

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

MARIA DE FÁTIMA BASTOS NÓBREGA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO DE PROMOÇÃO
DA SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DO
ENFERMEIRO**

FORTALEZA

2011

MARIA DE FÁTIMA BASTOS NÓBREGA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DO
ENFERMEIRO

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Neiva Francenely Cunha Vieira

FORTALEZA

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- N675c Nóbrega, Maria de Fátima Bastos.
 Construção e validação de escala de avaliação de promoção da saúde no ambiente hospitalar:
 concepções e práticas do enfermeiro / Maria de Fátima Bastos Nóbrega. – 2011.
 126 f.: il. color., enc. ; 30 cm.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e
 Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem;
 Fortaleza, 2011.
 Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde
 Orientação: Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira
1. Promoção da Saúde. 2. Estudos de Validação. 3. Serviço Hospitalar de Enfermagem. I.
 Título.

MARIA DE FÁTIMA BASTOS NÓBREGA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DO
ENFERMEIRO

Tese submetida 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 grau de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: 27/10/2011

BANCA EXAMINADORA

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

Profa. Dra. Enedina Soares (Membro efetivo)
Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva (Membro efetivo)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Membro efetivo)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A toda minha família, que sempre esteve presente apoiando-me nas conquistas diárias, incentivando-me a batalhar para alcançar meus ideais.

Ao meu marido, Lúcio, meu companheiro, meu amor, parceiro incansável, pela compreensão nos momentos de ausência e exaustão, por acreditar no meu potencial e sempre me incentivar a seguir em busca desse título.

Aos meus filhos, Natan e Giulia, pelo amor incondicional, que me inspira cada vez mais a buscar o crescimento profissional. Eles são a minha razão de viver e através desse amor, deram-me forças para chegar a este momento especial da minha vida.

A querida Mestra, inspiração maior de toda enfermeira cearense, Profa. Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso, pelo exemplo de profissional, pelo seu eterno sorriso, por acreditar no meu potencial e na possibilidade de transformar esse sonho em realidade (In Memorian).

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado equilíbrio, serenidade, saúde e força para superar todos os obstáculos que apareceram nesta caminhada; por me fazer acreditar no meu potencial e por permitir que eu esteja, hoje, fechando mais este ciclo da minha carreira profissional.

À equipe de profissionais que me acompanhou nesta jornada, aliviando minhas dores físicas e da alma, a quem eu chamo de “anjos”, o meu eterno agradecimento: Mileny Mota, Adriana Barros, Cerise Silveira, Inês Tavares, Tarcisio Araujo Filho, Anísia Dantas, Vânia Cavalcante, Eduardo Neves, Francisco Góes e Felícia Fátima Teixeira.

À orientadora, Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira, pelo exemplo de mulher guerreira, pela oportunidade de ampliar meus horizontes de conhecimento, pela orientação segura, que me conduziu ao longo dessa trajetória acadêmica.

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, por me auxiliar na construção do percurso metodológico e análise dos dados. Por ser um grande amigo, que me deu incentivo e esteve sempre disposto a ajudar.

Ao meu amigo Jucier Sampaio Filho, que sempre me acompanhou, contribuindo nas diversas etapas da construção desta tese, no apoio solidário, permanentemente, disposto a ajudar.

Ao meu professor de inglês, meu amigo, Marco Aurélio Severo, pelo esforço e dedicação em me tornar apta à leitura e compreensão de artigos, livros e textos de apoio.

À querida Antonia Sampaio, que transformou este estudo em uma produção acadêmica bem elaborada. Pelo zelo, empenho e dedicação, meu reconhecimento.

A todos os amigos que me incentivaram, pelos momentos em que tiveram que ouvir minhas queixas, meus períodos de desânimo e por sempre procurarem me reerguer, principalmente as amigas: Lucilane Sales, Alissan Martins, Fabiane Gubert, Rosilene Baptista, Rita Paiva, Márcia Coelho, Tatiane Guedes, Teresa Arrais, Cristina Jorge, Ana Paula Brilhante.

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, onde ingressei e fui acolhida para realizar esta tese.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, aos docentes, servidores e funcionários, meu reconhecimento pela dedicação e empenho em colaborar com minha formação.

Às minhas eternas companheiras de luta, amizades sinceras que construí no decorrer do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Pela solidariedade, pelas palavras de otimismo, pelos momentos felizes e pelos momentos difíceis que conseguimos superar juntas.

Ao Hospital Universitário Walter Cantídio/Universidade Federal do Ceará, onde exerço minha profissão de enfermeira, por mais uma vez me conceder espaço para a realização do doutorado, tanto através do incentivo, do reconhecimento, da adequação de carga horária, como também da autorização para utilizá-lo como campo de estudo. Aos gestores: Dr. Silvio Furtado, Dr. Marcelo Alcântara, Dra. Dayse Pereira, Dra. Regina Célia, Dra. Airtes Vitoriano, Dr. Florentino Cardoso, Dr. Miguel Ângelo, meu reconhecimento e gratidão.

Às minhas companheiras de trabalho, do Centro de Estudos para Acadêmicos e Profissionais em Saúde (CEAPS) e do Serviço de Educação Continuada em Enfermagem (SECEn), por terem compreendido os meus períodos de ausência e assumido com competência as atividades em curso e por torcerem pelo meu sucesso, confortando-me sempre que batia o desânimo e incentivando-me a perseguir em busca dos meus objetivos.

À Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, por ter me acolhido ao longo dessa trajetória, como profissional, principalmente aos companheiros da Coordenadoria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (CGTES) e do Núcleo de Negociação, Valorização e Educação no Trabalho (NUVEN). Meus agradecimentos especiais a Lucia Arruda e Fernanda Martins por compreenderem o momento e me apoiarem.

A todos aqueles que colaboraram na qualidade de juízes e membros da banca: Prof. Dr. Paulo César de Almeida, Profa. Dra. Mônica Oriá, Profa. Dra. Janaina Victor, Profa. Dra. Joselany Áfio, Profa. Dra. Patrícia Neyva, Profa. Dra. Ana Fátima Fernandes, Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva, Profa. Dra. Enedina Soares e Profa. Dra. Lucilane Sales e as enfermeiras Dra. Miria Lavinas e Dra. Rita Paiva, pelas valorosas contribuições dadas.

À direção do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), principalmente a Dra. Sônia Câmara, que no cargo de Chefe de Enfermagem em Exercício, recebeu-me calorosamente e deu concessão para realização da pesquisa nas dependências do referido hospital. À Dra. Albertisa Rodrigues, enfermeira do Serviço de Educação Permanente, que disponibilizou seu tempo e atenção, colaborando na definição dos sujeitos da pesquisa oriundos daquela instituição hospitalar. À Profa. Dra. Veraci Queiroz, que à frente do Comitê de Ética do HGF, atendeu prontamente e agilizou a autorização do meu projeto.

Ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídeo (HUWC) pela presteza e agilidade na avaliação e autorização do projeto, para coleta de dados, principalmente à Dra. Mônica Façanha.

Às alunas de enfermagem Eloisa Kellen, Gabriele, Naiani e Marcela, que foram peças fundamentais na coleta de dados deste estudo.

Aos enfermeiros dos hospitais HGF e HUWC, que aceitaram participar como sujeitos deste estudo, colaborando para a sua construção, ao auxiliar no processo de discussão acerca de sua prática.

À Dinar, minha colaboradora do lar, que conduziu minha casa nos momentos de ausência, toda minha gratidão.

Aqueles que, porventura, eu tenha me esquecido de citar, minhas desculpas e meus sinceros agradecimentos. Todos, com certeza, fazem parte desta estória.

RESUMO

Nóbrega, Maria de Fátima Bastos. **Construção e validação de escala de avaliação de promoção da saúde no ambiente hospitalar: concepções e práticas do enfermeiro** [tese de doutorado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2011. 126p.

A promoção da saúde surge como importante modo de reestruturação da rede de atenção à saúde, inserindo num cuidar do processo saúde-doença, um olhar integral sobre o indivíduo. A Declaração de Budapeste sobre Promoção da Saúde em Hospitais traz as recomendações para a implantação dessa estratégia, utilizada desde a década de 90 na Europa. O estudo objetivou validar uma escala de avaliação de promoção da saúde no ambiente hospitalar, a partir da Declaração de Budapeste. Pesquisa metodológica, de abordagem quantitativa, envolvendo 115 enfermeiros de dois hospitais de ensino do município de Fortaleza-CE, que prestam cuidados diretos ao usuário. A escala foi construída, validada por juízes, testada em um grupo piloto literalmente, aplicada como questionário no período de out/2010 a jan/2011. A confiabilidade da escala foi verificada por meio do teste IVC e as análises de associação foram feitas por meio dos testes Qui-Quadrado e razão de verossimilhança. As médias de dois grupos foram comparadas pelo teste *t* de *Student*; as médias de três ou mais grupos foram comparadas pelo teste F de *Snedecor* e, em sendo estatisticamente significativa, as comparações múltiplas foram realizadas pelo teste de *Tukey*, *Kruskall-Wallis* e *Dwass-Stell-Chritchlow-Fligner*. Antes dos testes estatísticos, foi verificada a normalidade das variáveis, bem como a igualdade de variâncias. Para todas as análises consideraram-se como estatisticamente significativa aquelas com $p < 0,05$. Os dados das perguntas abertas foram tratados através da análise de conteúdo de Bardin. Os resultados indicam que o conteúdo das escalas foi considerado compreensivo segundo comitê de juízes. O questionário é viável quanto a sua estrutura semântica (escore entre 100% e 80%); tem alta confiabilidade (IVC= 0,87) e significância ($p < 0,005$) em todos os itens, e foi considerado pelos enfermeiros como de fácil compreensão. A análise quanto *atividade total* demonstra que houve significância positiva (95,6%), com média igual a $78,9 \pm 10,2$, ou seja, os enfermeiros desenvolvem ações na sua prática hospitalar, que contemplam os princípios da promoção da saúde; no domínio *estrutura*, houve boa significância (80%). As concepções do enfermeiro sobre a promoção da saúde na área hospitalar resultaram em duas categorias: *Concepção de promoção da saúde com enfoque no cuidado da doença* (51,4%) e *Concepção ampliada de promoção da saúde* (41,8%). Concluiu-se, portanto, que se obteve um instrumento confiável, válido e capaz de avaliar as concepções e práticas de promoção da saúde dos enfermeiros em ambiente hospitalar. Ressalte-se, ainda, que os enfermeiros desenvolvem ações, na sua prática hospitalar, que contemplam os princípios da promoção da saúde, apesar de muitas vezes não reconhecerem essas ações como tal.

Palavras-chave: Estudos de validação. Serviço hospitalar de enfermagem. Promoção da saúde.

ABSTRACT

Nóbrega, Maria de Fátima Bastos. **Construction and validation of assessment scale of health promotion in hospitals: concepts and practices of nurses** [Doctorate thesis]. Fortaleza, Federal University of Ceará, 2011. 126p.

Health promotion emerges as an important way of restructuring the network of health care, inserting in the health-disease process, a comprehensive look on the individual. The Budapest Declaration on Health Promotion in Hospitals brings the recommendations to implement this strategy, used since the 90s in Europe. The study aims to validate a scale to assess the concepts and practices of health promotion of the nurse in the hospital environment, starting from the Budapest Declaration. This is a methodological research, with a quantitative approach, involving 115 nurses from two teaching hospitals in the city of Fortaleza, who take care directly of the user. The scale was constructed, validated by judges, tested literally in a pilot group, applied as a questionnaire in the period from Oct/2010 through Jan/2011. The scale's reliability was verified by IVC testing and the association analyses were performed using the Qui-square and likelihood ratio tests. The averages of two groups were compared by the test *t* from *student*; the averages of three or more groups were compared by the F test from *Snedecor* and, being statistically significant, the multiple comparisons were performed by *Tukey's*, *Kruskal-Wallis* and *Dwass-Stell-Chritchlow-Fligner* tests. Before the statistical tests, one verified the normality of the variables and equal variances. For all the analyses one considered as statistically significant those with $p < 0.05$. Data from open questions were addressed through the content analysis of Bardin. The results indicate that the content of the scales was considered comprehensive according to the committee of judges. The questionnaire is viable according to its semantic structure (score between 100% and 80%) has high reliability (IVC = 0.87) and significance ($p < 0.005$) on all items, and was considered by nurses as easy to understand. The analysis according to *total activity* demonstrates that there was positive significance (95.6%), with an average of 78.9 ± 10.2 , that is, the nurses develop actions in their hospital practice, which include the principles of health promotion; in the *structure* field, significance was good (80%). The views of nurses about health promotion in the hospital area resulted in two categories: *Conception of health promotion with a focus on disease care* (51.4%) and *Enlarged conception of health promotion* (41.8%). Therefore, one concluded that it was obtained a reliable and valid instrument, able to evaluate the concepts of health promotion of nurses in hospitals. It is worth noting that nurses develop actions in his hospital practice, which include the principles of health promotion, though they often do not recognize these actions as such.

Keywords: Validation studies. Nursing hospital service. Health promotion.

RESUMEN

Nóbrega, Maria de Fátima Bastos. **Desarrollo y validación de escala de evaluación de promoción de la salud en el entorno hospitalario: conceptos y prácticas del enfermero** [tesis]. Fortaleza: Universidad Federal del Ceará, 2011. 126p.

La promoción de la salud surge como una forma importante de reestructuración de la red de atención de la salud, que pone una visión integral a la persona en el proceso salud-enfermedad. La Declaración de Budapest acerca de la Promoción de la Salud en hospitales hace las recomendaciones para implementar esta estrategia, estas fueron utilizadas desde los años 90 en Europa. El objetivo del estudio fue validar una escala para evaluar los conceptos y las prácticas de promoción de la salud del enfermero en el entorno hospitalario, a partir de la Declaración de Budapest. Investigación metodológica, con enfoque cuantitativo, con 115 profesionales de enfermería de dos hospitales universitarios de Fortaleza-CE, Brasil, que ejecutan la atención directa al usuario. La escala fue construida y validada por jueces, examinada en un grupo piloto, literalmente, aplicada como cuestionario en el período de octubre/2010 a enero/2011. La fiabilidad de la escala se verificó mediante pruebas de IVC y los análisis de asociación se realizaron utilizando el chi-cuadrado y el test de razón de verosimilitud. Los promedios de dos grupos se compararon mediante el test t de *Student*, las medias de tres o más grupos se compararon mediante la prueba F de *Snedecor*, siendo estadísticamente significativas, las comparaciones múltiples se realizaron mediante la prueba de *Tukey*, *Kruskal-Wallis* y *Dwass Stell-Chritchlow-Fligner*. Antes de las pruebas estadísticas, se verificó la normalidad de las variables y varianzas iguales. Para todos, los análisis se consideraron estadísticamente significativos aquellos con $p < 0,05$. Los datos de las preguntas abiertas fueron sometidos al análisis de contenido de Bardin. Los resultados indicaron que el contenido de las escalas se consideró comprensible según el comité de jueces. El cuestionario fue viable mientras a la estructura semántica (puntaje entre 100% y 80%); alta fiabilidad (CVI = 0,87); y significación ($p < 0,005$), en todos los artículos, y fue considerada por los enfermeros como fáciles de entender. El análisis cuanto *actividad total* señaló que no hubo significancia positiva (95,6%), con una media de $78,9 \pm 10,2$, es decir, los enfermeros desarrollaron acciones en su práctica hospitalaria, que incluye los principios de promoción de la salud; en la estructura sobre el terreno, el significado fue bueno (80%). Las opiniones de los enfermeros sobre la promoción de la salud en el área hospitalaria resultó en dos categorías: *Concepción de promoción de la salud con enfoque en la atención de la enfermedad* (51,4%) y *Concepción ampliada de la promoción de la salud* (41,8%). Se concluyó, por lo tanto, que se obtuvo un instrumento confiable, válido y capaz de evaluar los conceptos y prácticas de promoción de la salud de los enfermeros en el entorno hospitalario. Vale la pena señalar que los enfermeros desarrollaban acciones en su práctica hospitalaria, que incluyen los principios de promoción de la salud, aunque a menudo no reconocen estas acciones como tal.

Palabras clave: Estudios de validación. Servicio de Enfermería en Hospital. Promoción de la salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Representação do número total de enfermeiros trabalhadores dos hospitais HA e HB por tipo de vínculo. Fortaleza-CE, Dez/2010.....	35
Figura 1 –	Representação gráfica do Modelo da História Natural da Doença.....	24
Figura 2 –	Síntese da evolução histórica da promoção da saúde no ambiente hospitalar.....	31
Figura 3 –	Etapas metodológicas da pesquisa.....	37
Figura 4 –	Síntese dos procedimentos de construção da EAPS.....	40
Figura 5 –	Síntese das etapas de verificação das propriedades psicométricas da EAPS	43
Figura 6 –	Síntese dos procedimentos de coleta de dados.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição do número de enfermeiros, segundo as características sociodemográficas. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.....	54
Tabela 2 –	Distribuição do número de enfermeiros dos hospitais de ensino, segundo formação acadêmica. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.....	56
Tabela 3 –	Distribuição do número de enfermeiros, segundo atividades, estrutura e ações executadas. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.....	58
Tabela 4 –	Relação entre atividade total e as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.....	64
Tabela 5 –	Associação entre a estrutura e as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.....	65
Tabela 6 –	Relação entre ações executadas e as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.....	67
Tabela 7 –	Distribuição das respostas dos enfermeiros dos hospitais de ensino, quanto ao conceito de promoção da saúde no ambiente hospitalar. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.....	68
Tabela 8 –	Distribuição das respostas dos enfermeiros dos hospitais de ensino, quanto às práticas de promoção da saúde no ambiente hospitalar. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CE	Ceará
CEAPS	Centro de Estudos para Acadêmicos e Profissionais em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGTES	Coordenadoria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
E	Entrevistador
EAPS	Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar
EPHP	European Health Promoting Hospitals
EPI	Equipamento de Proteção Individual
H	Hospital
HA	Hospital A
HB	Hospital B
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HPH	Health Promotion Hospital
HU	Hospital Universitário
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
NUVEN	Núcleo de Negociação, Valorização e Educação no Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PE	Pernambuco
RO	Rondônia
SAMEAC	Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand
SECEn	Serviço de Educação Continuada em Enfermagem
SER	Secretaria Executiva Regional
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SiPNASS	Sistema do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
URCA	Universidade Regional do Cariri
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Construção do objeto de estudo.....	15
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	Geral.....	22
2.2	Específicos.....	22
3	CAMINHO TEÓRICO.....	23
3.1	A promoção da saúde como foco de atenção.....	23
3.2	Política de Promoção da Saúde no Brasil.....	24
3.3	A promoção da saúde no contexto hospitalar: visão histórica.....	27
3.4	A promoção da saúde no contexto da enfermagem no espaço hospitalar.....	32
4	METODOLOGIA.....	34
4.1	Tipo de estudo.....	34
4.2	Local.....	34
4.3	População.....	35
4.4	Amostra.....	35
4.5	Processo de coleta de dados.....	36
4.5.1	<i>Construção da “Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar (EAPS)”</i>	<i>37</i>
4.5.2	<i>Validação por juízes.....</i>	<i>40</i>
4.5.3	<i>Capacitação dos pesquisadores de campo.....</i>	<i>44</i>
4.5.4	<i>Teste piloto.....</i>	<i>44</i>
4.5.5	<i>Aplicação da “Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar (EAPS)”</i>	<i>45</i>
4.6	Análise dos dados.....	47
4.7	Aspectos éticos.....	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
5.1	Validade semântica da EAPS - desenvolvimento, seleção, redução de itens do questionário.....	50
5.2	Validade de conteúdo da EAPS.....	52
5.3	Realização do teste piloto.....	53
5.4	Apresentação dos resultados da EAPS.....	53

5.4.1	<i>Os enfermeiros dos hospitais de ensino e suas características sociodemográficas.....</i>	53
5.4.2	<i>A formação acadêmica dos enfermeiros dos hospitais de ensino.....</i>	56
5.4.3	<i>Os enfermeiros segundo atividade total, estrutura e ações executadas.....</i>	57
5.4.4	<i>A média entre a atividade total e as variáveis sociodemográficas.....</i>	63
5.4.5	<i>Associação entre estrutura e as variáveis sociodemográficas.....</i>	64
5.4.6	<i>Associação entre as ações executadas e as variáveis sociodemográficas.....</i>	66
5.4.7	<i>Concepção do enfermeiro sobre promoção da saúde no ambiente hospitalar.....</i>	68
5.4.8	<i>Práticas de promoção da saúde dos enfermeiros no ambiente hospitalar.....</i>	75
6	CONCLUSÕES.....	83
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	86
	REFERÊNCIAS.....	87
	APÊNDICES.....	98
	ANEXOS.....	127

1 INTRODUÇÃO

1.1 Construção do objeto de estudo

Quando estimuladas a desenvolver a temática para a construção de uma primeira versão do projeto de tese, para concorrer, por meio de seleção, a uma vaga no doutorado em enfermagem, procurou-se encontrar uma inter-relação entre a experiência de vinte anos como enfermeira de um hospital de ensino e os resultados obtidos na dissertação de mestrado e as linhas de pesquisa do doutorado do Programa.

Não foi difícil estabelecer essa relação, visto que o senso crítico foi despertado a partir das leituras desenvolvidas durante o mestrado, principalmente de pesquisadores como Campos (1994), Cecilio (1997a,b), Campos (1999), Merhy (2002), Cecilio e Mendes (2004), Campos e Amaral (2007) e Cecilio e Merhy (2007), que versavam sobre algumas categorias de incorporação de um cuidado numa perspectiva humanística, especialmente no fortalecimento do vínculo, responsabilização, autonomia, empoderamento e acolhimento.

Essas leituras conduziram à reflexão sobre uma prática de cuidado onde o conceito de saúde amplia-se para uma visão integradora e onde a clínica assume uma responsabilidade com o doente e não com a doença (Cunha, 2005), ajudando o usuário a estabelecer sua percepção sobre o adoecimento, a reconstruir seu modo de vida, empoderando-o, promovendo a escuta de suas necessidades.

O conceito ampliado de saúde, ora abraçado, tem sido advogado por conferências nacionais e internacionais de saúde, respectivamente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa (OPAS, 1986). Ambas definem o conceito ampliado de saúde, como sendo resultado de condições favoráveis de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e serviços de saúde (BUSS, 2000; FALK; RAMOS; SALGUEIRO, 2009;). Como consequência, a clínica ampliada passa a incorporar uma compreensão de que não existe apenas a preocupação em tratar a doença, mas sim agregar a esta, situações de vulnerabilidade do usuário (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A clínica ampliada baseia-se na construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e usuário, abandonando a tradição de uma clínica especializada e centrada apenas na realização de procedimentos. Deve-se adotar o trabalho

focado no usuário, exercendo uma abordagem ampliada da atenção e do cuidado, tendo como objetivo central a promoção da saúde do indivíduo (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A promoção da saúde surge como importante modo de reestruturação da atenção à saúde, quando busca superar o ideal biológico no processo saúde-doença, através da proposta do olhar integral sobre o indivíduo, contemplando-o não apenas na instância física, mas também nas esferas sociais, culturais, econômicas e psicológicas (NUNES *et al.*, 2009). Isso implica que, no processo do cuidado, deve-se promover uma maior participação e controle do usuário no seu tratamento e restabelecimento da saúde dentro do ambiente hospitalar, não somente voltado para a doença, mas para a melhoria da qualidade de vida, continuidade da terapêutica no domicílio, reinserção social e o resgate da cidadania. Essa atitude no cuidado terapêutico atende de forma integral aos princípios presentes no conceito de promoção da saúde da Carta de Ottawa (BRASIL, 2001a).

Esse modelo ampliado de saúde integra-se à prática, não somente nos serviços de atenção básica (primária ou secundária), mas também dentro do ambiente hospitalar. O hospital deve estar em sintonia com as políticas públicas de saúde, ver o usuário de forma integral e ter a promoção da saúde como objetivo primordial do seu trabalho. Isto é particularmente importante quando o hospital em questão é de ensino, ambiente onde estudantes dos diversos cursos de graduação na área de saúde constroem sua formação, esse aspecto da integralidade do cuidado do usuário deve ser continuamente estimulado e vivenciado (MARTINS *et al.*, 2011).

A promoção da saúde no contexto hospitalar contempla o enfoque do trabalho em equipe para o cuidado de saúde dos usuários, capaz de abranger diferentes perspectivas da assistência, valorizando o papel dos ambientes, da cultura e dos aspectos sociais no processo do adoecimento e sofrimento, preparando-os ao manejo adequado dessas demandas.

Na concepção tradicional, define-se hospital de ensino como “uma instituição que se caracteriza: (a) por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); (b) por prover treinamento universitário na área de saúde; (c) por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; (d) por propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população” (MEDICI, 2001, p.150-151).

Entretanto, essa concepção não atende às atuais políticas públicas de saúde, que hoje exigem dos hospitais de ensino a constituição de ambientes de aprendizagem para a assistência, desenvolvimento de pesquisa, de novas técnicas, procedimentos e terapias, e a incorporação de novas tecnologias, para atender adequadamente aos problemas de saúde da

clientela e, conseqüentemente, promover a saúde (PROTÁSIO, 2007; MACHADO; KUCHENBECKER, 2007; BARATA; MENDES; OLÍMPIO, 2010).

O hospital de ensino é centrado na construção do conhecimento social do cuidar, que ali ocorre, e que é permeado pela visão global do usuário. Esse tipo de hospital não pode ser avaliado apenas pelo trabalho assistencial, como se fosse um hospital de bairro, que apenas trata de doentes, pois, além de cuidados médicos de alto nível, gera novos conhecimentos e instrução, revertidos em benefício da população. Exerce, também, papel fundamental na triagem de equipamentos e nas novas tecnologias desenvolvidas para a assistência e promoção da saúde.

No entanto, infelizmente, o que ainda se observa nos hospitais de ensino é o predomínio de uma prática repetitiva, fragmentada, voltada para o modelo biomédico. Os resultados da pesquisa de mestrado (Nóbrega, 2006), cujo tema abordou o processo de trabalho em enfermagem hospitalar na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino, corroboram com essas afirmações.

De acordo com a referida pesquisa, no âmbito da prática hospitalar do enfermeiro:

1. Existe a predominância dos saberes estruturados e das altas tecnologias (equipamentos), ou seja, das tecnologias duras e leve-duras, no desenvolvimento do trabalho em saúde, especificamente, no processo de trabalho em enfermagem;

2. Os enfermeiros desenvolvem uma atenção à saúde voltada para o modelo biomédico, com enfoque no tratamento, reabilitação e na cura de doenças, restando pouco envolvimento com ações voltadas para a promoção da saúde;

3. Os profissionais de saúde (no caso desta pesquisa, os enfermeiros) preenchem a maior parte do seu tempo, desenvolvendo atividades administrativo-burocráticas, afastando-se do usuário, e restringem-se a execução de procedimentos, através de uma assistência fragmentada, repetitiva e mecanicista.

A visão distorcida dessa prática, historicamente tem sido construída, e a ideia cristalizada de ambiente hospitalar associada exclusivamente ao modelo biomédico, persiste até hoje. Poder-se-ia dizer que, não somente a sociedade tem essa percepção, mas também uma grande parte dos profissionais de saúde, bem como gestores, permanece com a mesma concepção.

Atualmente, alguns pesquisadores trabalham em prol da incorporação de outros conceitos ao ambiente hospitalar, visto que sua dimensão social, já devidamente reconhecida, gera a preocupação em ampliar o seu raio de ação.

Para Feuerwerker e Cecilio (2007, p. 966), o hospital

“é uma organização complexa – atravessada por múltiplos interesses [...] lugar de construção de identidades profissionais [...] lugar de produção do cuidado, em busca de qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos”.

Cecilio e Merhy (2007) enfatizam a possibilidade de se construir promoção da saúde no ambiente hospitalar, onde as equipes busquem a construção da cidadania do usuário a ser assistido e de novas relações no sistema de saúde, ou seja, entre usuários e profissionais de saúde, como premissa para uma clínica ampliada, com enfoque na promoção da saúde. Partiria de uma visão micropolítica para uma visão mais abrangente, contemplando o sistema de saúde como um todo e suas inter-relações com o ambiente e a sociedade.

Pesquisadores de vários países despertaram interesse no desenvolvimento de estudos que apresentem experiências de projetos e atividades realizadas em hospitais, por enfermeiros, direcionadas à promoção da saúde, onde foram relatados objetos de investigação realizados em países da Europa, Canadá, Mongólia e Tailândia, com grupos de apoio e aconselhamento a usuários sobre como lidar com doenças crônicas, alimentação saudável e fumo. Em outros estudos, houve envolvimento de trabalhadores, tais como: medidas profiláticas para dores nas costas, manipulação de materiais contaminados, comunicação entre a equipe multiprofissional (PELIKAN; KRAJIC; DIETSCHER, 2001; CASEY, 2007a; CASEY, 2007b; CASEY, 2007c; GROENE, 2011).

Na Europa, há cerca de 20 anos, vem sendo desenvolvido o movimento pela implantação de estratégias para a promoção da saúde, através da Rede Internacional de Hospitais Promotores de Saúde (*Health Promotion Hospital/HPH*), criada na década de 90 (GROENE, 2006).

A partir dessa mobilização, o papel da promoção da saúde, nos hospitais, vem sendo transformado, não se restringindo apenas a prover informações adicionais ao usuário acerca do seu estilo de vida, após os procedimentos clínicos terem sido realizados (GROENE, 2006). Hoje, mais de 50 países europeus adotaram a proposta e desenvolvem projetos de promoção da saúde em seus hospitais (GROENE; GARCIA-BARBERO, 2005).

Esse movimento teve seu marco a partir da publicação da Declaração de Budapeste, em 1991, que definiu conceito, visão e estratégias para a promoção da saúde em hospitais, defendendo como ponto preliminar, que os usuários deveriam ser encorajados a ter um papel ativo e participativo no seu planejamento de saúde, de acordo com suas potencialidades (NAIDOO, WILLS; 2000; PELIKAN; KRAJIC; DIETSCHER; 2001).

A Declaração de Budapeste foi emitida por ocasião do 1º Encontro Empresarial da Rede Internacional de Hospitais Promotores da Saúde (WHO, 1991), tendo descrito dezessete objetivos (ANEXO A).

Destacaram-se ainda, como documentos importantes na consolidação do projeto europeu Rede Internacional de Hospitais Promotores da Saúde (HPH), a publicação da Carta de Ljubljana, em junho de 1996 (WHO, 1996) e as Recomendações de Viena, em abril de 1997 (WHO, 1997a). Ambas tratavam de diretrizes para reforma nas ações de saúde, enfatizando, respectivamente, a importância da condução dos cuidados de saúde para a qualidade de vida das pessoas e o direcionamento dos recursos não somente para o tratamento curativo, mas para a saúde em um sentido mais amplo (WHO, 1996; WHO, 1997a; WHITEHEAD, 2004).

Entretanto, pesquisas brasileiras abordando a temática em ambiente hospitalar ainda são escassas. O que se encontram são artigos que trazem experiências de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito da saúde coletiva.

No ambiente hospitalar, poucos relatos de experiências voltadas para a promoção da saúde são apresentados, tratando-se principalmente de ações pontuais, mas bastante exitosas (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2000; FURTADO; LIMA, 2003; MITRE; GOMES, 2004; QUEIROZ; JORGE, 2004; MARTINS *et al.*, 2005; SANTOS *et al.*, 2005; THIENGO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005; QUEIROZ; JORGE, 2006; VERONESE; OLIVEIRA, 2006; JORGE; FIÚZA; QUEIROZ, 2006; ARREGUY-SERRA *et al.*, 2006; HOGAI; REBERTE, 2007).

