

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Em 1984 a Comissão Regional da Europa da Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou as metas regionais de Saúde para Todos sob a qual deveriam assentar as bases da política de saúde dos vários estados membros. As estratégias para se atingirem tais metas são as seguintes: a promoção de estilos de vida saudáveis; a protecção do ambiente; a prestação de cuidados de saúde adequados e ajustados à população; e a criação de medidas de suporte pertinentes a nível da pesquisa e informação (Amorim, 2000).

A problemática da Educação para a Saúde (EpS), como processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde, vem sendo objecto de uma reflexão crescente por parte de instituições, grupos profissionais e autores em artigos de literatura específica (OMS, 1985).

De facto, no dizer de Sanmartí (1985), a consecução de elevados níveis de saúde e a prevenção de mortes prematuras dependem, em grande medida, da adopção por parte dos indivíduos, grupos e comunidades, de comportamentos saudáveis. Daí a importância e o interesse actual pela EpS, que em todo o mundo se fundamenta nos seguintes aspectos (Navarro, 1998):

- A longevidade condiciona uma maior prevalência de doenças crónicas, mais ou menos incapacitantes, ligadas aos estilos de vida;
- O aumento do stress provocado pelos diferentes contextos sociais em que vive a maior parte da população favorece uma maior incidência de acidentes e disfunções psicossociais;
- O recrudescimento de patologias aparentemente controladas por modificações do agente causal e o aumento de comportamentos de risco (e.g. Doenças sexualmente transmitidas, DST);

É fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra as doenças crónicas e incapacidades (OMS, 1986). Estas intervenções devem ter lugar em vários contextos como a escola, o trabalho e as organizações comunitárias e serem realizadas por organismos educacionais, profissionais e de solidariedade social.

A declaração de Alma-Ata, resultante da conferência organizada pela OMS subscreveu alguns aspectos importantes entre os quais: *“Os povos têm o direito e o dever de participar, individual e colectivamente, do planeamento e execução dos cuidados de saúde”* (Geraldes, 1992: 92). Estabeleceu como meta de saúde para o ano 2000, que todos os povos do mundo deveriam atingir um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva e responsabilizou os governos pela saúde das suas populações. Esta declaração considerou como primeira prioridade em Cuidados de Saúde Primários (CSP) a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, privilegiando a informação e a EpS.

Em 1986, na reunião de Ottawa, foi elaborada a carta de recomendações que consiste na proposta de um conjunto de princípios e de medidas destinada a melhorar a condição de saúde das populações de todo o mundo. Indica as condições a criar a nível governamental e de serviços. A nível dos serviços visa um processo de reorganização dos serviços de saúde, nomeadamente os de CSP, os quais, deverão funcionar como mediadores entre os utentes e as administrações, constituindo-se como defensores da satisfação das necessidades das populações. Neste sentido, os serviços de saúde devem orientar-se para a promoção da saúde, para além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos. Devem apoiar as necessidades dos indivíduos e das comunidades para uma vida saudável e abrir o diálogo entre o sector da saúde e outras áreas como a social, política, económica e ambiental (OMS, 1986).

Os profissionais dos CSP, enquanto profissionais de saúde, não podem actuar directamente nas componentes de nível governamental, mas podem e devem rever a sua forma de trabalhar de modo que a sua acção se traduza em autonomia das pessoas.

Os enfermeiros são profissionais de saúde cuja carreira e conteúdo funcional se encontram definidos pelo Decreto-Lei n.º 437/91, parcialmente alterado pelos Decreto-Lei n.º 412/98 e 411/99. No que diz respeito ao conteúdo funcional de todas as

categorias (artigo 7, alínea c) do Decreto-Lei n.º 437/91 faz parte a execução de cuidados de enfermagem que integrem processos educativos, que promovam o autocuidado do utente. Esta função aponta claramente para a realização de actividades de EpS.

Assim, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar. Esta dimensão é bem evidente em algumas concepções de enfermagem como é o caso de Leininger (1984), que define a enfermagem como:

“Uma arte e ciência aprendida e humanística que se centra em condutas de cuidados personalizados (individuais ou de grupo), funções e processos dirigidos para a promoção e manutenção de condutas de saúde ou a recuperação de doenças que têm significação física, psicocultural e social, para aqueles que estão assistidos” (Leininger, 1984: 4,5).

Considerando a EpS como uma forma de promover o desenvolvimento do homem como indivíduo e como parte de um ecossistema complexo, a actuação do enfermeiro nesta área não pode consistir numa simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra, mas sim numa intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos (Amorim, 2000).

A formação, nomeadamente, a formação inicial, tem uma influência directa no desempenho profissional. Na área da EpS este pressuposto também se verifica, uma vez que, na opinião de Silva (1999), o défice de formação nesta área dos diversos profissionais de saúde pode conduzir a práticas de EpS mais nocivas do que benéficas para a saúde das pessoas. É neste âmbito de preocupação que surge este nosso estudo: conhecer as dificuldades, carências e progressos sentidos pelos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real (SRSVR), com vista a diagnosticar as necessidades específicas de formação em EpS ao nível do ensino superior e da formação em serviço, para assim se poderem melhorar as competências destes profissionais de saúde no âmbito da EpS.

Como o investigador está envolvido na formação inicial de enfermeiros numa Escola Superior de Enfermagem, na área da EpS, fazer um diagnóstico de situação a nível das práticas educativas em CSP e conhecer as suas necessidades de formação torna-se de todo pertinente, para uma melhoria da qualidade do seu próprio desempenho e do da Escola. De facto, os Centros de Saúde são o contexto próprio para os alunos do

curso inicial efectuarem uma boa parte da sua experiência prática e aprenderem por modelagem. Definimos, pois, os seguintes objectivos para a presente investigação:

- 1- Conhecer as noções dos enfermeiros da SRSVR sobre o conceito de EpS;
- 2- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a importância da EpS;
- 3- Caracterizar, as práticas de EpS dos enfermeiros da SRSVR;
- 4- Identificar as dificuldades, carências e progressos sentidos pelos enfermeiros nas suas práticas de EpS;
- 5- Conhecer o tipo de formação em EpS adquirida pelos enfermeiros da SRSVR e as entidades formadoras;
- 6- Identificar as necessidades de formação no âmbito da EpS dos enfermeiros da SRSVR;

Este estudo está dividido em cinco partes fundamentais: na primeira parte procuramos fazer o enquadramento teórico da nossa problemática, apoiando-nos nas concepções de saúde e de Educação para a Saúde.

Na segunda parte, descrevemos a metodologia adoptada, justificando a nossa opção pelo tipo de estudo, assim como as estratégias de recolha e tratamento dos dados, tendo em vista a compreensão da realidade que pretendemos analisar.

Uma terceira parte, consta da apresentação dos resultados obtidos por questionário e por entrevista semiestruturada.

Na quarta parte fazemos a análise e interpretação dos resultados obtidos neste estudo, complementando os dados mais descritivos dos questionários com os dados mais explicativos das entrevistas.

Por último, apresentamos as conclusões e desenhámos uma proposta de formação contínua a apresentar à SRSVR e Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (ESEVR).

Pensamos que este estudo, poderá ser um contributo para a melhoria, a curto prazo, do desempenho das práticas de EpS e da formação inicial e contínua dos profissionais de enfermagem.

CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO TEÓRICO – EDUCAÇÃO E SAÚDE: DOIS CAMPOS EM SINERGIA

2.1. Da saúde à Educação para a Saúde

Abordar a temática da EpS sem analisar, previamente, o conceito de saúde e as transformações que tem sofrido ao longo do tempo, parece-nos inadequado e descontextualizado, uma vez que, o objectivo da EpS é a promoção da saúde.

A saúde, como qualidade ou estado pessoal, tem sido muito valorizada e procurada ao longo da história da humanidade. Por esta razão muitos são aqueles que têm tentado defini-la e medi-la com precisão, envolvendo-se numa tarefa de difícil conclusão.

Durante muito tempo a saúde foi considerada como o oposto da doença, sendo esta conceptualizada considerando-se, exclusivamente, as perturbações físicas ou biológicas e encarada como um acontecimento accidental, que atingia o organismo, sem haver possibilidade de desencadear qualquer tipo de reacção que a pudesse evitar (Larrea e Plana, 1993).

Pesquisando alguma da literatura existente sobre o conceito de saúde, encontram-se várias definições, embora a maior parte delas, tenha pouca utilidade, para quem planeia os cuidados dada a dificuldade em proceder à sua operacionalização.

Em 1946 a Organização Mundial de Saúde (OMS) na sua Carta Magna, definiu a saúde como *“Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”* (OMS, citada por González, 1998: 6).

Esta definição no dizer de Sanmartí (1985), apresenta aspectos positivos e negativos. Por um lado, enumera a forma positiva (Bem-estar) como a saúde é definida, incluindo também a área mental e social para além da dimensão biológica. Por outro lado, aponta como aspectos negativos a equiparação da saúde ao bem-estar, a utopia do conceito, já que o completo bem-estar dificilmente se alcançará, o carácter estático da

definição e a sua subjectividade. De facto, esta definição não inclui os aspectos adaptativos da pessoa face às suas perturbações.

Mais tarde, Terris (1980 citado por Sanmartí 1985: 15), um dos autores que contestou a definição da OMS, definiu saúde como “*Um estado de bem-estar físico, mental e social, com capacidade de funcionamento e não apenas a ausência de doenças ou enfermidade*”. É uma definição operativa, já que para a maioria das pessoas, estar de boa saúde é ter capacidade de desenvolver as suas actividades de vida diárias. O seu inconveniente é que é possível a presença simultânea de saúde e de certas doenças, numa fase precoce, ainda, sem sintomatologia, nem limitação funcional.

Por sua vez, bem-estar é um conceito subjectivo que é definido por comparação com mal-estar, e é influenciado pelos nossos padrões e pelos padrões de bem-estar da comunidade onde estamos inseridos. Na verdade, perante situações semelhantes estabelecem-se processos diferentes de pessoa para pessoa, e dentro da mesma pessoa também se estabelecem processos diferentes conforme o momento em que ocorre a situação, produzindo diferentes conceitos de bem-estar interpessoal e intra-pessoal (Carcel, 2000).

A diferença de conceitos inter-pessoal é justificada pelo facto do conceito de bem-estar emergir do diálogo entre a circunstância e a nossa história de vida. Mas como explicar que a mesma pessoa perante a mesma circunstância possa desenvolver processos de bem-estar e de mal-estar? Damásio, considera que as emoções e os sentimentos são os responsáveis por esta diferença, afirmando que “*As emoções e sentimentos são os sensores para o encontro ou falta dele entre a natureza e as circunstâncias.*” (Damásio, 1998:17). Goleman partilha da mesma opinião, considerando que os estados emocionais podem “*Desempenhar um papel significativo na vulnerabilidade à doença e no decurso da convalescença*” (Goleman, 1997:186). De facto, todos nós conhecemos a ligação entre estados emocionais fortes e a ocorrência de enfartes de miocárdio ou da associação de períodos de stresse e a gripe.

Em suma, a concepção holística da saúde considera-a um bem-estar subjectivo que permite à pessoa alcançar os seus objectivos pessoais no âmbito de um determinado contexto sociocultural, emergindo do diálogo homem - meio ambiente e mediado pelas emoções e sentimentos (Carcel, 2000).

Uma definição mais recente é a de Déjours (1993: 49), que diz que a “*Saúde é a capacidade de cada homem, mulher ou criança criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar*”. Este conceito é dinâmico, tem em conta a capacidade funcional do ser humano e introduz a indicação de géneros e grupos etários (embora sem os distinguir entre si), assim como a singularidade de cada pessoa na luta pelo atingir dos seus objectivos de vida.

O conceito de saúde e de doença, ao longo da história da humanidade, tem adquirido conotações diversas que partiram de construções sobre os significados da natureza do corpo, as funções e a sua estrutura, sobre as relações corpo e espírito e pessoa-ambiente (Reis, 1998). Neste sentido, Ribeiro (1998), apresenta de forma cronológica uma divisão da evolução do conceito de saúde/doença em quatro fases. Uma primeira fase que decorreu até à idade média, outra que se iniciou após o Renascimento, uma terceira que surge após a Revolução Industrial e, finalmente, uma quarta fase após a II Guerra Mundial.

Galileu, Newton e Descartes enunciam, na época os princípios básicos da ciência, defendendo o modelo (modelo cartesiano ou mecanicista), que considerava o universo inteiro, incluindo o homem, como uma máquina, que funcionava de acordo com as leis da matemática. É nesta altura que se instala o modelo biomédico¹. Este baseia-se em grande parte, na visão cartesiana do mundo e considera a doença como a avaria temporária ou definitiva de um componente ou da relação entre os componentes de um corpo. Este modelo vem responder às grandes questões de saúde da época e reorientar a prática e a investigação médica, tendo por base um paradigma que ficou conhecido por «Teoria do Germe»² (Ribeiro, 1998).

Após a Revolução Industrial, alterações no sistema de produção e consequentes mudanças sociais e demográficas, levaram a um desequilíbrio ecológico, que esteve na origem das grandes epidemias que surgiram na época (tuberculose, sarampo, gripe, etc.) (Ribeiro, 1998).

¹ No modelo biomédico, base conceptual e metodológica da medicina científica moderna, a doença é definida na base de desvios ou mau funcionamento da biologia do corpo. É neste corpo que se busca a causa de todas as causas de doença (Engel, cit. Reis, 1998).

² Esta teoria, dentro do espírito cartesiano, postulava que “um organismo patogénico específico estava associado a uma doença específica” (Ribeiro, 1998: 58), apresentando desta forma, as bases conceptuais para o combate das epidemias que apareceram na época.

As numerosas descobertas feitas no fim do século XIX, no domínio da física, química e biologia, abrem caminhos inteiramente novos à medicina. Esta ciência tem à sua disposição a partir deste momento instrumentos e métodos de investigação que lhe permitem, além de estender o seu raio de acção, desenvolver uma abordagem analítica, reforçando cada vez mais a separação corpo/espírito, doente/doença, espartilhando as regiões do corpo de tal forma que lhes permitisse identificar o normal e o patológico a fim de o reparar. Foi nesta altura que a doença deixou de ser encarada e definida numa perspectiva holística, tendo o modelo biomédico se tornado dominante, essencialmente, devido à crescente investigação em fisiologia experimental (Ribeiro, 1998: 52).

Os serviços de saúde, no princípio do século XX estavam estruturados e vocacionados para atender doentes, respondendo às necessidades das populações em termos de doenças, sendo os médicos considerados os principais responsáveis pela saúde de cada um. O objecto da medicina era então visto como “*O corpo cuja mecânica deve ser reparada*” (Collière, 1989: 123). Nesta perspectiva o corpo reduzia-se à sua doença.

Após a II Guerra Mundial, o mundo tornou-se mais acessível e próximo. Os anseios das pessoas terem uma vida cada vez melhor tornaram-se legítimos uma vez que o desenvolvimento que se fez sentir afectou não apenas a área da saúde, mas toda a sociedade (Reis, 1998).

O conceito que cada um de nós tem de saúde influencia a nossa perspectiva sobre a EpS, mas também a forma como planeamos, desenvolvemos e avaliamos as práticas neste campo.

2.1.1. Determinantes de saúde

Tanto a saúde como a doença são influenciadas, consideravelmente pelos factores sociais e ambientais. Esta visão dinâmica da saúde é fundamental na EpS, uma vez que, actualmente, nos países desenvolvidos a perda de saúde e as mortes prematuras estão estreitamente ligadas ao estilo de vida, ou seja, à adopção por parte de indivíduos, grupos e comunidades de comportamentos saudáveis.

De acordo com Sanmartí (1985), mais importante do que filosofar sobre o conceito de saúde, é analisar os determinantes de saúde e da doença nos indivíduos e

comunidades. Para isso é necessário analisar os principais problemas de saúde e os seus factores causais.

Neste sentido, apresentamos alguns dados estatísticos de morbilidade e das principais causas de morte em Portugal e no distrito de Vila Real. No que se refere à morbilidade salientamos os dados referentes à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), patologia muito associada aos estilos de vida. Assim, em Portugal no ano 2000, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002), verificaram-se 764 novos casos de SIDA, sendo a taxa de incidência de 104,2 casos por milhão de habitantes, contra 22,5 casos por milhão de habitantes na União Europeia.

