12, não havendo nenhum impedimento ético para realização do projeto, devendo o pesquisador após o termino da pesquisa enviar um relatório final à Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_673125 E1.pdf	04/03/2016 15:31:59		Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_DA_EMENDA.pdf	04/03/2016 15:23:34	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_ementa.docx	04/03/2016 15:20:13	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_ementa.doc	04/03/2016 15:19:30	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE_CEP.doc	16/11/2015 23:51:09	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	16/11/2015 23:13:55	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito

Endereço: Rua Amóbio Marques, 310

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-130

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3184-1271

Fax: (81)3184-1271

E-mail: cep_huoc.procape@yahoo.com.br

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



Continuação do Parecer: 1.559.905

Outros	1_folha_Marcia.pdf	16/11/2015 23:09:30	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	1_folha_Neiva.pdf	16/11/2015 23:00:51	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	1_folha_Queliane.pdf	16/11/2015 23:00:01	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HAM_ANUENCIA.pdf	16/11/2015 22:56:17	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HAM_TERMO_DE_SETOR_2.pdf	15/11/2015 19:13:14	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HAM_TERMO_DE_SETOR_1.pdf	15/11/2015 19:12:01	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HUOC_TERMO_DE_SETOR.pdf	15/11/2015 19:10:29	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HUOC_CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	15/11/2015 19:09:06	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Outros	HC_CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	15/11/2015 19:07:16	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	15/11/2015 18:55:53	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	15/11/2015 18:42:09	Queliane Gomes da Silva Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 25 de Maio de 2016

Assinado por:
Magaly Bushatsky
(Coordenador)

Endereço: Rua Arnóbio Marques, 310

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-130

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)3184-1271

Fax: (81)3184-1271

E-mail: cep_huoc.procape@yahoo.com.br

ANEXO B - DECLARAÇÃO DE BUDAPESTE SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM HOSPITAIS (PARTE 1 TRADUZIDA)

- Em destaque estão os itens selecionados como componentes da pesquisa

Esta declaração foi emitida por ocasião do 1º Encontro Empresarial da Rede Internacional de Hospitais Promotores da Saúde.

Parte 1

Conteúdo e objetivos para Hospitais participantes na Rede Internacional - Promoção da Saúde em Hospitais.

Além de garantir serviços médicos de boa qualidade e dos cuidados de saúde, a Promoção da Saúde no Hospital deverá:

1. Proporcionar oportunidades em todo o hospital para o desenvolvimento de perspectivas, objetivos e estruturas orientadas para a saúde.
2. Desenvolver uma identidade corporativa dentro do hospital, que abraça os objetivos da Promoção de Saúde Hospitalar.
3. Aumentar a conscientização sobre o impacto do ambiente do hospital no estado de saúde de pacientes, funcionários e comunidade. O ambiente físico hospitalar deve apoiar, manter e melhorar o processo de cura.
- 4. Encorajar um papel ativo e participativo para os pacientes de acordo com o seu potencial de saúde específico.**
5. Incentivar a participação para processos orientados para ganhos de saúde, em toda parte do hospital.
6. Criar condições de trabalho saudáveis para toda equipe hospitalar.
7. Buscar fazer da promoção da saúde hospitalar um modelo para serviços e locais de trabalho saudáveis.
8. Manter e promover a colaboração entre a promoção da saúde baseada em iniciativas comunitárias e dos governos locais.
9. Melhorar a comunicação e colaboração com os serviços sociais existentes e serviços de saúde a comunidade.
10. Melhorar o suporte dado aos pacientes e seus parentes pelo hospital com base na comunidade através de serviços sociais comunitários e de saúde e/ou grupos de voluntários e organizações.

11. Identificar e reconhecer grupos-alvo específicos (por exemplo, idade, duração da doença, etc.) dentro do hospital e suas necessidades específicas de saúde.

12. Reconhecer as diferenças de conjuntos de valor, as necessidades e as condições culturais para indivíduos e diferentes grupos populacionais.

13. Criar ambiente de suporte, de modo de vida humano e estimulante dentro do ambiente do, especialmente para pacientes crônicos e de longa internação.

14. Melhorar a qualidade da promoção da saúde e variedade de alimentos em hospitais, para pacientes e trabalhadores.

15. Melhorar a oferta e a qualidade da informação, comunicação e programas de formação educacional e qualificação para os pacientes e familiares.

16. Melhorar a oferta e a qualidade dos programas de educação e qualificação da formação para os trabalhadores.

17. Desenvolver uma base de dados epidemiológicos no hospital especialmente relacionadas com a prevenção de doenças e danos e comunicar esta informação para gestores de políticas públicas e para outras instituições da comunidade.