Esses estudos trouxeram experiências com consultas de enfermagem mais direcionadas, que atendem aos interesses e necessidades específicas dos usuários, experiências de grupos de apoio, de reinserção social e adaptação a novos estilos de vida (decorrentes de doenças crônico-degenerativas ou grupos específicos de gestantes, idosos, ex-tabagistas etc.).

A promoção da saúde no hospital defende várias estratégias e direções, assim como encoraja a participação dos usuários, envolvendo todos os profissionais de forma a alcançar práticas interdisciplinares condizentes com o paradigma ampliado em saúde, e promovendo o desenvolvimento desta dentro do ambiente hospitalar (GROENE, 2006).

Entretanto, investir na promoção da saúde no ambiente hospitalar não é tarefa tão fácil, visto que requer o envolvimento dos gestores, profissionais de saúde e a reversão do modelo, prioritariamente, marcado pelo individualismo e voltado para a doença, para um paradigma baseado na integralidade do ser.

Levando o enfoque para o cenário dos hospitais universitários, Campos e Amaral (2007) observaram que ainda predomina essa premissa. Seu propósito vem concorrendo, cada vez mais para a especialização, visto que uma considerável parcela desses hospitais tem descrito em sua missão o enfoque para a atenção terciária e quaternária. Nisso, o profissional generalista, o clínico geral, o pediatra, entre outros, não encontram espaço nessas organizações; o graduando da área de saúde, principalmente da medicina e enfermagem, não vivencia uma assistência em busca da integralidade, e sim compartimentalizada, em decorrência da multiplicidade de especialidades e tecnologias em saúde. Isso reflete uma visão distorcida na formação acadêmica e profissional e na relação desses com os usuários.

A convivência com as super-especialidades, ao mesmo tempo em que requer uma visão integral da assistência, não se constitui um paradoxo. É possível a coexistência de uma atenção especializada conectada à integralidade do ser. Ressalte-se, entretanto, que é nesse contexto onde os espaços devem ser ressignificados na forma de gestão de serviços e de cuidados.

Os profissionais de saúde que atuam em hospitais, principalmente de ensino, devem incorporar e agregar à sua prática uma concepção ampliada de saúde, onde coexistam processos de trabalho que incorporem as várias tecnologias: duras, leve-duras e leves como de acolhimento, de responsabilização e de emancipação (MERHY, 2002). O trabalho em saúde não se resume simplesmente em uso de equipamentos modernos e sofisticados (tecnologias duras) ou saberes estruturados (tecnologias leve-duras), mas principalmente no cuidado em saúde, em que o que deve ser mais valorizado são as tecnologias das relações (leves), o “estar próximo” [grifo próprio] do usuário, ouvindo-o, valorizando suas crenças, suas opiniões, seus desejos.

O presente estudo tem relevância pela contribuição que poderá gerar no cotidiano da prática do enfermeiro em hospitais de ensino, pois possibilitará desvelar um novo conhecimento e uma nova visão de promoção da saúde, que fundamentará intervenções para a transformação de um processo de trabalho em enfermagem, onde haja a maior participação do usuário na construção do seu plano de vida e reinserção social, como, também, por se traduzir em uma proposta a ser difundida para outras instituições hospitalares, a ser aplicada a novos profissionais de saúde, podendo desenvolver um salto na atenção à saúde, no ensino e na pesquisa da instituição.

A pesquisa justifica-se pela possibilidade de construção da consciência crítica quanto à importância da inserção da promoção da saúde na prática hospitalar, como política transversal, integrada e intersetorial, onde o diálogo pode se estabelecer entre a sociedade, as

esferas governamentais e o setor privado, compondo redes de compromisso com a qualidade de vida da população e como forma de inversão de um modelo assistencial biomédico, curativo e centrado no uso de saberes estruturados e equipamentos sofisticados (BRASIL, 2006a). Do mesmo modo, despertará a necessidade de produção de novas pesquisas na área em questão, de forma a transformar as práticas assistenciais encontradas no cotidiano em relações mais integralizadas, democráticas e construtivas, como também de despertar o compromisso dos gestores para a inserção da promoção da saúde como estratégia prioritária em todos os níveis de atenção, como preconizam as diretrizes do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006a).

Diante do exposto surgiu o interesse de se voltar a atenção, prioritariamente, para a promoção da saúde no contexto hospitalar com especial atenção na prática de enfermagem, orientada pelas seguintes indagações: Como os enfermeiros compreendem a promoção da saúde no ambiente hospitalar? Quais as práticas de cuidado que apresentam enfoque na promoção da saúde? Este estudo está ancorado em um argumento propositivo que afirma “**a existência de ações/atividades de enfermagem com enfoque na promoção da saúde nos hospitais de ensino de Fortaleza**”.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Construir e validar uma Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar, a partir da Declaração de Budapeste.

2.2 Específicos

- Verificar a confiabilidade e a validade da referida escala;
- Identificar, por meio da aplicação da referida escala, as concepções e práticas de promoção de saúde no ambiente hospitalar dos enfermeiros que trabalham em hospitais de ensino;
- Verificar a associação entre os escores da escala de avaliação de promoção de saúde no ambiente hospitalar e as variáveis sociodemográficas e de formação profissional e acadêmica;
- Descrever o conhecimento dos enfermeiros sobre promoção da saúde no ambiente hospitalar;
- Analisar as ações/atividades do enfermeiro desenvolvidas no hospital à luz do que preceitua a Declaração de Budapeste.

3 CAMINHO TEÓRICO

3.1 A promoção da saúde como foco de atenção

Ao longo do tempo, sempre houve preocupação com a promoção da saúde e a prevenção da doença. Os gregos da Antiguidade valorizavam os aspectos físicos da saúde pessoal (460 a.C. a 146 a.C.). Hipócrates fez as primeiras referências, nos seus escritos, à importância das condições de vida como determinantes da saúde; a Fábula de Esculápio, também, traz a preocupação dos gregos com a saúde e a doença. A fábula conta da tensão constante entre suas duas filhas (Panacéia - deusa da cura, por isso associada à Medicina, e Higéia – deusa da saúde, associada à Saúde Pública) pelo amor do pai. Essa fábula representa a dualidade existente entre promoção da saúde e cura.

No início do século XX, dois pesquisadores se destacaram por apresentar os primeiros relatos sobre a promoção da saúde e prevenção da doença. Winslow (1920) ressalta que a prevenção da doença e a promoção da saúde física prolongam a vida através de esforços comunitários organizados. Ele ainda descreveu que as enfermeiras deveriam ter conhecimento amplo, não somente das ciências médicas, para cuidar do indivíduo no seu complexo social (VERDI, CAPONI, 2005). Em 1946, Sigerist ressaltou que as tarefas essenciais da medicina eram: promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação dos enfermos e reabilitação (BUSS, 2000; BRASIL, 2007; FERNANDEZ, 2011).

Em 1965, Leavell e Clark escreveram o modelo da história natural da doença (Figura 1) no contexto da medicina preventiva, contemplando três níveis de prevenção: Prevenção primária: promoção da saúde e proteção específica; Prevenção secundária: diagnóstico precoce, tratamento imediato e limitação de incapacidade e Prevenção terciária: reabilitação (LEAVELL; CLARK, 1965). A promoção da saúde, portanto, aparece como parte da prevenção primária nesse contexto (CZERESNIA, 1999; BUSS, 2000; BUSS *et al.*, 2006). Esses autores afirmam que essa visão de promoção da saúde possui um enfoque centrado no indivíduo, com projeção limitada em famílias e grupos, e que essa abordagem não se aplica a doenças crônicas não-transmissíveis, que por sua vez, envolvem outros fatores relacionados ao meio ambiente e estilo de vida.

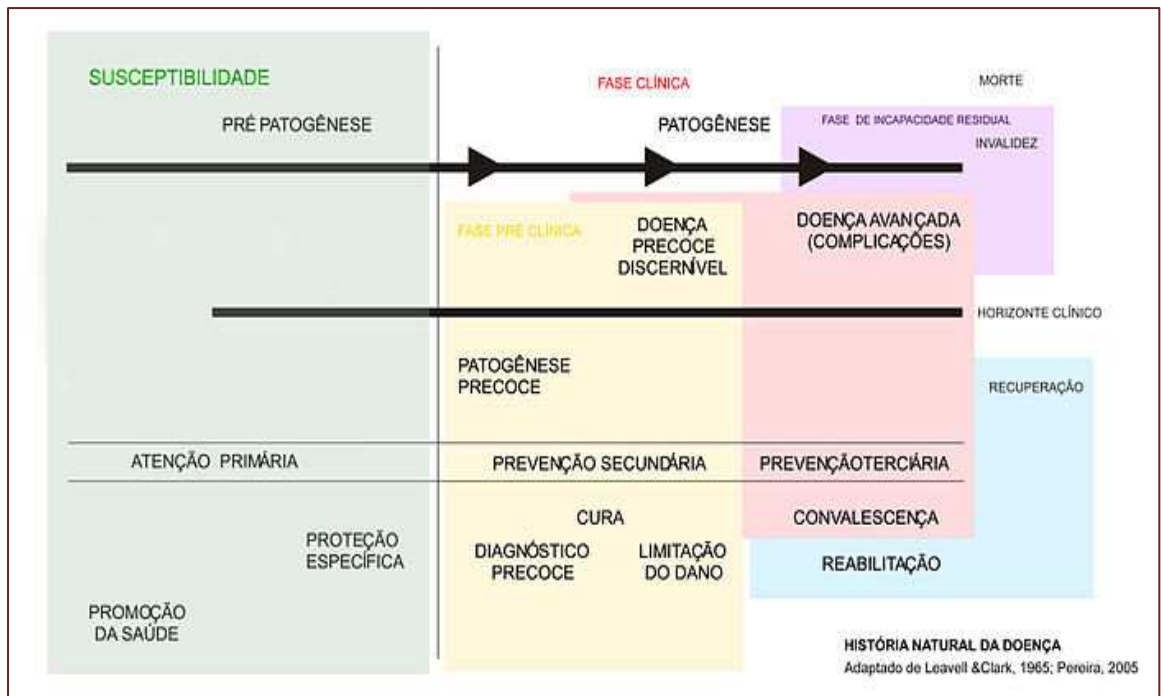


Figura 1 – Representação gráfica do Modelo da História Natural da Doença
Fonte: Leavel e Clark (1965).

O conceito de promoção da saúde foi retomado em 1974, a partir do “Relatório Lalonde”, no Canadá, quando Marc Lalonde conceituou a saúde como resultante de quatro elementos gerais: biológicos, meio ambiente, estilo de vida e organização dos cuidados de saúde (LALONDE, 1974 p. 31).

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde (Alma Ata), ocorrida no Cazaquistão (ex-URSS) em 1978, preconizou-se um conceito de saúde mais ampliado, como completo bem-estar físico, mental e social, enfatizando a participação de outros setores, além do setor saúde, na garantia desse direito humano. Todos os países participantes e organismos internacionais estabeleceram o compromisso em garantir saúde para todos até o ano 2000 (OPAS, 1978; DE MEIS, 2011).

3.2 Política de Promoção da Saúde no Brasil

A promoção da saúde no contexto hospitalar brasileiro tem suas particularidades. Enquanto em muitos países existem programas específicos que orientam os hospitais a inserirem o conceito de promoção da saúde nas suas ações assistenciais, no Brasil, a presença

dos princípios da promoção da saúde, nas atividades de cuidados de saúde hospitalar, ainda é pontual, pouco conhecida e não planejada como política de saúde.

A partir da elaboração da Carta de Ottawa (OPAS, 1986), escrita e divulgada amplamente após a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em 1986, a visão de saúde passa a agregar mais determinantes (justiça social, renda, alimentação, educação, habitação, etc.), tornando-se mais abrangente e complexa (BUSS, 2000).

No Brasil, os princípios da integralidade, associados aos princípios da humanização e equidade, transformam-se em objetivos de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo reforçados na 11ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2000 (BRASIL, 2001b). De acordo com o relatório final da referida conferência, o que se espera é que a integralidade da atenção contemple o atendimento aos problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade da saúde e não apenas do tratamento de doenças (BRASIL, 2001b).

Em 2006, foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde, destacando o princípio da integralidade como:

[...] a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários [...] deslocando a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde (BRASIL, 2006, p.10).

É fato que as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde são um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política de rede de atenção, na qual estejam presentes ações de saúde integradas em todos os níveis de assistência (primária, secundária e terciária), de forma a assegurar compromissos em busca da qualidade de vida da população (BRASIL, 2010). Entretanto, o que ainda se observa é a predominância no ambiente hospitalar, de forte ênfase de assistência curativa, onde os profissionais desempenham suas tarefas rotineiras, voltando a atenção para a doença instalada no usuário, que, na maioria das vezes, é visto como um ente passivo, vulnerável e que necessita se adequar às normas instituídas, para recuperar sua situação de saúde.

Outra ocorrência importante, em 2006, foi a criação das diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão (BRASIL, 2006a). Trata-se de um compromisso estabelecido entre gestores sobre prioridades que representam impacto sobre a saúde da população. Seis prioridades foram estabelecidas, entre elas a promoção da saúde.

Apesar da predominância do modelo biomédico nas ações de assistência à saúde, desenvolvidas no ambiente hospitalar, alguns profissionais já apresentam uma preocupação com outros determinantes das condições de saúde, que extrapolam a linha de pensamento puramente biologicista (FURTADO; LIMA, 2003). Dentre esses profissionais, o enfermeiro merece destaque especial, pois frequentemente, em suas ações, busca transpor o paradigma conservador de assistência, através de estratégias de ação que aproxima o profissional do usuário, compreendendo-o como um ser dinâmico, que faz parte de um contexto. Este, por sua vez, estreitamente ligado à sua condição de saúde, ao seu bem-estar e à qualidade de vida, não podendo ser separado ou deixado de lado ao propor a assistência hospitalar.

Dentre as ações adotadas no ambiente hospitalar pelo enfermeiro destaca-se a Educação em Saúde como uma das estratégias para alcançar os objetivos da promoção da saúde. Fala-se em educação para o “cuidar” da saúde (Diogo, Ceolim e Cintra, 2000), onde o enfermeiro utiliza seu conhecimento prévio sobre a condição de saúde, entretanto, permite ao usuário participar ativamente na escolha dos temas a serem abordados. Em nível ambulatorial, por meio da mobilização comunitária, o enfermeiro inclui em seu planejamento das ações de saúde a serem implementadas, a busca de soluções para os problemas que envolvem a manutenção e promoção da saúde, em prol da conquista de interesses coletivos (Queiroz e Jorge, 2006). Esse modelo de educação em saúde, portanto, transpõe o cuidado para além do corpo físico, de tratamentos clínicos e curativos, voltando-se para a integralidade, para a clínica ampliada e para a melhoria da qualidade de vida (MINAYO, 2004).

Outras experiências de promoção de saúde são desenvolvidas no período de internação, envolvendo profissionais de diversas categorias, através de atividades lúdicas (Mitre e Gomes, 2004), que desviam o usuário (no caso específico, a criança) do enfoque puramente biologicista, voltado para a doença. O lúdico é utilizado, não somente para aproximação entre o profissional de saúde e a criança, para maior compreensão e adesão desta ao tratamento, mas, também, como uma forma de promover o desvelar dos sentimentos que permeiam o processo de internação. A promoção do brincar no ambiente da internação traduz-se em um novo modelo de intervenção, mais humanístico, interativo e dinâmico.

Estudiosos são categóricos ao apresentarem os resultados satisfatórios de reorientação dos serviços de saúde (Martins et al., 2005), a partir da formação de um grupo específico. Nessa experiência, as pessoas são aproximadas pelos interesses e dificuldades em comum, oriundas de uma condição prévia de internação, e contam com a participação de profissionais de saúde, como motivadores, mediadores e facilitadores do processo de

construção da autonomia que resultou na conquista e reconhecimento do grupo, de sua relevância o que resultou em mudanças significativas em nível de políticas públicas.

Através dessas experiências, observou-se que é viável a busca da promoção da saúde no ambiente hospitalar, reunindo estratégias que somam ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos, dos profissionais de saúde e de parcerias intersetoriais (CECILIO; MERHY, 2007).

3.3 A promoção da saúde no contexto hospitalar: visão histórica

Antes do século XVIII, o hospital era um abrigo de assistência aos pobres e doentes. Sua função era retirar do convívio dos nobres, aqueles doentes e pobres, para que fossem cuidados por pessoas religiosas, caridosas ou alguns leigos voluntários, que estavam lá para fazer caridade. Segundo Foucault (2007), não havia nenhuma finalidade curativa naquela atenção dispensada aos doentes, mas somente aliviar-lhes o sofrimento, assegurar-lhes a salvação da alma. Do mesmo modo, àquelas pessoas caridosas era também assegurada a salvação de suas almas.

Muitas das pessoas que procuravam os hospitais eram mendigos, ladrões, loucos, prostitutas e o hospital funcionava como um “filtro” para a sociedade que, naquela época, tinha a “função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população” (FOUCAULT, 2007, p. 102).

Segundo Pitta (1999), embora os hospitais não tivessem a função primordial de cura, não se podia negar que alguns deles a conseguisse, entretanto os estudos demonstravam que produziam no seu interior, surtos epidêmicos devido a não manutenção de princípios básicos de higiene, desconhecidos na época.

A formação do médico naquela época (séculos XVII e XVIII) era totalmente voltada para a transmissão de conhecimentos teóricos, individualistas. Não havia contato com a prática hospitalar, as receitas eram passadas como uma herança, dos mais velhos para os mais novos que as testavam nos doentes. Não havia nenhum princípio científico nessas formulações, a cura se fazia por “um jogo entre a natureza, a doença e o médico”. (FOUCAULT, 2007, p. 103).

Conforme Foucault (2007), somente em meados do século XVIII, houve a preocupação em organizar os hospitais, pelo interesse econômico que o mesmo representava, em virtude da desordem que se fazia, na tentativa de burlar a inspeção marítima, quando

traficantes inventavam que estavam doentes e transportavam para os hospitais objetos preciosos e especiarias e de lá saíam, sem que fossem inspecionados. Outro fator considerado na reorganização dos hospitais (marítimos e militares) foi o aparecimento de doenças epidêmicas, ainda em quarentena, trazidas para as cidades pelas pessoas que desembarcavam, sendo necessário que se tomassem medidas urgentes para que as mesmas não se propagassem na sociedade. Do mesmo modo, havia a preocupação com a saúde dos militares, em virtude de representarem um custo muito alto, uma vez que haviam sido muito bem treinados e não poderiam morrer de doenças epidêmicas. Deveriam estar em plena forma para as guerras, só devendo morrer em batalha.

Ocorre, então, a reorganização política e administrativa dos hospitais, extremamente marcada pela disciplina. Nesse momento, o hospital se medicaliza, com o intuito de transformar as condições do meio em que o doente se encontra, voltando-se agora não mais para o doente individualizado, mas para o coletivo, de modo a dizimar as epidemias; e o poder dentro da instituição hospitalar é transferido das instituições religiosas para o médico. A partir de então, socialmente, o médico é o responsável pelo disciplinamento e organização do espaço hospitalar (FOUCAULT, 2007).

Somente no final do século XVIII, o hospital passou a ser considerado como instrumento terapêutico, com finalidades médicas, quando Howard e Tenon elaboraram estudos da estrutura física e funcional do mesmo e, através dos seus diagnósticos, desperta o interesse para sua recuperação (FOUCAULT, 2007).

Para compreender as mudanças de paradigmas que vêm orientando as práticas de saúde, é importante refletir sobre o processo de evolução histórica da promoção da saúde na área hospitalar. Estabelecendo uma linha das principais recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca da promoção da saúde, temos: a Estratégia Europeia de Saúde para Todos (1984); a Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde (1986); a Declaração de Budapeste sobre Hospitais Promotores da Saúde (1991); a Carta de Ljubljana sobre a Reforma da Atenção à Saúde (1996); as Recomendações de Viena sobre Hospitais Promotores da Saúde (WHO, 1997a); a Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde (WHO, 1997b) e a Revisão da Estratégia Saúde para todos para o Século XXI (WHO, 1998).

A Estratégia Europeia de Saúde para Todos foi lançada em 1984 e estava relacionada especificamente às necessidades da região europeia. Foi resultado da crescente expectativa mundial por uma saúde pública eficiente. Ela forneceu uma visão ampla e precisa do desenvolvimento sanitário na região e defendia uma estratégia de assistência a partir dos

cuidados de saúde primários, diminuindo a procura ao hospital, de forma a satisfazer melhor e mais economicamente as necessidades (HEIDMANN *et al.*, 2006).

As principais contribuições para o processo de integração do conceito de promoção da saúde no contexto hospitalar encontram-se na Carta de Ottawa, na Declaração de Budapeste, na Carta de Ljubljana e nas Recomendações de Viena, formando os alicerces dos chamados Hospitais Promotores da Saúde - *Health Promoting Hospitals* (HARRISON, 1997).

A Promoção da Saúde foi definida na Carta de Ottawa como o processo que capacita a população a exercer e aumentar o controle sobre a sua saúde, sendo dessa forma, relativa ao bem estar individual e coletivo (BRASIL, 2001b, p.19). A Carta de Ottawa também defendeu a reorientação dos serviços de saúde como uma das principais áreas de ação para um desenvolvimento de promoção da saúde global.

A Carta de Ottawa é, particularmente, importante na evolução das estratégias de promoção da saúde, entre elas a dos Hospitais Promotores de Saúde, pois ela deu forma e propósito a esse movimento, através dos princípios da concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

O projeto HPH (*Health Promoting Hospitals*) foi uma ferramenta de mudança da cultura das instituições hospitalares, fundamentada meramente na cura, para uma concepção de promoção da saúde dos usuários, familiares e funcionários dos hospitais, apoiando, também, a criação de um ambiente saudável (PELIKAN; KRAJIC; DIETSCHER, 2001).

O surgimento dos Hospitais Promotores da Saúde acompanha a necessidade que havia de desenvolver um novo modelo de assistência hospitalar. Na década de 80, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou, no hospital vienense *Rudolfstiftung* em Copenhagen, um seminário que resultou na implementação do primeiro modelo de assistência que relacionava de forma direta, promoção da saúde e hospital. As experiências do modelo foram avaliadas e resumidas em documentos, para fundamentar a execução de projetos de promoção da saúde nos hospitais (NOWAK *et al.*, 1998).

Com base no modelo de projeto, a Rede Internacional de Hospitais Promotores da Saúde (na sua maioria, europeus) foi fundada em 1990 e foi, desde então, conjuntamente coordenada pela OMS - Escritório Regional na Europa e pelo Instituto Ludwig Boltzmann para a Sociologia da Saúde e Medicina, como Centro Colaborador da OMS. Paralelamente à evolução dessa estratégia na Europa, foram, também, desenvolvidos projetos no Canadá (1987) e Austrália (1991).

Uma primeira versão, contendo objetivos, critérios e recomendações para participação de hospitais na rede internacional, foi publicada em 1991 na Declaração de Budapeste sobre Promoção da Saúde em Hospitais, por um grupo composto por diversos profissionais (todos os grupos profissionais do hospital, especialistas do sistema de promoção da saúde, consultores de desenvolvimento organizacional e representantes da política de saúde de diferentes regiões da Europa). A Declaração de Budapeste possibilitou que o movimento HPH fosse estruturado, tendo como princípio o fato de que os usuários deveriam ser encorajados a ter um papel ativo e participativo no seu planejamento de saúde, de acordo com suas potencialidades (NAIDOO; WILLS, 2000; PELIKAN; KRAJIC; DIETSCHER, 2001). O projeto-piloto Hospitais Europeus Promotores da Saúde (*European Health Promoting Hospitals* - EPHP) foi lançado em abril de 1993, como o primeiro projeto internacional na área, onde participaram 20 hospitais de 11 países europeus, sendo o mesmo concluído com sucesso em 1997 (GROENE, 2004).

Com o desenvolvimento da promoção da saúde hospitalar (projeto HPH), das mudanças na política de saúde e as reformas dos cuidados de saúde na Europa, houve a necessidade de rever e avaliar o quadro em que o projeto se baseava. A mudança do projeto piloto HPH para uma ampla rede de apoio teve sua nova fase fundamentada, principalmente, através das redes nacionais e regionais de Hospitais Promotores da Saúde e da Carta de Ljubljana sobre a Reforma da Saúde (PELIKAN; KRAJIC; DIETSCHER, 2001).

A Carta de Ljubljana foi emitida em junho de 1996, abordava as reformas dos serviços de saúde no contexto específico da Europa e estava centrada no princípio de que a promoção da saúde é o principal objetivo dos serviços, que devem contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas (WHO, 1997c).

Para conciliar o surgimento crescente de novas possibilidades de tratamento e cuidados, com o orçamento público, os prestadores de cuidados de saúde e os hospitais, em particular, tiveram que aumentar sua eficiência na utilização de seus recursos. Como consequência, houve mudanças substanciais na visão do modelo assistencial dos hospitais. Um serviço de saúde para ser entendido como de qualidade, deveria atender de forma satisfatória às necessidades globais dos clientes, mas com o uso racional de seus recursos e não mais os direcionando de forma não planejada, para o simples tratamento curativo. Esse processo de reforma foi orientado pelas Recomendações de Viena em 1997 (NOWAK; MÄRZ, 1997).

No mesmo ano, durante a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, foi elaborada a Declaração de Jacarta, que ofereceu uma reflexão sobre os determinantes da

saúde, na identificação das direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios em saúde do século XXI (MENDES, 2004).

A Estratégia Europeia de Saúde para Todos sofreu uma reestruturação em 1998, sendo aprovada uma nova versão intitulada Saúde 21 (Health 21). Nessa reunião, além de serem definidas 21 metas a serem alcançadas no século 21, refletiu-se sobre as mudanças que tinham ocorrido na região, desde a implementação da política anterior, de 1984. Equidade e determinantes da saúde ganharam destaque na estratégia revisada, que continuava priorizando as ações de prevenção a despeito da assistência hospitalar, mas reconhecia uma importância cada vez maior, quando, na prática de suas ações, trazia a concepção de promoção da saúde (WHO, 1998).

A Rede Internacional de Hospitais Promotores da Saúde tem continuamente se expandido e abrange atualmente, 25 Estados-membros, 36 redes nacionais ou regionais e mais de 700 hospitais parceiros (GROENE; GARCIA-BARBERO, 2005).

A Figura 2 representa a síntese histórica do movimento internacional de Política de Promoção da Saúde no contexto hospitalar, conforme descrito nos parágrafos anteriores.

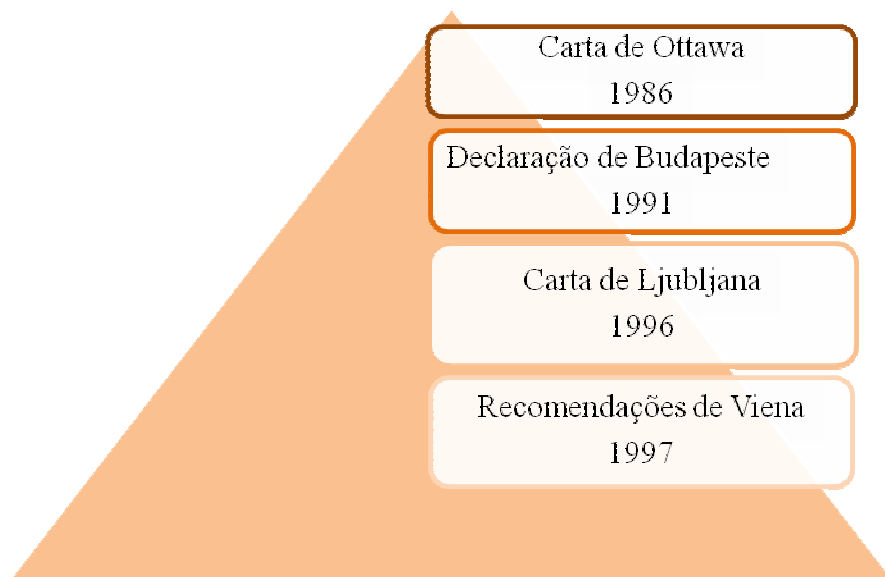


Figura 2 – Síntese da evolução histórica da promoção da saúde no ambiente hospitalar.

3.4 A promoção da saúde no contexto da enfermagem no espaço hospitalar

Para falar sobre o início da enfermagem hospitalar, é necessário reportar-se à história do nascimento do hospital, visto que a enfermagem é uma das profissões que se origina a partir daí e, para conhecê-la, é preciso compreender o aparecimento do hospital, sua finalidade e sua evolução.

Almeida e Rocha (1997) complementam que a transformação do hospital, enquanto local de cura, deu-se em virtude do capitalismo (revolução industrial), que trazia a necessidade da manutenção de mão de obra produtiva e, para isso, era necessário ao homem estar saudável. O médico, sozinho, é quem respondia pelas atribuições de fazer o diagnóstico e a terapêutica. Nesse processo de nascimento do hospital, como local de cura, a enfermagem se institucionaliza, para, juntamente com o médico, possibilitar a recuperação do corpo individual, no entanto, ainda, subordinada ao médico (CASTELLANOS *et al.*, 1989).

Ainda, segundo o mesmo autor, nesse contexto, ocorre a divisão do trabalho em manual e intelectual, cabendo ao médico o trabalho mais intelectual (diagnóstico e terapêutico), o que garante a sua maior valorização no processo de trabalho. Com a ampliação da infraestrutura institucional e a maior complexidade dos serviços, assim como o aumento da demanda, ocorre a integração de outros trabalhadores ao serviço hospitalar, o que lhe confere um caráter coletivo.

Entretanto, foi Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, na Inglaterra, que oficializou os conceitos de enfermagem moderna e os conhecimentos de administração em enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Sua participação na Guerra da Criméia foi um marco na transformação da realidade dos hospitais daquela época. Através do trabalho desenvolvido com a ajuda de 38 enfermeiras por ela recrutadas e treinadas, conseguiu reduzir a mortalidade existente na época entre os soldados.

Foram muitas as providências de caráter organizacional, instituído por Florence, envolvendo limpeza, disciplina, ordem e lazer. Era uma pessoa culta, bem posicionada socialmente, o que se tornava um paradoxo com as cuidadoras encontradas nos hospitais da época. Seu trabalho não se interrompeu com o fim da Guerra da Criméia, ao chegar à Inglaterra, continuou com a “organização de hospitais e formação de pessoal de enfermagem” (GOMES *et al.*, 1997, p. 234).

A prática da enfermagem, até o momento da medicalização do hospital (meados do século XVIII), era independente da prática médica, sendo suas ações voltadas para a oferta de conforto à alma do doente. Enfermagem e medicina permaneceram independentes até o

processo de transformação do hospital como local de cura, estando até hoje na busca por retomar sua independência e reconhecimento social.

A enfermagem hospitalar da época, então desorganizada, sem conhecimento específico e conduta reprovável, passa a se reorganizar em três direções a partir dos ensinamentos de Florence: a organização do cuidado – através da sistematização das técnicas de enfermagem; a organização do ambiente terapêutico – purificação do ar, limpeza; a organização dos agentes de enfermagem – treinamento de técnicas e mecanismos disciplinares (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Nos hospitais, o que predomina, até os dias atuais, é a enfermagem que assegura o cuidado ao usuário.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo metodológico com abordagem quantitativa, realizado com o objetivo de validar uma Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar (EAPS), a partir das concepções e práticas dos enfermeiros.

A pesquisa metodológica refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados com a finalidade de elaborar, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Tal método está centrado no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados como instrumentos e questionários (REBOUÇAS, 2008).

Segundo Burns e Grove (2003), a pesquisa quantitativa segue um processo formal, sistemático e rigoroso que gera informações sobre o mundo e que deve ser utilizada para descrever novas situações, eventos ou conceitos. Utiliza-se da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento dos dados, por meio de técnicas estatísticas (RICHARDSON et al., 1999, p.70).