Em relação às principais causas de morte estas recaem em dois grandes grupos: doenças do aparelho circulatório e tumores malignos (Quadro 1). Ambas as causas estão muito relacionadas com o estilo de vida.

Na mortalidade por causas externas (Quadro 1), que é associada aos comportamentos de condução, destacam-se os acidentes de trânsito com veículos a motor, que constituem 36% dos óbitos por causas externas, dos quais 49% ocorreram em indivíduos com idades entre os 20 e os 49 anos, com todas as consequências que isso acarreta aos próprios e à sociedade.

Quadro 1 – Distribuição da frequência das principais causas de morte em Portugal no ano 2001

Causas de morte	Frequência	%
Doenças do aparelho circulatório	40743	38,6
Tumores malignos	21960	20,8
Causas externas	5168	4,9
(Acidentes de trânsito com veículo a motor)	(1863)	(1,8)
Outras doenças	37711	35,7
(Diabetes Mellitus)	(3692)	(3,5)
(SIDA)	(1026)	(0,97)
Total de óbitos	105582	100

Fonte: INE (2003), estatísticas de saúde 2001.

Quanto à mortalidade por outras doenças salientamos a Diabetes Mellitus, que de 1980 a 2000, de acordo com o INE (2002), sofreu um aumento de 116%, e das doenças do aparelho respiratório que, embora, tenham sofrido um decréscimo de 2000 para 2001 de 16%, aumentaram na década de 1989 - 1999.

A nível do distrito de Vila Real, segundo a SRSVR, a principal causa de morte são, também, as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelos tumores malignos, repetindo-se o quadro da totalidade do país. Os dados indicam que neste distrito houve 2458 óbitos em 2000, o que perfaz uma mortalidade geral de 10,4 ‰. As doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos constituíram no mesmo ano, respectivamente, 43% e 17% do total de óbitos (SRSVR, 2001).

A nível internacional, o ex-Ministro da Saúde do Canadá, Lalonde (1974), analisou a questão dos determinantes de Saúde ao estudar as principais causas de morte prematura dos canadianos e construiu um modelo, que passou a ser clássico na Saúde Pública, segundo o qual o nível de saúde de uma comunidade é determinado pela interacção de quatro variáveis:

- 1 – a biologia humana (genética, envelhecimento)
- 2 – o meio ambiente (contaminação física, química, biológica e sócio-cultural)
- 3 – o estilo de vida (comportamentos ligados à saúde)
- 4 – o sistema de saúde (cobertura e acessibilidade) (Precioso, 1992).

Depois de surgir este modelo de Lalonde, foram efectuados numerosos estudos nos Estados Unidos, que confirmaram a importância dos estilos de vida como determinantes da saúde, sobretudo, nos países desenvolvidos. Foi, também, confirmado que, os recursos destinados ao sector da saúde são, na sua maioria, gastos pelo sistema de saúde, como se pode observar no Quadro 2.

O efeito prejudicial dos comportamentos não saudáveis, medido em termos de mortes prematuras e o efeito benéfico para a saúde dos estilos de vida saudáveis, têm sido demonstrados por estudos de coorte desenhados, com este objectivo. É o caso do estudo realizado por Breslow *et al.* (1965) na Califórnia, citado por Sanmartí (1985), que demonstrou que o consumo de tabaco, o sedentarismo, o consumo de bebidas alcoólicas, os excessos alimentares (obesidade) e o número de horas de sono estavam significativamente associados ao aumento do risco de morte nos indivíduos entre os 30 e os 69 anos.

Quadro 2 - Distribuição da mortalidade e dos gastos destinados à saúde nos EUA de 1974 a 1976.

Determinantes da saúde	Distribuição da mortalidade %	Gastos federais destinados à saúde %
Sistema de Saúde	11	90,6
Estilo de vida	43	1,2
Meio ambiente	19	1,4
Biologia humana	27	6,8

Fonte: Sanmartí, 1985, p. 24, citando Dever, 1977.

Estudos realizados pelo Center for Disease Control (CDC) de Atlanta (EUA) em 1977, tendo por base a análise das 10 primeiras causas de morte, acrescentam que, quando se eliminam as mortes durante o primeiro ano de vida (idade em que o principal determinante de mortalidade são os factores biológicos), a proporção da mortalidade associada ao estilo de vida aumenta para cerca de 50%. Neste sentido, outros estudos sugerem, ainda, que um estilo de vida saudável, além de prevenir mortes prematuras, contribui de forma importante para uma boa saúde e, por conseguinte, para uma boa qualidade de vida (Sanmartí, 1985).

Com base nestes resultados surgiu nos Estados Unidos e no Canadá uma corrente de pensamento, que recomendou a mudança de prioridades na Saúde Pública, no sentido de canalizar maior percentagem de verbas para a prevenção e Educação para a Saúde que, posteriormente, se estendeu à Europa.

Nesta linha de pensamento a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985: 62) afirma que:

“Ainda há muito que avançar para conseguir compreender as relações entre a saúde e as componentes de estilos de vida específicos. Numerosos estilos de vida favorecem a saúde, desenvolvem o bem-estar físico e mental e protegem o indivíduo do Stress. Outros englobam comportamentos que podem ser prejudiciais à saúde.”

Perante este cenário, não admira, pois, que a OMS tenha adoptado um conjunto de metas que deviam ter sido atingidas até ao ano 2000, tendo como finalidade última proporcionar a todos os habitantes do mundo um nível de saúde, que lhes permitisse uma vida social e economicamente produtiva, através de várias estratégias, entre as quais se destaca a Educação para a Saúde.

2.1.2. Articulação entre educação e saúde

Para podermos reflectir acerca da articulação entre os conceitos educação e saúde, vamos agora apresentar algumas definições de educação, no seguimento das de saúde, atrás apresentadas.

Nesta linha de pensamento, começamos com uma afirmação de Dias, (1993: 4), em que o autor afirma que: “*O conceito de educação parece envolver a ideia de um processo de desenvolvimento, de algum modo natural e espontâneo e que se deseja global e harmónico, estruturado e hierarquizado, das capacidades do homem.*” Ou seja, a educação envolve o desenvolvimento das capacidades do homem.

O próprio processo educativo é um processo que conduz à saúde do ser humano, inserindo-se também no seu projecto de vida. A educação vê-se, assim, como uma das melhores formas para elevar a qualidade de vida e o nível de saúde das pessoas (González, 1998). O papel do educador é criar condições para que o homem possa desenvolver as suas capacidades.

As palavras «projecto pessoal» que aparecem no conceito de saúde de Déjours (1993), reportam-nos também para o processo educativo, uma vez que, este é um processo de autoformação. Por sua vez os verbos «criar e lutar» lembram-nos a perspectiva dinâmica da educação e da própria saúde.

O processo de auto-educação implica, também um processo de construção ao longo da vida com o objectivo de ser mais justo, mais verdadeiro e feliz. Aqui está implícita a procura de bem-estar por parte de todo o ser humano, uma vez que, não há pessoa feliz sem saúde, pelo menos a partir do momento em que descobre que está doente.

No dizer de Dias (1982), o homem é o agente da sua própria educação através da interacção permanente da sua reflexão e das suas acções. Do mesmo modo o Homem é agente da sua saúde, já que deve desenvolver a sua capacidade de criar bem-estar e defender a sua saúde, isto, sem esquecer-mos a enorme influência das condições ambientais.

Os conceitos de educação que emergiram a partir da década de 1960, o de educação permanente e de educação comunitária, também poderão constituir peças importantes de interface entre a saúde e a educação. De acordo com Dias, (1993: 6), a educação permanente é “*Entendida como um processo global e sequencial de desenvolvimento da*

pessoa humana ao longo da sua existência e através das respectivas fases de educação de infância, de educação escolar ou de jovens e de educação de adulto”, por sua vez compreende a educação comunitária “Como processo também global e sequencial de desenvolvimento das comunidades humanas ao longo da história e a partir da interacção dos processos de educação permanente de cada um dos seus membros”. A pessoa humana quando se desenvolve ao longo da sua existência está a lutar pelo seu projecto de vida e o verdadeiro desenvolvimento traz bem-estar, por conseguinte, com reflexos positivos na sua saúde. A educação condiciona a própria saúde da pessoa (Dias, 1997).

Por outro lado, tal como a interacção dos processos de educação permanente de cada um dos membros de uma comunidade contribui para o desenvolvimento dessa mesma comunidade, a saúde de cada um desses membros influi no nível de saúde comunitário, bem como no referido desenvolvimento. É o caso da imunidade de grupo face a determinadas doenças contagiosas, que depende da imunidade de cada indivíduo.

Queríamos, ainda, deixar aqui expresso que, o factor base do melhoramento dos indivíduos, das comunidades e do seu nível de saúde é a educação. No entanto, poderemos interrogarmos acerca do tipo de educação que permite alcançar esses objectivos. Freire (1970), responde a esta questão, ao distinguir dois processos contraditórios de educação: aquele pelo qual os homens caminham no sentido de se tornarem cada vez mais sujeitos, pessoas, tudo, e aquele pelo qual são reduzidos a se tornarem cada vez mais objectos, coisas, nada. Uma educação envolvê-lo-á no seu projecto pessoal, a outra no projecto de outrém.

Depois, tal como afirma Dias (1982: 34):

“Só através do processo de educação recíproca e pessoalmente auto dirigida, poderemos atingir os objectivos marcados à educação de adultos: a plenitude da realização pessoal e a participação plena na vida da comunidade”.

Esta participação comunitária é essencial para se atingirem ganhos em saúde. A saúde comunitária não é possível sem o envolvimento da comunidade, sem este processo educativo.

2.1.3. Educação para a Saúde: um processo holístico

Educação e saúde exigem uma visão holística, englobando uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões em constante interacção com o meio envolvente. Como tal, a EpS deve ser um processo holístico, porque pretendendo aumentar a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que permitam à pessoa adoptar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte (Carcel, 2000).

Por sua vez, esta pessoa também influencia a comunidade provocando-lhe processos internos geradores da adopção de comportamentos saudáveis, uma vez que *“Não existe ser humano que não seja transformado pela sociedade em que se encontra, do mesmo modo que não existe sociedade que não se funde na autonomia com que os seus membros participam no programa que ela estabelece”* (Illich, 1977: 124).

Antes de entrarmos na conceptualização da EpS iremos debruçar-nos sobre o termo holismo. Segundo Oliveira (2000: 287), o conceito «holismo» possui, usualmente, uma denotação referente a uma «visão global», significado que, na sua opinião, parece derivar em grande parte das perspectivas sistémicas da cibernética e da engenharia da computação. No dizer de Griffin (1994), o holismo implica a síntese de todas as partes para obter um todo em que se deverá atingir a harmonia. Referindo-nos, especificamente, ao ser humano, «objecto» e actor da EpS, a perspectiva holística considera-o como uma unidade biofisiológica, psicológica, social e espiritual que se encontra em constante interacção consigo mesmo, com outros seres humanos e com o meio ambiente (Casanova, 1992).

Na concepção holística, o organismo vivo é visto como um sistema cujos componentes estão interligados e interdependentes estabelecendo processos entre si. Este sistema é parte integrante de sistemas mais vastos, estando assim o organismo em interacção contínua com o seu meio envolvente. Este é o caso do ser humano e da EpS. Como os seres humanos comunicam entre si e interagem, sendo esses fenómenos componentes essenciais da EpS, então por conseguinte, a EpS é um processo holístico.

Na opinião de Damásio (1998), o homem é um todo e não se pode separar o físico do psíquico, do social e do mental. Participa activamente na sua própria construção e

evolução, constituindo uma totalidade da interacção entre as suas várias dimensões. Qualquer perturbação numa dimensão, transmitir-se-á a todas as outras e como tal para a globalidade que constitui o ser humano. Através das suas investigações consegue demonstrar que a componente emocional tem um peso muito importante no processo de decisão do ser humano e apelida de mito a separação entre mente e corpo.

Ao assumir um papel activo no seu processo de saúde, através da adopção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, torna-se necessário que a pessoa, escolha e assuma as suas opções de vida, responsabilizando-se pela sua saúde. Ou seja, está implícito em todo este processo uma tomada de decisão face a um leque de opções possíveis, processo esse, que sofre importantes influências das emoções experimentadas pela pessoa. Quem se envolve no processo de EpS deve ter este aspecto bem presente. Em EpS deve-se passar a mensagem da não repressão das emoções (concepção racionalista) e colocar a ênfase nos seus efeitos positivos e na redução do seu potencial negativo. Deve apoiar-se cada vez mais na promoção de atitudes positivas do que na agitação do espectro de doença (Amorim, 1999).

A dor e o prazer de acordo com Damásio (1998), foram os instrumentos que controlaram o desenvolvimento de estratégias sociais de tomada de decisão, sendo a dor o que tem maior eficácia. Ou seja, a dor dirige as nossas tomadas de decisão para determinada direcção no sentido de ser anulada e da obtenção de prazer, assegurando a sobrevivência. Estes conhecimentos podem-nos ajudar a compreender muitas das decisões de pessoas toxicodependentes e alertam-nos para a necessidade de a EpS antecipar as consequências desastrosas de certo tipo de comportamentos aditivos. A meta será conseguir associar a esses comportamentos o espectro de dor e da escravidão, e não ao breve e momentâneo prazer.

Enquadrada na questão da sobrevivência, Damásio (1998), levanta a hipótese do marcador-somático, que na sua opinião é o sentir de uma sensação corporal provocada pela associação entre um resultado e uma dada opção de resposta. Como o estado do corpo «marca» uma imagem, o autor chama a esta hipótese marcador-somático. Os marcadores-somáticos podem actuar de forma consciente ou inconsciente. Constituem agentes no processo de filtragem de opções, aumentando a precisão do processo de raciocínio de decisão, tendo a sua maior parte sido criada nos nossos cérebros durante o processo de educação e socialização.

Isto traz implicações importantes para a EpS. Participar no processo de EpS é também criar marcadores-somáticos, que ajudem as pessoas a tomar decisões racionais saudáveis, que lhe forneçam “empowerment”. Mais, ainda, é ajudar essas pessoas a reconhecer os seus próprios marcadores-somáticos, já instalados pelo processo educativo, para que os possam alterar, caso não sejam os mais adequados à promoção da sua saúde.

Quando os valores culturais inculcados pela socialização são fracos e apelam à violência e ao não respeito pela liberdade e pela vida humana, os marcadores-somáticos formados passarão a aceitar as opções de violência como algo positivo. Teremos seres humanos insensíveis à violência e ao crime. Cabe à EpS alertar as pessoas para que seleccionem os programas e publicidade que vêem e protejam, sobretudo, as crianças destes agentes de dessensibilização. A EpS deve assumir este papel de prevenção da violência e delinquência (Damásio, 1998).

Não nos podemos esquecer que a EpS veicula conhecimentos, Por sua vez, a construção do conhecimento de cada indivíduo faz-se com base na afectividade. Isto implica que, essa mesma construção vai depender das emoções que se estabelecerem entre as pessoas. É, por isso, muito importante a relação que se estabelece entre os educandos e entre estes e o educador para o sucesso de qualquer programa educativo.

Outro aspecto implícito neste cenário é de que a sociedade exerce um enorme papel de educação no que se refere à dimensão emocional de cada um de nós (cf. Damásio, 1998: 71). Aqui aparece a educação permanente e comunitária a suplantar a educação escolar, que valoriza, quase exclusivamente, a dimensão cognitiva e onde a dimensão emocional é inexistente ou muito incipiente. A EpS deve integrar o processo de educação comunitária, na qual os profissionais de saúde desempenham uma fatia do grande bolo educativo e não se devem assumir como únicos actores neste processo.

Segundo Damásio (1998), nem todos os circuitos cerebrais se desenvolvem e funcionam como se encontra definido nos genes, em oposição à corrente tradicional, que afirma que tudo está predestinado por estas entidades biológicas. Considera pois que o organismo humano vive inserido em grupos de seres semelhantes em meios ambientes culturais e físicos específicos cuja mente e comportamento individuais não são moldados exclusivamente pelas redes de circuitos neuronais, nem pelos genes, mas também por todo o seu contexto ambiental. Está aqui, mais uma vez assinalado, a

importância da influência do ambiente cultural e físico no comportamento das pessoas e, por conseguinte, na EpS.