ANEXO C - CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL DOS JUÍZES DA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Tabela: Características profissionais dos juizes na validação de conteúdo, Recife, 2016

Variável	N	%
Instituição graduou		
UFPE	8	38,1
UPE	7	33,3
UECE	1	4,8
UFRN	1	4,8
FPS	1	4,8
FUNESO	3	14,3
Área de atuação/ Especialidade do Setor onde trabalha:		
Clinica Médica	3	14,3
Clinica cirúrgica	4	19,0
Clinica médica especializada	14	66,7
Participação em algum grupo/projeto de pesquisa:		
Sim	5	23,8
Não	16	76,2
Se sim, qual a temática:		
Não se aplica	16	76,2
Políticas publicas de saude /planejamento em saude	1	4,8
Infectologia	1	4,8
Segurança do paciente	1	4,8
Oncologia Paliativa	1	4,8
Gestão e planejamento	1	4,8
Área Mestrado		
Não se aplica	19	90,5
Enfermagem	2	9,5
Área Doutorado		
Não se aplica	20	95,2
Neuropsicopatologia e ciência do comportamento	1	4,8

Fonte: Dados gerados pela autora

ANEXO D - CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL DOS JUÍZES DA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA

Tabela: Características profissionais dos juizes da validação semântica, Recife, 2016

Variável	N	%
Instituição graduou		
UFPE	8	38,1
UPE	7	33,3
UECE	1	4,8
UFRN	1	4,8
FPS	1	4,8
FUNESO	3	14,3
Área de atuação/ Especialidade do Setor onde trabalha:		
Clinica Médica	3	14,3
Clinica cirúrgica	4	19,0
Clinica médica especializada	14	66,7
Participação em algum grupo/projeto de pesquisa:		
Sim	5	23,8
Não	16	76,2
Se sim, qual a temática:		
Não se aplica	16	76,2
Políticas publicas de saude /planejamento em saude	1	4,8
Infectologia	1	4,8
Segurança do paciente	1	4,8
Oncologia Paliativa	1	4,8
Gestão e planejamento	1	4,8

Continua

Variável	N	%
Área Mestrado		
Não se aplica	19	90,5
Enfermagem	2	9,5
Área Doutorado		
Não se aplica	20	95,2
Neuropsicopatologia e ciência do comportamento	1	4,8
Fonte: Dados gerados pela autora		<i>Conclusão</i>

**ANEXO E - CARACTERÍSTICAS EDUCACIONAIS DOS ENFERMEIROS
PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Tabela: Características educacionais dos enfermeiros participantes da pesquisa, Recife, 2016

Instituição onde se graduou	N	%
UFPE	13	19,12
UPE	15	22,06
UFC	2	2,94
UECE	1	1,47
UFRN	1	1,47
FPS	15	22,06
FUNESO	1	1,47
FACHO	1	1,47
ESTÁCIO/FIR	2	2,94
UFPB	1	1,47
FAC. SÃO MIGUEL	2	2,94
UEPB	1	1,47
FACENE PB	1	1,47
Essa- Escola Superior de Saúde de Arcoverde	1	1,47
UFBA	1	1,47
Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ	1	1,47
Farec	1	1,47
UFPI	1	1,47
FACIPE	1	1,47
UNIVERSO	1	1,47
UFMA	1	1,47
URCA	2	2,94
MAURICIO DE NASSAU	1	1,47
UFAL	1	1,47

Fonte: Dados gerados pelo autor

Tabela: Características educacionais dos enfermeiros participantes do estudo, Recife, 2016

Área de formação	N	%
... do Mestrado		
Não se aplica	54	79,41
Enfermagem	2	2,94
Promoção da saúde	1	1,47
Saude coletiva	1	1,47
Saúde pública e epidemiologia	3	4,41
Mestrado em Cirurgia	1	1,47
Gestão e Economia da saúde	2	2,94
Saúde e ambiente	2	2,94
UTI	1	1,47
Herbiatria	1	1,47
... do Doutorado		
Não se aplica	66	97,06
Saúde da criança	1	1,47
Ciências, ênfase Enfermagem	1	1,47

Fonte: Dados gerados pelo autor

Tabela: Caracterização da Área da especialização (Latu sensu) dos enfermeiros, Recife, 2016

Sub-áreas de conhecimento da Enfermagem	Área da especialização	Não		Sim	
		N	%	N	%
Enfermagem Psiquiátrica	Saúde mental	67	98,53	1	1,47
	Enfermagem Pediátrica	Criança	64	94,12	4
Enfermagem Médico-Cirúrgica	Nefrologia	66	97,06	2	2,94
	Administração hospitalar	63	92,65	5	7,35
	Auditoria	66	97,06	2	2,94
	Atendimento pré hospitalar	67	98,53	1	1,47
	Cardiologia	66	97,06	2	2,94
	Área Especializada Clínica médica	67	98,53	1	1,47
	Área Especializada Clínica cirúrgica-CME e BLOCO	65	95,59	3	4,41
	Dermatologia	66	97,06	2	2,94
	Urgência	61	89,71	7	10,29
	UTI	59	86,76	9	13,24
	Hemato- Hemoterapia	64	94,12	4	5,88
	Home care	67	98,53	1	1,47
	Oncologia	66	97,06	2	2,94
	Pneumologia	68	100,00	0	0,00
Enfermagem de Saúde Pública	PSF	65	95,59	3	4,41
	Área Especializada gestão SUS	65	95,59	3	4,41
	Saúde coletiva	67	98,53	1	1,47
	Saúde pública	50	73,53	18	26,47
	Saúde do trabalhador	58	85,29	10	14,71

Continua

Sub-áreas de conhecimento da Enfermagem	Area da especialização	Não		Sim	
		N	%	N	%
Enfermagem de Doenças Contagiosas	Infectologia	67	98,53	1	1,47
	Obstetricia	65	95,59	3	4,41
Enfermagem Obstétrica	Mulher	60	88,24	8	11,76
Outras	Educação	59	86,76	9	13,24

Fonte: Dados gerados pelo autor

Conclusão