4.2 Local

Foi utilizado como campo de estudo o Serviço de Enfermagem de dois hospitais de Fortaleza-CE, reconhecidos como de ensino e considerados como gerais públicos (que atendem diversas especialidades). Esses hospitais, um sob a gestão do Governo Federal e o outro gerido pelo Governo do Estado, prestam atenção especializada, de nível terciário e quaternário e são considerados como referência na formação de profissionais de saúde, por possibilitar campo de práticas acadêmicas multidisciplinares. Para fins de compreensão, denominou-se, respectivamente, Hospital A (HA) o que está sob gestão federal e Hospital B (HB) aquele que está sob gestão estadual.

Para Toledo (2002), hospital geral é aquele que tem por objetivo atender diversas especialidades, constituído pelo Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidades de Terapia Intensiva, Emergência/Pronto Atendimento, Internação Infantil, Obstétrica, Cirúrgica e de Clínica Médica e conta com um forte apoio ao diagnóstico. O Hospital A (HA) possui 234 leitos de internação (UFC, 2009) e não conta com Unidade de Emergência/Pronto

Atendimento, Centro Obstétrico e internação em Obstetrícia. O Hospital B (HB), com 349 leitos de internação (CEARÁ, 2007), conta com todos esses serviços.

4.3 População

A população do estudo constou dos enfermeiros de dois hospitais de ensino. Os dois hospitais (HA e HB) têm 158 e 417 enfermeiros, respectivamente, totalizando 575 profissionais. Dos 158 enfermeiros que trabalham no HA, 142 (89,9%) são permanentes, sendo 111 vinculados ao Governo Federal (vínculo A) e 28 enfermeiros, a uma Fundação (vínculo B). Os demais (16 enfermeiros, correspondendo a 10,1%) são temporários, sem vínculos empregatícios, e contratados por meio de Cooperativas.

Quanto aos enfermeiros do HB, 145 (34,8%) são permanentes, sendo 24 vinculados ao Ministério da Saúde (vínculo C) e 121 ao Governo do Estado do Ceará (vínculo D). Duzentos e setenta e dois enfermeiros (65,2%) não possuem vínculo empregatício, são contratados através de Cooperativas. O Quadro 1 retrata essa distribuição, conforme representado abaixo:

Quadro 1 – Representação do número total de enfermeiros trabalhadores dos hospitais HA e HB por tipo de vínculo. Fortaleza-CE, dez/2010.

Hospital	Nº de enfermeiros/Tipo de vínculo			Total
Hospital A (HA)	114 estatutários (vínculo A)	28 celetistas (vínculo B)	16 temporários (Cooperados)	158
Hospital B (HB)	24 estatutários (vínculo C)	121 estatutários (vínculo D)	272 temporários (Cooperados)	417
Total				575

Fonte: Gerência do Serviço de Enfermagem (HA e HB), jul/2010.

4.4 Amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra fixou-se P em 40%, nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e erro amostral absoluto de 7%. Esses valores aplicados na fórmula abaixo, indicada para populações finitas ($N = 575$), proporcionaram uma amostra de tamanho “n” igual a 129 enfermeiros.

$$n = \frac{z_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N-1) + z_{5\%}^2 \times P \times Q}$$

Onde:

n = o tamanho da amostra

$z_{5\%}=1,96$

P = valor estimado da proporção de sucesso ($P=0,4$)

Q= 1-P (valor estimado complementar de P)

N = tamanho da população ($N = 575$)

e = erro amostral =7%

A amostra foi estratificada segundo o tipo de hospital, sendo constituída de 55 e 74 enfermeiros nos dois hospitais (HA e HB), correspondendo aos questionários respondidos.

Os 55 enfermeiros do HA inseridos na amostra pertencem às unidades de clínica médica, clínica cirúrgica, ambulatorios (quimioterapia, saúde mental, endocrinologia, pneumologia, traumatologia-ortopedia, oftalmologia, hematologia, dermatologia, neurologia, cardiologia, infectologia, transplante hepático) e centro de atenção ao idoso. Já os 74 enfermeiros do HB pertencem às unidades de clínica médica, clínica cirúrgica, unidades de internação especializadas (gastroenterologia, nefrologia, transplante renal, transplante hepático) e ambulatorios (esclerose, hipertensão, HIV, transplante renal, ambulatório geral).

Este estudo utilizou como critério de exclusão da amostra os enfermeiros que trabalhavam nas seguintes unidades: **obstétricas** – pois um dos hospitais selecionados na amostra não possuía este tipo de serviço; **pediátricas e de neonatologia** – devido ao enfoque do estudo ser a atenção à saúde do adulto; **centro cirúrgico, emergência, pastoral da saúde, unidade de terapia intensiva, ambulatório de pulsoterapia, sala de recuperação pós-operatória, ambulatório de cirurgia, comissão de curativos, comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante, unidade transfusional, aleitamento materno, planejamento familiar, centro de imagem, centro de infusão, endoscopia, pequena cirurgia** – unidades onde o usuário permanece por pouco período ou inconsciente –, **central de material e esterilização, educação continuada em enfermagem/educação permanente, centro de estudos, diretoria/coordenação de enfermagem, gerência de enfermagem, comissão de controle de infecção hospitalar, núcleo hospitalar de epidemiologia, banco de olhos e central de material e esterilização** – unidades onde o enfermeiro desenvolve atividades, que não são de cuidado, onde não há contato direto com o usuário.

4.5 Processo de coleta de dados

O estudo foi planejado para ser realizado em todas as unidades hospitalares onde havia enfermeiros atuando, fossem eles de unidades de internação ou ambulatoriais, na prestação de cuidados diretos ao usuário, segundo os critérios de inclusão estabelecidos (cuidado direto a adultos, em unidades de clínicas médicas e cirúrgicas; estarem presentes na unidade no momento da coleta de dados; aceitarem participar da pesquisa).

A coleta dos dados foi dividida em cinco fases metodológicas: 1. Construção da “Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar – EAPS”; 2. Validação

por juízes; 3. Treinamento dos pesquisadores de campo; 4. Teste piloto; 5. Aplicação da escala.

As etapas metodológicas utilizadas no estudo estão descritas na Figura 3.

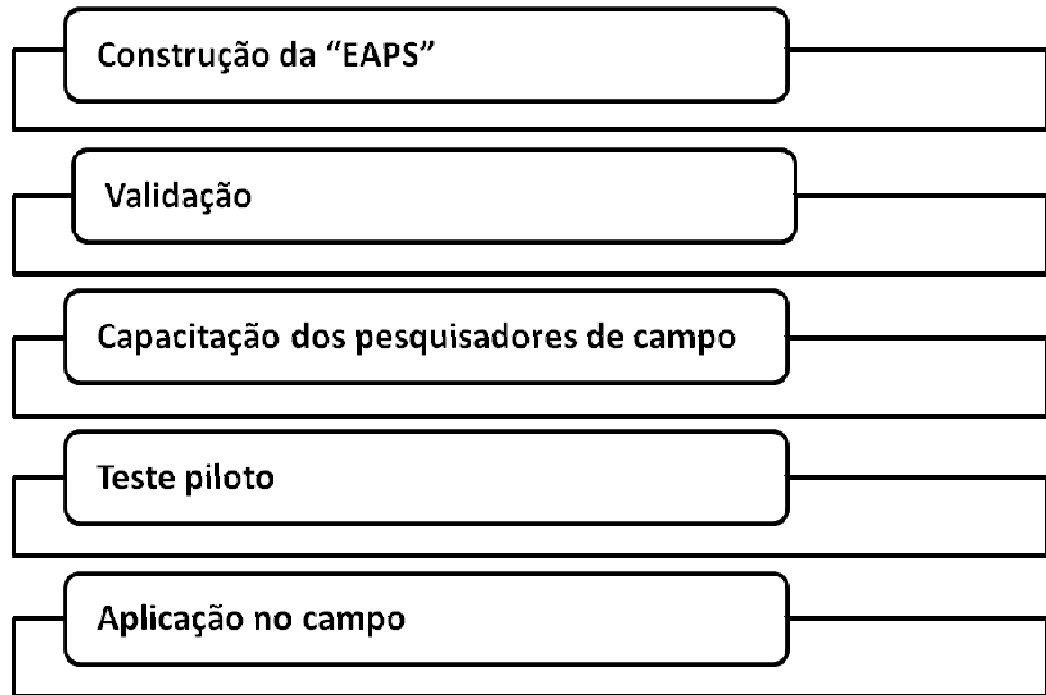


Figura 3 – Etapas metodológicas da pesquisa

4.5.1 Construção da “Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar (EAPS)”

A Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar (EAPS) surgiu a partir da elaboração de um questionário (APÊNDICE A), o qual, segundo Polit, Beck e Hungler (2004) é o instrumento onde os próprios respondentes o completam por escrito, sendo apropriado quando os pesquisadores sabem, com antecipação, exatamente o que necessitam saber e podem, portanto, estruturar questões apropriadas para obter a informação necessária.

O questionário elaborado (APÊNDICE A) constava de 54 itens: 10 itens sobre seu perfil pessoal e profissional (questões nº 1 ao nº 10), 30 itens sobre promoção da saúde no ambiente hospitalar, delineadas a partir do cotidiano de trabalho do enfermeiro (questões de nº 11 a nº 40), 12 itens (questões nº 41 a nº 52) sobre suas ações e ambiente físico da unidade hospitalar em que desenvolve sua prática profissional (divididas em múltiplas respostas que

variavam de A a I, de acordo com o aspecto avaliado) e 02 questões abertas (nº 53 e nº 54), norteadoras para o fechamento da análise dos dados.

A construção do questionário (APÊNDICE A) foi fundamentada na Declaração de Budapeste (ANEXO A), documento que trata do conceito, visão e estratégias para a Promoção da Saúde em Hospitais (WHO, 1991).

Dos dezessete itens da Declaração de Budapeste, elegeram-se oito para fundamentar o questionário, que são:

- Aumentar a conscientização sobre o impacto do ambiente do hospital sobre o estado de saúde de usuários, funcionários e comunidade. O ambiente físico hospitalar deve apoiar, manter e melhorar o processo de cura;
- Encorajar um papel ativo e participativo para os usuários de acordo com o seu potencial de saúde específico;
- Incentivar a participação para processos orientados para ganho de saúde, em toda parte do hospital;
- Melhorar a comunicação e colaboração com os serviços sociais existentes e serviços de saúde da comunidade;
- Identificar e reconhecer grupos-alvo específicos (por exemplo, idade, duração da doença, etc.) dentro do hospital e suas necessidades específicas de saúde;
- Reconhecer as diferenças de valores, necessidades e as condições culturais para indivíduos e diferentes grupos populacionais;
- Criar ambiente de suporte, de modo de vida humano e estimulante dentro do ambiente do hospital, especialmente para usuários crônicos e de longa internação;
- Melhorar a oferta e a qualidade da informação, comunicação e programas de formação educacional e qualificação para usuários e familiares.

A escolha dos princípios deu-se por decisão deliberada do pesquisador, por compreender que os mesmos representam ações da competência da enfermagem, na prática hospitalar. Compreendendo competência como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, que conferem ao profissional, condições para desenvolver seu trabalho (SAUPE *et al.*, 2006. p.656).

A partir do questionário (APÊNDICE A) foram extraídos 28 itens (nº 12 a nº 39) para constituir a Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar (EAPS) (APÊNDICE B).

Escala é um instrumento constituído por uma série de itens relacionados que são pontuados. Essas pontuações são somadas para gerar um escore composto, o qual permite

uma discriminação quantitativa entre os sujeitos em termos do atributo que está sendo medido (NORWOOD, 2000).

O tipo de escala mais conhecido é a escala de tipo Likert, desenvolvida por Rensis Likert em 1932. Em uma escala Likert, a cada item de resposta é atribuído um valor que reflete a atitude do respondente em relação a cada assertiva. Os itens de resposta de uma escala Likert devem conter no mínimo três opções, isto é, o indivíduo deve dizer se concorda, está em dúvida ou discorda com o que a frase diz sobre o construto avaliado. Sua principal característica é possibilitar aos seus respondentes não só que concordem ou discordem das assertivas, mas que indiquem seu grau de concordância/ discordância (PASQUALI, 1999).

Uma característica a ser destacada desse tipo de escala é sua possibilidade de autoaplicação, ou seja, quando o sujeito tem habilidade para ler e responder às indagações ou ser verbalmente administrada por outrem, quando o sujeito não tem habilidade para leitura (PASQUALI, 1999; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para responder aos itens da EAPS (APÊNDICE B) foi utilizada uma escala de Likert com cinco alternativas, que variava de *(1) sempre a (5) nunca*. Aos enfermeiros foi solicitado que respondessem cada item de acordo com o nível de concordância que melhor representasse a sua percepção.

As etapas de construção da EAPS estão sintetizadas na Figura 4, conforme se segue:

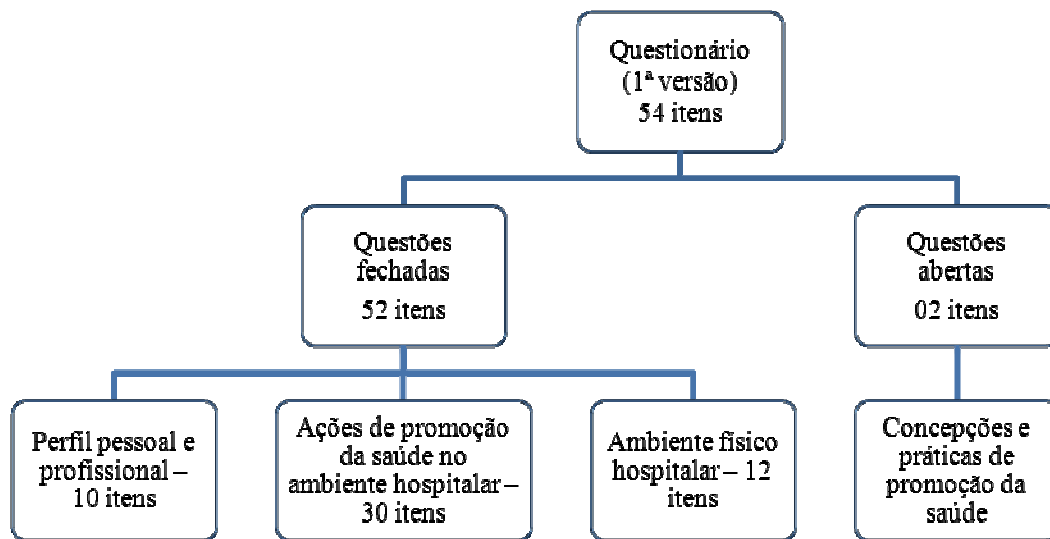


Figura 4 – Síntese dos procedimentos de construção da EAPS

4.5.2 Validação por juízes

Na construção de uma escala, é necessário que se faça a verificação das propriedades psicométricas, para se certificar de que esta seja válida e confiável. A validade refere-se à habilidade de um instrumento em medir o que se propõe. Há várias maneiras de se verificar a validade de um instrumento, variando de acordo com o tipo de informação fornecida e com o propósito do investigador. Neste estudo, foi utilizada a validade semântica e de conteúdo. A confiabilidade foi verificada pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

O processo de validação semântica e de conteúdo foi realizado por um grupo de cinco juízes. O número ímpar de profissionais justifica-se, pois alguns estudos revelam a importância dessa condição para não haver questionamentos imprecisos na circunstância de empate (SAWADA, 1990; LOPES, 2004).

A validação da Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar (EAPS), por juízes, ocorreu durante o mês de maio/2010, tendo a pesquisadora recebido o instrumento validado após um período de 20 a 30 dias.

Para a seleção dos juízes, adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro; ter experiência profissional como enfermeiro assistencial ou docente (que tenha

experiência na área hospitalar); se docente, que ministre disciplinas relacionadas à área assistencial ou que tenha experiência em construção e/ou validação de escalas; ter mestrado ou doutorado em enfermagem, saúde coletiva ou áreas afins; ter conhecimento na área de promoção da saúde e concordar em avaliar a versão piloto do instrumento de coleta de dados.

Dos enfermeiros escolhidos para compor o comitê de juízes, três são professores universitários com doutorado em suas áreas de atuação, sendo um desses com experiência na área hospitalar e os outros dois docentes com experiência em validação de escalas. Dois enfermeiros assistenciais, sendo um com doutorado e experiência na área docente e o outro com mestrado em enfermagem e experiência na área assistencial.

A validade semântica tem como objetivo estabelecer se os itens são compreensíveis para a população a que se destina. As variáveis observadas, nessa fase de análise, foram pertinência, clareza e coerência (PASQUALI, 2003).

A validade de conteúdo se refere à cobertura da área do conteúdo que está sendo medido com base em julgamento subjetivo e permite ao pesquisador avaliar se a escala e as questões que a constitui são representativas do domínio do conteúdo que o pesquisador pretende medir (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Por ser um processo muito subjetivo, a validade de conteúdo tem sido alvo de diversas críticas no meio científico e algumas estratégias têm sido desenvolvidas para torná-la mais objetiva. Uma delas é a construção do IVC preconizado por Waltz (1981) e utilizado por outros pesquisadores (LYNN, 1986; SOEKEN, 2004). Mais recentemente, Polit e Beck (2006) propuseram três formas de calcular o IVC de modo a reduzir as críticas dos avaliadores, bem como deixar o processo de validação mais claro e objetivo. Logo, adotou-se este referencial para calcular o IVC da escala ora construída.

A validade de conteúdo representa o universo ou o domínio de um dado construto. Esse tipo de validade preocupa-se em verificar se a ferramenta de medição e as questões que ela contém são representativas do domínio do conteúdo que o pesquisador pretende medir (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p.188). Os especialistas ajuizaram se os itens referiam-se ou não ao conteúdo em questão e se representavam fielmente o construto que o instrumento se propunha a mensurar. Isso porque a dificuldade na compreensão dos itens não deve se constituir em fator complicador na resposta dos indivíduos (PASQUALI, 2003, p.107).

Nessa fase, objetivou-se avaliar a homogeneidade ou coerência interna com que os itens da escala refletiam ou mediam o mesmo conceito, ou seja, se os itens da escala se correlacionavam ou eram complementares.

A homogeneidade pode ser avaliada utilizando-se diversos métodos: questão de correlações totais, confiabilidade de metade dividida, coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20) ou alfa de Cronbach. Neste estudo, optou-se pelo uso do alfa de Cronbach por ser o indicador mais frequentemente utilizado na análise da consistência interna e ser capaz de refletir o grau de covariância dos itens do instrumento entre si. Esse índice estima quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. De um modo geral, um instrumento ou teste é classificado como tendo confiabilidade apropriada quando o alfa é pelo menos 0.70 (EISER; MORSE, 2001; PESTANA; GAGUEIRO, 2005).

Os juízes foram convidados a participar da validação da Escala pela própria pesquisadora. Cada juiz recebeu um kit contendo os seguintes documentos: 1. Orientações para validação do questionário (APÊNDICE C), 2. Instrumento de validação semântica (APÊNDICE D), 3. Instrumento de validação de conteúdo (APÊNDICE E), 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F) e 5. Versão em português da 1ª parte da Declaração de Budapeste para Promoção da saúde em Hospitais (ANEXO A). A cada um dos juízes foram esclarecidos os procedimentos de análise e os objetivos da pesquisa.

Na avaliação semântica, os juízes foram orientados a assinalar para cada item do questionário, em uma escala de equivalência que variava de 0 a 2, aquele correspondente ao seu julgamento quanto à pertinência (não pertinente = 0; indeciso/não sei = 1; pertinente = 2), clareza (não claro = 0; indeciso/não sei = 1; claro = 2) e coerência (incoerente = 0; indeciso/não sei = 1; coerente = 2).

Para concluir o processo de validação, houve um encontro entre a pesquisadora e cada juiz, onde foram feitas as sínteses e discussões sobre a apreciação do instrumento. Após o julgamento, foram incorporadas as modificações e se estabeleceram como critério de aceitação a concordância entre os especialistas igual ou superior a 80%, em cada item (PASQUALI, 2003). Aqueles itens que não atingiram a concordância prevista foram descartados do instrumento (SAWADA, 1990). Os itens da Declaração de Budapeste escolhidos pela pesquisadora para fundamentar a criação do questionário, também, foram validados pelos juízes (validade de conteúdo), através do cálculo do IVC.

Para a validade do conteúdo, os juízes receberam uma cópia da Declaração de Budapeste - parte 1 (ANEXO A) e uma tabela com duas colunas (APÊNDICE E). Na primeira constavam os itens elaborados. Na segunda (em branco), foi solicitado aos juízes que identificassem dentre os itens apresentados aqueles que consideravam correlacionados à promoção da saúde no hospital, sem limite no número de itens a serem relacionados.

Após a apreciação, pelos juízes, dos itens do questionário, quanto à correlação com a Declaração de Budapeste, organizaram-se os dados em uma tabela do programa Excel, onde se determinou uma coluna com o número correspondente a cada item do questionário e outra com o número correlativo a cada juiz. Estabeleceram-se dois escores: 01- relevante: quando o juiz correlacionar o item do questionário a pelo menos um princípio da Declaração de Budapeste e 00 - quando o item do questionário não for relacionado a nenhum princípio da Declaração de Budapeste. Utilizou-se o cálculo de IVC preconizado por Polit e Beck (2006), através das equações matemáticas: o SCVI-Ave (média dos índices de validação de conteúdo para todos os itens da escala), SVCI/UA (proporção de itens de uma escala que atinge escore 1 – relevante, por todos os especialistas) e o I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais).

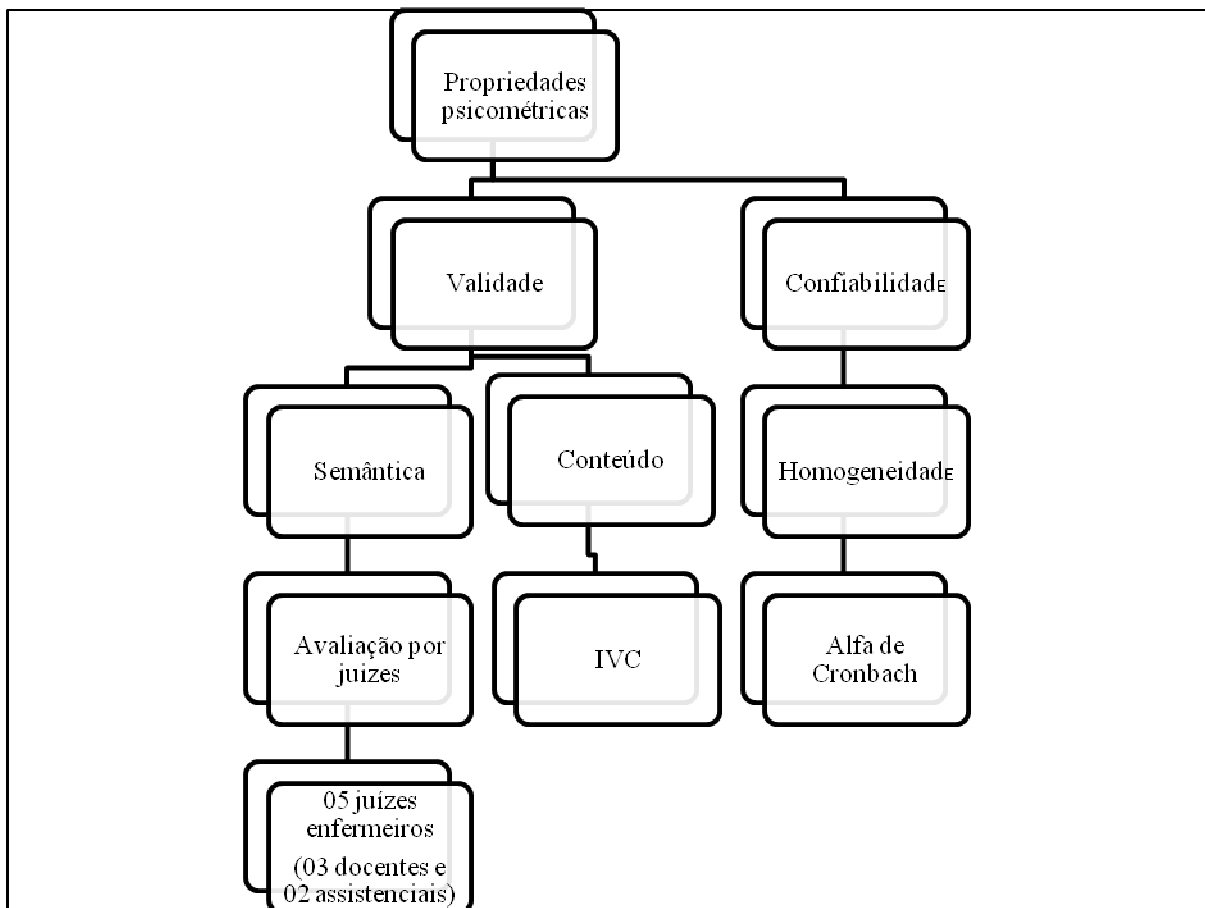


Figura 5 – Síntese das etapas de verificação das propriedades psicométricas da EAPS

4.5.3 Capacitação dos pesquisadores de campo

Para a aplicação dos questionários, inicialmente, três graduandos foram capacitados quanto às formas de abordagem para aplicação desse tipo de instrumento de coleta de dados. Os estudantes foram selecionados por pertencerem ao mesmo grupo de pesquisa da pesquisadora (orientandos de iniciação científica do Departamento de Enfermagem).

4.5.4 Teste piloto

Este tem por finalidade verificar o nível de compreensão do questionário (instruções, itens e formato das escalas) e o tempo requerido para sua aplicação. Após o teste piloto, foram feitos os ajustes finais da escala (HILL; HILL, 2005).

O teste piloto foi realizado entre os dias 18 e 27 de julho de 2010, nos dois hospitais de Fortaleza (Hospital A e Hospital B), credenciados como hospitais de ensino pelo Ministério da Educação, que seriam utilizados como campo do estudo. Foram selecionados 18 enfermeiros, assim distribuídos: cinco profissionais pertencentes ao setor de clínica cirúrgica, onze, à clínica médica e dois, ao ambulatório de dermatologia. O entrevistador apresentou-se aos enfermeiros portando o documento de aprovação do comitê de ética (ANEXOS B e C), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G) e o questionário (APÊNDICE B). Os enfermeiros foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e o tempo médio previsto para o preenchimento do instrumento, estimado em 20 minutos.

Os enfermeiros foram abordados pelo entrevistador nos turnos da manhã e da tarde, em horário considerado favorável à aplicação do instrumento, ou seja, na metade do turno de trabalho, quando já teriam tido tempo de receber o plantão e realizar os procedimentos de maior prioridade.

Durante a aplicação do teste piloto, observaram-se reações distintas à abordagem do entrevistador. Alguns entrevistados responderam o instrumento de imediato, outros solicitavam ao entrevistador que aguardasse a realização de alguns procedimentos, sendo o tempo de espera cerca de 40 minutos; outros, ainda, requeriam o instrumento para preenchimento em casa, prometendo a devolução no dia seguinte.

Dos profissionais que levaram o questionário para preenchimento em sua casa, 01 (um) devolveu o instrumento preenchido, outro o preencheu no momento da entrega e 03 (três) não o devolveram. Diante desse fato, optou-se por não autorizar ao enfermeiro levar o

questionário para casa, ou deixá-lo na Unidade, visto que se verificou o não retorno do referido instrumento. O preenchimento do questionário pelos enfermeiros demandou em média 13 minutos. Ao todo, foram respondidos 13 questionários no teste piloto.

4.5.5 Aplicação da “Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar (EAPS)”

O questionário foi aplicado por 05 graduandos em enfermagem, sendo 01 (um) do sexo masculino e 04 (quatro) do sexo feminino, previamente treinados, que fizeram a abordagem dos enfermeiros no seu local de trabalho, tendo os mesmos, flexibilidade para definir data e local para aplicação do instrumento.

Os critérios de seleção dos referidos graduandos foram: cursarem enfermagem na mesma instituição da pesquisadora, pertencer a grupos de pesquisa coordenados por professores da referida instituição de ensino, ter experiência prévia com coleta de dados, terem tempo disponível para realizar a pesquisa de campo.

Os referidos graduandos foram capacitados em dois momentos distintos. O primeiro grupo, composto por 03 graduandos, iniciou a coleta de dados em outubro/2010, após receberem um kit contendo: cópia do parecer do comitê de ética (hospital A e hospital B) (ANEXOS B e C), cópias da Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar (APÊNDICE B), termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias para cada entrevistado, sendo uma via para o entrevistado e outra para a pesquisadora, (APÊNDICE G) e planilha contendo locais de coleta e número de enfermeiros por setor.

A pesquisadora apresentou o projeto e explicou detalhadamente cada item do questionário e os procedimentos a serem adotados durante a coleta dos dados. Durante o processo de coleta de dados, os graduandos mantinham contato regular com a pesquisadora, como forma de expor o andamento da coleta e esclarecer dúvidas que pudessem surgir após o início da coleta.

Os enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa, sendo a eles apresentado O TCLE (APÊNDICE G), onde estavam esclarecidos os objetivos do estudo.

A aplicação da escala pelos estudantes foi realizada nos três turnos de trabalho, de segunda a sexta-feira. Os mesmos, conforme as orientações da pesquisadora apresentavam-se, inicialmente, à chefe da unidade, mostrando o consentimento para a realização da pesquisa (anuência do CEP) e explicando de que se tratava o estudo. Após esse procedimento, o

graduando fazia a abordagem ao enfermeiro, explicando os objetivos da pesquisa, as questões éticas referentes ao anonimato dos entrevistados e o tempo médio de preenchimento da escala.

Os referidos estudantes enfrentaram dificuldades na coleta dos dados, como: recusa dos enfermeiros em participar da pesquisa; dificuldade na abordagem aos mesmos, devido à pouca receptividade; demora em devolver o questionário preenchido.

Não era permitido aos entrevistados levar o instrumento para preenchimento em casa, os estudantes ficavam aguardando que os enfermeiros devolvessem o questionário preenchido prontamente no turno de trabalho. Quando o enfermeiro não preenchia o questionário, o mesmo era devolvido e era marcada nova data para retorno do graduando.

Outra dificuldade apresentada foi quanto aos enfermeiros que trabalhavam em unidades ambulatoriais, pois se recusaram a responder certas questões da escala, quando se mencionava a palavra “enfermaria”.

Os graduandos do primeiro grupo coletaram apenas 50% da amostra até o final de novembro/2010 e tiveram que deixar a pesquisa por falta de disponibilidade de tempo.

Dessa forma, a pesquisadora selecionou mais duas graduandas, atendendo ao mesmo perfil, realizou a capacitação e, em meados de dezembro/2010, iniciaram a coleta dos dados.

Por avaliar a pouca aceitação dos enfermeiros de unidades ambulatoriais ao preenchimento da escala, a pesquisadora decidiu ampliar o número de enfermeiros das clínicas médicas e cirúrgicas e excluir os enfermeiros das unidades ambulatoriais.

A coleta de dados, portanto, foi finalizada ao final do mês de janeiro/2011, sendo conseguida uma amostra de 115 escalas preenchidas. A Figura 6 apresenta a síntese desse percurso.