Ter uma noção correcta da natureza humana e uma imagem não distorcida da mente é fundamental nas questões da EpS. Esta ideia da mente descorporalizada, que marcou os últimos quatro séculos, também pode moldar a nossa forma de fazer EpS, adoptando modelos biomédicos, em que se desvaloriza o efeito das perturbações psicológicas sobre o corpo e de outras dimensões. Os programas de EpS devem ser dirigidos não apenas à dimensão física, mas a todas as dimensões, constituindo uma interacção holística (Damásio, 1998).

A influência ambiental na EpS é, também, abordada por Costa e López (1996). Estes autores referem que o ambiente exerce uma força irresistível na configuração dos comportamentos e estilos de vida e pode manifestar-se, de igual modo, nas estratégias aplicadas da EpS. Chegam mesmo a afirmar que *“A EpS converteu-se numa estratégia de desenho, redesenho e mudança ambiental que torna provável a desactivação de comportamentos de risco e a activação de comportamentos saudáveis”* (Costa e López, 1996: 115). A EpS é, pois, vista como uma parte do ambiente.

Do que ficou aqui dito, pode concluir-se, que qualquer programa de EpS que não tenha por base a análise das crenças e experiências da população pode conduzir ao insucesso.

2.1.4. Educação para a Saúde: importância da aprendizagem para a mudança de comportamentos

Qualquer acção no sentido de trabalhar hábitos de saúde e estilos de vida, implica uma mudança individual, cultural, social e comunitária. Muitas vezes só trabalhamos o aspecto individual e ficamos à espera que haja uma resposta positiva da pessoa, o que raramente acontece (Amorim, 2000). Sobre este aspecto, Oliveira (1999: 193), afirma que *“Para que se verifique uma mudança de um tipo de comportamento individual dever-se-à, pois, investir mais na modificação do sistema de comunicação, no qual o sujeito faz a sua aprendizagem, do que na conduta individual do sujeito em causa”*.

Para que haja mudança de comportamento é necessário que haja aprendizagem. Bateson (1987), afirma que nos domínios da comunicação e da aprendizagem, entre

outros, nada surge do nada, sem informação. Por sua vez, refere que “*A informação consiste em diferenças que fazem uma diferença*” (Bateson, 1987: 93). No entanto, os seres humanos só tem percepção de mudanças rápidas no tempo. Por sua vez, a aprendizagem é o resultado da interacção da informação com todas as dimensões do nosso ser, sendo as emoções e os sentimentos os principais responsáveis por esta interacção. Estes conhecimentos justificam a necessidade da inclusão de estratégias de desenvolvimento de competências sociais e emocionais nos programas de EpS (Illich, 1977; Goleman, 1997).

O movimento da autoorganização afirma que o ser humano aprende pela desordem, isto é, pela introdução de ruídos. Estas perturbações têm como função complexificar o sistema. Se os sistemas vivos, entre os quais o homem, não forem perturbados não aprendem. Vamos fazendo complexificações crescentes que as perturbações nos possibilitam, criando modos de significação múltiplos. Grande parte desta aprendizagem é por abdução, alargamento não consciente (Maturana e Varela, 1980).

Por outro lado, para haver aprendizagem tem que haver comunicação e vice-versa, ou seja, a comunicação assenta na aprendizagem sistémica de vários códigos entre os sistemas e a aprendizagem faz-se com base na comunicação entre os sistemas e no trabalhar dessa informação pelo sistema em causa. Estas aprendizagens individuais dependem do contexto sistémico. Bateson (1987), liga também os fenómenos da transmissão da cultura e da aprendizagem. A passagem para a geração seguinte das capacidades falha, porque a transmissão cultural é essencialmente feita pela aprendizagem e não pela transmissão genética.

Pode definir-se contexto como um padrão comunicacional através do tempo que pode ter um paralelo na transmissão cultural de geração para geração nos seres humanos (Oliveira, 2000; Bateson, 1987). Esta noção de contexto é muito importante para Bateson, uma vez que, na sua opinião “*Nada tem significado se não estiver inserido num contexto*” (Bateson, 1987: 23). A este ponto de vista chama transferência. Assim, no seu dizer a forma como as coisas aconteceram ontem entre nós e outras pessoas, molda a forma como nós vamos responder hoje uns aos outros. Chama a este fenómeno adaptação, definindo-o como transferência da aprendizagem anterior.

Como nada tem significado se não estiver inserido num contexto implica que, quer a comunicação, quer a aprendizagem necessitam de um contexto. É o receptor da

mensagem quem cria esse contexto e é este contexto receptor que vai fixar o significado. A aprendizagem contextualizada vai, por sua vez, permitir à educação ter significado. É a aprendizagem que nos possibilita, por isso, uma apropriação da educação. Logo sem aprendizagem não há educação. A *“Aprendizagem do contexto nasce a partir de uma espécie de descrição dupla acompanhada pela relação e pela interação”* (Bateson, 1987: 125). Costa e López (1996: 123), concordam com esta linha de pensamento ao afirmarem que *“O processo ensino-aprendizagem da EpS tem lugar na maioria dos casos num cenário de comunicação interpessoal”*.

Por sua vez, a educação estabelece uma ligação com a nossa história de vida, as nossas crenças, os nossos valores e a forma como nos relacionamos com o que nos rodeia. No processo de educação estabelecem-se processos entre o que nos é comunicado e as nossas várias dimensões, o que possibilita a aprendizagem. Assim, educar é antes de tudo estabelecer vias e processos comunicativos relacionais e oferecer pontos de referência (González, 1998).

Tendo em conta os conceitos de transferência e de adaptação de Bateson e o que atrás foi dito, verifica-se que a transferência é dada pelo processo que a educação estabelece com a nossa história de vida, crenças e valores e a adaptação resulta da capacidade de transferirmos a aprendizagem anterior, e agirmos perante novas situações.

Entendemos que sendo a educação um processo dinâmico, concretamente na EpS este dinamismo tenta desenvolver a liberdade do homem junto de outros homens, incita e ensina o homem a pensar e decidir por si mesmo perante situações e momentos da sua vida individual e colectiva. A EpS deve, pois, constituir um processo interactivo reconhecido e aceite pela comunidade, e adquirir uma postura de participação activa e de parceria com responsabilidades na determinação da sua própria saúde e qualidade de vida (Amorim, 1999).

Educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porquê das coisas. Mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a sua saúde. Isto exige dinâmica de trabalho.

Por outro lado, Foucault (1990, referido por Gastaldo, 1997), apresenta a perspectiva de que a EpS deve contribuir para reforçar padrões de saúde concebidos

pelo governo para a população e que, por fazer parte da política de saúde, pode ser entendida como uma estratégia de governabilidade e controlo dos povos através da biopolítica.

2.1.5. Definindo Educação para a Saúde

Tal como o conceito de saúde, a EpS tem sofrido ao longo dos tempos alterações do seu significado. Assim, classicamente, a EpS designada na altura por educação sanitária foi definida por Wood (1926, citado por Precioso, 1992), como a soma de experiências e impressões que influenciavam favoravelmente os hábitos, atitudes e conhecimentos, relacionados com a saúde do indivíduo e da comunidade. Esta definição tem em conta a educação para a saúde informal e foca já a dimensão dos conhecimentos (cognitiva), das atitudes e dos comportamentos. No entanto não faz menção às crenças e valores da pessoa, às necessidades sentidas, nem à participação comunitária.

Mais tarde Seppilli (1989, citado por Larrea e Plana, 1993), vem dizer que a EpS é um processo de comunicação interpessoal, para proporcionar informação que desencadeie um exame crítico dos problemas de saúde, que responsabilize os grupos sociais e indivíduos na escolha de comportamentos que influenciem directa ou indirectamente a saúde física e psíquica das pessoas e da colectividade. Este autor define a EpS como um processo, introduz um elemento chave na EpS que é a comunicação, embora, ponha a ênfase na informação. Chama a atenção para o papel que cada pessoa e a comunidade tem na defesa da sua saúde. Parece, contudo, ser muito culpabilizante da vítima, uma vez que, não tem em conta a influência do ambiente sobre a saúde.

Outra perspectiva é dada por Green *et al.* (1980), ao definir a EpS como uma “combinação” de experiências de aprendizagem planeadas, no sentido de facilitar a mudança voluntária de comportamentos saudáveis. Podemos encontrar alguns aspectos importantes implícitos nesta definição (Rochon, 1996), pois no termo “combinação” encontra-se a necessidade de utilização de diferentes métodos educativos que favoreçam a aprendizagem e denota a importância da sua complementaridade; a referência a aprendizagens planeadas acentua o processo de reflexão sistemático, prévio à elaboração do projecto de EpS; o verbo “facilitar” designa o papel do educador como

facilitador da mudança de comportamentos; ao falar em mudanças voluntárias de comportamento refere-se à participação voluntária do indivíduo no que concerne à mudança no comportamento desejado; a adopção de “comportamentos saudáveis” como a finalidade a atingir.

Todas estas definições não incluem aspectos importantes como os valores individuais, a auto-estima das pessoas e a autocapacitação (“empowerment”), que julgamos serem essenciais no processo de EpS. Uma conceptualização de EpS mais actual e considerada mais bem aceite é a proposta por Tones e Tilford (1994: 11):

“Educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”.

Esta definição de EpS incorpora implícita e explicitamente muitos dos factores que influenciam as tomadas de decisão. Para além da transmissão de conhecimento será necessário um conjunto de apoios para uma mudança de atitudes, trabalhar as convicções pessoais, as crenças e os valores individuais (Carvalho, 2001).

Quando abordamos a conceptualização da EpS coloca-se a questão da diferenciação entre os termos Promoção da Saúde (PS) e EpS. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde definiu na Carta de Ottawa (OMS, 1986), que a PS é “*O processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la*” .

Por sua vez Tones e Tilford (1994), distingue e relaciona os dois termos, “Promoção da saúde” e “Educação para a Saúde”, através de uma “fórmula”: PS = EpS x Política de Saúde. Baseia a sua opinião na afirmação de que a nova EpS não é mais persuadir as pessoas a cumprir as instruções médicas, mas deve capacitar as pessoas, fazer nascer consciência crítica, tornar as pessoas conscientes de factores ambientais que possam prejudicar a saúde e despertar interesse e indignação para influenciar a situação política.

Este autor refere, no entanto, que a emergência do movimento de promoção de saúde, trouxe alguma neblina a este cenário. Alguns autores deste movimento consideram a PS sinónimo de EpS, outras dizem que é um processo relacionado, mas substancialmente diferente, tendo diferentes objectivos e valores. É, pois, um assunto não consensual, dependendo das perspectivas de cada um. Na opinião dos autores deste

livro a PS é mais abrangente do que a EpS, que constitui um dos instrumentos mais eficazes que contribui para o processo de PS.

2.1.6. Teorias e modelos de Educação para a Saúde

De acordo com Moreno, Garcia e Campos (2000), no desenvolvimento da EpS podem observar-se três gerações, em paralelo com as alterações sociopolíticas e a evolução dos factores de risco.

A primeira geração denominada “EpS informativa”, na qual se identificam duas linhas: uma autoritária, que obriga o utente a seguir as normas para uma boa saúde; e outra, democrática, de informação neutra. Inerente a estas duas linhas está a transmissão de conhecimentos com intenção prescritiva.

Em paralelo com esta classificação encontra-se a tipologia em focos de atenção Santos (2000). Assim, à primeira geração, “EpS informativa”, corresponde o “foco divulgativo” da tipologia de Santos (2000), afirmando que a premissa básica deste foco é considerar que os hábitos e comportamentos não saudáveis têm origem na falta de informação. Caracteriza pois este tipo de EpS como inspirada no modelo biomédico de saúde, centrada no ensinar como processo de comunicação de conhecimentos, orientada, fundamentalmente, para a prevenção e tratamento da doença, sob a forma de prescrições e recomendações, utilizando uma metodologia expositiva e unidireccional.

As críticas que Santos (2000), faz a este “foco divulgativo” é de que o conceito de saúde subjacente é um conceito negativo, que a concepção de educação é autoritária, que se fundamenta nos aspectos biológicos da doença e que parte da concepção errada de que a informação é suficiente para mudar atitudes e comportamentos. Neste sentido, Carvalho (2002: 4), afirma que:

“Na verdade, há ainda quem acredite que os estilos de vida não saudáveis são exclusivamente devido à ignorância das pessoas e, conseqüentemente, ficam altamente surpreendidos quando verificam que os indivíduos persistem nas suas formas de vida mesmo depois de “bombardeados” com grandes quantidades de informação”.

Esta autora considera esta visão de muito simplista, pois se baseia na fórmula de que o Conhecimento (C) por si só conduz às Práticas (P). Reconhece que C é condição necessária mas não suficiente para que ocorra P e por isso assume ser necessário inserir “A” de Atitude entre C e P, indicando que para além do Conhecimento adquirido, as

Atitudes terão também de ser mudadas para que se possa processar a adopção de novos comportamentos saudáveis.

A segunda geração proposta por Moreno, García e Campos (2000), considera uma EpS “centrada no comportamento”. Surgiu devido à necessidade de encontrar respostas para a elevada morbimortalidade cardiovascular e oncológica associada aos estilos de vida não saudáveis. Por isso, o seu objectivo é obter comportamentos saudáveis e a informação é, apenas, um elo do processo. Considera os factores sociais e culturais e analisa as motivações e resistências aos instrumentos educativos e persuasivos para a mudança de comportamentos. Esta perspectiva foi marcada pelas teorias da aprendizagem (condicionamento operante, aprendizagem social e processos cognitivos), pelos estudos da motivação humana (Locus de controle) e de atitudes (Fishbein), e foi finalmente institucionalizada pela acção de Lalonde (Moreno, Garcia e Campos, 2000).

Por sua vez, na tipologia de Santos (2000), a geração “centrada no comportamento” corresponde ao “foco comportamental”. Esta tendência engloba o conjunto de modelos centrados em evitar e modificar comportamentos-problema. A saúde, neste foco, é considerada resultante do comportamento do indivíduo, determinado por estímulos do meio onde está inserido; o processo educativo gira em torno da aprendizagem e a preocupação centra-se em como dirigir a aprendizagem; a finalidade é produzir mudanças estáveis de comportamento; a EpS é entendida como um processo tecnológico a aplicar a pessoas e grupos com comportamentos-problema.

As principais críticas dirigidas pelo autor a este “foco comportamental” é de que é uma abordagem adaptativa, uma vez que, o seu objectivo é conseguir a melhor adequação possível ao meio, sem implicar as pessoas afectadas na modificação do seu meio ambiente; a posição reducionista da pessoa, porque se centra no estudo da actuação sobre o comportamento, ignorando as outras dimensões humanas o que leva a questionar o carácter formativo, visto que para que se considere uma intervenção de EpS formativa esta deve abranger, também, os processos cognitivos e atitudinais, que tornem a modificação de comportamento uma acção consciente, racional e voluntária; não vê a pessoa como um ente capaz de determinar os resultados da aprendizagem, que dependem, fundamentalmente, do desenho e qualidade do desenvolvimento do programa educativo; tem uma orientação preventiva e individual dos problemas de saúde. Apesar destas suas críticas Santos (2000), considera que esta abordagem tem

uma grande aplicabilidade nos serviços de saúde, quando se trata de problemas específicos com forte componente comportamental.

Por último, surge a terceira geração da EpS “crítica”, perspectiva que vai emergindo pouco a pouco, ante as insuficiências das abordagens anteriores, associada a uma cultura preventiva social e democrática, propondo alternativas de mudanças sociais, ligando a morbimortalidade à estrutura económica, tentando reduzir as desigualdades e potenciando a participação comunitária (Moreno, Garcia e Campos, 2000).

Neste mesmo sentido, Santos (2000), apresenta o “foco integral”, que preconiza que a EpS deve ir além da modificação dos comportamentos individuais e por conseguinte influenciar o ambiente e as instituições. Está claramente orientado para a promoção da saúde, e ainda que, integre a acção educativa individualizada e informação sobre saúde à população, o seu núcleo base de intervenção é o grupo ou a comunidade.

O seu objectivo fundamental é implicar os cidadãos no processo de transformação dos factores que incidem na saúde, sejam estes pessoais, ambientais ou socioeconómicos. Concebe a saúde como um processo de construção colectiva em que há que conjugar acções pessoais e práticas comunitárias. Trata-se de desenvolver nas pessoas a capacidade de autocuidado e facilitar os elementos suficientes para que possam assumir a responsabilidade que como cidadãos têm na melhoria dos estilos e condições de vida da população, que influenciam directamente a saúde. A concepção educativa que o anima concebe a educação como um processo formativo global, dando grande importância aos métodos e estratégias didácticas que activam as estruturas do próprio sujeito e colocam-no numa posição em que pode utilizar as suas capacidades (Santos, 2000).

O “foco integral” nutre-se, fundamentalmente, das seguintes correntes e teorias: psicologia cognitivista, humanista, psicologia de grupo, teoria crítica de ensino e modelo dialógico de Paulo Freire.

Esta abordagem integral da EpS está ainda numa fase de emergência e, ainda que, as suas bases conceptuais e metodológicas estejam suficientemente desenvolvidas, foi poucas vezes utilizada experimentalmente. A amplitude da sua estrutura e a exigência de um compromisso prévio de todos os implicados no processo de EpS são os seus maiores obstáculos. Apesar disso, é a abordagem que mais se adequa ao novo

paradigma de saúde. É um modelo aplicável no sistema educativo, desde o ensino básico ao universitário, mas de difícil aplicação nos serviços de saúde. Está vinculado à consolidação da PS e CSP. Na Figura 1 podemos observar as três gerações da EpS e os modelos que cada geração integra (Santos, 2000).

São diversos os modelos de educação e promoção da saúde que se têm vindo a desenvolver nos últimos anos. Dada a imensa variedade, vamos aqui apresentar apenas alguns que consideramos mais representativos das diversas perspectivas.

O **modelo médico** sugerido por Tones e Tilford (1994), enquadra-se na geração de “EpS informativa” e caracteriza-se pela visão mecânica, em que o corpo do indivíduo é visto como uma máquina, e a função da medicina é repará-la e mantê-la em bom funcionamento. A saúde é definida como a ausência de alterações de funcionamento do organismo. As principais críticas que estes autores apontam a este modelo são a

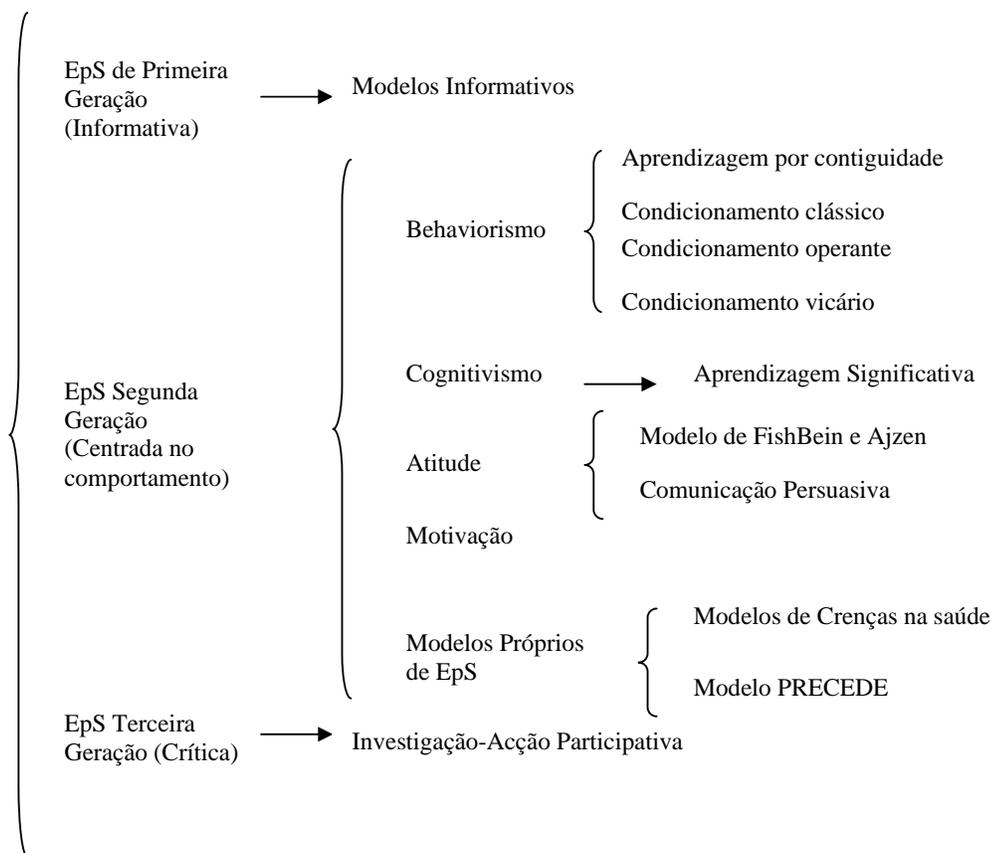


Fig. 1 – Gerações e modelos de EpS

Fonte: Adaptado de Moreno, Garcia e Campos (2000), p. 159.

tendência, por um lado, de através da medicina fazerem reivindicações de grandes áreas de experiência humana e de contribuir para a medicalização da sociedade e, por outro, de criar um autoritarismo paternalista.

O **modelo de crenças de saúde** (“Health Belief Model”), assenta no pressuposto de que a crença das pessoas influenciam fortemente a tomada de decisões (Anderson *et al.*,

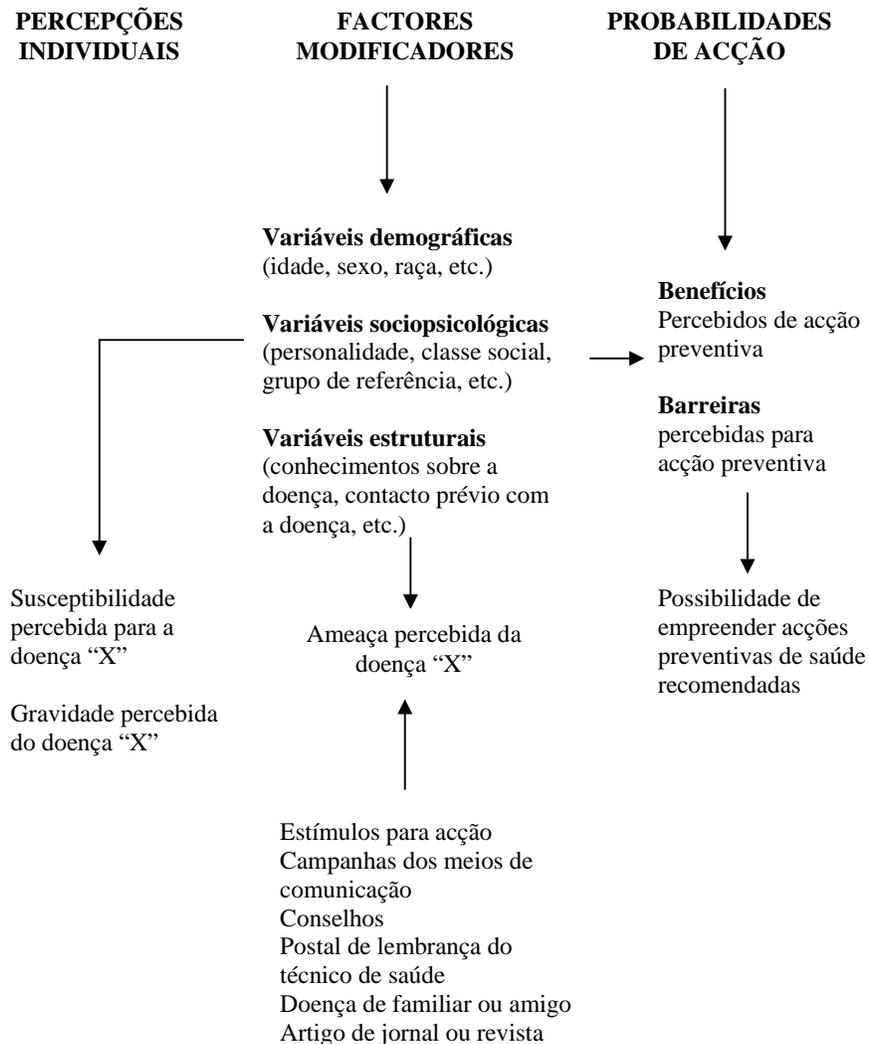


Fig. 2 – O modelo de crenças na saúde

Fonte: Anderson *et al.*, 1988. The teaching role in community health nursing

1988) e prediz que o comportamento resulta de um conjunto de crenças centrais que têm vindo a ser redefinidas ao longo dos anos (Ogden, 1999).

A tomada de decisões depende das percepções individuais sobre as seguintes crenças básicas (Ogden, 1999): (i) Susceptibilidade do indivíduo à doença; (ii) Gravidade provável da mesma; (iii) Custos envolvidos na realização de um comportamento; (iv) Benefícios envolvidos na realização de um comportamento; (v) Pistas para a acção internas (sintomas) ou externas (informação recebida).

As variáveis demográficas (idade, sexo, raça, etc.) e psicossociológicas (classe social, personalidade, entre outras) são, neste modelo, consideradas como factores influenciadores de mudanças de comportamento (Figura 2).

O modelo de **Avaliação diagnóstica dos factores predisponentes, reforçadores, facilitadores e causas educacionais** (PRECEDE - Predispsing: Predisponentes; Reinforcing: Reforçadores; Enabling: Facilitadores; Causes: Causas; Educational: Educacional; Diagnosis: Diagnóstico; Evaluation: Avaliação) é um modelo utilizado para diagnosticar e planear práticas educativas que parte da análise dos factores predisponentes, facilitadores e reforçadores do comportamento, devendo ser posto em prática juntamente com modelos de mudança comportamental. Consta de 7 fases (Santos, 2000; Moreno, García e Campos, 2000):

- A fase 1, denominada fase de diagnóstico social, tem como objectivo a identificação de indicadores de qualidade de vida individuais e comunitários;
- A fase 2 corresponde ao diagnóstico epidemiológico e permite identificar indicadores de saúde necessários para a caracterização do estado de saúde da comunidade;
- Na fase 3, é feito o diagnóstico comportamental, quer dos prestadores de cuidados de saúde, quer da população ou grupo alvo, já que uns e outros afectam a saúde dessa comunidade;
- A fase 4 é a fase de diagnóstico educacional e tem como principal objectivo a identificação de factores considerados predisponentes, facilitadores e reforçadores que influenciam os comportamentos. Uma correcta identificação é essencial para as práticas de EpS³;

³ São considerados factores predisponentes os conhecimentos, as atitudes, os valores e as percepções que os indivíduos e famílias possuem, bem como os dos profissionais de saúde;

- A fase 5, corresponde à ordenação destes factores segundo as suas prioridades. Ainda nesta fase é determinada a data da avaliação, quer das atitudes dos utentes, quer dos recursos e práticas de saúde;
- A fase 6, refere-se ao diagnóstico administrativo do programa de EpS. Inclui todos os componentes de um programa tais como conteúdos, objectivos, recursos materiais, entre outros;
- A última fase do modelo, a fase 7, consiste na avaliação do programa no que concerne ao processo, impacto e seus resultados (Figura 3).

Este modelo parece revestir-se de grande interesse para quem planeia programas de Educação e Promoção da Saúde (Anderson *et al.*, 1988).

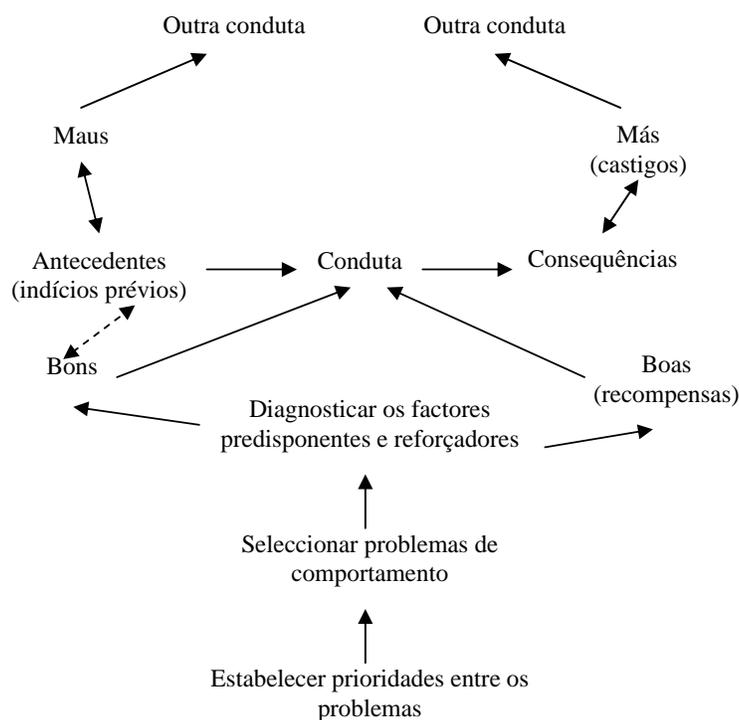


Fig. 3 – O modelo PRECEDE

Fonte: Adaptado de Moreno, Garcia e Campos (2000), p. 166.

Os factores facilitadores incluem aspectos pessoais e ambientais (recursos da comunidade) que permitem ao indivíduo realizar o comportamento desejado;

Os factores reforçadores são todos aqueles que contribuem para a manutenção do comportamento.

Os **Modelos críticos e participativos** tiveram o seu ponto de partida no reconhecimento de um certo fracasso dos modelos centrados na mudança de comportamentos individuais, apresentando a proposta de mudança social. Envolvem, sobretudo, a interacção dialéctica entre as pessoas e a sua realidade, incluindo a tomada de consciência social, promovendo a participação do indivíduo e do grupo. Estas ideias são assumidas por autores identificados com a obra de Freire, para quem a educação não se faz para os indivíduos, mas com os indivíduos. Carvalho (2002), acrescenta à preocupação de mudança social da EpS, o ajudar as pessoas a desenvolverem competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis, isto é, elevando o seu nível de literacia para a saúde.

Nesta abordagem os processos de EpS estão inspirados nos princípios democráticos e de negociação, sendo decidido entre todos quais são os temas que constituem o objectivo principal, quem vai participar, levando a cabo o processo a partir da realidade e não simplesmente recair sobre ela. Assim, a EpS desenvolve-se em situações sociais concretas, nas quais o técnico se envolve, desempenhando o papel de facilitador nos grupos, ajudando a formular objectivos e a concretizá-los (Moreno, García e Campos, 2000).

O **Modelo Radical**, que foi assim designado por Tones e Tilford (1994), por ser um modelo contra a corrente de ideias do modelo preventivo dominante na altura, pretende indicar a necessidade de averiguar detalhadamente as raízes dos problemas de saúde e desenvolver programas educacionais adequados. Reconhece a primazia das influências sociais e ambientais na saúde.

O principal processo educacional deste modelo é criar uma consciência crítica, fomentando a reflexão sobre aspectos da realidade pessoal e encorajando a pesquisa e a identificação colectiva das causas da realidade para desenvolver um plano de acção que altere essa realidade. O compromisso é mais de mudança social, que mudança pessoal.

Embora, a fórmula base conhecimentos - atitudes - práticas seja a mesma da do modelo preventivo, também descrito pelos autores, a qualidade do conhecimento é diferente. Como resultado do processo de criar consciência crítica poderá surgir além de uma compreensão profunda das circunstâncias, também, algumas importantes crenças acerca do próprio na capacidade de influenciar essas circunstâncias.

Também a metodologia educacional é diferente da do modelo preventivo. As técnicas de mudança de atitudes são substituídas por interações face a face ou trabalhos de grupo para desafiar a situação. Estas técnicas são usadas, também, no modelo preventivo, mas o seu propósito é mais a persuasão do que o esclarecimento dos participantes (Figura 4).

As críticas feitas ao modelo radical por Tones e Tilford (1994), assentam na objecção de não estar garantido que os educandos possam adquirir competências para mudar as circunstâncias sociais e de que, apenas, criar consciência num ambiente opressivo é, consideravelmente, ainda menos ético do que culpabilizar a vítima.