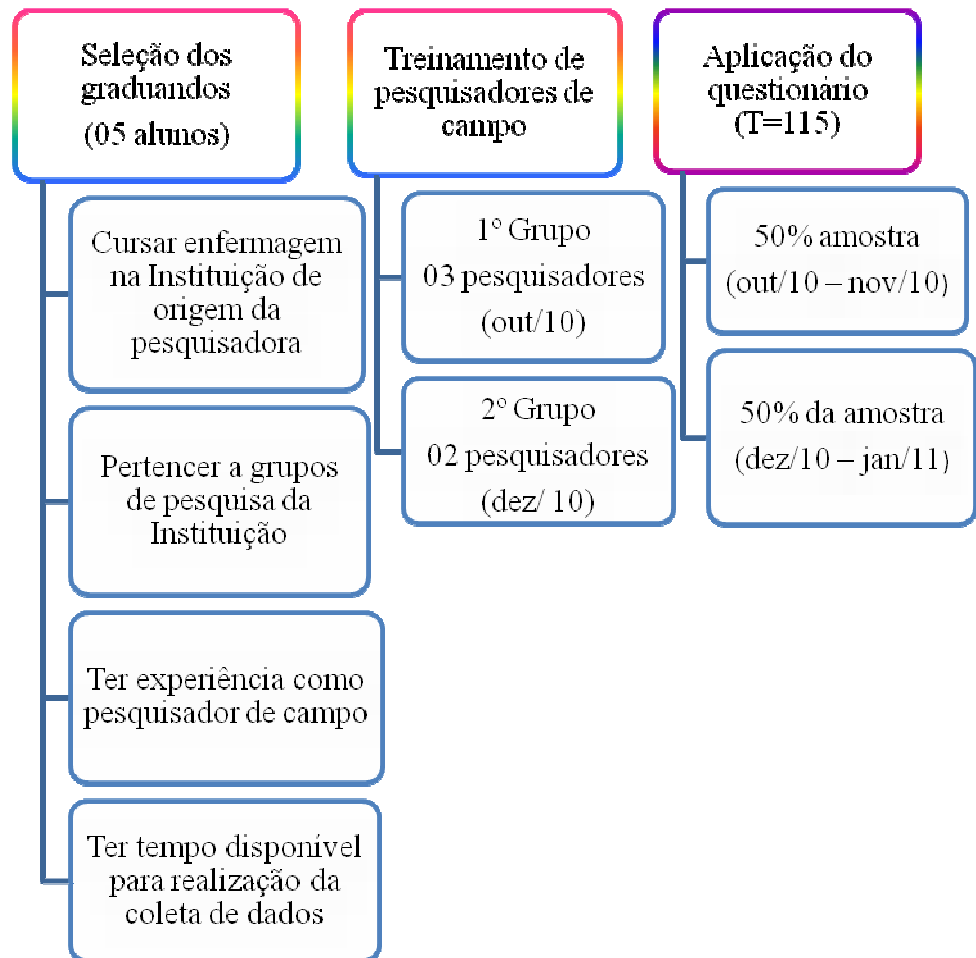


Figura 6 – Síntese dos procedimentos de coleta de dados

4.6 Análise dos dados

Os dados da primeira e da segunda etapa do questionário foram processados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 e analisados por meio de tabelas com frequência relativa e porcentagem. Para verificar a confiabilidade das avaliações do questionário, utilizou-se o Coeficiente Alfa de Cronbach, que avalia a consistência interna. O Alfa de Cronbach leva em conta a probabilidade de concordância ou a congruência dos itens do instrumento. Para todas as análises estatísticas inferenciais, fixou-se o nível de significância de 5% (GORESTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

Foram calculadas as medidas descritivas, média e desvio padrão das categorias da escala. As análises de associação foram feitas por meio dos testes de Qui-Quadrado e do teste de razão de verossimilhança. As médias de dois grupos foram comparadas pelo teste *t* de Student; as médias de três ou mais grupos foram comparadas pelo teste F de Snedecor e, verificada a significância estatística, as comparações múltiplas foram realizadas pelo teste de

Tukey. Antes dos testes estatísticos, foi verificada a normalidade das variáveis, bem como a igualdade de variâncias. Para todas as análises consideraram-se como estatisticamente significante aquelas com $p < 0,05$. Os testes de Kruskal-Wallis e Dwass-Stell-Chritchlow-Fligner foram aplicados para comparações múltiplas.

Para a terceira etapa do questionário, os dados foram tratados através da análise de conteúdo de Bardin (2009). Desse modo, seguiram-se alguns passos operacionais, que possibilitaram estabelecer relações entre as diferentes fontes, num processo de triangulação do material empírico e referencial teórico norteador, para, posteriormente, chegar-se às considerações que respondiam aos questionamentos relacionados às concepções e práticas de promoção da saúde dos enfermeiros no ambiente hospitalar.

Primeiro momento – Ordenação dos dados e informações, através da transcrição fiel do conjunto das respostas às questões abertas, realização de leituras e releituras do material coletado e organização dos dados. A organização das informações baseou-se nos objetivos e ideias centrais que nortearam a pesquisa, procurando estabelecer uma primeira aproximação com os significados revelados nas falas dos sujeitos.

Segundo momento – Desmembramento do texto em unidades, com o intuito de descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituíam a comunicação, com posterior reagrupamento em classes ou categorias (análise temática ou categorial). As categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns. Os requisitos para uma boa categoria são a exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade (BARDIN, 2009).

Terceiro momento – Tratamento, inferência e interpretação, fase onde os conteúdos recolhidos se constituíram em dados quantitativos. Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar atentamente aos marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação. As interpretações a que levam às inferências serão sempre no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações, aparentemente superficiais (BARDIN, 2009).

4.7 Aspectos éticos

Para realização da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das duas Instituições hospitalares. Portanto, foi elaborado conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa, envolvendo Seres Humanos, estabelecidos pela Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O projeto foi aprovado pelos dois comitês, sob os protocolos nº 024.03.10 e nº 080912.10 (ANEXOS B e C), sendo iniciada a coleta de dados somente após a aprovação.

Os entrevistados foram orientados quanto às questões éticas que envolviam o estudo, sendo garantido a eles que as informações obtidas seriam mantidas em sigilo, bem como a preservação da identidade dos mesmos. O preenchimento dos dados foi precedido da assinatura do TCLE pelos participantes do estudo, em duas vias, de forma livre e voluntária. A Direção dos hospitais e a Coordenação/Diretoria de Enfermagem foram consultadas para obtenção de autorização para a realização da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Validade semântica da EAPS - desenvolvimento, seleção, redução de itens do questionário

Após a construção do questionário, o mesmo foi enviado aos cinco especialistas para ser analisado e validado de acordo com as orientações contidas no Apêndice C. Os juízes apresentaram sugestões distintas, apesar de não haver discordância entre eles. Após o julgamento, foram realizadas pequenas adaptações quanto ao enunciado das questões, sendo estabelecida, como critério de aceitação, a concordância entre os especialistas igual ou superior a 80%, em cada item (PASQUALI, 2003). Aqueles itens que não atingiram a concordância prevista foram descartados do instrumento piloto. Vale ressaltar que todas as sugestões feitas pelos juízes foram acatadas, após diálogo entre juiz/pesquisadora e pesquisadora/orientador.

O questionário (APÊNDICE A) contava, inicialmente, com 54 itens que se subdividiam, para facilitar o processo de validação, em 95 questões. O grupo de cinco juízes sugeriu adaptações em 14 questões (Q1, Q7, Q9, Q12, Q13, Q14, Q15, Q16, Q17, Q19, Q31, Q32, Q39, Q40), que foram acatadas.

Os dados provenientes das avaliações dos enfermeiros-juízes foram organizados em um único documento, de forma a facilitar a visualização e a formulação da síntese dos achados. Os itens do questionário eram considerados pertinentes, claros e coerentes se o julgamento dos juízes correspondia a pelo menos 80% (PASQUALI, 2003). As questões de número Q6, Q8, Q18 não obedeceram a esse critério e, portanto, foram retiradas do instrumento. As questões de número Q41 a Q94 também foram excluídas, visto que, dois juízes, com experiência em validação de instrumentos, consideraram que às mesmas não se aplicava escala tipo Likert. A aceitação do questionário pelos juízes atingiu o percentual máximo (100%) nos itens Q1, Q4, Q5, Q7, Q8, Q9, Q10, Q11, Q16, Q20, Q21, Q22, Q23, Q25, Q26, Q27, Q29, Q32, Q34, Q35, Q36, Q37 e Q38 (APÊNDICE A).

Após o processo de validação, houve a redução do questionário para 41 questões (APÊNDICE B), sendo assim distribuídas: primeira etapa (11 questões), segunda etapa (28 questões) e terceira etapa (02 questões).

Na primeira etapa do questionário, as alterações sugeridas foram: na Q1, a quinta avaliadora sugeriu incluir a palavra “anos”, para facilitar a compreensão e uniformizar as respostas; com relação ao layout, a terceira avaliadora sugeriu substituir o símbolo

“parêntese” que precedia cada item das respostas, pelo símbolo “ponto”; a primeira e a quinta juízas consideraram a Q6 pouco relevante, justificando que não seria avaliado, na pesquisa, o projeto político pedagógico da universidade para inferir sobre a relação da formação com os objetivos do estudo.

Quanto à Q7, Q8 e Q9, a quinta juíza sugeriu que Q7 e Q8 fossem transformadas em uma única pergunta e que Q7 e Q9 fossem invertidas quanto à sequência das mesmas, para seguir o nível de complexidade das referidas formações e que fosse incluída a palavra “Especialização” após a expressão *lato sensu* e as palavras “Mestrado ou Doutorado” após a expressão *stricto sensu*, pois segundo as mesmas, essas expressões ainda podem ser confusas para alguns profissionais.

A mesma juíza ainda sugeriu que após a Q7 fosse colocada uma pergunta contendo o mesmo texto da Q10, para dar mais consistência às respostas.

A terceira juíza sugeriu a inclusão das seguintes perguntas: “hospital em que trabalha”, e a outra pergunta “setor onde trabalha”. A avaliadora justificou a inclusão dessas questões porque considera que influenciarão nos resultados, visto que setores onde os usuários permanecem mais tempo internados oportunizam desenvolver atendimento em promoção da saúde.

A reorganização da sequência de apresentação das questões também foi um dos pontos considerados importantes pelas avaliadoras. Portanto, colocaram-se, inicialmente, os dados relativos à ocupação profissional e dados pessoais e, posteriormente, os dados referentes à formação acadêmica. Portanto, após todas as correções, a primeira etapa que constava de 10 (dez) perguntas, passou a ter 11 (onze) perguntas.

Na segunda etapa do questionário, as alterações sugeridas foram: trocar a palavra “quarto” por “enfermaria” em Q12, Q13, Q14 e Q15. As alterações foram sugeridas pela terceira e quinta juízas. Na Q15, a primeira juíza sugeriu trocar a palavra “satisfatória” por “adequada”, justificando ser esta palavra que dá o sentido correto quando se fala em limpeza.

A Q16 sofreu alteração somente na pessoa verbal, sendo substituída a expressão “você encoraja” por “eu encorajo”, por sugestão da terceira juíza. A subtração da frase “onde eu trabalho” na Q17, também, foi sugerida pela terceira juíza.

A Q18 foi excluída pela pesquisadora, visto ter gerado muitas interrogações pelas avaliadoras, quanto ao tipo de segurança (de ambiente físico ou higiene). Segundo a quinta juíza, segurança é algo muito complexo, que envolve vários fatores. Na Q19, incluíram-se as palavras “conforto e segurança” para deixar mais claro o enunciado, tornando-o de melhor compreensão, segundo a terceira e a quinta juízas.

As questões entre Q20 e Q30 não sofreram alterações pelas juízas.

A Q31 sofreu substituição no seu enunciado da expressão “linguagem acessível” para “linguagem simples, de fácil compreensão”, visto que a terceira juíza considerou o termo mais claro. Já na Q32 houve a permuta de “participar do seu...” para “ser participativo e ativo durante o...”, por solicitação da mesma juíza.

As questões entre Q33 e Q38 não sofreram alterações no seu enunciado.

Na Q39, foi sugerida a inclusão da expressão “conforme a necessidade” ao enunciado e a Q40 foi substituída a palavra “fiscal” por “a participarem ativamente” por ter uma conotação mais positiva. As alterações foram sugeridas pela primeira juíza.

As questões de Q41 a Q94 foram retiradas do questionário, visto que duas avaliadoras, *experts* em validação de escala (terceira e quarta avaliadoras), esclareceram que essas questões não poderiam ser avaliadas através de uma escala de Likert, por se tratar de questões de múltipla escolha. As orientações foram acatadas pela pesquisadora.

As questões da terceira etapa (Q95 e Q96) foram aprovadas pelas avaliadoras, quanto à compreensão. Com a redução dos itens anteriores, passaram a ser Q40 e Q41 (APÊNDICE B). Por se tratarem de questões abertas foi explicado anteriormente às avaliadoras que a inserção ocorreu para atender aos objetivos.

5.2 Validade de conteúdo da EAPS

A validade de conteúdo consiste na verificação das propriedades psicométricas da escala para se certificar de que a mesma é confiável. Neste estudo, adotou-se o referencial de Polit e Beck (2006) para calcular o IVC da escala. Cinco juízes foram consultados quanto ao cálculo do índice de validade de conteúdo para ajuizarem se os itens estavam se referindo ou não ao conteúdo em questão e se representavam fielmente o construto que o instrumento se propunha a mensurar. O índice de validade de conteúdo (IVC) foi de 87%, indicando um alto nível de concordância entre os especialistas.

5.3 Realização do teste piloto

Alguns profissionais ofereceram certa resistência em preencher o instrumento, argumentando não dispor de tempo, devido à quantidade de procedimentos a serem realizados no horário em que o entrevistador realizava a visita. Contudo, mesmo realizando a visita em horário favorável, seguindo recomendações dos profissionais de cada setor, os mesmos recusavam-se a participar. Apesar dessas dificuldades, os enfermeiros foram unânimes em considerar a escala de fácil compreensão. No entanto, algumas sugestões de aprimoramento do questionário (APÊNDICE B) foram apresentadas pelos entrevistados, sendo todas elas referentes às questões 41 e 42, ambas subjetivas. Segundo os enfermeiros entrevistados, as duas questões levavam a respostas idênticas. Para facilitar a compreensão das questões de modo a trazer respostas distintas, embora complementares, mas imprescindíveis ao alcance dos objetivos do estudo, evitando qualquer duplicidade de sentido que pudesse levar o profissional a um erro de interpretação, o enunciado da questão 41 foi alterado de forma a torná-la mais clara.

5.4 Apresentação dos resultados da EAPS

5.4.1 *Os enfermeiros dos hospitais de ensino e suas características sociodemográficas*

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos entrevistados. Observou-se que 75% dos enfermeiros pertencem à faixa etária entre 22-39 anos, sendo a média de $34,3 \pm 9,5$ anos. Essa faixa etária jovem se justifica pelo elevado número de enfermeiros trabalhando através de contratos temporários ou através de cooperativas (44,5%), visto que a escassez de concurso público para suprir as necessidades de reposição de mão-de-obra especializada leva a essa realidade. Esses enfermeiros saíram das Universidades recentemente e ainda não conseguiram estabilidade na profissão, submetendo-se, assim, a esse tipo de trabalho, sem garantia de direitos sociais e trabalhistas (trabalho precarizado).

Tabela 1 – Distribuição do número de enfermeiros, segundo as características sociodemográficas. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.

Variáveis	Nº	%	Média ± DP
Idade (ano)			
22 – 29	47	40,9	34,3 ± 9,5
30 – 39	34	29,6	
40 – 49	27	23,5	
50 – 59	07	6,1	
Sexo			
Feminino	103	89,6	
Masculino	12	10,4	
Estado civil			
Casado/união consensual	48	41,7	
Solteiro	56	48,7	
Separado/divorciado	11	9,6	
Local de trabalho			
Hospital A	51	44,3	
Hospital B	64	55,7	
Setor			
Clínica médica	57	49,6	
Clínica cirúrgica	44	38,3	
Tempo de serviço (ano)			
<1	20	17,4	7,0± 7,6
1 – 2	31	27,0	
3 – 10	32	27,8	
11 – 26	32	27,8	
Tempo de formado (ano)			
<1	12	10,4	9,1 ± 8,6
1 – 2	31	27,0	
3 – 10	27	23,5	
11 – 30	45	39,1	

Vale ressaltar que o último concurso público para enfermeiros no HA ocorreu em 2003 e que o concurso realizado para o cargo de enfermeiros pelo Estado do Ceará data de 2006. Até o momento da coleta de dados, nenhum desses profissionais concursados havia sido chamado para assumir seu cargo nos hospitais da Rede Estadual (dentre eles o HB).

Além disso, ocorreram inúmeras reformas no HB, com ampliação de serviços e leitos, o que aumentou a necessidade de contratação de enfermeiros e outros profissionais de saúde, para atender à nova demanda. No caso do HA, outros serviços foram criados, profissionais se aposentaram, outros faleceram, sem contar com aqueles que tiveram de ser remanejados para setores administrativos por apresentarem doenças ocupacionais.

O trabalho precarizado na área de saúde é uma realidade que acontece em todos os espaços de trabalho, principalmente, na área de enfermagem. Os dados encontrados, nesta pesquisa, corroboram com outros estudos. Mauro *et al.* (2010) revelam que um hospital universitário do Estado do Rio de Janeiro, considerado centro de excelência e referência, possui cerca de 30% de trabalhadores de enfermagem com contratos temporários.

A precarização do trabalho, entretanto, não ocorre somente nos serviços hospitalares. Em outro estudo desenvolvido por Tomasi *et al.* (2011), foi avaliado o perfil de trabalhadores das equipes de saúde da atenção básica, em 41 municípios das Regiões Sul e Nordeste, onde demonstrou que o vínculo de trabalho precarizado atingiu 38% dos entrevistados, sendo significativamente maior entre os profissionais de saúde do Nordeste (42%), dentre eles, os enfermeiros.

Estudos internacionais ressaltam a alta incidência de falta de vínculos empregatícios formais entre os trabalhadores da saúde, realidade comum em países em desenvolvimento e que já passa a atingir os países desenvolvidos (QUINLAN; MAYHEW; BOHLE, 2001; ROTENBERG *et al.*, 2009).

Em relação às variáveis “sexo” e “estado civil”, observou-se que a maioria das entrevistadas eram mulheres (89,6%) e solteiras (48,7%). Resultado semelhante foi encontrado em outros estudos (Martins *et al.*, 2006; Magalhães *et al.*, 2007), confirmando, dessa forma, a característica histórica da enfermagem, como uma profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres.

Há relato na literatura que a predominância dos trabalhadores nos hospitais é do sexo feminino, por ter forte fator cultural intrínseco, o de que o trato e o cuidado com as pessoas doentes são considerados como extensão do trabalho da mulher (LOPES; LEAL, 2005). Assim, no imaginário social, a visão da enfermeira se liga ao papel materno e religioso que deu origem à profissão e aos poucos forjou a sua identidade profissional (BORGES *et al.*, 2003). O predomínio de enfermeiros solteiros, por sua vez, pode ser atribuído à idade jovem, visto que na sociedade contemporânea, a mulher busca, prioritariamente, a estabilidade profissional, seguida da independência financeira, para somente depois pensar em construir laços afetivos formais (casamento).

Quanto ao local onde foram aplicados os questionários, o hospital que apresentou o maior número de entrevistados foi o Hospital B, sendo o “setor” de Clínica Médica a área de mais predomínio dos enfermeiros entrevistados. No que diz respeito ao “tempo de formado”, a maioria dos enfermeiros teve sua formação acadêmica há mais de 11 anos, com a

média igual a 09 anos $\pm$ 8,6 (entre 0 e 18 anos de formado) e com “tempo de serviço” no referido hospital bastante diversificado, sendo a média igual a 7 anos.

5.4.2 A formação acadêmica dos enfermeiros dos hospitais de ensino

Na Tabela 2, verificou-se que o tipo de formação predominante entre os enfermeiros entrevistados é a pós-graduação *lato-sensu* (72,2%). A formação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) ainda não é uma realidade considerável para os enfermeiros dos hospitais de ensino deste estudo ($p < 0,001$). De certa forma, a predominância da pós-graduação *lato sensu* foi um resultado esperado e isso, possivelmente, deve-se a dois fatores em especial: a busca pela qualificação, por ser uma exigência do mercado de trabalho, que requer profissionais com conhecimentos e competências cada vez mais específicas e o fato das instituições do estudo se configurarem como hospitais de ensino e, portanto, terem como missão, além da assistência, as atividades de ensino, pesquisa e extensão, estimulando, nesse sentido, os profissionais do serviço a se capacitarem.

Tabela 2 - Distribuição do número de enfermeiros dos hospitais de ensino, segundo formação acadêmica. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.

Variáveis	Lato sensu		Stricto sensu		P
	Nº	%	Nº	%	
Pós-graduação					0,001
Não	32	27,8	110	95,7	
Sim	83	72,2	05	4,3	
Área					0,020
Enfermagem e subáreas	34	40,9	02	40,0	
Saúde Pública/Coletiva	02	2,4	02	40,0	
Outras (área de saúde)	35	42,2	01	20,0	
Mais de uma pós-graduação	12	14,4	-	-	

O caso do número de profissionais com pós-graduação *stricto sensu* ter sido tão reduzido, revela a necessidade que existe dos enfermeiros de hospitais de ensino em buscar uma capacitação e desenvolvimento na profissão que vá além da pós-graduação *lato sensu*.

Quanto à área de formação, observou-se que, na pós-graduação *lato sensu*, opção da maioria dos entrevistados, há predomínio da busca do enfermeiro pela enfermagem e subáreas. Já na pós-graduação *stricto sensu*, há preferência pela enfermagem e Saúde Pública. A predominância da formação *lato sensu* justifica-se pelo fato de estar diretamente ligado à

realidade do trabalho executado nos hospitais de ensinos, além da necessidade do enfermeiro de aperfeiçoar-se na atenção a saúde de alta complexidade (MARTINS *et al.*, 2006).

Ainda em relação a esse achado, outros trabalhos evidenciaram resultados semelhantes e destacam que essa formação nas áreas clínica e cirúrgica confirma o contexto do sistema de saúde voltado para uma visão curativa (AGUIAR; MOURA; SORIA, 2004; LUVISOTTO *et al.*, 2010).

A formação voltada para a promoção da saúde é uma lacuna encontrada não somente na realidade brasileira. Casey (2007b) relata, em estudo realizado em uma Universidade da Irlanda, que existe falta de treinamento em promoção da saúde no cenário investigado. Outro estudo (CASEY, 2007c) ressalta que essa lacuna traz deficiência na execução do cuidado, necessitando, portanto, que haja um investimento na formação dos enfermeiros, de modo a provê-los de conhecimentos e habilidades para maior engajamento destes junto aos clientes, com relação à promoção da saúde.

5.4.3 Os enfermeiros segundo atividade total, estrutura e ações executadas

A Tabela 3 apresenta as médias das respostas dadas pelos enfermeiros entrevistados, ao questionário como um todo, “atividade total”, e quanto aos itens “estrutura” e “ações executadas”. O que se observou é que o resultado apresentado na linha “atividade total” demonstra que houve uma significância relevante de respostas “quase sempre” (44,3%) e “sempre” (51,3%), somando 95,6% de respostas positivas, com $M = 78,9 \pm 10, 2$. Isso representa que os enfermeiros desenvolvem ações na sua prática hospitalar, contemplando os princípios da promoção da saúde, apesar de muitas vezes não reconhecerem essas ações como tal.

Para facilitar a compreensão da análise dos itens da Tabela, criaram-se legendas para cada variável, de modo a sintetizar a apresentação dos dados (APÊNDICE H).

Tabela 3 – Distribuição do número de enfermeiros, segundo atividades, estrutura e ações executadas. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.

Variável*	Nunca/ Quase nunca		Às vezes		Quase sempre		Sempre		Média ± DP	Média ± EPM
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Atividade total	-	-	05	4,3	51	44,3	59	51,3		78,9 ± 0,96
Estrutura	-	-	23	20,0	48	41,7	44	38,3		72,3 ± 1,46
HAPS	02	1,7	13	11,3	30	26,1	70	60,9	89,2 ± 15,3	
LA	01	0,9	25	22,5	50	45,0	35	31,6	81,4 ± 15,2	
NAPE	07	6,4	37	33,6	37	33,6	29	26,4	76,0 ± 18,1	
IA	13	11,7	31	27,9	37	33,3	30	27,1	75,1 ± 19,8	
VA	19	17,1	29	26,2	46	41,4	17	15,3	71,0 ± 19,0	
Ação executada	-	-	05	4,3	42	36,5	68	59,1		80,6 ± 0,95
EUE	04	3,6	22	19,6	39	34,8	47	42,0	83,0 ± 17,2	
DAPSU	05	4,5	29	26,1	38	34,3	39	35,1	80,0 ± 17,9	
MCSA	03	2,7	08	7,1	51	45,5	50	44,7	86,4 ± 14,5	
SHUI	-	-	06	5,3	21	18,6	86	76,1	94,2 ± 11,2	
PMP	08	7,0	17	14,9	44	38,6	45	39,5	82,1 ± 18,1	
MIL	-	-	04	3,5	16	13,9	95	82,6	95,8 ± 9,7	
AS	-	-	06	5,2	36	31,3	73	63,5	91,6 ± 11,8	
MEI	01	0,9	02	1,7	20	17,4	92	80,0	95,3 ± 10,4	
BAOP	01	0,9	12	10,4	27	23,5	75	65,2	90,6 ± 14,3	
EP	-	-	02	1,7	30	26,1	83	72,2	94,1 ± 9,9	
RU	01	0,9	02	1,7	11	9,6	101	87,8	96,9 ± 9,4	
MS	02	1,8	13	11,6	52	46,4	45	40,2	85,0 ± 14,6	
EUAR	22	19,6	33	29,5	30	26,8	27	24,1	71,1 ± 21,3	
REU	49	43,8	45	40,2	10	8,9	08	7,1	55,9 ± 17,6	
ULA	01	0,9	01	0,9	25	22,3	85	75,9	94,6 ± 10,4	
EPU	01	0,9	07	6,2	27	23,9	78	69,0	92,2 ± 12,9	
PC	-	-	04	3,5	28	24,3	83	72,2	93,7 ± 10,7	
DES	02	1,7	14	12,3	38	33,0	61	53,0	87,5 ± 15,3	
DEAU	02	1,7	16	13,9	49	42,7	48	41,7	84,8 ± 15,1	
PAC	49	43,0	34	29,8	16	14,0	15	13,2	59,5 ± 21,0	
PCFR	16	14,4	27	24,4	38	34,2	30	27,0	74,8 ± 20,3	
DMP	02	1,8	08	7,0	25	21,9	79	69,3	91,7 ± 14,0	
EPCIH	02	1,8	15	13,2	31	27,2	66	57,8	88,2 ± 15,7	

Obs.* Escala de Likert transformada em escala de 0 a 100.

Da mesma forma, em levantamento bibliográfico de artigos produzidos por enfermeiros abordando a temática de promoção da saúde no ambiente hospitalar, publicados em revistas indexadas no período de 1998 a 2008, encontraram-se 12 estudos com experiências que contemplavam ações de promoção da saúde como uma prática no contexto hospitalar, ou seja, melhoria da qualidade de vida, integralidade, intersetorialidade, participação comunitária, políticas públicas saudáveis, criando ambientes favoráveis,

desenvolvendo habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2000; FURTADO; LIMA, 2003; MITRE; GOMES, 2004; QUEIROZ; JORGE, 2004; MARTINS *et al.*, 2005; SANTOS *et al.*, 2005; THIENGO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005; QUEIROZ; JORGE, 2006; VERONESE; OLIVEIRA, 2006; JORGE; FIÚZA; QUEIROZ, 2006; ARREGUY-SENA *et al.*, 2006; HOGAI; REBERTE, 2007).

A produção bibliográfica da enfermagem, voltada para os princípios da Promoção da Saúde, retrata o desenvolvimento de ações no contexto do ambiente hospitalar, entretanto, essas ações são pontuais, embora demonstrem plena possibilidade de serem desenvolvidas pelos enfermeiros que trabalham no contexto hospitalar apesar de, na grande maioria, desconhecerem esse fato.

No domínio estrutura, 41,7% dos enfermeiros responderam quase sempre e 38,3% sempre, o que resultou em 80% das respostas, que também representa uma boa significância, apesar da média ter sido mais baixa ($70,3 \pm 19,1$). Isso ocorreu devido a um predomínio considerável de respostas ao item às vezes (20% dos entrevistados). Entretanto, vale ressaltar que não houve nenhuma resposta ao item nunca/quase nunca, o que revela que as condições estruturais oferecidas pelos hospitais entrevistados, apesar de sua pouca relevância nos resultados, não desfavorecem o desenvolvimento de ações voltadas para os princípios da promoção da saúde.

Detalhando o item “estrutura”, a pergunta quanto à adequação do hospital para desenvolver ações voltadas para a promoção da saúde (item 1) foi o que apresentou melhor resultado ($M = 89,2$, $DP \pm 15,3$), reforçando, assim, o que foi relatado anteriormente, seguido pela limpeza adequada ($M = 81,4$, $DP \pm 15,2$), que foi revelada como o segundo aspecto mais favorecedor.

Outros estudos corroboram com os resultados apresentados, reforçando que a limpeza do ambiente hospitalar tem sido aprimorada e que se trata de um fator preponderante para a recuperação do usuário (MENDES *et al.*, 2009; RICCI *et al.*, 2011).

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Ricci *et al.* (2011, p.1129), que desenvolveu uma pesquisa sobre a satisfação de usuários atendidos em um hospital-escola de São Carlos (município de São Paulo), onde 72,3% afirmaram que a limpeza do ambiente era considerada muito boa.

Na cidade de Recife/PE, uma pesquisa realizada para avaliar a assistência oferecida nos três maiores hospitais públicos de urgência e emergência apresentou resultado de 70% de satisfação dos usuários com a limpeza dos referidos hospitais (MENDES *et al.*, 2009, p.162).

Seleghim *et al.* (2010), em estudo relativo à avaliação de uma instituição hospitalar de ensino do interior paranaense sobre a qualidade dos serviços ofertados, encontraram que mais de 90% dos usuários apontaram que as condições de limpeza, a organização das instalações sanitárias, higienização dos mobiliários da enfermaria e troca diária das roupas de cama eram satisfatórias.

Por outro lado, em outros estudos, o aspecto da limpeza do ambiente hospitalar, não obteve o mesmo nível de satisfação. Em Pernambuco, um estudo abordando a satisfação dos enfermeiros quanto às condições de trabalho oferecidas no setor de emergência de um hospital público estadual, referência no atendimento a usuários politraumatizados, apresentou 39,1% e 34,8% das respostas, indicando conceito “ruim” para conforto e limpeza oferecidos, respectivamente (FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR, 2010, p. 171).

Outra pesquisa, realizada por Mauro *et al.* (2010, p.19), que abordou as condições de trabalho da equipe de enfermagem em um hospital universitário do Rio de Janeiro, destaca a ordem e a limpeza insuficientes (36% dos resultados) como segundo maior risco físico para o desenvolvimento das suas atividades laborais.

Assim posto, compreendeu-se que o item limpeza representa uma das condições necessárias para o bem-estar dos usuários e contempla as diretrizes de promoção de ambiente saudável. O que se observa é que existe uma variabilidade de condições de higiene nas instituições hospitalares, mas todos os estudos levam a perceber que este é um item fundamental para o desenvolvimento do trabalho da enfermagem com qualidade, para o conforto e bem-estar do usuário, o que influencia na recuperação do mesmo, tanto do ponto de vista emocional quanto fisiológico, sem deixar de ressaltar que o usuário está vulnerável, em um ambiente que, pelo senso comum, já é considerado “sujo”, “contaminado”, trazendo insegurança visto que o desvincula do seu ambiente familiar, de seus hábitos.