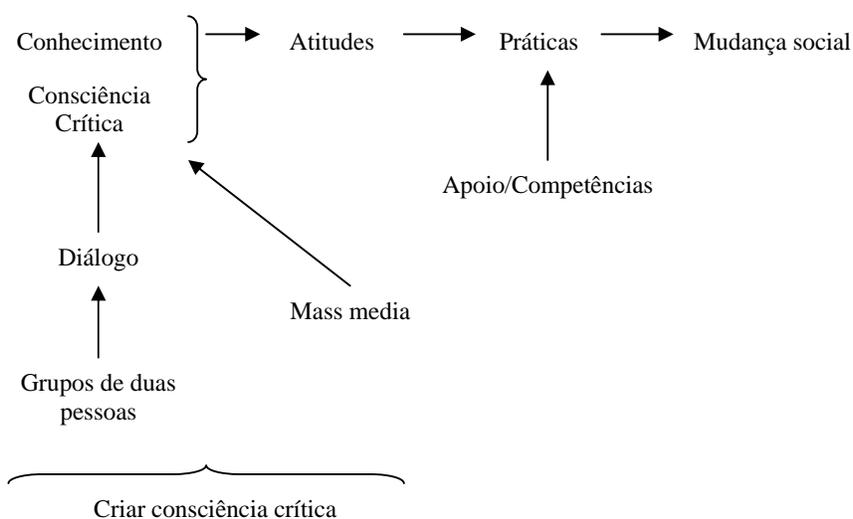


Fig. 4 – Esquema do processo educacional do modelo radical

Fonte: Tones e Tilford, 1994, p. 20.

O **Modelo de *empowerment*** é caracterizado pelas decisões voluntárias e conscientes e, numa primeira observação, assemelha-se ao modelo radical. No entanto, enfatiza a compreensão em relação à componente do conhecimento, suplementando-a com um processo de clarificação de valores e crenças, pelo qual têm de passar os educandos antes de se encontrarem numa posição de fazer uma escolha voluntária e livre. A clarificação de valores requer o uso da discussão de grupo, complementada, quando necessário, por informação envolvendo, quer o ensino, quer a pesquisa

individual. Assim, o maior propósito deste modelo é criar consciência acerca de questões chave e fornecer competências necessárias ao desenvolvimento do *empowerment* individual e comunitário.

Este modelo deve incluir não só informação relevante, mas enfatizar a importância da avaliação crítica imbricada à noção de criar consciência crítica. A criação de consciência crítica necessita de ser complementada pelo empowerment das crenças, sentimentos e competências. As competências de tomada de decisão devem ser complementadas pelas competências de saúde e de vida, que maximizam a genuína escolha voluntária (Figura 5).

A combinação da criação de consciência com a provisão de competências maximiza as possibilidades de gerir os constrangimentos ambientais. Este modelo assume, ainda, que os alvos da educação não são, somente o público em geral, mas também, deverá abranger os profissionais e outras pessoas que possam agir como advogados nas mudanças ambientais por pressão política. Os resultados não são necessariamente uma saúde ou comportamentos relacionados com a doença considerados correctos. Estes podem emergir do processo educacional, mas o principal objectivo é maximizar uma escolha genuína e voluntária (Tones e Tilford, 1994).

Embora este modelo seja moralmente mais satisfatório que o radical, são-lhe

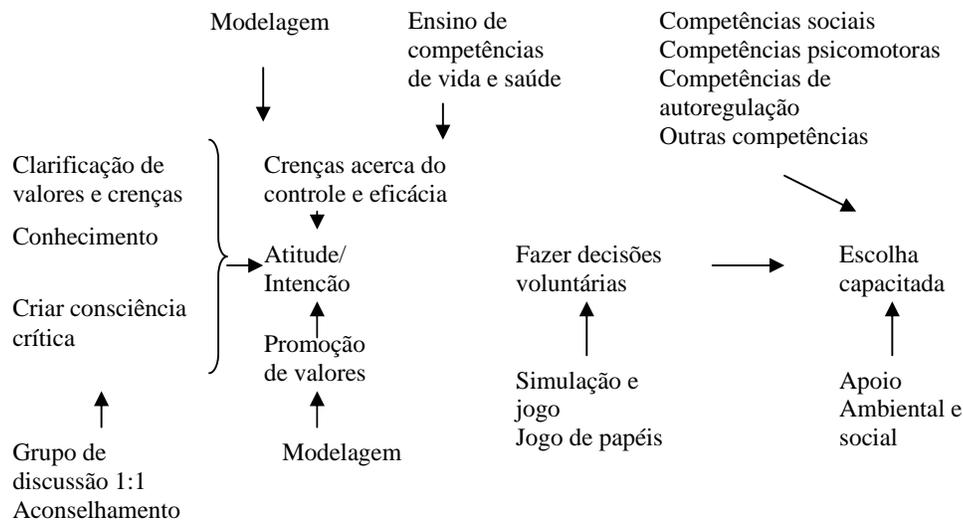


Fig. 5 – Esquema do processo educacional do modelo empowerment

Fonte: Tones e Tilford, 1994, p. 32

apontadas algumas deficiências por Tones e Tilford (1994). Uma delas é o aparente pressuposto que a educação só terá sucesso quando os educandos possuírem todos os factos, tenham uma compreensão profunda da situação, clarifiquem as suas crenças e valores e adquiram alguma prática na tomada de decisões. Não importa qual a escolha que o educando faça, desde que esta tenha sido racional.

2.2. Papel dos enfermeiros na Educação para a Saúde

Os enfermeiros são um importante grupo profissional nos serviços de saúde portugueses. No dizer de Correia et al. (2001), a enfermagem portuguesa é, actualmente, reconhecida social e profissionalmente como uma profissão que se impôs de forma decisiva nos últimos 20 anos. Segundo dados da Ordem dos Enfermeiros (2000), neste ano existiam 35861 enfermeiros, o que correspondia a 3,6 enfermeiros por 1000 habitantes, dos quais 17% exerciam funções nos Centros de Saúde – Cuidados de Saúde Primários (CSP) e 72% trabalhavam nos hospitais – Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD).

Estes técnicos de saúde desenvolvem a sua actividade profissional em vários contextos. No entanto, o contexto escolhido são os CSP, isto porque, enquanto o sector dos Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD) tem como finalidade tratar pessoas portadoras de doenças que exigem tecnologias sofisticadas, o sector dos CSP existe para contribuir para o aumento do nível de saúde das populações, resolvendo problemas de saúde que não exijam tecnologia sofisticada. Por esta razão, embora a EpS também se possa realizar em CSD, ela tem sem dúvida, um contexto mais apropriado nos CSP. Acresce a esta razão o percurso profissional, de dez anos em CSP do autor deste estudo, num Centro de Saúde (Navarro, 1995).

Um importante estímulo para a mudança na enfermagem foi a iniciativa da OMS “Saúde para Todos” lançada em 1978, que insistia na necessidade dos enfermeiros trabalharem, também, fora do contexto hospitalar tradicional. Segundo Latter (1998), os enfermeiros têm um papel chave na promoção da saúde (PS). Ajudá-los a melhorar o seu desempenho nesta área é uma forma de desenvolver a EpS e aumentar os ganhos em saúde da população.

Em 1989, na Assembleia Mundial da Saúde foi reconhecido que a alta tecnologia estava a ser prioritária na distribuição dos recursos humanos de enfermagem, verificando-se que 80% do pessoal de saúde prestava cuidados curativos a 20% da população residente nas cidades, enquanto que os restantes 80% dos residentes nas zonas rurais permaneciam deficitários em cuidados de enfermagem. Estava, pois, a dar resposta às necessidades curativas em prejuízo dos cuidados de promoção da saúde e prevenção da doença. Foi, ainda, reconhecido pelos estados membros na mesma assembleia que o ensino acompanhava esta tendência, uma vez que, eram poucos os docentes de enfermagem que tinham a compreensão e experiência necessárias para ensinar CSP (Correia *et al.*, 2001).

Em 1992, a análise efectuada em 1989 continuava actual, mas assinalava-se que os planos de estudos se tinham começado a reorientar na direcção dos CSP. A enfermagem contemporânea em CSP, apesar de não ter implementado as mudanças sugeridas, tem procurado integrar o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, no qual sobressaem as actividades de EpS. Poder-se-á dizer que a enfermagem comunitária é um serviço centrado em famílias, que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões. Procura trabalhar com as famílias de forma a ajudá-las a desenvolverem capacidades para o desempenho adequado e eficiente das sua funções.

A prática profissional de enfermagem é de complementaridade com a de outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, responsabilizando-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias/grupos de determinada área geográfica. Desenvolve estratégias para a promoção e manutenção de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença numa perspectiva de melhoria da qualidade de vida (Correia *et al.*, 2001).

É reconhecido que o enfermeiro detém um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde que têm sido experimentados em Portugal devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus estilos de vida, durante o atendimento das suas necessidades de saúde, assim como, os recursos comunitários. Estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efectuar (Correia *et al.*, 2001).

Moreno *et al.*, (2000), reforça esta ideia ao afirmar que a enfermagem, de entre um conjunto de outros agentes de saúde (médicos, paramédicos, etc.), ocupa um lugar relevante pelas suas características polivalentes.

Por sua vez, Queiroz (2000), refere que o enquadramento estrutural da profissão de enfermagem fruto da reorientação da política de saúde pós Alma-Ata, originou um período de questionamento do modelo biomédico, o qual procurou clarificar que ao considerar-se a pessoa como um todo, inserida na família e na comunidade, interagindo com os profissionais de saúde, o centro da atenção da enfermagem, se deveria voltar, entre outros, para a promoção da saúde e prevenção da doença. Neste sentido, o papel do enfermeiro na comunidade consiste em possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, num processo de crescimento e desenvolvimento. De facto, a EpS está a tornar-se cada vez mais importante na enfermagem (Lash, 1990): as organizações profissionais de enfermagem oficiais estão a incentivá-la, encorajando esquemas experimentais de EpS. Os enfermeiros necessitam de diferentes tipos de competências e, ao desenvolverem as atitudes ou adquirirem as convicções e comportamentos que são fundamentais na EpS terão muito mais êxito na satisfação das necessidades actuais dos seus doentes/utentes.

Assim, a EpS constitui um componente essencial aos cuidados de enfermagem, voltada para a promoção, manutenção e restauração da saúde e adaptação aos efeitos residuais das doenças. Os enfermeiros estão actualmente a assumir papéis vitais na promoção da saúde, estando envolvidos no desenvolvimento de programas e liderança de equipas de serviços para a melhoria da saúde das pessoas (Enfermagem, 2002). A promoção de atitudes e comportamentos saudáveis tornou-se um dos componentes do atendimento de enfermagem em todos os contextos da prática profissional.

Os enfermeiros já não se satisfazem com a ausência de doença como meta para os cuidados que prestam. Uma vez que 80% dos doentes são portadores de doenças crónicas, torna-se cada vez mais apropriado que adoptem o papel de educadores para a saúde. Todavia, se o processo de EpS dirigido aos utentes/clientes não for de encontro às suas necessidades, não respeitar a sua escolha, autonomia e liberdade não pode ser apropriadamente chamado de EpS. No dizer de Lash (1990), a maior parte das práticas educativas (ensinos) não estão, realmente, a conferir ao grupo alvo autoridade,

permitindo-lhe fazer escolhas informadas, mas estão mais preocupadas com a sua cooperação.

Neste cenário, muitos enfermeiros são dissuadidos a tentar qualquer prática educativa porque não se sentem à vontade num papel disciplinador e autoritário, receiam que os conhecimentos transmitidos possam ser incorrectos ou prejudiciais e têm uma preparação inadequada a nível da capacidade de comunicação e ensino (Lash, 1990).

Os receios dos enfermeiros são infundados, já que todos podem actuar como educadores a saúde, desde que se concentrem nas filosofias subjacentes à EpS. Para trabalharem como educadores para a saúde precisam de (Lash, 1990):

- escutar os indivíduos e identificar quais as suas convicções acerca da saúde;
- criar uma relação de ajuda;
- criar interesse e entusiasmo pelo bem-estar das pessoas;
- participar com os formandos na aprendizagem da tomada de decisões;
- ajudar a tornar claras as escolhas à disposição das pessoas;
- desenvolver as suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento;
- conferir autoridade quer a si próprios, quer aos educandos e tomar em linha de conta as influências sociais e obstáculos à saúde;
- conseguir que os educandos respondam e se adaptem aos desafios e obstáculos que encontrem.

Por último, como o desempenho dos enfermeiros no âmbito da EpS, depende, em grande parte, da sua formação, vamos dar uma panorâmica da formação de enfermeiros em Portugal.

2.3. Formação dos enfermeiros

A actividade profissional de enfermagem remonta, em Portugal, a finais do século XIX. A partir da segunda metade do século XX, as mudanças ocorridas nas competências exigidas aos enfermeiros e, por isso mesmo, no seu nível de formação académica e profissional têm vindo a reflectir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente.

Os enfermeiros formam actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior importância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia da acessibilidade da população a cuidados de saúde de qualidade, especificamente cuidados de enfermagem (Decreto-Lei n.º 104/98).

2.3.1. Formação inicial dos enfermeiros

A enfermagem, no decurso da década de 90, sofreu uma evolução acentuada, quer ao nível da formação inicial, quer ao nível da natureza do seu exercício profissional, tornando-se indispensável o reconhecimento do papel do enfermeiro na comunidade científica de saúde e no que concerne à qualidade da prestação de cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 161/96).

A formação dos enfermeiros, integrada no sistema educativo nacional a nível do ensino superior desde 1988, permitiu o acesso aos diferentes graus académicos e a assunção das mais elevadas responsabilidades nas áreas da concepção, organização e prestação de cuidados de saúde adequados à população, que se evidenciava já no Plano de Estudos do Curso de Bacharelato em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (ESEVR) aprovado na Portaria n.º 195/90 e, continua a ser visível no Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) da mesma escola, aprovado pela Portaria n.º 720/2000 de 5 de Setembro.

A este Plano de Estudos está subjacente a filosofia de educação da ESEVR, que articula as componentes de ensino teórico, ensino clínico e estágio, bem como a aquisição de competências para as novas problemáticas de saúde na comunidade, resultantes das mudanças demográficas, sociais e epidemiológicas (ESEVR, 1999).

Pretende-se que o CLE confira:

“Formação científica, humana, técnica e cultural para planear, prestar e avaliar cuidados de enfermagem gerais ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo de vida, à família, grupos e comunidade aos três níveis de prevenção e a necessária capacidade para desenvolver a prática da investigação em enfermagem, em particular, e da saúde em geral e ainda, participar na formação de outros profissionais de saúde e na gestão dos serviços de saúde” (ESEVR, 1999:s/p).

Sendo a saúde um indicador do progresso e desenvolvimento de uma sociedade, a prática de enfermagem impõe o dever de acompanhar a mudança verificada nas ciências

ligadas à saúde, de forma a poder responder às crescentes necessidades do indivíduo, família e comunidade.

A actividade profissional de enfermagem, assenta num corpo de conhecimentos científicos, que inclui componentes de ciências como a medicina, psicologia, microbiologia, bioquímica, antropologia, sociologia, farmacologia, pedagogia e bioestatística, que permitem actuar a nível da promoção de saúde e da prevenção primária, secundária e terciária, possibilitando o reconhecimento da necessidade de adequar os cuidados de saúde às realidades da comunidade e promovendo a participação de todos os sectores na melhoria da saúde (ESEVR, 1999).

A formação dos enfermeiros em EpS deve levá-los a compreender os novos papéis que lhes dizem respeito, mas por vezes privilegia mais a vertente técnica da formação em detrimento das vertentes socioculturais, humanistas. É cada vez mais pertinente questionar como e que profissionais se devem formar, obrigando a uma coordenação entre o Sistema de Saúde e o Sistema de Educação, não podendo a EpS funcionar desarticulada da realidade (Pestana, 1995).

Abordar o tema da EpS, obriga a reflectir nas alterações sofridas na nossa sociedade, e nas políticas de saúde. Considerando que a EpS não é culturalmente neutra, pelo que é indispensável que os profissionais de saúde conheçam os grupos a que se dirigem, penetrando no saber cultural, adequando as estratégias de abordagem, conscientes das limitações que advêm do facto de intervir no campo dos comportamentos, dos valores e das crenças, o que se torna questionável e até controverso (Pestana, 1995).

A EpS, no caso do Plano de estudos do CLE da ESEVR, faz parte do bloco de conteúdos da Enfermagem I – Saúde Pública/Saúde Comunitária, estando integrada no ponto das competências em Saúde Comunitária, sendo-lhe atribuídas, aproximadamente, 2 horas de tempo total no primeiro ano (ESEVR, 1999).

Canário (1994), propõe que ao nível da formação inicial a prioridade deve assentar sobre a aquisição de um conjunto de estratégias de aprendizagem de modo a que esta se constitua efectivamente como o primeiro momento de uma formação que se continua ao longo de toda a vida.

2.3.2. Formação permanente/Formação contínua dos enfermeiros

É impossível a formação inicial fornecer a crescente massa de conhecimentos necessários ao longo de uma carreira profissional. A rápida desactualização dos conhecimentos adquiridos e as frequentes mudanças do tipo de função a executar, conduzem à necessidade de adaptação constante de conhecimentos. Para além da evolução das ciências e das técnicas, a própria prática profissional levanta problemas que exigem reflexão e estudo, o que implica formação contínua (Sousa, 2000).

Trazendo à memória o conceito de educação permanente de Dias (1993) no qual o autor concebe a educação permanente como um processo global de desenvolvimento da pessoa ao longo da sua existência, vamos acrescentar-lhe o conceito de formação permanente de Costa e Costa (1997: 44), referido como um:

“Processo contínuo de aprendizagem, que se inicia com a conclusão da formação profissional básica e a obtenção do título profissional (de enfermagem) através do qual o indivíduo adquire e aprofunda conhecimentos e capacidades, que visam o desenvolvimento pessoal e profissional que se repercute na melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços prestados”.

No dizer de Sousa (2000), o principal objectivo da formação permanente deveria ser o de ajudar os profissionais a adquirirem e a manterem competências, assim como a compreenderem os seus deveres em relação à entidade empregadora e aos objectivos da prática profissional. A necessidade de formação por parte do pessoal de enfermagem tem de ser encarada nas vertentes teórica e prática, sendo de primordial importância a reflexão que se possa fazer sobre as experiências que formam as situações vividas de cada um.

Nesta ordem de ideias Collière (1989), já tinha afirmado que, quer a formação inicial, quer a formação permanente, desempenham um papel determinante na evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido de que geram condutas, comportamentos e atitudes.

A Enfermagem está ligada ao aparecimento de Centros de Formação profissional em Portugal. Em 1978 alguns hospitais da área de Lisboa, iniciaram acções de formação permanente destinadas aos enfermeiros, de frequência voluntária, nas quais os

participantes usufruíam dispensa total de serviço, sendo dada prioridade aos responsáveis dos serviços (Sousa, 2000).

Em 1981 o Decreto-Lei n.º 305/81, vem contemplar alguns aspectos referentes às acções de formação permanente, de forma que os Departamentos de Educação Permanente vão aparecendo um pouco por todo o país. Em 1982 por despacho do Secretário de Estado da Saúde é autorizada a entrada em funcionamento do Centro de Educação Permanente de Enfermagem situado em Lisboa. Entre 1983 e 1984, realizam-se os primeiros programas para enfermeiros a trabalhar nos Departamentos de Educação Permanente e dá-se o primeiro Encontro Nacional dos enfermeiros a exercer funções nesses departamentos (Sousa, 2000).

Já em 1985 sai a Portaria n.º 661/85 de 5 de Setembro que regulamenta a criação, condições a observar e funcionamento dos Departamentos de Educação Permanente e em 1987/88 o Centro de Educação Permanente de Enfermagem é integrado nos Centros de Formação Multiprofissional centrados no Departamento dos Recursos Humanos, devido à necessidade de tornar aqueles departamentos multidisciplinares (Sousa, 2000).

A formação dos enfermeiros constituiu, assim, desde o seu início uma preocupação dos hospitais que, rapidamente aderiram ao Movimento de Educação Permanente, procurando por um lado colmatar as insuficiências de escolarização dos seus profissionais e, por outro, responder às crescentes necessidades de formação que a tecnologização dos serviços de saúde exigia. Os Departamentos de Educação Permanente em Enfermagem surgiram como resposta a essas necessidades. Investiu-se, sobretudo, na organização de acções de formação e de cursos, que tiveram pouca adesão por parte dos enfermeiros e, principalmente, ineficácia ao nível da mudança de comportamentos. Actualmente, procuram investir na formação em serviço, no sentido de que as acções não surjam à margem dos problemas concretos dos serviços (D'Espiney, 1996).

Na opinião de Costa e Costa (1997), é um processo, essencialmente, de cariz teórico e formal, que assenta na transmissão de conhecimentos, em que pode fazer-se formação contínua através da participação em jornadas, colóquios, congressos, fóruns, programas, entre outros, e pela realização de pesquisas bibliográficas.

Concebida segundo uma lógica predominantemente escolarizada, a formação contínua dos enfermeiros tem, sistematicamente, desvalorizado a prática destes

profissionais. Por outro lado, as Escolas de Enfermagem e os professores, confrontados com um contexto de trabalho em processo de mudança acelerada, ao qual a Escola tem dificuldade em responder, investe, principalmente, numa formação escolarizada (D'Espiney, 1996).

De facto, se a formação inicial for entendida “*Como o início da formação contínua que acompanhará o profissional durante toda a sua carreira*” (Perrenoud, 1993: 149), esta tem que ser reequacionada de modo a responder aos novos desafios com que se confronta. A produção de saber em enfermagem requer dos profissionais uma atitude de permanente interrogação das suas práticas, de confronto de ideias, de debate e reflexão (D'Espiney, 1996).

Há, de facto, necessidade de articular a formação inicial e contínua quando Escudero e Bolívar (1994, citados por D'Espiney, 1996: 485), nos dizem que a “*Educação e a formação de qualidade dos alunos é praticamente irrealizável à margem de uma formação, também de qualidade, relevante e efectiva dos professores*”, a que D'Espiney (1996) acrescenta, também, a formação dos enfermeiros, uma vez que, participam na formação inicial e de serviço durante a experiência prática dos alunos em contexto de trabalho.

2.3.3. Formação em serviço dos enfermeiros

Para que a educação permanente não resulte num fracasso, é necessário aliar a teoria à prática. A formação não deve assentar, apenas, em teorias e conceitos abstractos, subestimando a experiência vivida pelos formandos, tanto a nível individual como no contexto do grupo, ou da organização. Não deve esquecer as suas aspirações, pois isso pode ser um dos principais factores impeditivos do desejo de mudança. É nesta perspectiva, que a formação em serviço se revela como particularmente importante, uma vez que permite uma reflexão acerca da prática, contextualizada e significativa (Gomes, 1999).

Assim, a formação em serviço “*É a formação que se realiza concomitantemente com a prática profissional, visando aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional*” Gomes (1999: 179). Permite ao formando uma reflexão sobre o observado e o vivido, o que conduz à construção activa do conhecimento na acção.

A formação em serviço no dizer de Costa e Costa (1997), esteve sempre presente na formação permanente dos enfermeiros, tendo sido durante muito tempo, a modalidade mais importante, senão a única. A este propósito Collière (1989: 139) afirma que:

“Os serviços são lugares de expressão da prática profissional e é aí que se podem mobilizar e ajustar os conhecimentos [...], é aí que é possível aliar a reflexão à acção. É aí que podem ser estudadas as condições indispensáveis para assegurar cuidados de enfermagem”.

A formação em serviço, assim perspectivada como um factor de integração e de adaptação, assume particular importância na profissão de Enfermagem pela existência de diferentes áreas de actuação. Exige a utilização de conhecimentos adquiridos na formação inicial, que devem ser continuamente renovados através de uma formação permanente, constituindo uma estratégia de actualização, para melhorar a qualidade dos cuidados, um dos seus principais objectivos (Gomes, 1999).

A legislação que delibera acerca da formação em serviço dos enfermeiros existe desde 1981 com a publicação do Decreto-Lei n.º 305/81 de 12 de Novembro da carreira de Enfermagem com os artigos 10º e 15º que determinam as acções de formação em serviço e formação permanente. Foi, posteriormente, consolidada em 1991, com a publicação do Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro (Aprova a carreira de Enfermagem). Na nota introdutória ao mesmo, o nono parágrafo, refere que a natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter actualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básicos de enfermagem, prevendo-se nesta carreira mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua.

No capítulo VIII do referido Decreto, os artigos 63º e 64º abordam, respectivamente, a formação contínua e a formação em serviço, estipulando as horas/ano para aperfeiçoamento profissional, a forma de processamento, bem como a responsabilidade inerente a cada categoria profissional para a concretização das referidas acções. A concretização desta formação será cometida a um Enfermeiro Especialista ou, na sua falta, a um Enfermeiro Graduado, tendo em conta o seu curriculum pessoal e profissional, assim como as suas características pessoais facilitadoras da aprendizagem. Será exercida sob a responsabilidade do Enfermeiro Chefe e em articulação com a estrutura de formação da instituição.

A estrutura de formação deverá ter um papel activo na formação em serviço, dando cumprimento legal ao ponto 7 do artigo 64º do Decreto-Lei n.º 437/91 e mantido pelo Decreto-Lei n.º 412/98, que prevê que o trabalho desenvolvido no âmbito da formação em serviço, em cada unidade, seja planeado, programado e avaliado de forma coordenada com a estrutura de formação do respectivo estabelecimento.

As experiências pedagógicas têm demonstrado que os comportamentos e conhecimentos adquiridos e que não são aplicados e consolidados, têm tendência a extinguir-se. É no contexto de trabalho que se podem corrigir comportamentos incorrectos e que se podem reforçar os comportamentos correctos, inovadores e adequados. É na unidade prestadora de cuidados que os enfermeiros interiorizam e trabalham a maior parte dos conhecimentos cognitivos apreendidos durante a formação contínua. O conhecimento, per si, de nada vale se não se souber aplicá-lo na prática do dia-a-dia (Costa e Costa, 1997).

Cavaco (2000), acrescenta que a formação em serviço não pode, nem deve ser uma mini-imitação da formação em contexto de sala de aula, já que para além de não se cumprirem as etapas necessárias, pode-se desvirtualizar e desacreditar a própria formação em sala de aula. A formação em serviço tem momentos que podem ser muito oportunos no processo de aprendizagem como as reuniões de passagem de turno orientadas para análise de incidentes críticos, que fazem desenvolver nos enfermeiros uma prática reflexiva e um desenvolvimento profissional e pessoal com repercussões na qualidade dos cuidados.

Malglaive (1995) considera que o que melhor caracteriza a formação contínua dos adultos é a sua vocação para satisfazer novas necessidades ligadas a múltiplas evoluções da sociedade e aos percursos profissionais dos indivíduos que a elas têm de se adaptarem. Assim, é importante que seja feito o levantamento das necessidades de formação dos profissionais e uma vez que as necessidades não são mais que juízos de valor, será conveniente ter esses mesmos valores em atenção para que a formação possa ter reflexos no público alvo (Sousa, 2000). Neste sentido é preciso ter em conta as dificuldades e carências sentidas pelos profissionais em exercício.

Assim, no planeamento das acções de formação deve-se ter sempre em conta as necessidades dos locais de trabalho e dos profissionais e o nível de competência existente (Gomes, 1999). Para o levantamento dessas necessidades torna-se

indispensável a existência de condições e processos que possibilitem aos indivíduos a expressão das mesmas, dentro do quadro das suas actividades profissionais, visando objectivos de mudança.

A nível dos CSP, as Administrações Regionais de Saúde e as Sub-Regiões de Saúde têm uma obrigação fundamental na educação permanente do pessoal de enfermagem, quer na motivação, quer na criação de estruturas departamentais capazes de responder a esta exigência, ao dinamizar e consciencializar os enfermeiros e as próprias direcções de que a evolução técnico-científica é necessária com o intuito de responder com eficácia e eficiência à prestação de cuidados de saúde ao indivíduo, família e comunidade (Sousa, 2000).

2.4. Necessidades de formação dos enfermeiros em Educação para a Saúde

Existem alguns estudos sobre as necessidades de formação dos enfermeiros em EpS, a nível internacional e nacional. A nível internacional um estudo efectuado por Rosso e Collet (1999) no Brasil numa população de enfermeiros dos CSP, procurava conhecer a concepção de EpS e compreender as práticas educativas tendo, através da entrevista semi-estruturada, identificado algumas dificuldades sentidas pelos intervenientes. Outro estudo realizado em Inglaterra por Clark e Maben (1998), com uma amostra de estudantes de enfermagem, enfermeiros e professores de enfermagem visava avaliar a compreensão dos conceitos de PS e EpS, e identificar a percepção acerca do seu papel como promotores de saúde e acerca dos factores facilitadores e factores inibidores na prática da PS/EpS.

A nível nacional, o estudo de Sousa (1995), na área da saúde escolar, com uma amostra de profissionais de saúde, pretendia caracterizar as práticas de saúde escolar e identificar os participantes nas mesmas. Identificou, ainda, algumas dificuldades que se colocavam ao desenvolvimento das actividades de saúde escolar e os conhecimentos desses profissionais na área da saúde escolar; o estudo de Branco (1995), envolvendo uma amostra de enfermeiros, médicos e utentes em contexto hospitalar (CSD), utilizou a entrevista semi-estruturada e a observação não participante. Procurava caracterizar as práticas educativas em CSD, conhecer os responsáveis por essas práticas, as estratégias de planeamento, execução e avaliação utilizadas e os factores de constrangimento

centrados no utente, no educador, na organização e na política de saúde e, a nível do utente, a sua opinião acerca da actuação dos elementos da equipa de saúde e necessidades de educação sentidas; por último, o estudo de Silva (1998), efectuado com uma amostra de enfermeiros dos CSP pretendia identificar conhecimentos em relação ao conceito de saúde, PS e serviços promotores de saúde, identificar os modelos de trabalho em PS e a opinião dos enfermeiros em relação ao trabalho de equipa e as competências para trabalhar em equipa. Concluiu, indirectamente, que os intervenientes necessitavam de formação em termos de PS.

Nenhum destes estudos mencionados procurou conhecer a percepção dos enfermeiros acerca das dificuldades, carências e progressos sentidos nas práticas de EpS, caracterizou as referidas práticas, nem identificou directamente as necessidades sentidas de formação no âmbito da EpS como o estudo que agora pretendemos levar a cabo. Daí a importância do presente estudo diagnosticar as necessidades de formação em EpS desta população de enfermeiros da SRSVR, visando intervir na sua formação, numa perspectiva de investigação-acção.

2.4.1. Planear, desenvolver e avaliar programas de Educação para a Saúde

Para que a EpS não seja transformada numa mera transmissão de informação e consiga facilitar a aquisição de comportamentos, requer um processo de planeamento prévio à sua execução. Partindo deste pressuposto, coloca-se a necessidade de desenhar um programa adequadamente planeado em que se dê resposta às necessidades educativas do grupo alvo, se defina com clareza onde queremos chegar, se prevejam os recursos e metodologias mais adequados para conseguir atingir os objectivos o mais eficientemente possível (Osuna e Moral, 2000).

Nesta altura surge a necessidade de definirmos programa, que segundo Pineault e Daveluy (1987) é “Um conjunto organizado, coerente e integrado de actividades e de serviços, realizados simultaneamente ou sucessivamente, com os recursos necessários, e com a finalidade de alcançar os objectivos determinados, em relação com problemas de saúde precisos e para uma população definida”.

Por sua vez, Giraldes (1993:129), define programa como “O conjunto de actividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a

utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo”.

A modificação de comportamentos não é tarefa fácil. Por sua vez, o objectivo final da EpS será facilitar a aquisição de comportamentos saudáveis. Para conseguir esta modificação de comportamentos torna-se imprescindível desenhar um plano de actuação estratégica que ponha em funcionamento todos os elementos necessários para este fim. Sem um planeamento prévio da intervenção educativa não existe qualquer garantia de êxito. Se se produzir algum resultado concreto dever-se-á, provavelmente, mais à influência aleatória de uma série de factores que permitem a mudança de comportamento que à intervenção educativa propriamente dita. Para que haja eficiência, que deve caracterizar todas as intervenções no contexto da saúde, é imprescindível o planeamento prévio das diferentes actividades.