Portanto, a promoção da saúde deve promover essa adaptação do usuário, procurando oferecer as melhores condições possíveis de segurança, conforto e bem-estar, vendo o outro na sua integralidade, de forma globalizante, sem o predomínio do enfoque da doença, mas em todos os aspectos, todos os fatores que possam favorecer e antecipar seu restabelecimento e retorno ao seu lar, da forma mais saudável possível.

Sobre a variável “ventilação adequada” ($M = 71,0$, $DP \pm 19,0$), foi o aspecto que apresentou menor significância, seguido em ordem crescente, por “iluminação adequada” ($M = 75,1$, $DP \pm 19,8$) e “número adequado de usuários por enfermaria” ($M = 76,0$, $DP \pm 18,1$). Os relatos dos enfermeiros quanto ao número adequado de pacientes por enfermaria não foram baseados em dados métricos, mas na observação e experiência do cotidiano de trabalho.

Na pesquisa de Seleglim *et al.* (2010) sobre ventilação e iluminação como indicadores de qualidade na assistência prestada e favorecedor de desenvolvimento de ações de promoção à saúde, 86% dos usuários afirmaram que a ventilação da unidade era adequada, mas somente 43% acharem a iluminação adequada ao repouso.

Lima e Guedes-Silva (2009), em estudo realizado em unidades de Pronto-Socorro do Hospital Municipal de Ji-Paraná/RO, relataram que 95,65% dos profissionais de enfermagem entrevistados denunciaram a pouca iluminação apresentada como sendo um fator de risco ocupacional.

Esses mesmos relatos foram apresentados em estudo desenvolvido por Duarte e Mauro (2010), onde 60% dos enfermeiros apresentaram queixas quanto à iluminação e climatização inadequadas dos locais de trabalho.

Considerando o aspecto referente ao “número adequado de usuários por enfermaria” que, nesta pesquisa, obteve um índice de significância regular ($M = 76,0$, $DP \pm 18,1$), o Ministério da Saúde - MS (2002) estabelece como norma para dimensionamento, quantificação e instalações prediais de estabelecimentos de saúde, no que se refere à unidade de internação, que:

- quarto de 01 leito: as dimensões devem corresponder a $10m^2$;
- quartos de 02 leitos: $7,0 m^2$ por leito;
- número máximo de leitos por enfermaria: 06 leitos, com distância de 1 metro entre leitos paralelos.

Apesar do estabelecimento, pelo MS, das normas e padrões para a construção de instalações prediais em estabelecimentos de saúde, não foi objetivo, desta pesquisa, verificar se esses parâmetros foram seguidos nos hospitais em que foram entrevistados os enfermeiros. Sabe-se que existe uma diversidade de enfermarias contendo em média 2, 4 e 6 leitos, tendo todas as obras sido passadas por inspeção sanitária, arquitetônica e de engenharia, por se tratarem de instituições públicas, onde obrigatoriamente essa fiscalização existe.

A relação entre o número de usuários por enfermaria, no caso da prestação do cuidado, deve ser visto pelo aspecto arquitetônico, para minimizar os riscos de infecções cruzadas, proporcionando mais conforto ao usuário, familiares e equipe de saúde, mas, também, deve ser considerada para a qualidade da assistência prestada no que se refere à proporção entre trabalhadores de enfermagem e usuários, ou seja, o dimensionamento de pessoal, fator preponderante para garantir condições estruturais de manutenção de saúde e qualidade de vida.

As variáveis “iluminação” e “ventilação adequada” foram apontadas no estudo como deficientes. Manter a infraestrutura do hospital adequada e funcional é um dos fatores que favorecem a promoção da saúde tanto dos trabalhadores, como dos usuários. Nos estudos de Lima, Haddad e Sardinha (2008) e Mauro *et al.* (2010), esses fatores foram citados como prejudiciais ao trabalho da enfermagem e ao conforto dos usuários.

O domínio “ação executada” foi o que apresentou maior significância, tendo a melhor resposta ao item “sempre” (59,1% dos sujeitos) seguido do item “quase sempre” (36,5%), sendo a média igual a 80,6, com desvio padrão (DP) $\pm 10,2$. Portanto, considera-se esse domínio como de maior relevância para a atuação do enfermeiro na promoção da saúde no contexto hospitalar.

Explorando detalhadamente as respostas aos itens que constituem as ações executadas, destacam-se aquelas que predominaram entre as respostas dos enfermeiros. Em ordem decrescente, as ações que mais foram citadas como executadas no cotidiano do enfermeiro no ambiente hospitalar, relacionadas ao usuário, familiares e equipe multiprofissional são: “respeito ao usuário” (M = 96,9, DP $\pm 9,4$), “manutenção da identidade do usuário” (M = 95,8, DP $\pm 9,7$), “manutenção da equipe informada” (M = 95, 3, DP $\pm 10,4$), “uso de linguagem acessível” (M = 94,6, DP $\pm 10,4$), “supervisão da higiene da Unidade de Internação” (M = 94, 2, DP $\pm 11,2$), “explicação dos procedimentos” (M = 94,1, DP $\pm 9,9$), “credibilidade” (M = 93,7, DP $\pm 10,7$), “estímulo à participação do usuário” (M = 92,2, DP $\pm 12,9$), “disponibilização de material de proteção” (M = 91,7, DP $\pm 14,0$), “atendimento às solicitações” (M = 91, 6, DP $\pm 11, 8$) e “busca de apoio em outros profissionais” (M = 90,6, DP $\pm 14, 3$).

Além dessas 11 (onze) ações que atingiram média entre 90 e 100, outras nove atingiram média acima de 80, ficando somente quatro ações abaixo do que é preconizado estatisticamente como de significância relevante. As ações que atingiram um percentual inferior a 80% foram: “procuro conhecer outros fatores de risco”, “estimulo o usuário a atividades recreativas e procuro apoio comunitário”.

As ações executadas pelos enfermeiros representam o *corpus* de domínio e decisão desses profissionais. Elas refletem o que se espera do profissional promotor de saúde, como o saber ser quando incorpora ao cuidar o respeito, a atenção e a identidade do usuário; o saber fazer ao se comunicar com o usuário, esclarecendo os procedimentos de habilidades clínicas, aproveitando os momentos de realização de cuidados técnicos para a escuta e participação na assistência através do autocuidado. Desenvolve, ainda, interação com a equipe

de enfermagem e de saúde, buscando minimizar os riscos da saúde do usuário e o breve retorno ao seu ambiente natural.

Ressalte-se que, nas ações executadas, os enfermeiros reconhecem a importância do trabalho interdisciplinar. Esse fato é evidenciado quando interagem com outros profissionais para atenderem às demandas dos usuários.

Assim, os dados deste estudo revelam o predomínio, nas ações executadas, daquelas que têm a concepção ampliada de saúde e, por conseguinte, embora redundante, de promoção da saúde. Os enfermeiros reorientam seu cuidado com enfoque nos usuários e não na doença, valorizam o diálogo, estimulam a participação e defendem seus interesses.

Os hospitais deste estudo situam-se na rede de atenção terciária, que se caracteriza pelo atendimento de usuários com doenças crônicas, de alta complexidade e de procedimentos cirúrgicos extremamente especializados. Os usuários podem, diante de suas situações clínicas, apresentarem complicações, daí, as ações de cuidados envolverem níveis de atenção que vão do tratamento dos agravos, prevenção de riscos e promoção da saúde.

5.4.4 A média entre a atividade total e as variáveis sociodemográficas

Os resultados apresentados na Tabela 4 não apresentam diferenças significativas na correlação entre a atividade total e as variáveis sociodemográficas. Observa-se que as diferenças entre o “local de trabalho” ($p = 0,115$), o “setor” ($p = 0,486$), o “tempo de serviço” ($p = 0,335$), a “idade” ($p = 0,552$), “sexo” ($p = 0,356$), “estado civil” ($p = 0,373$) e o “tempo de formado” ($p = 0,267$) não tiveram relevância significativa, ou seja, não trouxeram variação às respostas do questionário. Conclui-se que se trata de uma amostra homogênea.

As diferenças sociodemográficas encontradas entre os entrevistados, não influenciam significativamente as atitudes, o modo de pensar e o modo de fazer promoção da saúde no contexto hospitalar.

Tabela 4 – Relação entre atividade total e as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.

Variável*	Às vezes		Quase sempre		Sempre		Média ± DP	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Local de trabalho								
Hospital A	04	7,9	25	49,0	22	43,1	76,6 ± 11,0	0, 115
Hospital B	01	1,6	26	40,6	37	57,8	80,6 ± 9,3	
Setor								
Clínica médica	01	1,8	26	45,6	30	52,6	79,8 ± 9,3	0, 486
Clínica cirúrgica	02	4,5	20	45,5	22	50,0	78,3 ± 10,2	
Tempo de serviço (anos)								
<1	-	-	09	45,0	11	55,0	80,2 ± 9,6	0, 335
1 – 2	01	3,2	10	32,3	20	64,5	81,9 ± 9,7	
3 – 10	01	3,1	16	50,0	15	46,9	78,8 ± 9,3	
11 – 26	03	9,4	16	50,0	13	40,6	75,2 ± 10,2	
Idade (ano)								
22 – 29	01	2,1	22	46,8	24	51,1	79,8 ± 9,5	0, 522
30 – 39	02	5,9	11	32,4	21	61,8	80,7 ± 9,7	
40 – 49	02	7,4	14	51,9	11	40,7	75,4 ± 11,9	
50 – 59	-	-	04	57,1	03	42,9	77,8 ± 9,1	
Sexo								
Feminino	05	4,9	47	45,6	51	49,5	78,6 ± 10,4	0, 356
Masculino	-	-	04	33,3	08	66,7	81,5 ± 7,8	
Estado civil								
Casado/união consensual	03	6,3	17	35,4	28	58,3	79,6 ± 11,7	0, 373
Solteiro	01	1,8	29	51,8	26	46,4	78,6 ± 8,9	
Separado/divorciado	01	9,1	05	45,5	05	45,5	77,2 ± 10,5	
Tempo de formado (ano)								
<1	-	-	03	25,0	09	75,0	80,2 ± 9,6	0, 267
1 – 2	01	3,2	12	38,7	18	58,1	82,0 ± 9,7	
3 – 10	01	3,7	11	40,7	15	55,6	78,8 ± 9,3	
11 – 30	03	6,7	25	55,6	17	37,8	75,2 ± 11,2	

Obs.* Escala de Likert transformada em escala de 0 a 100.

5.4.5 Associação entre estrutura e as variáveis sociodemográficas

A Tabela 5 apresenta as médias existentes entre o domínio estrutura e as variáveis sociodemográficas. No que se refere ao “tempo de serviço” (p= 0,631), “idade” (p= 0,185), “sexo” (p= 0,682), “estado civil” (p= 0,758) e “tempo de formado” (p= 0,475) não houve diferença entre as proporções, o que se traduz em pouca significância, ou seja, não trouxeram variação às respostas do questionário. No entanto, os itens “local de trabalho” (p= 0,000) e “setor” (p = 0,001) apresentaram relevância significativa. No que se refere ao “local de trabalho” dos enfermeiros entrevistados, observou-se que o Hospital B apresentou uma

significância maior, com 95,4% de respostas positivas (43,8% “quase sempre” e 51,6% “sempre”).

Tabela 5 – Associação entre a estrutura e as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.

Variável*	Nunca/às vezes		Quase sempre		Sempre		Média ± DP	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Local de trabalho								0,000
Hospital A	20	39,2	20	39,2	11	21,6	61,6 ± 22,4	
Hospital B	03	4,7	28	43,8	33	51,6	77,4 ± 12,3	
Setor								0,000
Clínica médica	11	19,3	25	43,9	21	36,8	71,2 ± 15,8	
Clínica cirúrgica	06	13,6	23	52,3	15	34,1	73,4 ± 13,9	
Tempo de serviço (ano)								0,631
<1	03	15,0	09	45,0	08	40,0	72,6 ± 14,4	
1 – 2	05	16,1	10	32,3	16	51,6	74,8 ± 19,2	
3 – 10	08	25,0	15	46,9	09	28,1	69,8 ± 14,9	
11 – 26	07	21,9	14	43,8	11	34,4	65,5 ± 24,4	
Idade (ano)								0,185
22 – 29	08	17,0	20	42,6	19	40,4	71,7 ± 16,9	
30 – 39	06	17,6	16	47,1	12	35,3	72,8 ± 15,5	
40 – 49	09	33,3	07	25,9	11	40,7	63,7 ± 26,8	
50 – 59	-	-	05	71,4	02	28,6	75,7 ± 7,3	
Sexo								0,682
Feminino	21	20,4	44	42,7	38	36,9	69,8 ± 19,3	
Masculino	02	16,7	04	33,3	06	50,0	75,8 ± 17,8	
Estado civil								0,758
Casado/união consensual	12	25,0	19	39,6	17	35,4	68,6 ± 22,2	
Solteiro	10	17,9	24	42,9	22	39,3	71,6 ± 16,0	
Separado/Divorciado	01	9,1	05	45,5	05	45,5	71,8 ± 20,3	
Tempo de formado (ano)								0,475
<1	01	8,3	06	50	05	41,7	74,2 ± 15,2	
1 – 2	05	16,1	10	32,3	16	51,6	76,3 ± 13,6	
3 – 10	05	18,5	13	48,1	09	33,3	70,0 ± 19,1	
11 – 30	12	26,7	19	42,2	14	31,1	65,6 ± 22,3	

Obs.* Escala de Likert transformada em escala de 0 a 100.

A razão do hospital B apresentar melhor estrutura deve-se aos investimentos de capital e custeio que o mesmo foi submetido nos últimos anos, favorecendo uma melhoria na qualidade e quantidade de oferta de serviços de saúde.

Vale lembrar que a estrutura refere-se à adequação do hospital para desenvolver ações voltadas para a promoção da saúde, limpeza adequada, número adequado de paciente/enfermaria, iluminação e ventilação adequadas.

Quanto ao item “setor”, houve uma discreta significância maior dos enfermeiros que trabalham nas clínicas cirúrgicas ($M = 73,4 \pm 13,9$), em relação aos que trabalham nas clínicas médicas ($M = 71,2 \pm 15,6$ respostas).

Considera-se que este resultado se justifica por ter a unidade cirúrgica maior aparato tecnológico, em que os itens iluminação adequada, limpeza e número de usuários por sala são distintos da clínica médica. Além disso, o tempo de permanência do usuário internado na clínica médica é maior que o da clínica cirúrgica, desse modo diminui a rotatividade de usuários. Outro aspecto que pode ser inferido é que a natureza da atividade da clínica cirúrgica favorece um maior retorno financeiro para as instituições públicas, estimulando maiores investimentos para o setor.

5.4.6 Associação entre as ações executadas e as variáveis sociodemográficas

A Tabela 6 apresenta a associação entre o domínio “ações executadas” e as variáveis sociodemográficas. Observou-se que as diferenças entre o “local de trabalho” ($p = 0,227$), o “setor” ($p = 0,627$), o “tempo de serviço” ($p = 0,423$), a “idade” ($p = 0,367$), “sexo” ($p = 0,531$), “estado civil” ($p = 0,295$) e o “tempo de formado” ($p = 0,362$) não tiveram relevância significativa, ou seja, não trouxeram variação às respostas do questionário. Percebeu-se que não há influência dos dados sociodemográficos consideravelmente relevante para impedir a realização de ações voltadas para a promoção da saúde no contexto hospitalar.

Tabela 6 – Relação entre ações executadas e as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.

Variável*	Nunca/às vezes		Quase sempre		Sempre		P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Local de trabalho							
Hospital A	04	80,0	19	45,2	28	41,2	0,227
Hospital B	01	20,0	23	54,8	40	58,8	
Setor							
Clínica médica	01	33,3	22	55,0	34	58,6	0,627
Clínica cirúrgica	02	66,7	18	45,0	24	41,4	
Tempo de serviço (ano)							
<1	-	-	08	19,1	12	20,7	0,423
1 – 2	01	20,0	08	19,1	12	20,7	
3 – 10	01	20,0	13	31,0	18	31,0	
11 – 26	03	60,0	13	31,0	16	27,8	
Idade (ano)							
22 – 29	01	20,0	18	42,9	28	41,2	0,367
30 – 39	02	40,0	08	19,1	24	35,3	
40 – 49	02	40,0	12	28,6	13	19,1	
50 – 59	-	-	04	9,5	03	4,4	
Sexo							
Feminino	05	100,0	38	90,5	60	88,2	0,531
Masculino	-	-	04	9,5	08	11,8	
Estado civil							
Casado/união consensual	03	60,0	13	31,0	32	47,1	0,295
Solteiro	01	20,0	24	57,1	31	45,6	
Separado/divorciado	01	20,0	05	11,9	05	7,4	
Tempo de formado (ano)							
<1	-	-	02	4,8	10	14,7	0,362
1 – 2	01	20,0	12	28,6	18	26,5	
3 – 10	01	20,0	08	19,1	18	26,5	
11 – 30	03	60,0	20	47,6	22	32,4	

Obs.* Escala de Likert transformada em escala de 0 a 100.

Para Campos, Barros e Castro (2004, p.746), a promoção da saúde delineia-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção da saúde no sistema.

Portanto, não existem obstáculos que interfiram de modo significativo na execução de estratégias de promoção da saúde no ambiente hospitalar, pois suas diretrizes, traçadas de forma clara na Declaração de Budapeste (WHO, 1991), são aplicadas

corriqueiramente através das ações de cuidado dos enfermeiros, mesmo que não tenham consciência.

O que se necessita é estabelecer, como política de gestão, a promoção da saúde no hospital, com o conhecimento de todos, ampliando seu escopo para aplicação por todos os profissionais, além de promover a saúde dos trabalhadores. Essas ações devem ser monitoradas pelos usuários e pela sociedade de um modo geral.

5.4.7 Concepção do enfermeiro sobre promoção da saúde no ambiente hospitalar

A Tabela 7 apresenta a concepção do enfermeiro sobre a promoção da saúde na área hospitalar. Dos discursos transformados em unidades temáticas, emergiram duas categorias: “concepção de promoção da saúde com enfoque no cuidado da doença” (51,4%) e “concepção ampliada de promoção da saúde” (41,8%). As respostas que não puderam ser inseridas em nenhuma das categorias foram agrupadas e formaram uma nova categoria denominada de “não conformidade” (6,8%), ou seja, incoerentes com a pergunta formulada.

Tabela 7 – Distribuição das respostas dos enfermeiros dos hospitais de ensino, quanto ao conceito de promoção da saúde no ambiente hospitalar. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.

Variável	Nº	%
Concepção reduzida de promoção da saúde (enfoque no cuidado da doença)	91	51,4
Educação em saúde no momento dos procedimentos realizados, para auxiliar a recuperação do usuário.	31	17,5
Esclarecimento de dúvidas quanto à patologia, ao tratamento, complicações e prevenção de infecção hospitalar.	24	13,6
Orientações para redução da reinternação hospitalar.	21	11,8
Transmissão de conhecimentos acerca da melhoria do estado de saúde.	15	8,5
Concepção ampliada de promoção da saúde	74	41,8
Ambiente saudável	22	12,4
Autocuidado durante a internação e pós-alta	21	11,8
Manutenção do bem-estar e qualidade de vida	12	6,8
Integralidade	08	4,5
Comunicação e intersetorialidade	07	4,0
Empoderamento	04	2,3
Não conformidade	12	6,8

Percebeu-se que a diferença entre o número de enfermeiros que apresentaram as duas concepções foi pouco significativa (menos de 10%), entretanto, considerou-se importante destacar as interpretações dadas por cada grupo. Quanto aos enfermeiros que apresentaram a concepção reduzida de promoção da saúde (51,4%), verificou-se que compreendiam a promoção da saúde como educação em saúde no momento dos procedimentos realizados; esclarecimento de dúvidas quanto à patologia, ao tratamento, complicações e prevenção de infecção hospitalar; orientações para redução da reinternação hospitalar e a transmissão de conhecimentos acerca da melhoria do estado de saúde.

A concepção reduzida de promoção da saúde, enfocando apenas nas ações preventivas, foi encontrada por outros pesquisadores, como alvo principal das atividades desenvolvidas por profissionais de saúde. Pereira e Servo (2006) relatam que, no nível de atenção primária, ou seja, em unidades básicas de saúde, as concepções teóricas e a prática educativa dos enfermeiros são fortemente influenciadas pela concepção tradicional de educação sanitária e pelo modelo biologicista.

Complementando o raciocínio dos autores, percebeu-se que essa premissa ideológica conservadora não está presente apenas no contexto da atenção primária, que pelo menos já possui uma filosofia de trabalho, onde existe a participação comunitária, apesar de, ainda, serem guiados por intervenções prescritivas e comportamentalistas. Considerou-se que o ambiente hospitalar, por todo seu processo histórico, que resgata o tratamento e cura da doença, é o local onde há maior predomínio dessa concepção reduzida, biologicista.

Fleury-Teixeira *et al.* (2011) destacam que as práticas reconhecidas como de promoção da saúde preconizam a verdadeira concepção de promoção da saúde, como qualquer ação que tenha por objetivo a melhoria do estado de saúde das pessoas, que engloba pensar em um campo de atuação que se volte para o sentido positivo da saúde e, não somente, focalizar na doença.

Entretanto, para Sykes (2007), o que predomina no cenário hospitalar é a visão biomédica, onde a promoção de saúde tem um foco primário na prevenção de doenças e que pode dominar o planejamento e a execução das ações de profissionais de saúde, destacando entre esses, as enfermeiras. Nesse contexto, a saúde é vista, frequentemente, como o oposto de doença, determinada por riscos fisiológicos e medidas clínicas.

Whitehead (2006) já havia enfatizado em pesquisa, que a enfermagem, na sua prática clínica, permanece focada em determinantes de saúde orientados pelo modelo biomédico, adotando como abordagem de promoção da saúde o aconselhamento sobre medidas curativas e preventivas.

O enfoque do cuidado centrado na doença vem ao encontro das abordagens tradicionais, onde o sujeito é ente passivo, que só recebe a assistência, sem participar do processo terapêutico. Nesse modo de agir, o aprender em saúde e autocuidar-se estão ausentes. O sujeito é um papel em branco, sem considerar sua história de vida, valores, cultura, experiências cotidianas e conhecimento.

Essa concepção é bem aplicada na educação em saúde e comumente incorporada e utilizada pelos profissionais que julgam fazer promoção da saúde no ambiente hospitalar. Esses profissionais são vistos pela sociedade como detentores do saber e “prescrevem” [grifo próprio] comportamentos a serem seguidos pelos usuários.

Sykes (2007) relata que os cenários hospitalares são considerados ambientes apropriados para a utilização da abordagem comportamental, porque existe uma concepção de que os profissionais de saúde são “experts” [grifo próprio], que possuem grande prestígio e credibilidade no que orientam aos usuários. Considerou-se, portanto, que essas orientações são individualistas, sem haver uma preocupação com as circunstâncias estruturais e sociais que influenciam estes comportamentos, visando a mudá-los e encorajando-os a adotar estilos de vida saudáveis para prevenção de agravos.

A concepção centrada na doença e comportamentos normativos para Whitehead (2006) emprestam aos enfermeiros uma impressão equivocada de introduzir nos seus cuidados, ações de promoção à saúde. Casey (2007a) reforça que, geralmente, a participação dos usuários se resume a aspectos pessoais menores do cuidado, visto que as enfermeiras se focam em desenvolver ações rotineiras e concluir suas tarefas, como, também, segundo a autora, é a transmissão de informações, com um conteúdo “preparatório” [grifo da autora], aqui entendido como conteúdo prescritivo, para ser seguido rigorosamente.

Para Geniole, Kodjaoglanian e Vieira (2011), esse tipo de abordagem faz com que os sujeitos fiquem presos a uma nova subordinação, pois essa prática comportamentalista inibe a possibilidade de decidirem por si próprios os rumos da sua saúde, ainda considerando-os como portadores de déficit cognitivo/cultural, quando da não aquisição de novos (bons) comportamentos.

Essa visão reducionista leva à percepção de que o sujeito que se encontra internado, sob os cuidados do enfermeiro, como agente passivo, não tem condições de participar ativamente do seu processo de tratamento, reabilitação, cura e ressocialização, quando do retorno ao seu lar. O foco na doença ainda é muito forte e se confunde promoção da saúde com prevenção de doenças e agravos.

A educação em saúde continua como o conceito principal atribuído à promoção da saúde e acaba sendo uma das ações mais realizadas, conforme se verificou neste estudo. Entretanto, a educação em saúde que se utiliza é do modelo tradicional, onde o enfermeiro transmite conhecimentos e orientações ao usuário, não havendo uma participação ativa deste, que, na maioria das vezes, encontra-se vulnerável, inseguro e temeroso quanto ao seu destino, sem oportunidade de questionar ou recusar-se a realizar procedimentos.

Os discursos abaixo reforçam a síntese apresentada:

[...] estar sempre informando aos usuários [...] através de palestras, com demonstrações na prática dos cuidados que o usuário deverá ter (E₉₆).

[...] ensinando, conversando, mostrando medidas que melhoram a saúde, fatores que evitam doenças (E₈₆).

[...] é basicamente educação em saúde: prestar orientações necessárias quanto ao tratamento, diagnóstico (E₈₅).

Whitehead (2006) refere que enfermeiras confundirem promoção à saúde com educação em saúde já é comum em suas práticas. É necessário que haja esclarecimento quanto à abrangência da promoção da saúde, que traz como uma de suas atividades a educação em saúde, não no enfoque de transmissão de conhecimentos, mas sim, no empoderamento do sujeito para que possa refletir sobre sua saúde e o que poderá, dentro de seu contexto, respeitando suas limitações, condições sociais e econômicas, valores e cultura, fazer para prover a busca da qualidade de vida. Motivação, aconselhamento, construção coletiva, suporte para o desenvolvimento da consciência crítica, esse é o papel da educação em saúde, dentro da abordagem positiva da saúde.

Mas se sabe que essa não é uma condição fácil de conhecer, mesmo enfermeiras consideradas “experts” [grifo do autor] em promoção da saúde, têm dificuldade em descrever suas práticas de promoção à saúde (CAELLI; DOWNIE; CAELLI, 2003).

Casey (2007b) ressalta que as enfermeiras necessitam de treinamento, que seja focado em apoiar usuários que tenham mais resistência a mudanças, de modo a fazê-los reconhecer melhores oportunidades de promoção à saúde.

Corroboram com a autora citada, Geniole *et al.* (2011), ressaltando que os profissionais de saúde precisam estar capacitados para desenvolver educação em saúde como algo além da simples transmissão de conhecimentos. Segundo as autoras,

“as ações de educação em saúde necessitam de uma interação intersetorial, construída na e para a comunidade, respeitando sua organização e dividindo com a mesma saberes e práticas que possam interferir de maneira impactante sobre a qualidade de vida da população” (GENIOLE *et al.*, 2011, p.31).

Outro aspecto relatado no estudo como observado nas ações dos enfermeiros é a preocupação para que não haja a reinternação do usuário. Infelizmente, apesar de haver uma boa intenção nessa atitude, nenhuma política pública que contemple o sistema de referência e contra-referência é adotada. Não existe uma reintegração do usuário a um serviço de atenção básica, que possa realizar o devido acompanhamento, não existem grupos de apoio para auxiliá-lo e muitos fatores determinantes de saúde são desvalorizados, o que implica, naturalmente, na maioria das vezes, nas reinternações e no agravamento do estado de saúde da pessoa.

As concepções modernas de promoção da saúde estão voltadas para uma dimensão mais globalizante de saúde; nela estão envolvidos não somente os fatores individuais, mas, também, os determinantes sociais que colaboram para estabelecer a qualidade de vida: boa alimentação, saneamento do ambiente, boas condições de trabalho, lazer, educação, apoio familiar, integração social, estilo de vida responsável, entre outros (BUSS, 2000).

Entretanto, em nível terciário, devido ao predomínio da visão sobre a doença nas práticas de cuidado, a aplicabilidade desse referencial mostra-se limitada, predominando o seguimento de normas e rotinas utilizadas nas estruturas hospitalares. Essas ações são reforçadas pelas condutas profissionais, historicamente formadas para responder ao ideal de cura e reabilitação. Com isso, excluem-se as possibilidades de atenção no âmbito de promover a saúde em inúmeras situações, entre elas, está aquela em que a cura não se apresenta como alternativa única a ser alcançada (CASEY, 2007a).

Outro grupo de enfermeiros (41,8%) representa a concepção ampliada de promoção da saúde. Eles compreendem a saúde, na sua integralidade, como um completo bem-estar físico, mental, social e emocional. Visualizam o sujeito holístico, valorizam a participação ativa desse sujeito (empoderamento), da família, da comunidade e das redes sociais nas decisões em saúde, destacam a importância da comunicação e intersetorialidade e de um ambiente saudável. Incentivam e orientam o usuário a realizar ações de autocuidado, à manutenção do bem-estar e da qualidade de vida, após alta. Percebe-se na fala dos participantes, a predominância da visão do todo nas práticas de cuidado e na superação da centralidade sobre a doença.

Observe-se a transcrição dos discursos:

[...] é cuidar do usuário enquanto ser holístico, sem desprezar seus sentimentos, seus medos, suas crenças, seus vínculos familiares e sociais (E₁₁₁).

[...] ações realizadas para melhorar o bem-estar do usuário e ações que favoreçam a saúde, melhorem o autocuidado (E₁₀).

[...] conhecer o usuário em seu contexto de vida e não dentro de sua doença, para que tenhamos um cuidado global (E₂₈).

[...] estimular o usuário e orientá-lo no autocuidado (E₄₂).

Uma das maiores dificuldades na abordagem da promoção da saúde deve-se à complexidade da questão saúde, por ser ela multifacetada, exigindo novos olhares que integrem não apenas aspectos ligados à assistência, mas, também, a promoção e à prevenção de agravos na perspectiva de usuários, promotores de cuidados e administradores (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

Na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa, Canadá, no ano de 1986, foi frisado o valor da responsabilidade social com o empoderamento da população e o aumento da capacidade da comunidade para atuar no campo da promoção da saúde (BRASIL, 2002). Desse modo, existe, entre os participantes, a compreensão da necessidade de agregar novas perspectivas nos cuidados dos usuários nesse contexto. É necessária a identificação de aspirações, satisfação das necessidades e a modificação positiva do meio ambiente.

Observou-se que as diretrizes acima descritas foram abordadas pelos enfermeiros deste estudo, conforme se verifica na Tabela 7. É interessante destacar que os enfermeiros compreendem a importância da mobilização e participação da sociedade para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde e da necessidade de atuar com vistas à conscientização dos sujeitos.

É fato, porém, que tal atitude é percebida com maior frequência, nos serviços de atenção primária em saúde, entretanto, enfermeiros da atenção terciária já buscam soluções para inserir essa prática no cuidado aos usuários que passam pelo ambiente hospitalar, através de grupos como: colostomizados, gestantes e puérperas, diabéticos, hipertensos, entre outros.

Apesar dessas ações não se constituírem em políticas de gestão, mas serem casos isolados, decorrentes da boa vontade de alguns profissionais, já se conta com otimismo como

primeiro passo em busca da transformação dos valores incorporados ao cuidado hospitalar, principalmente, na área da enfermagem.

A clínica, numa visão contemporânea, deve 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. Campos *et al.* (2009) ressalta que a clínica deve

“ampliar o diagnóstico, além da avaliação objetiva de riscos. [Realizar] de modo compartilhado com o usuário, uma avaliação de vulnerabilidade, que inclui, além do risco biológico, o risco decorrente de comportamentos subjetivos, culturais e ainda outros originados no contexto socioeconômico” (CAMPOS *et al.*, 2009, p. 67).

Para Carvalho e Lacerda (2010) é fundamental a incorporação do conceito de clínica ampliada no cotidiano de prática de cuidado hospitalar, pois o mesmo obriga a ampliar o “objeto de trabalho” [grifo das autoras], agregando problemas de saúde, risco ou vulnerabilidade das pessoas.