No que diz respeito à questão do planeamento de actividades existem diferentes percursos possíveis para levar a cabo a programação de actividades de acordo com o foco de atenção. Estes focos são condicionados pelo conceito de EpS e pela perspectiva do processo de planeamento. Assim, se o foco subjacente for o racionalista ou tecnológico opta-se por um modelo fortemente estruturado, com uma definição lógica e exaustiva de objectivos, evitando a ambiguidade e a improvisação, dando especial importância ao conhecimento científico e ao profissional de saúde na programação e execução de actividades. Se pelo contrário, o foco é o crítico ou pragmático opta-se por um modelo de programa nada rígido e pouco estruturado, adaptado a cada situação e contexto dando ênfase e protagonismo ao utente no desenho e execução do programa, procurando mais o programa possível que o ideal.

Sugere-se optar por um programa medianamente estruturado que defina as linhas fundamentais de actuação, em que participe desde os primeiros momentos o utente, tanto na identificação de necessidades como no planeamento e execução do programa. Deve ser suficientemente flexível, que tenha a capacidade de se adaptar em cada momento a novas necessidades e a situações concretas que se possam apresentar no seu desenvolvimento (Osuna e Moral, 2000).

Os programas de EpS são constituídos por uma série de etapas ou fases. Diferentes autores propõem modelos de programas constituídos por diversas etapas. Contudo, as etapas comuns a quase todos eles são as seguintes:

- i) Análise da situação – determinação das necessidades educativas, também conhecidas por conhecimento prévio do grupo;
- ii) Justificação da necessidade do programa;
- iii) Definição de objectivos;
- iv) Conteúdos educativos;
- v) Determinação das estratégias de intervenção;
- vi) Actividades e metodologia educativa;
- vii) Previsão dos recursos;
- viii) Desenho da avaliação do programa (Osuna e Moral, 2000).

Análise da situação - Esta etapa tem dois objectivos: (i) identifica as necessidades educativas do grupo alvo do futuro programa de EpS, com o propósito de desenhar um programa que dê resposta a essas necessidades; (ii) conhecer, o mais amplamente possível, as características desse grupo, com o fim de poder adaptar a metodologia, as actividades e recursos a essas características.

Geralmente, os programas de EpS planeiam-se logo que se tenham identificado os problemas de determinada comunidade e estabelecido prioridades. Uma vez realizado o diagnóstico de saúde da comunidade e tendo seleccionado os problemas sobre os quais intervir prioritariamente, assim como os factores que os condicionam, estão satisfeitas as condições para iniciar o processo de elaboração do programa. O programa deve dirigir-se à modificação dos comportamentos que influem negativamente nos problemas de saúde identificados.

O processo de avaliação das necessidades educativas pode ser mais ou menos amplo e complexo, dependendo da natureza do problema sobre o qual se pretende intervir, do tempo e dos recursos disponíveis (Osuna e Moral, 2000).

No dizer de Clark (1996), a avaliação das necessidades educativas, na perspectiva epidemiológica, tem quatro componentes: (i) biologia humana, (ii) ambiente, (iii) estilo de vida e (iv) sistema de cuidados de saúde.

A biologia humana influencia as necessidades de aprendizagem e as capacidades de aprendizagem do participante. As áreas a considerar incluem as capacidades e as necessidades relacionadas com o nível de maturidade do participante e a adequação à sua função fisiológica.

Os factores ambientais podem também influenciar as necessidades de aprendizagem e capacidades. Incluem o ambiente físico, o ambiente psicológico e o ambiente social. As condições do ambiente físico muitas vezes elevam as necessidades educativas das EpS. É o caso de um idoso que vive numa habitação com deficiente iluminação e muitas escadas. Por sua vez os factores psicológicos tais como o stresse e a ansiedade, podem também dificultar a aprendizagem naqueles que estão motivados para a aprendizagem. Por último, o ambiente social é particularmente influente na formação de atitudes acerca da saúde e comportamentos relacionados com a saúde. Pode também influenciar os indivíduos expostos à informação relacionada com a saúde.

Os factores relacionados com o estilo de vida influenciam as necessidades educativas dos participantes nos programas de EpS. Por exemplo, o participante que comete excessos alimentares provavelmente necessitará de uma educação alimentar e aquele que não usa cinto de segurança na condução de viaturas automóveis necessita educação no âmbito da segurança.

O grau de ênfase atribuído à EpS pelos prestadores de cuidados de saúde e prestadores especializados no desenvolvimento de processos de EpS são factores associados ao sistema de cuidados de saúde que influenciam o conhecimento e as atitudes relacionados com a saúde dos participantes (Clark, 1996).

Esta perspectiva na opinião de Osuna e Moral (2000), propõe o estudo de variáveis como a mortalidade e morbilidade, factores de risco, incapacidade, demografia, estrutura socio-económica, recursos de saúde, aspectos culturais, necessidades sentidas por parte da população e organização social da comunidade, entre outros. Todos estes factores podem condicionar de forma mais ou menos directa as necessidades educativas e a orientação que se dará posteriormente ao programa de EpS.

As técnicas e instrumentos para o estudo deste tipo de variáveis passam fundamentalmente pela elaboração de indicadores de prevalência, incidência, demográficos, etc. Os inquéritos e as entrevistas à população e a profissionais também podem ser utilizados.

Outra perspectiva abordada pelos mesmos autores acima citados é a análise comportamental e o diagnóstico educacional, caracterizada pela utilização de técnicas pertencentes ao campo da psicopedagogia. Neste âmbito podem encontrar-se diferentes propostas quando se pretende realizar a análise de situação. É o caso do Guia FACILE

proposto por Rochon (1992), cujas primeiras três frases correspondem àquela etapa do formato PRECEDE, cujo modelo já foi desenvolvido atrás (Osuna e Moral, 2000).

Justificação da necessidade do programa - Esta fase da programação consiste em apresentar de forma explícita a necessidade de realização do programa de EpS. Deve-se responder à pergunta: porque é que se pretende realizar o programa? Na sua elaboração deve ter-se em conta que esta é a fase de marketing do programa, em que se devem convencer os possíveis interessados (Instituições de saúde, gestores, políticos e a comunidade) da necessidade e importância do desenvolvimento do mesmo e do impacto que terá na saúde da comunidade.

A maioria da informação necessária à justificação de um programa de EpS procede da etapa anterior. Deve fazer-se referência a:

- i) Magnitude do problema;
- ii) Custos em saúde, na área familiar e social;
- iii) Evolução do problema e tendências;
- iv) Relação do problema de saúde com os comportamentos;
- v) Existência de experiências prévias que demonstrem o efeito da EpS sobre o problema ou, pelo menos, o efeito que a modificação de comportamentos tem sobre o mesmo.

Esta fase pode finalizar com a determinação das finalidades ou metas que se pretendem alcançar com o desenvolvimento do programa de EpS (Osuna e Moral, 2000).

Definição de objectivos - A definição de objectivos tem uma dupla finalidade. Por um lado, indicar o fim a que se espera chegar, com a intenção de não perdermos o caminho a percorrer e de que todas as acções contribuam para atingir esse fim. Por outro lado, os objectivos são um instrumento chave para a posterior avaliação do programa de EpS. Para que os objectivos sejam um instrumento útil é necessário que apresentem as seguintes características:

- i) Pertinentes – Significativos e importantes para o problema de saúde;
- ii) Mensuráveis – Utilizando os instrumentos disponíveis;
- iii) Precisos – Fazerem referência a aspectos concretos e só a um deles;
- iv) Compreensíveis – Devem identificar a que nos estamos a referir com o objectivo;
- v) Exequíveis – Realizáveis no tempo previsto.

Os objectivos devem integrar os seguintes elementos:

- i) Natureza da situação desejada – Resultado concreto que se pretende alcançar com o programa (conhecimento, atitude, comportamento) Ex: complicações nos diabéticos;
- ii) Critérios de êxito ou de fracasso – Deve precisar os critérios que permitam apreciar o grau de êxito. Referem-se a taxas ou percentagens da população em que se conseguiu o objectivo, à natureza do efeito da intervenção sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos, etc. Ex: Diminuir em 10% o n.º de complicações nos diabéticos;
- iii) Data para a consecução do objectivo – Momento em que o objectivo deve ser alcançado ou em que terá lugar a avaliação. Ex: Durante o próximo ano;
- iv) População de referência – Definir o grupo populacional sobre o qual o programa de EpS vai intervir. Ex: Diabéticos;
- v) Âmbito de aplicação do programa – Refere-se à zona geográfica (distrito, bairro, localidade) bem como ao local onde se desenvolve a actividade (Escola, Empresa, Centro de Saúde, Hospital, etc.) Ex: Utentes do Centro de Saúde (Osuna e Moral, 2000).

Existem diversas tipologias de objectivos. Vamos abordar duas classificações: (i) objectivos gerais e específicos e (ii) objectivos de processo e objectivos de resultado (Osuna e Moral, 2000; Clark, 1996).

No que diz respeito à classificação em objectivos gerais e objectivos específicos, a sua definição deve realizar-se mediante uma sequência lógica em forma de árvore, em que cada objectivo geral constitui o tronco de onde partem vários objectivos específicos.

Objectivos gerais – Derivam da justificação do programa. Devem centrar-se na resolução ou diminuição do problema identificado. Têm como referencia os indicadores de saúde relacionados com o problema concreto que se deseja ultrapassar (incidência, prevalência, incapacidade, etc.)

Os objectivos gerais podem ser vários de acordo com os problemas de saúde em que se deseje intervir. Geralmente o n.º é reduzido e é frequente ser, apenas, um único. Ex: Diminuir em 10%, no próximo ano, a incidência de complicações nos diabéticos do Centro de Saúde.

Objectivos específicos – Derivam dos objectivos gerais e centram-se no utente, grupo ou comunidade. Devem referir-se aos factores que condicionam a modificação dos comportamentos. Definem-se objectivos específicos relativos aos conhecimentos, atitudes e comportamentos ou competências. O número depende da complexidade do comportamento que se pretende modificar e do nível de especificação com que se deseje

definir o resultado esperado. Deve-se definir os objectivos relativos aos conhecimentos, atitudes e comportamentos que se considerem imprescindíveis para a resolução ou diminuição do problema de saúde.

Relativamente aos objectivos específicos de conhecimentos devem descrever os conhecimentos que o participante no programa deve adquirir para facilitar a mudança de comportamento. A redacção dos objectivos realiza-se utilizando verbos que indiquem acção, para que sejam facilmente observáveis e mensuráveis. Ex: No final do programa, pelo menos 80% dos diabéticos saberão descrever a técnica correcta do cuidado aos pés.

Quanto aos objectivos específicos de atitudes devem descrever a disposição mental do participante para a mudança de comportamento necessária. Ex: No final da sessão, pelo menos 80% dos diabéticos demonstrarão uma disposição favorável ao cuidado diário dos pés.

No que se refere, aos objectivos específicos de comportamentos descrevem as acções ou comportamentos que o participante deverá realizar para que tenhamos a garantia que levando a cabo esses comportamentos descritos se consegue o objectivo geral. Ex: Até ao próximo contacto, o doente diabético autocuidar-se-á diariamente, aos pés.

A segunda tipologia integra os objectivos de processo e os objectivos de resultado. Os objectivos de processo definem o processo de educação do participante e descrevem as acções a serem tomadas pelo educador enquanto que os objectivos de resultado descrevem comportamentos que são esperados que o participante desempenhe em resultado da EpS.

Os objectivos de resultado podem ser classificados de acordo com o domínio de aprendizagem que descrevem e o nível de tarefas dentro do próprio domínio. Os domínios de aprendizagem são quatro: (i) o domínio cognitivo contem as capacidades intelectuais relacionadas com a informação e a sua aplicação; (ii) o domínio afectivo cujo foco da aprendizagem são as atitudes e os valores; (iii) o domínio psico-motor, cuja ênfase é na aprendizagem de habilidades manuais; (iv) o domínio perceptivo, com ênfase na percepção e extracção de informação (Clark, 1996). Uma vez redigidos os objectivos fica perfeitamente explícito aonde queremos chegar com a realização do programa de EpS. Além disso, a descrição dos objectivos assinala o caminho a percorrer, sugerindo os conteúdos educativos a introduzir, as actividades e a

metodologia a utilizar. Dá, ainda, indicações acerca dos recursos necessários e define os critérios de avaliação do programa (Osuna e Moral, 2000).

Conteúdos Educativos - Os conteúdos educativos são a informação, o tema ou temas, que se devem transmitir ao grupo alvo através de qualquer método ou meio, com o propósito de atingir o objectivo ou objectivos propostos (Dominguez, Larrosa e Regato, 1993).

Os conteúdos de um programa de EpS estão condicionados pelos objectivos previamente elaborados e pelas características das pessoas a quem o programa é dirigido. Entre estas características temos a idade dos participantes, o seu nível de instrução, as suas experiências prévias, as doenças, as atitudes, os conhecimentos, entre outras (Osuna e Moral, 2000).

Como a informação existente acerca de determinado tópico é extensa e não pode ser toda apresentada num programa de EpS, o educador necessita de seleccionar a informação mais apropriada e relevante para o grupo alvo. Após se ter seleccionado o conteúdo, este deve ser organizado numa sequência lógica uma vez que a nova aprendizagem é baseada na aprendizagem prévia. O conteúdo deve ser organizado do simples para o complexo, do mais importante para o menos importante ou do mais familiar para o menos familiar (Clark, 1996).

Determinação das estratégias de intervenção - Pode definir-se estratégia como um procedimento geral metodológico que pode compreender várias actividades de aprendizagem, uso específico de meios de transmissão de informação ou para realizar a intervenção (Greene e Simons-Morton, 1988).

Na opinião de (Clark, 1996), a selecção das estratégias de ensino dependem das características dos participantes, das características do educador, do tipo de tarefas de aprendizagem, dos conteúdos envolvidos e da disponibilidade de recursos necessários à implementação de estratégias específicas. As estratégias de ensino/aprendizagem seleccionadas devem ser adequadas à idade, nível de desenvolvimento e nível educacional da audiência. Devem ser escolhidas aquelas que mantenham o interesse do educando se adequem aos conteúdos a serem apresentados. Por sua vez, certas tarefas de aprendizagem adaptam-se a estratégias de ensino específico. Por exemplo, a discussão e o jogo de papéis são métodos eficazes na criação de consciência de valores pessoais, enquanto que a pesquisa é mais apropriada à aquisição de conhecimento.

Segundo Osuna e Moral (2000), na selecção de estratégias devem ter-se em conta os seguintes aspectos:

- i) Orientação conceptual e filosófica – Dos próprios educadores quanto ao foco teórico da EpS, à importância a dar aos participantes no próprio programa. Tudo isto pode conduzir a estratégias de intervenção de carácter mais individual ou comunitário, estratégias de maior implicação e protagonismo dos profissionais ou dos líderes da comunidade;
- ii) Natureza e alcance dos recursos disponíveis – A disponibilidade dos meios de comunicação social (rádio, televisão) determina que a estratégia possa estar centrada mais no trabalho comunitário ou no foro individual;
- iii) Grupo alvo do programa – No caso de utentes do Centro de Saúde (Ex: doentes crónicos), a estratégia orienta-se para intervenções individuais e grupais no próprio Centro. Se pelo contrário a população é caracterizada pela sua actividade (estudantes, operários de uma empresa), as estratégias centram-se na intervenção sobre o local de actividade e sobre os responsáveis e líderes do meio;
- iv) Nível de estruturação social da zona de saúde – É de primordial importância para definir a estratégia mais adequada. Em zonas com alto nível de estruturação pode-se centrar a intervenção em organizações e líderes sociais (Associação de Utentes, Associações Religiosas, Desportivas, etc);
- v) Tipo de problema objecto do programa – Os problemas ou necessidades de Saúde Pública (cancro, sida, prevenção de doenças cardiovasculares, etc.) requerem estratégias orientadas à implicação de todos os indivíduos da comunidade. Pelo contrário, problemas de saúde que afectam grupos mais específicos podem utilizar-se estratégias de carácter individual ou grupal;
- vi) Características culturais e socioeconómicas – A credibilidade que o sistema e os profissionais de saúde têm junto da população condicionam a estratégia adequada. Neste sentido existem diferentes experiências que põem a manifesto que estratégias de intervenção válidas para a população em geral não têm nenhum impacto sobre grupos específicos (adolescentes, ciganos, população rural, etc.).