Transcender o conceito restrito da clínica é pensar no sujeito não mais como um indivíduo com uma doença, mas numa rede de fatores que geram o problema de saúde, desde o aspecto objetivo – a doença em si, alcançando, também, os aspectos subjetivos que influenciam o seu bem-estar, tais como as condições ambientais, sociais, culturais, emocionais e econômicas. Pensar no sujeito em toda sua integralidade, respeitando e valorizando suas opiniões, seus desejos, seu modo de ver a vida.

A integralidade na atenção à saúde é prover o indivíduo de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, como, também, integrar profissionais de diversas áreas, numa equipe interdisciplinar, de modo a haver uma compreensão mais ampla dos problemas de saúde. É a reorientação do modelo assistencial vigente e, não somente, uma diretriz do SUS (BENITOI; FRANZII, 2010; FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2011).

Essa reorientação deve nascer, principalmente, a partir de uma vontade política, de mudança de paradigmas. Dentro do hospital, deve ser instituído como política de gestão. Casey (2007b) destaca que as mudanças organizacionais devem acompanhar a mudança de comportamento das enfermeiras, ou seja, enfermeiras desenvolvem muitas vezes ações voltadas para a promoção da saúde, mas essas ações estão sempre dissociadas dos interesses dos gestores. A promoção da saúde deve integrar a prática dos enfermeiros de instituições hospitalares, devendo-se estabelecer como cultura institucional.

A promoção da saúde no ambiente hospitalar pode contar com apoio de diferentes setores da sociedade, ou seja, não se pode pensar no hospital como um ambiente dissociado do mundo, da comunidade em que está instalada, como aquela visão ultrapassada de local de isolamento. Resultados mais eficazes de saúde podem ser conseguidos através do apoio de diferentes segmentos. Para Nutbeam (1998, p.360), a ação intersectorial em saúde é vista como central, pois um de seus propósitos é uma maior conscientização das consequências das decisões políticas para a saúde.

Intersetorialidade é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais [...]. Implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS *et al.*, 2004, p.747).

No caso de doenças epidêmicas, por exemplo, as decisões políticas influenciam diretamente nas ações desenvolvidas no ambiente das organizações hospitalares. A participação comunitária, o controle social, o investimento dos setores privados, a participação da mídia, dos líderes religiosos, da escola, são imprescindíveis no controle de doenças, no saneamento básico, nas mudanças de atitude/comportamento de pessoas.

É necessário, portanto, “empoderar” [grifo próprio] o indivíduo e a comunidade, para garantir o direito à promoção da saúde. “Empowerment” ou empoderamento significa a tomada do controle, individual ou coletivamente, de suas vidas e do meio ambiente, tornando possível a organização comunitária e a sustentabilidade dos projetos de promoção à saúde na comunidade (DE MEIS, 2011, p. 1438).

5.4.8 Práticas de promoção da saúde dos enfermeiros no ambiente hospitalar

A Tabela 8 evidencia como o enfermeiro vislumbra, a partir de sua iniciativa e da equipe de enfermagem, práticas de promoção da saúde no ambiente hospitalar. As concepções são variadas e referem-se às seguintes subcategorias: “atenção voltada à prevenção de agravos, tratamento e cura das doenças” (74%); “promoção da saúde com enfoque nos trabalhadores e nos usuários” (14%) e “usuários e promoção da saúde com enfoque na educação em saúde” (12%).

Tabela 8 – Distribuição das respostas dos enfermeiros dos hospitais de ensino, quanto às práticas de promoção da saúde no ambiente hospitalar. Fortaleza-CE, Nov - Dez/ 2010.

Variável	Nº	%
Atenção voltada à prevenção de agravos, tratamento e cura das doenças.	185	74
Execução de cuidados voltados para prevenção e controle de infecções.	106	42,3
Orientações quanto a procedimentos pós-alta, prevenção de novos agravos, complicações e encaminhamentos.	42	16,7
Oficinas sobre problemas de saúde, tratamento e prevenção de doenças.	30	11,8
Apoio psicológico para reduzir a ansiedade.	03	1,2
Melhorar o ambiente da unidade de internação (físico, provisão de materiais e equipamentos).	03	1,5
Encaminhar para profissionais especializados	01	0,5
Promoção da saúde com enfoque nos trabalhadores e nos usuários	33	14
Orientar para o autocuidado (autocuidado pós-alta).	14	4,8
Estímulo à participação em atividades socioeducativas, espirituais e recreativas.	08	4,3
Manutenção de hábitos saudáveis, orientação para melhorar a qualidade de vida.	06	2,4
Respeitar as crenças do usuário.	02	1,0
Participação do usuário na melhora do atendimento e dos serviços oferecidos.	02	1,0
Desenvolver com os profissionais, atividades de cunho social e para alívio do estresse.	01	0,5
Promoção da saúde com enfoque na educação em saúde	30	12
Grupos de usuários, acompanhantes e familiares, preparando-os para a alta e para o cuidado.	15	5,0
Desenvolver educação em saúde nos momentos da admissão e de realização de procedimentos.	06	2,3
Oficinas educativas, de educação em saúde.	08	4,2
Educação em saúde sobre a importância da higiene do ambiente para os funcionários	01	0,5
Total	115	100

Na categoria “Atenção voltada à prevenção de agravos, tratamento e cura das doenças”, os modos de efetivar a promoção da saúde no hospital por meio da iniciativa dos enfermeiros direcionam-se, predominantemente, à execução de cuidados voltados para

prevenção e controle de infecções, de novos agravos, complicações e quanto aos encaminhamentos pós-alta. Nas falas, não há a inclusão do usuário nas práticas de cuidado.

[...] esclarecer os pais, familiares e usuários sobre a doença, causa, tratamento e forma de se cuidar. (E₁₁₁).

[...] explicar, orientar, fiscalizar toda assistência de enfermagem para a melhoria da vida dos usuários internados. (E₉₂).

[...] orientação sobre pré e pós-operatório das doenças (E₆₉).

[...] preparar o familiar para alta, capacitando-o minimamente sobre o cuidado ao usuário em domicílio (E₂₀).

A prática de promoção da saúde, prioritária no ambiente hospitalar, converge para ações centradas nos indivíduos e voltadas à orientação do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem na prestação de cuidado ao usuário. A preocupação do enfermeiro concentra-se no desenvolvimento de tarefas, através de técnicas apropriadas para o desempenho do cuidado, voltadas para a criação de barreiras de contato entre a doença e os indivíduos susceptíveis.

A formação dos profissionais de saúde e dos enfermeiros direciona-se, sobretudo nos aspectos biológicos e está centrada na prevenção, tratamento e cura das doenças. No ambiente hospitalar, portanto, existe a crença prevalente no modelo biomédico, que exclui a possibilidade de desenvolvimento de ações de promoção da saúde, baseadas no bem-estar e na construção da autonomia do sujeito para participação ativa nos cuidados e na preservação de seu estado de saúde (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

Pode-se observar que uma das concepções existentes sobre o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde no cenário hospitalar, ainda se aplica à prevenção de agravos, tratamento e cura de doenças. Na realidade, os dados tendem a afirmar que o modelo assistencial médico-centrado ainda é predominante e que há necessidade urgente de uma reorientação nos serviços de saúde.

A preocupação dos enfermeiros em prover profissionais e usuários de saberes e ferramentas que os levem à prevenção de doenças ou à adequada terapêutica é confundida com o verdadeiro sentido da promoção da saúde no hospital, ou seja, o encorajamento do usuário para participar do seu próprio cuidado; no entanto, cabe ao profissional de saúde compreender as necessidades do usuário, sua cultura, a fim de percebê-lo de maneira integral (GROENE, 2006; BUDÓ et al., 2008).

Embora as condutas apresentadas estejam corretas, há necessidade de ampliar a visão do cuidado com o objetivo de estabelecer uma relação com o usuário que está sendo assistido e a sua família. Dessa forma, possibilita-se o desenvolvimento da autonomia do sujeito, para que possa participar do seu próprio cuidado e assumir um estilo de vida saudável, mesmo no ambiente hospitalar, preparando-se para a alta e a reinserção social.

A ocorrência de oficinas onde haja a integração entre o enfermeiro, usuários e familiares foi relatada como uma das atividades voltadas para a promoção da saúde, entretanto, mais uma vez, a abordagem principal está centrada no modelo biomédico, onde a preocupação maior é a doença.

Outra estratégia verificada nos discursos é a preocupação em melhorar o ambiente da unidade de internação, tanto quanto ao aspecto sanitário, prevenindo, assim, riscos de infecção, quanto à provisão de material. Sabe-se que estão implícitos, nas funções do enfermeiro, os processos de gestão, ou seja, é a equipe de enfermagem que permanece junto ao usuário continuamente, cabendo-lhe a manutenção das condições ideais da unidade de internação, de modo a que haja uma assistência de qualidade.

Nessa intenção de suprir o usuário de todas as necessidades, o enfermeiro oferece apoio emocional como uma estratégia de promoção à saúde, visto que reduz a ansiedade, alivia as tensões e auxilia o sujeito a enfrentar de forma mais saudável o processo de internação.

Nas respostas de alguns entrevistados, surgiu, como exemplo de ações de promoção da saúde, o encaminhamento do usuário, após a alta, a profissionais especializados. A super-especialização é um dos problemas que reduz o enfoque do ser integral, dinâmico, holístico para um sujeito com uma doença em alguma parte específica do corpo. Essa abordagem que transfere a visão “do todo para as partes” é herança das correntes medicalocêntricas e fragmentadas da saúde como ausência de doença.

Moliani (2006) faz comentários acerca da conduta ética do médico e ressalta que, apesar da necessidade de existirem profissionais especializados, o que tem ocorrido é que este tem valorizado mais o procedimento em si, em detrimento do resultado final, ou seja, o bem-estar e a qualidade de vida, perdendo, assim, o caráter humano do cuidado ao doente. Gomes *et al.* (2007) ressaltam essa preocupação com a super-especialização, que tem transformado a saúde em uma área da ciência que perdeu seu caráter humanista, sendo a prática médica embasada em uma visão reducionista e mecanicista sobre o homem. Martins e Nogueira (2001, p.25), por sua vez, tentam justificar essa atitude, ao afirmar que o médico também tem

incorporado essa postura devido as suas condições de trabalho, que tenderam a proletarizá-lo, submetendo-o à sobrecarga de trabalho que restringe seu contato com o cliente.

Sabe-se que essa postura mecanicista, biologicista e individualista é incorporada por outros profissionais da saúde, que recebem essas influências (Roese *et al.*, 2005) através dos tempos, da própria conjuntura, da formação acadêmica e no cotidiano do trabalho.

Na categoria “promoção da saúde com enfoque nos trabalhadores e nos usuários”, ainda que as ações concentrem-se no modelo com ênfase nos agravos, das falas emergem práticas que preconizam a promoção da saúde em sentido ampliado, incorporando os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, isto é, usuários, equipe de enfermagem e demais membros da equipe de saúde, e resgatando a humanização.

Ações de natureza socioeducativas com usuários, familiares e trabalhadores foram citadas como estratégias já utilizadas pelos enfermeiros, durante o processo de internação, atendimento pós-alta e no caso dos trabalhadores, em momentos de integração, momentos festivos e no processo de educação permanente.

O enfoque holístico foi ressaltado através do desenvolvimento de atividades espirituais e recreativas, que envolvem datas festivas com comemorações que abrangem toda a equipe de trabalho, usuários e familiares (natal, páscoa, dia das mães, dia dos pais, carnaval, etc.). O suporte espiritual é dado tanto individualmente, como também através da colaboração de representantes religiosos (padres, pastores, grupos espíritas, etc.).

Essas ações são percebidas nos discursos que emergiram na pesquisa de campo (perguntas abertas), como se segue:

[...] como já citei: estimular autoestima (higiene, autocuidado), estimular movimentação (ativar músculos, diminuir limitações), dar apoio psicológico (conversar, ouvir o usuário, fornecer autoconfiança), estimular higiene, fornecer um ambiente limpo (E₁₀₄).

[...] procurar saber o estilo de vida e com isso intervir com orientações de vida saudável, buscando o autocuidado, envolvendo usuários e familiares (E₁₀₀).

[...] já fiz várias [...] exercícios físicos, caminhada pelo hospital com usuários internados, ações de cunho social como o “dia da beleza” aonde profissionais cabeleireiros, manicures, vinham ao hospital para propiciar um momento ao usuário (E₈₈).

[...] dinâmicas relaxantes no decorrer do serviço, organização de eventos sociais (E₇₈).

Ressalta-se que existe o conhecimento por parte de alguns enfermeiros sobre o verdadeiro significado da promoção da saúde e a possibilidade de sua aplicação no contexto

hospitalar como, também, uma preocupação em desenvolver ações que ultrapassem o sentido restrito do tratamento de doenças. O processo de admissão parece ser mais humanizado, combinando o normativo ao subjetivo; nesse processo, o usuário tem uma identidade e necessidades específicas, que são reconhecidas e, na medida do possível, atendidas. O acolhimento como estratégia para uma atenção mais humanizada é valorizado.

O acolhimento e o vínculo estão entre os pontos positivos do SUS e permitem que se desenvolva confiança entre usuários e profissionais, aumentando, assim, a eficácia nas ações assistenciais e educativas (QUEIROZ; JORGE, 2006; BLOIS et al., 2008).

A preocupação com o bem-estar dos profissionais que atuam no ambiente hospitalar constou das falas dos enfermeiros como medida de promoção da saúde. Um dos focos da promoção da saúde no ambiente hospitalar, segundo as diretrizes do gabinete europeu de serviços integrados de saúde da Organização Mundial de Saúde, é o trabalhador, promovendo um ambiente de trabalho seguro e saudável, oferecendo desenvolvimento e capacitação do pessoal em promoção da saúde ou implementação de uma política de saúde ocupacional (WHO, 2004).

Atuar, segundo o referencial da promoção da saúde, implica ações como o envolvimento dos usuários para que possam intervir ativamente no controle da sua saúde. Preconiza-se a existência de ambientes saudáveis e favoráveis ao alcance da qualidade de vida por meio de ações humanizadas, que promovam acolhimento e vínculo, que sejam sensíveis às necessidades e individualidades dos usuários dos serviços e que permitam o direcionamento de medidas que proporcionem cuidados integrais (BRASIL, 2002; BARBOSA; SILVA, 2007).

A promoção de saúde integrada ao cuidado de enfermagem, no contexto hospitalar, não deve ser vista como uma ação individual ou de grupo, mas como uma política institucional. As ações para a promoção da saúde devem-se voltar para o ambiente de trabalho, englobando os componentes da equipe de saúde e para usuários, proporcionando acréscimo na qualidade de vida e de trabalho para os profissionais de saúde, bem como uma assistência de qualidade para as pessoas assistidas (MACHADO; PORTO, 2003). A palavra-chave é co-responsabilidade, que significa compartilhar saberes e práticas entre os profissionais de saúde e usuários dentro do processo de promoção da saúde, com ações individuais e coletivas dos atores sociais envolvidos a saber: gestores, usuários e corpo de profissionais (CAMPOS; CAMPOS, 2006).

A terceira categoria deste estudo foi o desenvolvimento da promoção da saúde com enfoque na educação em saúde (da equipe e do usuário). Ao enfermeiro cabe, além da

assistência pela implementação de técnicas e procedimentos que proporcionem atenção e conforto aos usuários, a execução de práticas de educação em saúde capazes de abordar aspectos que proporcionem a continuidade da assistência não apenas no âmbito hospitalar, mas, também, na rede ampliada de atenção à saúde. Desse modo, é destacada nos discursos a promoção da saúde utilizando-se como ferramenta, a educação em saúde, como se verifica abaixo:

[...] aproveitar momentos da admissão, alguns procedimentos como sondagem vesical de alívio [...] para aproveitar, conversar e orientar em educação em saúde (E₃).

[...] faço educação em saúde, momentos para discutir questões sobre cidadania, política, conversas sobre higiene adequada, motivação, oficinas sobre problemas de saúde, estilo de vida (E₁₂).

[...] educação em saúde para cuidado direto ao usuário, controle de infecção hospitalar, desenvolver atividades lúdicas como forma de entretenimento e “fuga” da doença e do ambiente hospitalar (E₃₉).

As ações de cunho educativo são ferramentas capazes de exercitar a autonomia e “empoderamento” aos usuários diante das situações de adoecimento para que intervenham, segundo as potencialidades de cada um na qualidade de vida. Assim, usuários dos serviços, familiares, profissionais, entre outros sujeitos são envolvidos; isso estabelece objetivos em comum que podem ser alcançados (CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Para que a educação em saúde seja um elemento de promover saúde é necessário que incorpore elementos da realidade a partir da problematização. Esses conceitos opõem-se às práticas verticalizadas e guiadas pelos conhecimentos dos profissionais sobre a doença, ainda predominantes nesse campo. Nessas práticas, persiste a visão de que o sujeito é passivo e de que se faz necessário o profissional trazer o “pacote” pronto a ser incorporado, assimilado pelo indivíduo, para mudança de comportamento e adequação a um estilo de vida saudável, imposto de acordo com a concepção do profissional de saúde.

Esse enfoque de educação e prevenção baseia-se na prescrição de conduta, na qual o usuário sai da unidade com a prescrição de mudança de hábito a ser implementada em seu cotidiano, sem levar em conta seus valores e seu modo de viver. Não prevê ainda a participação ativa dos usuários na construção de projetos de cuidados.

Observou-se que não são considerados os fatores internos aos indivíduos, nem uma série de questões externas como os fatores socioculturais, os ambientes em que se

desenvolvem as relações de saúde, que acabam por interferir nos modos como o usuário evolui diante de um certo agravo.

No caso de os participantes informarem uma prática educativa com ênfase na transferência do conhecimento desconsiderando o saber dos usuários, tais fundamentos se desviam do que hoje é preconizado como “empoderamento” e autonomia dos usuários. Tem-se reconhecido que muitas das práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros enfocam a prevenção de doenças, sem incorporar a compreensão dos fatores determinantes dos problemas de saúde ou as necessidades e saberes da população trabalhada (ACIOLI, 2008).

No processo educativo, é útil a inclusão do sujeito a partir da problematização e reflexão sobre suas condições de vida e da percepção da necessidade de mudança de comportamento ou não. Dessa forma, ele atua de maneira consciente e autônoma, em sua condição de vida e gera uma maior participação nas intervenções em saúde (FREIRE, 1997a).

6 CONCLUSÕES

Ao final deste estudo, após construção, validação e aplicação da EAPS junto aos enfermeiros de dois hospitais de ensino de Fortaleza-CE, concluiu-se que:

- Há predominância do sexo feminino (89,6%), solteiras (48,7%) e adulto jovem com faixa etária entre 22-39 anos ($M=34,3 \pm 9,5$), na força de trabalho do enfermeiro nos hospitais de ensino;

- A maioria dos enfermeiros teve sua formação acadêmica há mais de 11 anos ($M = 09 \pm 8,6$) e com tempo de serviço no referido hospital bastante diversificado, sendo a média igual a 7 anos;

- A proporção de profissionais com pós-graduação *stricto sensu* (4,3%) é muito inferior àqueles com pós-graduação *lato-sensu* (72,2%);

- Existe uma precarização do trabalho pelo número significativo de contratos temporários de enfermeiros (44,4%);

- O questionário é viável quanto a sua estrutura semântica (escore entre 100% e 80%); tem alta consistência interna ($\alpha > 0,72$) e significância ($p < 0,005$) em todos os itens;

- Os enfermeiros respondentes consideraram o questionário de fácil compreensão;

- A análise do item **atividade total** apresentou uma significância relevante de respostas positivas (95,6% e $M = 78,9 \pm 10,2$), demonstrando que os enfermeiros desenvolvem ações, na sua prática hospitalar, que contemplam os princípios da promoção da saúde, apesar de muitas vezes não as reconhecerem;

- No domínio **estrutura**, houve boa significância (80%), o que revela que as condições estruturais oferecidas pelos hospitais envolvidos não desfavorecem o desenvolvimento de ações voltadas para os princípios da promoção da saúde. Os itens de maior significância foram: **adequação do hospital para desenvolver ações voltadas para a promoção da saúde** ($M = 89,2 \pm 15,3$), **limpeza adequada** ($M = 81,4 \pm 15,2$), **número adequado de pacientes por enfermaria** ($M = 76,0 \pm 18,1$), **iluminação adequada** ($M = 75,1 \pm 19,8$) e **ventilação adequada** ($M = 71,0 \pm 19,0$);

- O domínio **ação executada** apresentou elevada significância (95,6%), sendo a média igual a $80,6 \pm 10,2$;

- Predomina, nas ações executadas pelos enfermeiros, a concepção ampliada de saúde e, por conseguinte, as de promoção da saúde, conforme as diretrizes preconizadas pela Declaração de Budapeste;

- Os enfermeiros reorientam seus cuidados com enfoque nos pacientes, valorizam o diálogo, estimulam a participação e defendem seus interesses;

- As ações mais executadas no cotidiano do enfermeiro no ambiente hospitalar, relacionadas aos pacientes e familiares são: **respeito** ($96,9 \pm 9,4$ respostas), **manutenção da identidade** ($95,8 \pm 9,7$ respostas), **uso de linguagem acessível** ($94,6 \pm 10,4$ respostas), **explicação dos procedimentos** ($94,1 \pm 9,9$ respostas), **credibilidade** ($93,7 \pm 10,7$ respostas), **estímulo à participação** ($92,2 \pm 12,9$ respostas) e **atendimento de solicitações** ($91,6 \pm 11,8$ respostas);

- As ações mais executadas no cotidiano do enfermeiro no ambiente hospitalar, relacionadas à equipe multiprofissional são: **manutenção da equipe informada** ($95,3 \pm 10,4$ respostas), **supervisão da higiene da Unidade de Internação** ($94,2 \pm 11,2$ respostas), **disponibilização de material de proteção** ($91,7 \pm 14,0$ respostas) e **busca de apoio em outros profissionais** ($90,6 \pm 14,3$ respostas);

- As concepções do enfermeiro sobre a promoção da saúde na área hospitalar resultaram em duas categorias: **Concepção de promoção da saúde com enfoque no cuidado da doença** (51,4%) e **Concepção ampliada de promoção da saúde** (41,8%);

- Os enfermeiros que apresentaram a concepção de promoção da saúde com enfoque no cuidado da doença compreendem a promoção da saúde predominantemente como a educação em saúde no momento dos procedimentos realizados;

- Os enfermeiros que representaram a concepção ampliada de promoção da saúde compreendem a saúde na sua integralidade, visualizam o sujeito holístico, valorizam a participação ativa desse sujeito (empoderamento), da família, da comunidade e das redes sociais nas decisões em saúde;

- As práticas de promoção da saúde no ambiente hospitalar do enfermeiro referem-se às seguintes subcategorias: “atenção voltada para a prevenção de agravos, tratamento e cura das doenças” (74%); “promoção da saúde com enfoque nos trabalhadores e nos usuários” (14%) e “promoção da saúde com enfoque na educação em saúde” (12%);

- A categoria **Atenção voltada para a prevenção de agravos, tratamento e cura das doenças** consiste, predominantemente, na execução de cuidados voltados para prevenção e controle de infecções, de novos agravos, complicações e quanto aos encaminhamentos pós-alta;

- A realização de oficinas onde há a integração entre o enfermeiro, pacientes e familiares é uma das atividades voltadas para a promoção da saúde, no entanto, a abordagem principal está centrada no modelo biomédico, onde a preocupação maior é a doença;

- Existe a preocupação em melhorar o ambiente da unidade de internação, tanto no aspecto sanitário, prevenindo assim riscos de infecção, quanto à provisão de material;

- Nessa intenção de suprir o paciente de todas as necessidades, o enfermeiro oferece apoio emocional como uma estratégia de promoção à saúde, visto que reduz a ansiedade, alivia as tensões e auxilia o sujeito a enfrentar de forma mais saudável o processo de internação;

- Na categoria **promoção da saúde com enfoque nos trabalhadores e nos usuários**, ainda que as ações concentrem-se no modelo com ênfase nos agravos, das falas emergem práticas que preconizam a promoção da saúde em sentido ampliado, incorporando os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, isto é, usuários, equipe de enfermagem e demais membros da equipe de saúde, resgatando a humanização;

- Ações de natureza socioeducativas com pacientes, familiares e trabalhadores foram citados como estratégias já utilizadas pelos enfermeiros, durante o processo de internação, atendimento pós-alta e no caso dos trabalhadores, em momentos de integração, momentos festivos e no processo de educação permanente;

- O enfoque holístico, realizado através do desenvolvimento de atividades espirituais e recreativas, ocorre em datas festivas com comemorações que abrangem toda a equipe de trabalho, usuários e familiares (natal, páscoa, dia das mães, dia dos pais, carnaval etc.);

- O suporte espiritual é dado tanto individualmente, como através da colaboração de representantes religiosos (padres, pastores, grupos espíritas etc.) e;

- A preocupação com o bem-estar dos profissionais que atuam, no ambiente hospitalar, constou das falas dos enfermeiros como medida de promoção da saúde.

Ressalte-se que a aplicação da EAPS em outras populações com características similares é necessária para que seja aprimorada e, potencialmente, revalidada.

Espera-se que os resultados desta pesquisa sirvam de elementos para a construção de projetos de trabalho e planos de gestão hospitalar que incluam, efetivamente, estratégias voltadas para a promoção da saúde no ambiente hospitalar, assim como o reconhecimento dessas práticas como elementos imprescindíveis ao cuidado.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar do desenvolvimento deste estudo ter utilizado os critérios estatísticos necessários para conferir-lhe confiabilidade e do caráter inédito da investigação visto que, no Brasil, não se encontram estudos abordando a temática **promoção da saúde no ambiente hospitalar**, tema de grande relevância, é importante ressaltar algumas limitações evidenciadas:

- A pouca disponibilidade de tempo e a baixa receptividade de alguns enfermeiros para responder o questionário;
- A permissão dada para que os enfermeiros levassem o instrumento de coleta de dados para casa, no início da pesquisa de campo, atrasando a compilação e análise;
- A amostra restrita a enfermeiros de hospitais de ensino, o que limitou o cenário do estudo. Recomenda-se a aplicação em outros cenários e com outros profissionais de saúde, visto que a promoção da saúde contempla a intersetorialidade;
- O enfoque da pesquisa somente pela ótica do enfermeiro. Sugere-se que outros estudos sejam realizados para contemplar concepções da promoção da saúde no ambiente hospitalar a partir do olhar do usuário.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enferm.**, v.61, n.1, p.117-121, 2008.
- AGUIAR, B. G. C.; MOURA, V. L. F.; SORIA, D. A. C. Especialização nos moldes de residência em enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.57, n.5, p.555-559, 2004.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (orgs.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.15-26.
- ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C. O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.4, p.424-433, 2003.
- ARREGUY-SERRA, C.; GOMES, E. A.; CABRAL, M. I. A.; CENTELLAS, S.; FONSECA, L. N. Interrupção do uso do tabaco: a consulta de Enfermagem como estratégia para promoção da saúde baseada em protocolo. **Rev Min Enferm.**, v.10, n.3, p.297-305, 2006.
- BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; OLÍMPIO, J. N. V. B. Hospitais de Ensino e o Sistema Único de Saúde. **RAS** v.12, n.46, p. 2010. Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/RAS_v12n46_p7-14.pdf Acesso em: 13 jul. 2011.
- BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm.**, v.60, n.5, p.546-551, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 287p.
- BECK, C. L. C.; LISBÔA, R. L.; TAVARES, J. P.; SILVA, R. M.; PRESTES, F. C. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.30, n.1, p.54-61, 2009.
- BENITO, G. A. V.; FRANZ, M. S. Educación permanente en la salud. Reflexiones en La perspectiva de la Integralidad. **Reva Cubana Enfermería**, v.26, n.4, p.667-679, 2010.
- BLOIS, J. M.; CARTANA, M. H. F.; DAL SASSO, G. T. M.; MARTINS, C. R. Home care as a possibility of art expression, creativity and access to technology: an analysis on the subject. **Online Braz J Nurs** [Internet] v.7, n.1, 2008 Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1373/314> Acesso em: 9 jan. 2010.
- BORGES, M. S.; GUILHEM, D.; DUARTE, R. A.; RIBEIRO, A. S. M. Representações sociais do trabalho da enfermagem: as ancoragens estruturais na visão da sociedade brasileira. **Ciênc Cuid Saúde**, v.2, n.2, p.113-122, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santa-Fé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001a. 112p.

_____. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf%20. Acesso em: 30 jan. 09.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 72p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 2006b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf. Acesso em: 30 jan 09.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60p.

BUDÓ, M. L. D.; MATTIONI, F. C.; MACHADO, T. S.; RESSEL, L. B.; LOPES, L. F. D. Quality of life and health promotion through the perspective of the users of the family health strategy. **Online Braz J Nurs** [Internet] v.7, n.1, 2008. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1104/291>. Acesso em: 9 jan. 2009.

BURNS, N.; GROVE, S. **Understanding nursing research**. 3ed. Philadelphia: Saunders, 2003.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAELLI, K.; DOWNIE, J.; CAELLI, T. Towards a decision support system for health promotion in nursing. **J Adv Nurs.**, v.43, n.2, p.170-180, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, v.15, n.1, p.187-193, 1999.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.745-749, 2004.

CAMPOS, G. W. S. MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO Y. M (organizadores). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. 871p.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o usuário em questão. In: CAMPOS, G. W. S CAMPOS, G. W. S. MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO Y. M (organizadores). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.669-688.

CARVALHO, A. C. S.; LACERDA, A. C. Enfermagem atuando na educação de usuários e familiares: uma visão ampliada. **Rev Pesq Cuid Fundam.**, v.2, Supl., p.445-448, 2010.

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.

_____. Using action research to change health-promoting practice. **Nurs Health Sci.**, v.9, n.1, p.5-13, 2007b.

_____. Nurse's perceptions, understanding and experiences of health promotion. **J Clin Nurs.**, v.16, n.6, p.1039-1049, 2007c.

CASTELLANOS, B., E., P. RODRIGUES, A. M.; ALMEIDA, M. C. P.; MENDES, A. S. S. A. Os desafios da Enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41., 1989, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABEn, 1989. p. 147-69.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. **Hospital Geral de Fortaleza**. 2007. Instituição. Disponível em: <http://www.hgf.ce.gov.br> Acesso em: 23 nov. 2009.

CECILIO, L. C. O. Agir em saúde – o desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. 385p.

_____. Modelos tecnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saúde Pública**, v.13, n. 3, p.469-478, 1997.

CECILIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde Soc.**, v.13, n.2, p.39-55, 2004.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. (orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, 4ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. **Cad Saúde Pública**, v.15, n.4, p.701-709, 1999.

DE MEIS, C. Cultura e empowerment: promoção à saúde e prevenção da Aids entre prostitutas no Rio de Janeiro. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, Supl. 1, p.1437-1444, 2011.

DIOGO, M. J. D. E.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Implantação do Grupo de Atenção à Saúde do Idoso (GRASI) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato de experiência. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v.8, n.5, p.85-90, 2000.

DUARTE, N. S.; MAURO, M. Y. C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. **Rev Bras Saúde Ocup.**, v.35, n.121, p.157-167, 2010.

EISER, C.; MORSE, R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. **Health Technol Assess**, v.5, n.4, p.1-157, 2001.

FALK; M. L. R.; MÁRCIA ZIEBELL RAMOS; JENNIFER BRAATHEN SALGUEIRO. A rede como estratégia metodológica da Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. **Interface Comunic Saúde Educ.**, v.13, supl.1, p.709-17, 2009.

FERNANDEZ, J. C. A. **Promoção da saúde e dinâmica social: o lugar dos usuários**. 2011. 292f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.965-971, 2007.

FLEURY-TEIXEIRA; P.; VAZ, F. A. C.; CAMPOS, F. C. C.; ÁLVARES, J.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.13, supl.2, p.2115-2122, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital.. **Acta Paul Enferm.**, v.23, n.2, p.169-174, 2010.

FURTADO, M. C. C.; LIMA, R. A. G. O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para a enfermagem pediátrica. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v.11, n.1, p. 66-73, 2003.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 23ª ed. Rio de Janeiro: Universitária, 2007. 295p.

GENIOLE, L. A. I.; KODJAOGLANIAN, V. L.; VIEIRA, C. C. A. (orgs). *A Família e Educação em saúde: promoção da saúde e intersectorialidade na abordagem familiar*. UFMS, 2011.

GOMES, A. M. A.; MOURA, E. R. F.; NATIONS, M. K.; VALDÉS, M. T. M. Qualidade de vida de médicos e usuários de um serviço de saúde: entrevista etnográfica. **Rev APS.**, v.10, n.1, p. 27-35, 2007.

GOMES, E. L. R.; ANSELM, M. L.; MISHIMA, S. M.; VILLA, T. C. S.; PINTO, I. C.; ALMEIDA, M. C. P. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (orgs.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.229-250.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S.; ZUARDI, A. W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. 438p.

GROENE, O. **Evaluating the progress of the Health Promoting Hospitals Initiative? A WHO perspective**. p.205-207, 2011. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/20/2/205.full.pdf+html> Acesso em: 21 jul. 2011.

_____. **Evaluating the progress of the Health Promoting Hospitals Initiative? A WHO perspective: The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? Health Promotion International**, p.259-267, 2004. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/20/2/205.full> Acesso em: 20 ago. 2009.

_____. **Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.

GROENE, O; GARCIA-BARBERO, M. **Health promotion in hospitals: evidence and quality management**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.

HADDAD, M. C. L.; ÉVORA, Y. D. M. Nursing care quality: the view from a patient hospitalized in a public university hospital. **Ciênc Cuid Saúde**, v.7, supl. 1, p. 5-52, 2008.

SPELLER, V.; LEARMONTH, A.; HARRISON, D. The Search for evidence of effective health promotion. **BMJ**, v.315, p.361-363, 1997.

HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEBS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.2, p.352-358, 2006.

HILL, M. M.; HILL, A. **Investigação por questionário**. 2ª ed., Lisboa: Sílabo, 2005.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Rev Esc Enferm USP**. v.41, n.4, p.559-566, 2007.

JORGE, M. S. B.; FIÚZA, G. V.; QUEIROZ, M. V. O. A fenomenologia existencial como possibilidade de compreensão das vivências da gravidez em adolescentes. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.14, n.6, p.907-914, 2006.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. 77p.

LEAVEL, H. R.; CLARK, E. G. **Preventive medicine for the doctor in his community**: an epidemiologic approach. New York: McGraw-Hill, 1965. 684p.

LIMA, S. V.; HADDAD, M. C. L.; SARDINHA, D. S. S. Planejamento estratégico elaborado juntamente com a equipe de enfermagem de um hospital de médio porte. **Cienc Cuid Saude**, v.7, supl.1, p.138-144, 2008.

LIMA, V. P.; GUEDES-SILVA, D. Percepção dos profissionais de enfermagem do pronto socorro do hospital municipal de Ji-Paraná/RO quanto aos fatores de risco para doença ocupacional [Resumo]. **Ciênc Consc.**, v.2, 2009.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização, quarta edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES M. J. M.; LEAL S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad Pagu.**, v.24, n.1, p.105-25, 2005.

LOPES, M. L. **Uso de simulação filmada para avaliar o relacionamento interpessoal enfermeiro-usuário no cuidado ao adulto hospitalizado**. 2004. 228 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

LUVISOTTO, M. M.; VASCONCELOS, A. C.; SCIARPA, L. C.; CARVALHO, R. Atividades assistenciais e administrativas do enfermeiro na clínica médico-cirúrgica. **Einstein**, v.8, n.2, p.209-14, 2010.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res.**, v.35, n.6, p.382-385, 1986.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 12, n.3, p.121-30, 2003.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.871-877, 2007.

MAGALHÃES, A. M. M.; MARTINS, C. M. S.; FALK, M. L. R.; FORTES, C. V.; NUNES, V. B. Perfil dos profissionais de enfermagem do turno noturno do hospital de clínicas de porto alegre. **Rev HCPA**, v.27, n.2, p.16-20, 2007.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A.C.; LEITE, M. M. J. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.3, p.472-478, 2006.

MARTINS, M. C. F. N.; NOGUEIRA, C. F. **Humanização das relações assistenciais**: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MARTINS, Á. K. L.; NUNES, J. M.; NÓBREGA, M. F. B.; PINHEIRO, P. N. C.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v.19, n.2, p.324-329, 2011.

MARTINS, M. L.; SILVA, R. D. M.; FANGIER, A.; PERUGINI, V. C.; PEREIRA, V. C.; D'ÁVILA, F. S et al . A trajetória do grupo de apoio à pessoa ostomizada: projetando ações em saúde e compartilhando vivências e saberes. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.4, p.594-600, 2005.

MAURO, M. Y. C.; PAZ, A. F.; MAURO, C. C. C.; PINHEIRO, M. A. S.; SILVA, V. G. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc Anna Nery**, v.14, n.1, p.13-18, 2010.

MEDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev Assoc Med Bras**, v.47, n.2, p.149-156, 2001.

MENDES, A. C. G.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C. A.; FURTADO, B. M. A. S.; DUARTE, P. O.; SANTIAGO, R. F.; COSTA, T. R. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v.9, n.2, p.157-165, 2009.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores [Editorial]. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 2, n.3, p.447-448, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf Acesso em: 21 jan. 12.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.147-154, 2004.

MOLIANI, M. M. A influência no processo de trabalho na ocorrência do erro médico. **Estud Sociol.**, v.11, n.21, p.13-28, 2006.

NAIDOO, J.; WILLS, J. Health promotion in primary health care and hospitals. In: NAIDOO, J.; WILLS, J. **Health promotion foundations for practice**. Edinburg: Baillière Tindall, 2000. p.309-325.

NÓBREGA, M. F. B. **Processo de trabalho em enfermagem hospitalar na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino**. 2006. 158f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências de Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

NORWOOD, S. **Research strategies for advanced practice nurses**. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall, 2000. 499p.

NOWAK, P., LOBNIG, H., KRAJIC, K., PELIKAN, J. M.; **WHO model project** - health and hospital; case study rudolfstiftung hospital. Vienna: Health Promoting Hospitals, 1998.

NOWAK, P.; MÄRZ, R. **Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects**. Vienna: Health Promoting Hospitals, 1997.

NUNES, J. M.; MARTINS, Á. K. L.; NÓBREGA, M. F. B.; SOUZA, A. M. A.; FERNANDES, A. F. C.; VIEIRA, N. F. C. Promoção da saúde no hospital sob a ótica do enfermeiro: estudo descritivo-exploratório. **On line Braz J Nus.**, v. 8, n.3. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2568/566> Acesso em: 13 ago 2010.

NUTBEAM, D. Health promotion glossary. **Health Promot Int.**, v.13, n.4, p.349-364, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 2 mai. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Carta de Ottawa**. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. p.1-5, 1986. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2010.

PASQUALI, L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. In: PASQUALI, L. (org.). **Escalas psicométricas**. Brasília: LABPAM; IBAPP, 1999. p.105-127.

_____. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

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.

PEREIRA, A. P. C. M.; SERVO, M. L. S. A enfermeira e a educação em saúde: estudo de uma realidade local. **Rev Baiana Saúde Pública.**, v.30, n.1, p.7-18, 2006.

PESTANA, M. H.; GAGUEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais**. 4.ed. Lisboa: Síbalo, 2005.

PITTA, A. M. F. **Hospital**: dor e morte como ofício. 3ªed. São Paulo: Hucitec, 1999.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Artmed, 2004. 488p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Using research in evidence-based nursing practice. In: POLIT, D. F.; BECK, C. T. (Ed.). **Essentials of nursing research**: methods, appraisal and utilization. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

PROTÁSIO, L. L. Pesquisa e ensino: componentes essenciais do Hospital Universitário. **Arq Bras Cardiol.**, v.88, n.3, p. 371-372, 2007.

PUTTING, W. G. **HPH policy into practice**. Product of the WHO working group, putting HPH policy into action. Commissioned by WHO-European Office for Integrated Health Care Services. Barcelona: 2004.

QUEIROZ, M. V. O. JORGE, M. S. B. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface Comunic Saúde Educ.**, v.10, n.19, p.117-130, 2006.

QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Concepções de promoção da saúde e atuação dos profissionais que cuidam da criança. **Acta Paul Enferm.**, v.17, n.1, p.31-37, 2004.

QUINLAN, M.; MAYHEW, C.; BOHLE, P. The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research. **Int J Health Serv.**, v.31, p.335-414, 2001.

RAUPP, F. M. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2003. p.76-96.

REBOUÇAS, C. B. A. **Construção e validação de um modelo de comunicação não verbal para o atendimento de enfermagem a pacientes cegos**. 2008. 117f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

RICCI, N. A.; WANDERLEY, F. S.; OLIVEIRA, M. S.; REBELATTO, J. R. O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários. **Ciênci Saúde Coletiva**, v.16, Supl.1, p.1125-1134, 2011.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social – métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROESE, A.; SOUZA, A. C.; PORTO, G. B.; COLOMÉ, I. C. S.; COSTA, L. E. D. A produção do conhecimento na enfermagem: desafios na busca de reconhecimento no campo interdisciplinar. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.26, n.3, p.302-327, 2005.

ROTENBERG, L.; GRIEP, R.; FISCHER, F. M.; FONSECA, M. J. M.; LANDSBERGIS, P. Working at night and work ability among nursing personnel: when precarious employment makes the difference. **Int Arch Occup Environ Health** v.82, n.7, p.877-885, p.2009.

SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S. D. O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.3, p.332-340, 2005.

SAUPE, R.; BENITO, G. A. V.; WENDHAUSEN, Á. L. P.; CUTOLO, L. R. A. Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. **Saúde Rev.** v.8, n.18, p.31-37, 2006.

SAWADA, N. O. **A dimensão não verbal da interação enfermeiro-usuário em situação pré-operatória**. 1990. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 1990.

SELEGHIM, M. R.; TEIXEIRA, J. A.; MATSUDA, L. M.; INOUE, K. C. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. **Rev Rene.**, v.11, n.3, p.122-131, 2010.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface Comunic Saúde Educ.**, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SYKES, S. Approaches to promoting health. In: WILLS, J. **Vital notes for nurses: promotion health.** United Kingdom: Wiley-Blackwell, 2007. p.46-64.

SOEKEN, K. L. Validity of measures. In: WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. R. **Measurement in nursing and health research.** 3rd ed. New York: Springer, 2004.

THIENGO, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; RODRIGUES, B. M. R. D. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.1, p.68-76, 2005.

TOLEDO, L. C. **Feitos para curar:** arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil. 2002. 184f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.24, supl.1, p.193-201, 2011.

TRAVERSO-YÉPEZ M. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface Comunic Saúde Educ.**, v.11, n.22, p.223-234, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC). Hospital Universitário Walter Cantídio. **Centro de pesquisas clínicas.** 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cpc_huwaltercantidio_ufce.pdf. Acesso em: 23 nov. 2009.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n.1, p.82-88, 2005 .

VERONESE, A. M.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Os riscos dos acidentes de trânsito na perspectiva dos *moto-boys*: subsídios para a promoção da saúde. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.12, p.2717-2721, 2006.

WALTZ, C. F. **Nursing research:** design, statistics, and computer analysis. Philadelphia: F.A. Davis; 1981. 362p.

WHITEHEAD, D. Health promotion in the practice setting: finding from a review of clinical issues. **Worldviews Evid Based Nurs.**, v.3, n.4, p.165-184, 2006.

_____. The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? **Health Promot Int.**, v.19. n. 2, p.259-267, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Budapest Declaration of Health Promoting Hospitals.** WHO, Copenhagen. 1991. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/ihb/hphbudadecl.pdf>. Acesso em: 30 jan 2010.

_____. **Ljubljana Charter on Reforming Health Care.** WHO, Copenhagen. 1996. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/113302/E55363.pdf. Acesso em: 30 ago. 2010.

_____. **The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals.** WHO, Copenhagen. 1997a. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/IHB/hphviennarecom.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2010.

_____. **Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century.** 1997b. Disponível em: www.who.int/hpr/.../jakarta_declaration_en.pdf Acesso em: 21 ago 2010.

_____. **European Health Care reforms: Analysis of current strategies.** 1997b. Disponível em: http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Publications/Catalogue/20060912_1 Acesso em: 20 ago. 2010.

_____. **Health21 – the health for all policy framework for the WHO European Region.** European Health for All Series, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 1998. Disponível em: <http://www.who.dk/document/health21>. Acesso em: 7 jun. 2010.

_____. **Standards for health promotion in hospitals.** WHO European Office for Integrated Health Care Services. 2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf> Acesso em: 30 jan 2010.

Segunda etapa:

Na segunda etapa, você irá assinalar com um X, a resposta que mais se aproxima do seu grau de concordância a cada uma das afirmações do quadro a seguir.

	NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
11. O hospital é um ambiente onde podem ser desenvolvidas ações voltadas para a promoção da saúde.	1	2	3	4	5
12. O quarto onde o usuário fica internado abriga o número adequado de usuários.	1	2	3	4	5
13. A iluminação do quarto onde o usuário fica internado é adequada	1	2	3	4	5
14. A ventilação do quarto onde o usuário fica internado é adequada.	1	2	3	4	5
15. A limpeza do quarto onde o usuário fica internado é satisfatória.	1	2	3	4	5
16. Durante o período de internação, você encoraja o usuário a expressar suas expectativas, suas crenças e seus valores em relação a sua saúde.	1	2	3	4	5
17. No hospital onde eu trabalho, desenvolvo ações junto ao usuário, voltadas para a promoção da saúde.	1	2	3	4	5
18. O ambiente de internação do hospital onde eu trabalho (quarto, banheiro, mobiliário) oferece segurança ao usuário.	1	2	3	4	5
19. Como enfermeiro, tomo medidas que melhoram o ambiente físico da unidade de internação do usuário.	1	2	3	4	5
20. Verifico as condições de higiene da unidade de internação e solicito limpeza sempre que necessário.	1	2	3	4	5
21. Providencio manutenção preventiva de equipamentos e mobiliários da unidade onde trabalho.	1	2	3	4	5
22. Dirijo-me ao usuário pelo nome.	1	2	3	4	5
23. Converso com usuário e familiares/acompanhantes, buscando atender a suas solicitações.	1	2	3	4	5
24. Mantenho a equipe multiprofissional informada quanto à intercorrências do usuário.	1	2	3	4	5
25. Busco apoio de outro profissional para atender as solicitações de usuários e familiares/acompanhantes.	1	2	3	4	5
26. Explico ao usuário e seus familiares/acompanhantes, todos os procedimentos a serem realizados.	1	2	3	4	5

	NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
27. Respeito o usuário quanto aos seus hábitos, crenças e valores.	1	2	3	4	5
28. Mantenho silêncio na unidade do usuário.	1	2	3	4	5
29. Estimulo o usuário a participar de atividades recreativas.	1	2	3	4	5
30. Tenho receio de me envolver com os problemas do usuário.	1	2	3	4	5
31. Comunico-me com usuários e familiares/acompanhantes, utilizando linguagem acessível a compreensão dos mesmos.	1	2	3	4	5
32. Estimulo o usuário a participar do seu processo de tratamento e cura.	1	2	3	4	5
33. Passo ao usuário e familiares/acompanhantes, credibilidade e confiança.	1	2	3	4	5
34. Discuto com o usuário e familiares/acompanhantes, estratégias de auto-cuidado para o gerenciamento de sua saúde.	1	2	3	4	5
35. Aproveito o momento da realização de procedimentos para desenvolver educação em saúde com o usuário.	1	2	3	4	5
36. Ensino ao usuário e familiares/acompanhantes, o estilo de vida correto que deve ser mantido a partir de agora, para prevenir recidivas e reinternações.	1	2	3	4	5
37. Procuro apoio em programas comunitários para dar seguimento ao usuário após alta.	1	2	3	4	5
38. Procuro conhecer outros fatores que podem influenciar o estado de saúde do usuário (sociais, econômicos, psicológicos, espirituais, etc.).	1	2	3	4	5
39. Disponibilizo para usuários e familiares/acompanhantes, material de proteção (mascaras, gorros, sabão líquido anti-séptico, aventais).	1	2	3	4	5
40. Estimulo os usuários a atuarem como fiscais da manutenção de medidas de prevenção de infecção hospitalar dentro da unidade.	1	2	3	4	5
41. A iluminação do quarto onde o usuário fica internado é feita por:					
A. Luz natural	1	2	3	4	5
B. Luz artificial	1	2	3	4	5
42. A ventilação do quarto onde o usuário fica internado é:					
A. Natural (janelas que permitem a circulação do ar)	1	2	3	4	5
B. Artificial (ventilador)	1	2	3	4	5
C. Artificial (ar condicionado)	1	2	3	4	5

	NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
43. A limpeza do quarto onde o usuário fica internado é feita:					
A. 1 a 2 vezes por dia	1	2	3	4	5
B. 2 a 3 vezes por semana	1	2	3	4	5
C. 1 vez por semana	1	2	3	4	5
D. Após a alta	1	2	3	4	5
E. Quando solicitada	1	2	3	4	5
44. A roupa de cama do usuário é trocada:					
A. 1 a 2 vezes por dia	1	2	3	4	5
B. 2 a 3 vezes por semana	1	2	3	4	5
C. 1 vez por semana	1	2	3	4	5
D. Após a alta	1	2	3	4	5
E. Quando solicitada	1	2	3	4	5
45. A roupa do usuário é trocada:					
A. 1 a 2 vezes por dia	1	2	3	4	5
B. 2 a 3 vezes por semana	1	2	3	4	5
C. 1 vez por semana	1	2	3	4	5
D. Quando solicitada	1	2	3	4	5
46. Durante o período de internação do usuário, busco alguma informação sobre seu contexto (ambiente familiar, social, ambiental, psicológico) através de:					
A. Referência de unidade de saúde	1	2	3	4	5
B. Ambulatório especializado	1	2	3	4	5
C. Médico assistente	1	2	3	4	5
D. Próprio usuário	1	2	3	4	5
E. Familiares e acompanhantes	1	2	3	4	5
47. Durante a sua visita ao leito do usuário, você observa que o alimento que foi trazido pelo Serviço de Nutrição encontra-se do mesmo modo (intocável). Diante desta situação, você:					
A. Telefona para a copa, pedindo que alguém venha buscar o prato com alimento, para que a unidade do usuário não fique suja e haja proliferação de contaminação.	1	2	3	4	5
B. Deixa como está, pois tem muitas atividades a serem desenvolvidas, de assistência e gerenciamento do serviço. Tem certeza que a copa se encarregará de passar recolhendo as bandejas.	1	2	3	4	5
C. Observa o que contem na bandeja e trata de registrar no prontuário, para que o médico responsável pelo usuário tome conhecimento e alguma medida.	1	2	3	4	5
D. Procura conversar com o usuário questionando-o quanto aos motivos que o levaram a não se alimentar, e busca junto às nutricionistas alternativas alimentares que atendam às preferências dele e à restrição dietética correspondente.	1	2	3	4	5

	NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
48. Você tem que realizar um acesso periférico venoso no usuário, para instalação de infusão venosa, então:					
A. Busca uma veia que possa promover melhor infusão e maior durabilidade do acesso, mas comunica o procedimento ao usuário.	1	2	3	4	5
B. Procura conversar com o usuário e eleger com ele o melhor local para a instalação do acesso venoso.	1	2	3	4	5
C. Punciona a veia que der certo, pois não tem muito tempo para dialogar, visto que são muitas atividades sob sua responsabilidade.	1	2	3	4	5
D. Mesmo com a insistência do usuário quanto à decisão do local de punção venosa, punciona a que você quer, pois ele não tem conhecimento e experiência para tomar essas decisões.	1	2	3	4	5
49. Você está prestando o cuidado a um usuário que está com retenção urinária, dor e distensão abdominal, observa que tem prescrita uma sondagem vesical de alívio, mas toma conhecimento que a mesma é idosa, virgem, e que nunca se despiu na frente de nenhuma pessoa, e por isso recusa o procedimento, você:					
A. Prepara o material para o procedimento, orienta a usuário sobre o que será realizado, executa a sondagem o mais rápido possível, de modo a aliviar os sintomas.	1	2	3	4	5
B. Conversa com o usuário antes de preparar o material para a realização do procedimento, escuta os motivos pelos quais a mesma recusa o procedimento, busca juntamente com ela, utilizar outros mecanismos que possam promover a diurese e somente após outras tentativas sem êxito, parte para a sondagem vesical, com a aprovação e compreensão do usuário.	1	2	3	4	5
C. Conversa com o usuário, mas verifica que ela não quer muita conversa e que vai continuar recusando o procedimento. Registra o ocorrido e passa o problema ao médico para este resolvê-lo.	1	2	3	4	5
D. Espera calmamente que a usuário não agüente mais de dor, pois tem certeza que ela vai acabar cedendo.	1	2	3	4	5
50. Ao tomar conhecimento das expectativas, crenças e valores do usuário, você:					
A. Comunica aos demais membros da equipe de saúde para que seu plano de tratamento/cuidado seja adaptado.	1	2	3	4	5
B. Registra as informações no prontuário.	1	2	3	4	5

	NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
C. Modifica o plano de cuidados de enfermagem.	1	2	3	4	5
D. Não faz nada, porque não há como modificar o plano de cuidado/tratamento.	1	2	3	4	5
51. Quando o usuário manifesta recusa a algum procedimento/tratamento, você:					
A. Respeita a opinião do usuário e registra o fato no prontuário.	1	2	3	4	5
B. Tenta convencer o usuário a aceitar o procedimento.	1	2	3	4	5
C. Investiga o motivo da recusa e busca alternativa para solucionar o problema.	1	2	3	4	5
D. Fica irritado e não procura resolver o problema, afinal já está acostumado com esse tipo de usuário. Apenas registra no prontuário.	1	2	3	4	5
E. O hospital dispõe de programas ou ações voltados para a melhoria do estado de saúde do usuário, que contam com a participação de usuários e familiares.	1	2	3	4	5
52. Dentre os programas/ações que o hospital dispõe, voltados para a melhoria do estado de saúde do usuário, que contam com a participação de usuários e familiares, enumere-os segundo a sua ocorrência:					
A. Campanha de prevenção de fumo.	1	2	3	4	5
B. Programa de preparação para a alta.	1	2	3	4	5
C. Palestras educativas a usuários.	1	2	3	4	5
D. Palestras educativas a familiares e acompanhantes.	1	2	3	4	5
E. Palestras educativas à comunidade.	1	2	3	4	5
F. Sala de convivência/recreação.	1	2	3	4	5
G. Grupos de apoio a doentes crônicos.	1	2	3	4	5
H. Biblioteca/sala de leitura.	1	2	3	4	5
I. Sala de atividades laborais (desenho, teatro, pintura).	1	2	3	4	5

Terceira etapa:

Na terceira etapa, você irá responder as questões norteadoras, conforme sua experiência no cotidiano da prática hospitalar:

53. O que você considera como atividade/ação de Promoção da saúde no ambiente hospitalar?
54. Quais as ações/atividades, desenvolvidas pelo enfermeiro, voltadas para a promoção da saúde, no ambiente hospitalar? Especifique:

APÊNDICE B – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR (QUESTIONÁRIO VERSÃO FINAL)

QUESTIONÁRIO N° _____

Fortaleza, ____ de _____ de ____

Instruções:

Caro enfermeiro,

Este questionário está composto por três etapas distintas, que são precedidas de instruções quanto ao preenchimento. Qualquer dúvida dirija-se ao pesquisador de campo para que a mesma possa ser elucidada.

Desde já agradeço a sua colaboração!

Maria de Fátima Bastos Nóbrega

Primeira etapa:

Na primeira etapa do questionário, você irá atribuir uma única resposta ou preencher com os dados solicitados.

1. Hospital em que trabalha:	1. _____
2. Setor onde trabalha: 1. Clínica médica () 2. Clínica cirúrgica () 3. Ambulatório ()	2. _____
3. Tempo de serviço: _____ anos	3. _____
4. Idade: _____ anos	4. _____
5. Sexo: 1. Feminino () 2. Masculino ()	5. _____
6. Estado civil 1. Casada/união consensual () 2. Solteira () 3. Separada/divorciada () 4. Viúva ()	6. _____
7. Tempo de formado: _____ anos	7. _____
8. Possui pós-graduação lato sensu (Especialização)? 1. Sim () 2. Não ()	8. _____
9. Em que área? 1. Enfermagem () 2. Enfermagem Psiquiátrica () 3. Enfermagem de Doenças Contagiosas () 4. Enfermagem de Saúde Pública () 5. Enfermagem Médico-Cirúrgica () 6. Enfermagem Obstétrica () 7. Enfermagem Pediátrica () 8. Saúde Pública/Coletiva () 9. Outras - área de saúde () 10. Outra área - não saúde ()	9. _____
10. Possui pós-graduação stricto sensu (Mestrado ou Doutorado)? 1. Sim () 2. Não ()	10. _____
11. Em que área? 1. Enfermagem () 2. Enfermagem Psiquiátrica () 3. Enfermagem de Doenças Contagiosas () 4. Enfermagem de Saúde Pública () 5. Enfermagem Médico-Cirúrgica () 6. Enfermagem Obstétrica () 7. Enfermagem Pediátrica () 8. Saúde Pública/Coletiva () 9. Outras - área de saúde () 10. Outra área - não saúde ()	11. _____

Segunda etapa:

Na segunda etapa, você irá assinalar com um X, a resposta que mais se aproxima do seu grau de concordância a cada uma das afirmações do quadro a seguir.

	NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
12. O hospital é um ambiente onde podem ser desenvolvidas ações voltadas para a promoção da saúde.	1	2	3	4	5
13. A enfermaria onde o usuário fica internado abriga o número adequado de usuários	1	2	3	4	5
14. A iluminação da enfermaria onde o usuário fica internado é adequada	1	2	3	4	5
15. A ventilação da enfermaria onde o usuário fica internado é adequada	1	2	3	4	5
16. A limpeza da enfermaria onde o usuário fica internado é adequada.	1	2	3	4	5
17. Durante o período de internação, eu encorajo o usuário a expressar suas expectativas, suas crenças e seus valores em relação a sua saúde	1	2	3	4	5
18. No hospital, desenvolvo ações junto ao usuário, voltadas para a promoção da saúde.	1	2	3	4	5
19. Como enfermeiro, tomo medidas que melhoram o conforto e a segurança no ambiente físico da unidade de internação do usuário.	1	2	3	4	5
20. Verifico as condições de higiene da unidade de internação e solicito limpeza sempre que necessário.	1	2	3	4	5
21. Providencio manutenção preventiva de equipamentos e mobiliários da unidade onde trabalho.	1	2	3	4	5
22. Dirijo-me ao usuário pelo nome.	1	2	3	4	5
23. Converso com usuários e familiares/acompanhantes, buscando atender as suas solicitações.	1	2	3	4	5
24. Mantenho a equipe multiprofissional informada quanto à intercorrências do usuário.	1	2	3	4	5
25. Busco apoio de outro profissional para atender as solicitações de usuários e familiares/acompanhantes.	1	2	3	4	5
26. Explico ao usuário e seus familiares/acompanhantes, todos os procedimentos a serem realizados.	1	2	3	4	5

	NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
27. Respeito o usuário quanto aos seus hábitos, crenças e valores.	1	2	3	4	5
28. Mantenho silêncio na unidade do usuário.	1	2	3	4	5
29. Estimulo o usuário a participar de atividades recreativas.	1	2	3	4	5
30. Tenho receio de me envolver com os problemas do usuário.	1	2	3	4	5
31. Comunico-me com os usuários e familiares/acompanhantes, utilizando linguagem simples, de fácil compreensão aos mesmos.	1	2	3	4	5
32. Estimulo o usuário a ser participativo e ativo durante seu processo de tratamento e cura.	1	2	3	4	5
33. Passo ao usuário e familiares/acompanhantes, credibilidade e confiança.	1	2	3	4	5
34. Aproveito o momento da realização de procedimentos para desenvolver educação em saúde com o usuário.	1	2	3	4	5
35. Discuto com o usuário e familiares/acompanhantes, estratégias de auto-cuidado para o gerenciamento de sua saúde.	1	2	3	4	5
36. Procuro apoio em programas comunitários para dar seguimento ao usuário após alta.	1	2	3	4	5
37. Procuro conhecer outros fatores que podem influenciar o estado de saúde do usuário (sociais, econômicos, psicológicos, espirituais, etc.).	1	2	3	4	5
38. Disponibilizo para usuários e familiares/acompanhantes, conforme a necessidade, material de proteção (máscaras, gorros, sabão líquido anti séptico, aventais).	1	2	3	4	5
39. Estimulo os usuários a participarem ativamente da manutenção de medidas de prevenção de infecção hospitalar dentro da unidade.	1	2	3	4	5

Terceira etapa:

Na terceira etapa, você irá responder as questões norteadoras, conforme sua experiência no cotidiano da prática hospitalar:

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

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

Assinatura do responsável pela coleta de dados:

Data do recebimento do formulário:

APÊNDICE C – ORIENTAÇÕES PARA VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Prezada _____

O instrumento que está sendo apresentado refere-se ao questionário que será aplicado aos enfermeiros para conhecer as concepções e práticas de enfermagem com enfoque na promoção da saúde no âmbito hospitalar.

O referido questionário consta de três etapas: a primeira etapa é composta por oito perguntas fechadas, onde serão investigadas as características pessoais (idade, sexo, tempo de formado, estado civil, tempo de formado, tempo de serviço, universidade formadora, curso de pós-graduação *stricto sensu*) do enfermeiro.

Na segunda etapa do questionário, será aplicada a escala de Likert de 05 pontos, que variam da afirmativa *(1) sempre a (5) nunca*, sendo ao enfermeiro solicitado que responda cada item com o nível de concordância que representa a sua resposta. Essas etapas tratam de afirmativas sobre promoção da saúde no ambiente hospitalar, delineadas a partir do cotidiano de trabalho do enfermeiro.

Nessa fase, o usuário investigado terá que assinalar a sua concordância a cada uma das afirmativas que forem apresentadas. Serão apresentadas questões que se referem ao ambiente físico, as ações cotidianas de trabalho do enfermeiro, e conduta em procedimentos específicos: alimentação, acesso venoso periférico, sondagem vesical.

Na terceira etapa do questionário, o enfermeiro deve responder a duas questões abertas, norteadoras para o fechamento da análise dos dados. Neste momento da tese, pretendemos apreender se a enfermeira tem conhecimento ou não do que seja promoção da saúde.

Portanto, visando aperfeiçoar suas medidas psicométricas, validar quanto à adequação da estrutura semântica e do conteúdo, de modo a estabelecer a compreensão dos itens pelos usuários investigados, é que solicitamos a sua valiosa contribuição.

Abaixo, relacionamos algumas orientações que nortearão sua apreciação:

1. A análise semântica visa estabelecer se os itens são compreensíveis para a população a que se destina.

2. A análise de conteúdo propõe-se a avaliar se os itens estão se referindo ou não ao conteúdo em questão e se estes representam fielmente os objetivos da pesquisa. É feita para se verificar a correlação entre as definições constitutivas dos constructos (fatores) e os itens elaborados.

3. Para a análise semântica, você deverá utilizar as escalas especificadas abaixo, marcando com um “X” o item que corresponde ao seu julgamento, em cada escala:

Quanto à pertinência:

Escala de Equivalência	
Não pertinente	0
Indeciso/não sei	1
Pertinente	2

Quanto à clareza:

Escala de Equivalência	
Não está claro	0
Indeciso/não sei	1
Claro	2

Quanto à coerência:

Escala de Equivalência	
Incoerente	0
Indeciso/não sei	1
Coerente	2

Você encontrará uma das seguintes escalas:

a. Abaixo de cada instrução:

Pertinência		Clareza		Coerência	
Não pertinente	0	Não está claro	0	Incoerente	0
Indeciso/não sei	1	Indeciso/não sei	1	Indeciso/não sei	1
Pertinente	2	Claro	2	Coerente	2

b. Ou ao lado de cada questionamento:

P	Cl	Co

Se em sua avaliação, os itens corresponderem aos valores 0 e 1, por gentileza, inclua as alterações que considerar necessárias. Sinta-se a vontade para opinar quanto à redação, ordem de apresentação das perguntas, outras sugestões de questionamentos ou itens a serem excluídos.

4. Para a análise do conteúdo, você receberá uma cópia da versão traduzida da Declaração de Budapeste (parte 1) – que foi utilizada como norteadora para a construção dos itens do questionário e uma tabela de dupla entrada com as afirmativas construídas (questionário) relacionadas na margem esquerda e os itens da referida declaração, na margem direita. Você deverá correlacionar, para cada item, marcando com um “X” o(s) princípio(s) a qual (is) você julga referir.

Desde já agradeço a vossa colaboração e coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Maria de Fátima Bastos Nóbrega
32462349-87445776
fatimanobrega06@yahoo.com.br

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA

Especialista Nº _____

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Caro enfermeiro,

Este questionário está composto por três etapas distintas, que são precedidas de instruções quanto ao preenchimento. Qualquer dúvida dirija-se ao pesquisador de campo para que a mesma possa ser elucidada.

Desde já agradeço a sua colaboração!

Maria de Fátima Bastos Nóbrega

Pertinência		Clareza		Coerência	
Não pertinente	0	Não está claro	0	Incoerente	0
Indeciso/não sei	1	Indeciso/não sei	1	Indeciso/não sei	1
Pertinente	2	Claro	2	Coerente	2

Primeira etapa:

Na primeira etapa do questionário, você irá atribuir uma única resposta ou preencher com os dados solicitados.

Legenda:

Pertinência (P)		Clareza (Cl)		Coerência (Co)	
Não pertinente	0	Não está claro	0	Incoerente	0
Indeciso/não sei	1	Indeciso/não sei	1	Indeciso/não sei	1
Pertinente	2	Claro	2	Coerente	2

Equivalência	P	Cl	Co
1. Idade:			
2. Sexo: 1) Feminino () 2) Masculino ()			
3. Estado civil 1) Casada/união consensual () 2) Solteira () 3) Separada/divorciada () 4) Viúva ()			
4. Tempo de formado: _____ anos			
5. Tempo de serviço: _____ anos			
6. Universidade formadora: 1) UFC () 2) UECE () 3) UNIFOR () 4) UVA () 5) URCA () 6) Outra () Especifique _____			
7. Possui pós-graduação stricto sensu? 1) Sim () 2) Não ()			
8. Qual o tipo de pós-graduação stricto sensu? 1) Mestrado () 2) Doutorado ()			
9. Possui pós-graduação lato sensu? 1) Sim () 2) Não ()			
10. Em que área? 1) Enfermagem () 2) Enfermagem Psiquiátrica () 3) Enfermagem de Doenças Contagiosas () 4) Enfermagem de Saúde Pública () 5) Enfermagem Médico-Cirúrgico () 6) Enfermagem Obstétrica () 7) Enfermagem Pediátrica () 8) Saúde Pública/Coletiva () 9) Outras - área de saúde () 10) Outra área - não saúde () _____			

Segunda etapa:

Na segunda etapa, você irá assinalar com um X, a resposta que representa o seu grau de concordância a cada uma das afirmações, conforme a escala apresentada ao lado:

Legenda:

Pertinência		Clareza		Coerência	
Não pertinente	0	Não está claro	0	Incoerente	0
Indeciso/não sei	1	Indeciso/não sei	1	Indeciso/não sei	1
Pertinente	2	Claro	2	Coerente	2

11. O hospital é um ambiente onde podem ser desenvolvidas ações voltadas para a promoção da saúde.	P	Cl	Co
--	---	----	----

12. O quarto onde o usuário fica internado abriga o número adequado de usuários	P	Cl	Co
---	---	----	----

13. A iluminação do quarto onde o usuário fica internado é adequada	P	Cl	Co
---	---	----	----

14. A ventilação do quarto onde o usuário fica internado é adequada	P	Cl	Co
---	---	----	----

15. A limpeza do quarto onde o usuário fica internado é satisfatória	P	Cl	Co
--	---	----	----

16. Durante o período de internação, você encoraja o usuário a expressar suas expectativas, suas crenças e seus valores em relação a sua saúde	P	Cl	Co
--	---	----	----

17. No hospital onde eu trabalho, desenvolvo ações junto ao usuário, voltadas para a promoção da saúde.	P	Cl	Co
---	---	----	----

18. O ambiente de internação do hospital onde eu trabalho (quarto, banheiro, mobiliário) oferece segurança ao usuário.	P	Cl	Co
--	---	----	----

19. Como enfermeiro, tomo medidas que melhoram o ambiente físico da unidade de internação do usuário.	P	Cl	Co
---	---	----	----

Dentre as ações listadas abaixo, enumere-as conforme a sua ocorrência:	P	Cl	Co
20. Verifico as condições de higiene da unidade de internação e solicito limpeza sempre que necessário.	P	Cl	Co
21. Providencio manutenção preventiva de equipamentos e mobiliários da unidade onde trabalho.	P	Cl	Co
22. Dirijo-me ao usuário pelo nome.	P	Cl	Co
23. Converso com usuário e familiares/acompanhantes, buscando atender a suas solicitações.	P	Cl	Co
24. Mantenho a equipe multiprofissional informada quanto à intercorrências do usuário.	P	Cl	Co
25. Busco apoio de outro profissional para atender as solicitações de usuários e familiares/acompanhantes.	P	Cl	Co
26. Explico ao usuário e seus familiares/acompanhantes, todos os procedimentos a serem realizados.	P	Cl	Co
27. Respeito o usuário quanto aos seus hábitos, crenças e valores.	P	Cl	Co
28. Mantenho silêncio na unidade do usuário.	P	Cl	Co
29. Estimulo o usuário a participar de atividades recreativas..	P	Cl	Co
30. Tenho receio de me envolver com os problemas do usuário.	P	Cl	Co
31. Comunico-me com usuários e familiares/acompanhantes, utilizando linguagem acessível a compreensão dos mesmos.	P	Cl	Co
32. Estimulo o usuário a participar do seu processo de tratamento e cura.	P	Cl	Co
33. Passo ao usuário e familiares/acompanhantes, credibilidade e confiança.	P	Cl	Co
34. Discuto com o usuário e familiares/acompanhantes, estratégias de auto-cuidado para o gerenciamento de sua saúde.	P	Cl	Co
35. Aproveito o momento da realização de procedimentos para desenvolver educação em saúde com o usuário.	P	Cl	Co
36. Ensino ao usuário e familiares/acompanhantes, o estilo de vida correto que deve ser mantido a partir de agora, para prevenir recidivas e reinternações.	P	Cl	Co
37. Procuro apoio em programas comunitários para dar seguimento ao usuário após alta.	P	Cl	Co
38. Procuro conhecer outros fatores que podem influenciar o estado de saúde do usuário (sociais, econômicos, psicológicos, espirituais, etc.).	P	Cl	Co
39. Disponibilizo para usuários e familiares/acompanhantes, material de proteção (mascaras, gorros, sabão líquido anti-séptico, aventais).	P	Cl	Co
40. Estimulo os usuários a atuarem como fiscais da manutenção de medidas de prevenção de infecção hospitalar dentro da unidade.	P	Cl	Co

41. A iluminação do quarto onde o usuário fica internado é feita por:

A. Luz natural	P	Cl	Co
B. Luz artificial	P	Cl	Co

42. A ventilação do quarto onde o usuário fica internado é:

A. Natural (janelas que permitem a circulação do ar)	P	Cl	Co
B. Artificial (ventilador)	P	Cl	Co
C. Artificial (ar condicionado)	P	Cl	Co

43. A limpeza do quarto onde o usuário fica internado é feita:

A. 1 a 2 vezes por dia	P	Cl	Co
B. 2 a 3 vezes por semana	P	Cl	Co
C. 1 vez por semana	P	Cl	Co
D. Após a alta	P	Cl	Co
E. Quando solicitada	P	Cl	Co

44. A roupa de cama do usuário é trocada:

A. 1 a 2 vezes por dia	P	Cl	Co
B. 2 a 3 vezes por semana	P	Cl	Co
C. 1 vez por semana	P	Cl	Co
D. Após a alta	P	Cl	Co
E. Quando solicitada	P	Cl	Co

45. A roupa do usuário é trocada:

A. 1 a 2 vezes por dia	P	Cl	Co
B. 2 a 3 vezes por semana	P	Cl	Co
C. 1 vez por semana	P	Cl	Co
D. Quando solicitada	P	Cl	Co

46. Durante o período de internação do usuário, busco alguma informação sobre seu contexto (ambiente familiar, social, ambiental, psicológico) através de:

A. Referência de unidade de saúde	P	Cl	Co
B. Ambulatório especializado	P	Cl	Co
C. Médico assistente	P	Cl	Co
D. Próprio usuário	P	Cl	Co
E. Familiares e acompanhantes	P	Cl	Co

47. Durante a sua visita ao leito do usuário, você observa que o alimento que foi trazido pelo Serviço de Nutrição encontra-se do mesmo modo (intocável). Diante desta situação, você:

A. Telefona para a copa, pedindo que alguém venha buscar o prato com alimento, para que a unidade do usuário não fique suja e haja proliferação de contaminação.	P	Cl	Co
B. Deixa como está, pois tem muitas atividades a serem desenvolvidas, de assistência e gerenciamento do serviço. Tem certeza que a copa se encarregará de passar recolhendo as bandejas.	P	Cl	Co
C. Observa o que contem na bandeja e trata de registrar no prontuário, para que o médico responsável pelo usuário tome conhecimento e alguma medida.	P	Cl	Co
D. Procura conversar com o usuário questionando-o quanto aos motivos que o levaram a não se alimentar, e busca junto às nutricionistas alternativas alimentares que atendam às preferências dele e à restrição dietética correspondente.	P	Cl	Co

48. Você tem que realizar um acesso periférico venoso no usuário, para instalação de infusão venosa, então:

A. Busca uma veia que possa promover melhor infusão e maior durabilidade do acesso, mas comunica o procedimento ao usuário.	P	Cl	Co
B. Procura conversar com o usuário e eleger com ele o melhor local para a instalação do acesso venoso.	P	Cl	Co
C. Punciona a veia que der certo, pois não tem muito tempo para dialogar, visto que são muitas atividades sob sua responsabilidade.	P	Cl	Co
D. Mesmo com a insistência do usuário quanto à decisão do local de punção venosa, punciona a que você quer, pois ele não tem conhecimento e experiência para tomar essas decisões.	P	Cl	Co

49. Você está prestando o cuidado a um usuário que está com retenção urinária, dor e distensão abdominal, observa que tem prescrita uma sondagem vesical de alívio, mas toma conhecimento que a mesma é idosa, virgem, e que nunca se despiu na frente de nenhuma pessoa, e por isso recusa o procedimento, você:

A. Prepara o material para o procedimento, orienta a usuário sobre o que será realizado, executa a sondagem o mais rápido possível, de modo a aliviar os sintomas.	P	Cl	Co
B. Conversa com o usuário antes de preparar o material para a realização do procedimento, escuta os motivos pelos quais a mesma recusa o procedimento, busca juntamente com ela, utilizar outros mecanismos que possam promover a diurese e somente após outras tentativas sem êxito, parte para a sondagem vesical, com a aprovação e compreensão do usuário.	P	Cl	Co
C. Conversa com o usuário, mas verifica que ela não quer muita conversa e que vai continuar recusando o procedimento. Registra o ocorrido e passa o problema ao médico para este resolvê-lo.	P	Cl	Co
D. Espera calmamente que a usuário não agüente mais de dor, pois tem	P	Cl	Co

certeza que ela vai acabar cedendo.			
-------------------------------------	--	--	--

50. Ao tomar conhecimento das expectativas, crenças e valores do usuário, você:

A. Comunica aos demais membros da equipe de saúde para que seu plano de tratamento/cuidado seja adaptado.	P	Cl	Co
B. Registra as informações no prontuário.	P	Cl	Co
C. Modifica o plano de cuidados de enfermagem.	P	Cl	Co
D. Não faz nada, porque não há como modificar o plano de cuidado/tratamento.	P	Cl	Co

51. Quando o usuário manifesta recusa a algum procedimento/tratamento, você:

A. Respeita a opinião do usuário e registra o fato no prontuário.	P	Cl	Co
B. Tenta convencer o usuário a aceitar o procedimento.	P	Cl	Co
C. Investiga o motivo da recusa e busca alternativa para solucionar o problema.	P	Cl	Co
D. Fica irritado e não procura resolver o problema, afinal já está acostumado com esse tipo de usuário. Apenas registra no prontuário.	P	Cl	Co
E. O hospital dispõe de programas ou ações voltados para a melhoria do estado de saúde do usuário, que contam com a participação de usuários e familiares.	P	Cl	Co

52. Dentre os programas/ações que o hospital dispõe, voltados para a melhoria do estado de saúde do usuário, que contam com a participação de usuários e familiares, enumere-os segundo a sua ocorrência:

A. Campanha de prevenção de fumo	P	Cl	Co
B. Programa de preparação para a alta	P	Cl	Co
C. Palestras educativas a usuários	P	Cl	Co
D. Palestras educativas a familiares e acompanhantes	P	Cl	Co
E. Palestras educativas à comunidade	P	Cl	Co
F. Sala de convivência/recreação	P	Cl	Co
G. Grupos de apoio a doentes crônicos	P	Cl	Co
H. Biblioteca/sala de leitura	P	Cl	Co
I. Sala de atividades laborais (desenho, teatro, pintura)	P	Cl	Co

Terceira etapa:

Na terceira etapa, você irá responder as questões norteadoras, conforme sua experiência no cotidiano da prática hospitalar:

Legenda:

Pertinência		Clareza		Coerência	
Não pertinente	0	Não está claro	0	Incoerente	0
Indeciso/não sei	1	Indeciso/não sei	1	Indeciso/não sei	1
Pertinente	2	Claro	2	Coerente	2

Equivalência	P	Cl	Co
53. O que você considera como atividade/ação de Promoção da saúde no ambiente hospitalar? _____ _____			
Equivalência	P	Cl	Co
54. Quais as ações/atividades, desenvolvidas pelo enfermeiro, voltadas para a promoção da saúde, no ambiente hospitalar? Especifique: _____ _____			

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Especialista No _____

Prezado Avaliador,

Você está recebendo uma cópia da versão em português da Declaração de Budapeste (parte 1) – que foi utilizada como norteadora para a construção dos itens do questionário e esta tabela de dupla entrada com as afirmativas construídas (questionário) relacionadas na margem esquerda e os itens da referida declaração, na margem direita. Você deverá correlacionar, para cada item, marcando com um “X” o(s) princípio(s) da Declaração de Budapeste a qual (is) você julga referir.

Nº da questão	Afirmativa	Item(s) correspondente(s) Declaração de Budapeste
11	O hospital é um ambiente onde podem ser desenvolvidas ações voltadas para a promoção da saúde.	
12	O quarto onde o usuário fica internado abriga o número adequado de usuários.	
13	A iluminação do quarto onde o usuário fica internado é adequada.	
14	A ventilação do quarto onde o usuário fica internado é adequada.	
15	A limpeza do quarto onde o usuário fica internado é satisfatória.	
16	Durante o período de internação, você encoraja o usuário a expressar suas expectativas, suas crenças e seus valores em relação a sua saúde.	
17	No hospital onde eu trabalho, desenvolvo ações junto ao usuário, voltadas para a promoção da saúde.	
18	O ambiente de internação do hospital onde eu trabalho (quarto, banheiro, mobiliário) oferece segurança ao usuário.	
19	Como enfermeiro, tomo medidas que melhoram o ambiente físico da unidade de internação do usuário.	
Dentre as ações listadas abaixo, enumere-as conforme a sua ocorrência:		
20	Verifico as condições de higiene da unidade de internação e solicito limpeza sempre que necessário.	
21	Providencio manutenção preventiva de equipamentos e mobiliários da unidade onde trabalho.	
22	Dirijo-me ao usuário pelo nome.	
23	Converso com usuários e familiares/acompanhantes, buscando atender a suas solicitações.	

Nº da questão	Afirmativa	Item(s) correspondente(s) Declaração de Budapeste
24	Mantenho a equipe multiprofissional informada quanto à intercorrências do usuário.	
25	Busco apoio de outro profissional para atender as solicitações de usuários e familiares/acompanhantes.	
26	Explico ao usuário e seus familiares/acompanhantes, todos os procedimentos a serem realizados.	
27	Respeito o usuário quanto aos seus hábitos, crenças e valores.	
28	Mantenho silêncio na unidade do usuário.	
29	Estimulo o usuário a participar de atividades recreativas.	
30	Tenho receio de me envolver com os problemas do usuário.	
31	Comunico-me com usuários e familiares/acompanhantes, utilizando linguagem acessível a compreensão dos mesmos.	
32	Estimulo o usuário a participar do seu processo de tratamento e cura.	
33	Passo ao usuário e familiares/acompanhantes, credibilidade e confiança.	
34	Discuto com o usuário e familiares/acompanhantes, estratégias de auto-cuidado para o gerenciamento de sua saúde.	
35	Aproveito o momento da realização de procedimentos para desenvolver educação em saúde com o usuário	
36	Ensino ao usuário e familiares/acompanhantes, o estilo de vida correto que deve ser mantido a partir de agora, para prevenir recidivas e reinternações.	
37	Procuro apoio em programas comunitários para dar seguimento ao usuário após alta.	
38	Procuro conhecer outros fatores que podem influenciar o estado de saúde do usuário (sociais, econômicos, psicológicos, espirituais, etc.).	
39	Disponibilizo para usuários e familiares/acompanhantes, material de proteção (mascaras, gorros, sabão líquido anti-séptico, aventais).	
40	Estimulo os usuários a atuarem como fiscais da manutenção de medidas de prevenção de infecção hospitalar dentro da unidade.	
41. A iluminação do quarto onde o usuário fica internado é feita por:		
A	Luz natural	
B	Luz artificial	
42. A ventilação do quarto onde o usuário fica internado é:		
A	Natural (janelas que permitem a circulação do ar)	
B	Artificial (ventilador)	
C	Artificial (ar condicionado)	

Nº da questão	Afirmativa	Item(s) correspondente(s) Declaração de Budapeste
43. A limpeza do quarto onde o usuário fica internado é feita:		
A	1 a 2 vezes por dia	
B	2 a 3 vezes por semana	
C	1 vez por semana	
D	Após a alta	
E	Quando solicitada	
44. A roupa de cama do usuário é trocada:		
A	1 a 2 vezes por dia	
B	2 a 3 vezes por semana	
C	1 vez por semana	
D	Após a alta	
E	Quando solicitada	
45. A roupa do usuário é trocada:		
A	1 a 2 vezes por dia	
B	2 a 3 vezes por semana	
C	1 vez por semana	
D	Quando solicitada	
46. Durante o período de internação do usuário, busco alguma informação sobre seu contexto (ambiente familiar, social, ambiental, psicológico) através de:		
A	Referência de unidade de saúde	
B	Ambulatório especializado	
C	Médico assistente	
D	Próprio usuário	
E	Famíliares e acompanhantes	
47. Durante a sua visita ao leito do usuário, você observa que o alimento que foi trazido pelo Serviço de Nutrição encontra-se do mesmo modo (intocável). Diante desta situação, você:		
A	Telefona para a copa, pedindo que alguém venha buscar o prato com alimento, para que a unidade do usuário não fique suja e haja proliferação de contaminação.	
B	Deixa como está, pois tem muitas atividades a serem desenvolvidas, de assistência e gerenciamento do serviço. Tem certeza que a copa se encarregará de passar recolhendo as bandejas.	
C	Observa o que contem na bandeja e trata de registrar no prontuário, para que o médico responsável pelo usuário tome conhecimento e alguma medida.	
D	Procura conversar com o usuário questionando-o quanto aos motivos que o levaram a não se alimentar, e busca junto às nutricionistas alternativas alimentares que atendam às preferências dele e à restrição dietética correspondente.	

Nº da questão	Afirmativa	Item(s) correspondente(s) Declaração de Budapeste
48. Você tem que realizar um acesso periférico venoso no usuário, para instalação de infusão venosa, então:		
A	Busca uma veia que possa promover melhor infusão e maior durabilidade do acesso, mas comunica o procedimento ao usuário.	
B	Procura conversar com o usuário e eleger com ele o melhor local para a instalação do acesso venoso.	
C	Punciona a veia que der certo, pois não tem muito tempo para dialogar, visto que são muitas atividades sob sua responsabilidade.	
D	Mesmo com a insistência do usuário quanto à decisão do local de punção venosa, punciona a que você quer, pois ele não tem conhecimento e experiência para tomar essas decisões.	
49. Você está prestando o cuidado a um usuário que está com retenção urinária, dor e distensão abdominal, observa que tem prescrita uma sondagem vesical de alívio, mas toma conhecimento que a mesma é idosa, virgem, e que nunca se despiu na frente de nenhuma pessoa, e por isso recusa o procedimento, você:		
A	Prepara o material para o procedimento, orienta a usuário sobre o que será realizado, executa a sondagem o mais rápido possível, de modo a aliviar os sintomas.	
B	Conversa com o usuário antes de preparar o material para a realização do procedimento, escuta os motivos pelos quais o mesmo recusa o procedimento, busca utilizar outros mecanismos que possam promover a diurese e somente após outras tentativas sem êxito, parte para a sondagem vesical, com a aprovação e compreensão do usuário.	
C	Conversa com o usuário, verifica que ele não quer muita conversa e que continuará recusando o procedimento. Registra o ocorrido e passa o problema ao médico para este resolvê-lo.	
D	Espera calmamente que o usuário não agüente mais de dor, pois tem certeza que ele vai acabar cedendo.	
50. Ao tomar conhecimento das expectativas, crenças e valores do usuário, você:		
A	Comunica aos demais membros da equipe de saúde para que seu plano de tratamento/cuidado seja adaptado.	
B	Registra as informações no prontuário.	
C	Modifica o plano de cuidados de enfermagem.	
D	Não faz nada, porque não há como modificar o plano de cuidado/tratamento.	

Nº da questão	Afirmativa	Item(s) correspondente(s) Declaração de Budapeste
51. Quando o usuário manifesta recusa a algum procedimento/tratamento, você:		
A	Respeita a opinião do usuário e registra o fato no prontuário.	
B	Tenta convencer o usuário a aceitar o procedimento.	
C	Investiga o motivo da recusa e busca alternativa para solucionar o problema.	
D	Fica irritado e não procura resolver o problema, afinal já está acostumado com esse tipo de usuário. Apenas registra no prontuário.	
E	O hospital dispõe de programas ou ações voltados para a melhoria do estado de saúde do usuário, que contam com a participação de usuários e familiares.	
52. Dentre os programas/ações que o hospital dispõe, voltados para a melhoria do estado de saúde do usuário, que contam com a participação de usuários e familiares, enumere-as segundo a sua ocorrência:		
A	Campanha de prevenção de fumo.	
B	Programa de preparação para a alta.	
C	Palestras educativas a usuários.	
D	Palestras educativas a familiares e acompanhantes.	
E	Palestras educativas à comunidade.	
F	Sala de convivência/recreação.	
G	Grupos de apoio a doentes crônicos.	
H	Biblioteca/sala de leitura.	
I	Sala de atividades laborais (desenho, teatro, pintura).	

Observações do avaliador:

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JUIZES)

Prezada Senhora:

Estou desenvolvendo um estudo cujo título é ***Construção e Validação de Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar*** e que tem por objetivos: **Geral:** Construir e validar uma Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar, a partir da Declaração de Budapeste; e **Específicos:** Verificar a confiabilidade e a validade da referida escala; Identificar por meio da aplicação do modelo de escala de avaliação as concepções e práticas de promoção de saúde no ambiente hospitalar dos enfermeiros que trabalham em hospitais de ensino; Verificar a associação entre os escores da escala de avaliação das concepções e práticas de promoção de saúde no ambiente hospitalar e as variáveis sociodemográficas e de formação profissional e acadêmica; Descrever o conhecimento dos enfermeiros sobre promoção da saúde no ambiente hospitalar; Analisar as ações/atividades do enfermeiro desenvolvidas no hospital à luz do que preceitua a Declaração de Budapeste.

Salientamos que esse estudo faz parte da tese de doutorado, que está sendo conduzida junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, tendo como orientadora a Profa. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira.

Para que o questionário seja aplicado junto aos usuários 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 consultora, procedendo à análise do questionário.

Na qualidade de consultora, a senhora receberá o questionário elaborado, assim como uma cópia da Declaração de Budapeste (na língua original) 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 assim como também para um encontro com o pesquisador, com o objetivo de que juntos possamos discutir e fazer uma síntese da sua apreciação sobre o questionário. A você será garantido o sigilo de todas as informações referidas.

Coloco-me à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida, pelos telefones: (85)3366 8155; (85)32462349 e (85) 87445776. Residência: Rua Carlos Vasconcelos, 2787, apto 401 – Joaquim Távora. CPF: 424000233-87.

Demais dúvidas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio pelo telefone: (85) 3366. 8589.

Dados dos usuários 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 da Consultora

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Testemunha

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIROS)

Caro (a) Profissional:

Eu, Maria de Fátima Bastos Nóbrega, sou enfermeira do Hospital Universitário Walter Cantídio e doutoranda da Universidade Federal do Ceará (Doutorado em Enfermagem), estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: *Construção e Validação de Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar: concepções e práticas do enfermeiro* cujo objetivo é: Construir e validar um modelo de Escala de Avaliação de Promoção da Saúde no Ambiente Hospitalar, a partir da Declaração de Budapeste. Desta forma, solicito a sua permissão para aplicar um questionário, garantindo-lhe que você terá acesso, ao final da pesquisa, a todas as informações resultantes dela. Os registros serão devidamente guardados, sob minha responsabilidade, por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

A você será garantido o sigilo de todas as informações referidas, bem como o direito de recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo. O benefício potencial desta 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.

Coloco-me à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida, pelo telefone: (85)3366 8155. Residência: Rua Carlos Vasconcelos, 2787 apto 401 – Joaquim Távora. CPF: 424000233-87.

Demais dúvidas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio pelo telefone: (85) 3366. 8589.

Dados dos usuários da pesquisa:

Nome:

Endereço:

Telefone:

Data de nascimento:

Consentimento pós-esclarecido

Eu _____, declaro que fui convenientemente esclarecido pelo pesquisador e que entendi o que foi me explicado sobre a pesquisa, logo concordo em participar da presente pesquisa. Concorde também, que os questionários sejam guardados e a pesquisa possa ser publicada.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do Pesquisador

Assinatura da Testemunha

APÊNDICE H – DISCRIMINAÇÃO DAS VARIÁVEIS DA TABELA 4

Legenda	Variável
HAPS	Hospital/adequado para promoção da saúde
LA	Limpeza adequada
NAPE	Nº adequado de pac./enfermaria
IA	Iluminação adequada
VA	Ventilação adequada
EUE	Encorajo usuário a expressar-se
DAPSU	Desenvolvo ações de PS com o usuário
MCSA	Melhor o conforto e segurança do ambiente
SHUI	Supervisiono a higiene da UI
PMP	Providencio manutenção preventiva
MIL	Mantenho a identidade do usuário
AS	Atendo solicitações
MEI	Mantenho a equipe informada
BAOP	Busco apoio em outros profissionais
EP	Explico procedimentos
RU	Respeito o usuário
MS	Mantenho o silêncio
EUAR	Estimulo o usuário a atividades recreativas
REU	Receio envolvimento com o usuário
ULA	Uso linguagem acessível
EPU	Estimulo a participação do usuário
PC	Passo credibilidade
DES	Desenvolvo Educação em Saúde
DEAU	Discuto estratégias de autocuidado com o usuário
PAC	Procuro apoio comunitário
PCFR	Procuro conhecer outros fatores de risco
DMP	Disponibilizo material de proteção
EPCIH	Estimulo a participação no controle de Infecção hospitalar

ANEXOS

ANEXO A– DECLARAÇÃO DE BUDAPESTE SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM HOSPITAIS

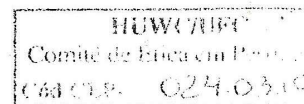
Esta declaração foi emitida por ocasião do 1 ° Encontro Empresarial da Rede Internacional de Hospitais Promotores da Saúde.

Parte 1

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

lém 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 sobre o 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 Hospital, 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 B – ANUÊNCIA COMITÊ DE ÉTICA HUWC**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 – Rodolfo Teófilo – 60.430-370 – Fortaleza-CE
FONE: (85) 3366-8589 / 3366-8613 E-MAIL: cephuwc@huwc.ufc.br

Protocolo nº: 024.03.10

Pesquisadora Responsável: Maria de Fátima Bastos Nóbrega

Departamento / Serviço:

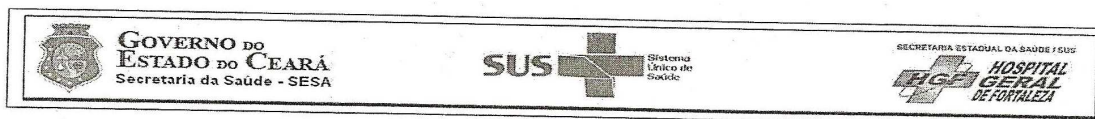
Título do Projeto: “Concepções e práticas do enfermeiro com enfoque na promoção da saúde em hospitais de ensino”

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio analisou na reunião do dia 17/05/10 o projeto de pesquisa supracitado e baseando-se nas normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções CNS 196/96, 251/97, 292/99, 303/00, 304/00, 347/05, 346/05), resolveu classificá-lo como: **APROVADO.**

Salientamos a necessidade de apresentação de relatório ao CEP-HUWC da pesquisa dentro de 12 meses (data prevista: 17/05/11).

Fortaleza, 27 de maio de 2010.

Dr. Francisco Flávio Leitão de Carvalho
Vice-Coordenador do CEP - HUWC

ANEXO C – ANUÊNCIA COMITÊ DE ÉTICA HGF**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/HGF**

Fortaleza, 30 de agosto 2010.

Ilma. Sra. comunicamos-lhe o parecer do CEP

Pesquisadora: **Maria de Fátima Bastos Nóbrega**
Projeto Intitulado: **Concepções e práticas do enfermeiro com enfoque na promoção da saúde em Hospital de Ensino**
Área de conhecimento: **Ciências da Saúde/ Enfermagem**
Protocolo do CEP: **080912/10**

Parecer: Informamos a V.Sa., que o Comitê de Ética em Pesquisa apreciou o projeto (ad-referendum) considerando que o mesmo atende as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisa com seres humanos e considerando que o mesmo já tem aprovação de outro Comitê, observou-se os aspectos técnicos de viabilização da pesquisa, o CEP/HGF considerou o projeto **aprovado**.

Lembramos ao pesquisador e entrega ao final da pesquisa e o cumprimento dos aspectos éticos conforme a Resolução citada.

Atenciosamente,


Dr^a. Maria Veraci Oliveira Queiroz
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/HGF