No dizer de Greene e Simons-Morton (1988) é preferível optar por uma aproximação flexível aquando da selecção da estratégia mais adequada para cada programa. No caso de um programa de EpS dirigido a diferentes grupos (pais, alunos,

professores) é necessário adoptar estratégias diferentes para cada grupo, uma vez que a estratégia adequada contribui de forma significativa para o êxito do programa.

Actividades e metodologia educativa - Depois de definir a estratégia de intervenção mais adequada, torna-se necessário prever a metodologia educativa que se considera mais útil para alcançar os objectivos. Este passo compreende a identificação de meios, métodos, actividades e procedimentos pedagógicos na execução do programa de EpS.

Os meios são o suporte que se utiliza para transmitir uma informação, estimular um comportamento, mobilizar sentimentos, entre outros. Entende-se por método a forma sistemática e ordenada de realizar uma ou mais actividades para ensino/aprendizagem de algo. Garcia et al. (1995), definiram método pedagógico como a caminho que se deve seguir para expor a informação da forma mais fácil e vantajosa, pondo em prática de forma ordenada e racional os princípios e regras que sejam necessários.

Pode afirmar-se que não existem regras definidas para a selecção de materiais e métodos mais adequados a cada situação. No entanto, conhecem-se diversos factores que condicionam a selecção de actividades e metodologias, entre os quais:

- i) Natureza do conteúdo – Se se trata da aprendizagem de factos simples, provavelmente será suficiente o uso de materiais escritos (folhetos, acetatos, slides, etc.). Se o objectivo é o desenvolvimento de competências devem incorporar-se métodos como a demonstração e a prática por parte do utente. Os objectivos relacionados com as atitudes e motivações requerem métodos grupais em que se compartilhem ideias, haja discussão e os participantes interactuem entre eles, assim, como os objectivos que tenham implícito o desempenho de papéis e actividades de clarificação de valores;
- ii) Características do grupo alvo – Se o grupo tem um nível de instrução alto e conhecimentos sobre o tema, podem utilizar-se métodos clássicos como o expositivo (aula), a conferência. Se o nível de instrução é mais baixo ou existe um desconhecimento total do tema, utilizam-se métodos (método demonstrativo) que permitam uma observação directa de cada uma das fases que constituem o comportamento concreto a que nos estamos referindo;
- iii) Capacidades do próprio educador – Geralmente, o educador maneja com maior destreza um método do que outro. A experiência acumulada na utilização das diferentes metodologias deve ser um critério a ter em conta;

iv) Marco teórico – Cada teoria de aprendizagem ou de modificação de comportamento sugere uma gama de actividades de aprendizagem. Dependendo de como se entenda que se produzem as mudanças de comportamento e os factores que as condicionam utilizar-se-ão métodos caracterizados pela transmissão de mensagens, a participação e negociação com o utente, os reforçadores, a influência do meio, etc.;

v) Materiais disponíveis – Cada metodologia requer para o seu desenvolvimento a utilização de materiais e condições específicas. Os métodos demonstrativos necessitam de material clínico (instrumentos, modelos, meios audiovisuais). O desenvolvimento de certas técnicas requer a participação de um número determinado de participantes e a disponibilidade de um tempo concreto (Osuna e Moral, 2000).

Previsão dos recursos - Nesta fase do planeamento do programa devem seleccionar-se e prover-se os recursos humanos, materiais e financeiros. O êxito de um programa de EpS pode estar condicionado pela disponibilidade dos recursos necessários. A sua provisão não pode deixar-se ao acaso já que se põe em perigo o desenvolvimento da actividade educativa (Osuna e Moral, 2000).

Os programas de EpS envolvem a utilização de diferentes materiais (folhetos, cartazes, diapositivos, transparências, vídeos, material clínico, etc.). Deve definir-se todo o material necessário assim como prever a forma de o obter. Em certas ocasiões é necessária a aquisição do mesmo ou a solicitação à instituição para quem se planeia o programa.

Os materiais seleccionados devem ser apropriados ao grupo alvo e aos conteúdos apresentados. Por exemplo, se a audiência é um grupo de crianças, um livro colorido pode ser uma ajuda efectiva numa sessão de educação alimentar, mas não o será para um grupo de adolescentes.

Estes materiais necessitam transmitir informação a um nível que possa ser compreendido pelos participantes. Também devem ser sensíveis às crenças culturais dos participantes, atitudes e valores. Por exemplo, materiais usados na temática das doenças sexualmente transmissíveis (DST) cujas fotografias mostram, apenas, membros de grupos minoritários, transmitem a ideia de que somente os membros desse grupo, contraem estas doenças. Estas suposições são erradas, discriminatórias e ofensivas para os membros dessas minorias que possam fazer parte da audiência.

Podem ocorrer problemas com materiais escritos quando os participantes têm uma baixa literacia. Estudos recentes acerca de informação escrita relacionada com métodos contraceptivos indicaram que muitos desses documentos são escritos acima dos níveis de literacia de muitos leitores (Swanson et al., 1990). Assim, para clientes com níveis de literacia baixos, as fotografias, as figuras ou as cassetes de vídeo são mais apropriadas para o ensino do que os materiais escritos.

Outras considerações na selecção de materiais de ensino incluem a necessidade de equipamento especial (projectores, ecrãs), adaptação à exposição dos conteúdos e a facilidade de utilização. Podem haver constrangimentos resultantes das circunstâncias onde a aprendizagem tem lugar. É o caso de uma exposição ao ar livre onde os vídeos são inapropriados. Por último, na selecção de materiais a visualizar é necessário ter em conta a capacidade dos participantes para ver os materiais. Por exemplo, se são usadas transparências, o tamanho da letra deve permitir a leitura por todos os participantes no fundo da sala. Da mesma maneira quando se fazem demonstrações, todos os participantes devem poder visualizar aquilo que é demonstrado (Clark, 1996).

Quanto aos recursos humanos integram a equipa os professores que vão participar como educadores, que reúnem as características mais adequadas ao desenvolvimento do programa. Geralmente, os profissionais responsáveis pelo planeamento do programa de EpS são os mais implicados na execução do mesmo o que garante o conhecimento deste. Nesta fase devem definir-se as actividades que cada um dos educadores deve desenvolver e se for necessário prever as competências requeridas para cada um deles.

Devem prever-se as instalações necessárias ao desenvolvimento do programa (sala de reuniões, sala de aula, sala de consulta, ginásio) e garantir que reúnem as características necessárias para a utilização da metodologia prevista e que se encontrem disponíveis na altura necessária.

A execução de um programa de EpS envolve determinados custos que se devem calcular, elaborando-se um projecto-orçamento para conseguir os recursos financeiros necessários. Nesta fase devem determinar-se as fontes de financiamento que suportarão o custo do programa (Centro de Saúde, Sub-Região de Saúde, Ministério da Saúde, etc.) (Osuna e Moral, 2000).

Desenho da avaliação do Programa - A última tarefa do planeamento em EpS é desenvolver um plano de avaliação do programa. A avaliação deve entender-se como uma actividade permanente e que percorre cada uma das etapas do planeamento em EpS.

A avaliação do programa deve centrar-se nos seus diferentes componentes: estrutura, processo e resultado. Por sua vez a avaliação da adequação dos recursos às necessidades do programa permite identificar a utilidade e contribuição de cada um deles para se atingirem os resultados pretendidos, facilitando a identificação dos recursos imprescindíveis ao seu desenvolvimento. A avaliação das diferentes actividades e metodologias posta em marcha proporciona informação sobre os métodos mais adequados para a consecução dos objectivos estabelecidos.

A avaliação dos resultados deve ser o eixo central desta tarefa que com uma adequada definição dos objectivos, gerais e específicos, praticamente identificará os indicadores de avaliação. Os critérios para avaliação dos resultados da EpS derivam dos objectivos de resultados, critérios para avaliação do desempenho do educador e os do processo educacional resultam dos objectivos de processo (Osuna e Moral, 2000; Clark, 1996).

O que deve desenhar-se são os instrumentos de recolha de dados para a avaliação do programa (questionários, grelhas de observação, indicadores sanitários, escalas de autonomia, etc.). Além disso, deve determinar-se o momento, a forma e as pessoas encarregues da recolha dos dados necessários, assim como do seu tratamento e análise posterior.

Os resultados da avaliação devem servir não só para comprovar a eficácia do programa, mas também para melhorar a sua qualidade. Nesta linha torna-se necessário introduzir elementos de avaliação durante o desenvolvimento do programa para identificar possíveis desvios e introduzir as modificações precisas (Osuna e Moral, 2000).

2.4.1.2. Desenvolvimento

Um grupo de trabalho da Associação Norte Americana de Saúde Pública (APHA) propôs as seguintes directrizes para o desenvolvimento de programas de promoção/EpS (Clark, 1996):

- i) Os programas de promoção da saúde devem ser dirigidos a um ou mais factores de risco, cuidadosamente definidos, mensuráveis e possíveis de modificação que sejam prevalentes no grupo alvo seleccionado;
- ii) O programa deve conseguir reflectir os atributos especiais, as necessidades e as preferências do grupo alvo;
- iii) Os programas devem apresentar intervenções que reduzam, claramente, os factores de risco identificados e que sejam apropriadas para o grupo;
- iv) Os programas devem implementar intervenções que façam o melhor uso possível dos recursos;
- v) Os programas devem ser, especialmente, desenhados para permitir a avaliação dos seus efeitos e do processo educacional.

As dimensões que descrevem os programas de EpS são quatro (Clark, 1996):

- i) Propósito – É influenciar o comportamento do grupo alvo. Os níveis de influência variam e o tipo de influência desejado dentro da hierarquia dos efeitos do programa educacional devem ser determinados antecipadamente e directamente do desenvolvimento do programa.

A hierarquia dos efeitos do programa pode ter a seguinte organização:

- O grupo alvo é exposto à questão de saúde;
- O grupo alvo está consciente da questão;
- O grupo alvo é informado acerca de uma questão;
- O grupo alvo é persuadido quanto à questão;
- O grupo alvo tenciona mudar de comportamento;
- O grupo alvo mantém a mudança de comportamento.

Por exemplo, os educadores para a saúde podem querer, inicialmente, expor o grupo a uma questão de saúde tal como o abuso de crianças e então torná-los conscientes da extensão do problema. Quando isto tiver sido realizado, o grupo alvo deve então ser

informado dos sinais de abuso e como denunciar suspeitas de abuso e ser persuadido que denunciar casos de abuso é apropriado;

ii) Grupo alvo – Geralmente é um razoável grupo de pessoas para diminuir o custo eficácia do programa. O grupo alvo pode ser segmentado de acordo com as atitudes, valores e crenças relacionadas com a questão de saúde, mais do que pelas variáveis demográficas e podem ser aplicadas diferentes estratégias de comunicação a cada segmento;

iii) Tempo – As campanhas têm um tempo limite definido dentro do qual se espera que os objectivos do programa sejam, razoavelmente, atingidos;

iv) Actividades – Um programa de EpS consiste num quadro de actividades de comunicação bem definidas e planeadas para transmitir as mensagens da campanha ao grupo alvo.

2.4.1.3. Avaliação

Existem duas perspectivas de avaliação dos programas de EpS, que se diferenciam pelo seu foco de atenção. Por um lado, a determinação do grau de alcance dos objectivos e, por outro lado, estimar os efeitos e resultados de um programa.

Assim, a avaliação de programas pode definir-se como a investigação sistemática através de métodos científicos dos objectivos, efeitos e resultados de um programa com a finalidade de tomar decisões sobre ele (Casado, 2000).

As duas perspectivas da avaliação dos programas abrem duas tendências de avaliação dos mesmos (Casado, 2000):

i) A que se centra na avaliação de objectivos, verificando se os objectivos são alcançados ou não e em que grau;

ii) A que se centra na aplicação do método científico, onde o efeito dos programas são medidos através da experimentação.

Estas tendências representam os extremos de um continuum, no qual as posições intermédias variam em função da utilização do método científico e do grau de complexidade, um pólo de menor utilização do mesmo método e menor complexidade ocupado pela avaliação dos objectivos num extremo e um pólo de maior utilização e maior complexidade constituído pela experimentação no outro extremo.

Geralmente, a posição a ocupar no continuum pela avaliação, é determinada pelo tipo de programa, pela finalidade de utilização das conclusões da avaliação e pelos recursos disponíveis para a efectuar.

A finalidade geral da avaliação de programas é a tomada de decisões acerca de uma determinada intervenção. Dentro desta finalidade podem existir várias funções:

- i) Actuação sobre o programa para o melhorar, substituir ou eliminar;
- ii) Justificação das decisões adoptadas, visando avaliar as decisões que se tomaram sobre o programa;
- iii) Financiamento de programas e serviços;
- iv) Comparação de teorias, mediante a generalização dos resultados da investigação.

Além destas funções, a avaliação traz outro tipo de vantagens como o aumento da compreensão das actividades de EpS e servir de estímulo profissional. Em relação a este último aspecto, a avaliação converte-se num importante elemento motivador para introduzir inovações nos serviços, ao alcançar a sensibilidade científica dos profissionais de saúde.

No caso concreto da avaliação de programa de EpS, dependendo da posição que ocupe no continuum de avaliação haverá mais ou menos possibilidades de solucionar os diferentes obstáculos que se podem apresentar. Esses obstáculos são a veracidade e interpretação dos dados recolhidos na avaliação, a parte da responsabilidade do programa educativo nas mudanças e a esperança de manutenção das mudanças.

Por exemplo, num programa de intervenção sobre fumadores, passado uma semana verifica-se que, 50% informam que deixaram de fumar. Neste caso e segundo a orientação anterior, devemos perguntar: Qual a veracidade destes dados? Os participantes não fumaram, efectivamente, na última semana? Quantos participantes teriam deixado de fumar sem influência da intervenção? Qual é a probabilidade que existe dos participantes que deixaram de fumar manterem a abstinência o tempo necessário para obter algum benefício em saúde?

Independentemente da orientação e finalidade avaliadora, o acto de avaliar programas de EpS, implica a comparação dos objectivos ou dos resultados com um padrão. Neste sentido, podem identificar-se vários tipos de padrões de comparação:

- i) Arbitrários – Os responsáveis do programa decidem qual é a mudança desejada, segundo algum antecedente histórico ou a racionalidade do programa;

- ii) Históricos – Baseados em resultados anteriores do mesmo programa;
- iii) Normativos – Fixados em função dos resultados do programa, obtidos em populações com características semelhantes;
- iv) Compromisso – Baseados no consenso de especialistas;
- v) Científicos – Estabelecidos em função de trabalhos de investigação publicados.

A eleição do tipo de padrão realiza-se em função da informação disponível e do fim para que se utilizam as conclusões da avaliação.

Tipos de avaliação - Existem vários tipos de avaliação de programas de EpS. As diferentes classificações procuram responder a diversos critérios e estão relacionadas com a finalidade concreta da avaliação. Assim, segundo Casado (2000), em função dos diferentes critérios temos as seguintes classificações:

- i) Avaliação proactiva e retroactiva – A avaliação proactiva pretende assistir a tomada de decisões sobre o programa, enquanto a avaliação retroactiva tem por objecto a contabilidade do programa;
- ii) Avaliação da eficácia e da eficiência – A avaliação da eficácia mede a utilidade do programa em termos da consecução de objectivos ou das consequências resultantes; a avaliação da eficiência mede os efeitos obtidos pelo programa tendo em conta os recursos utilizados, numa perspectiva económica. Estes tipos de avaliação procuram responder à questão: para que é que se realiza a avaliação?;
- iii) Avaliação formativa e sumativa – A avaliação formativa, também designada por avaliação do processo, é realizada durante a aplicação do programa e tem como principal objectivo a melhoria e o aperfeiçoamento deste. A avaliação sumativa, também designada por avaliação de resultados, efectua-se no fim do programa e tem por objectivo tanto a melhoria do programa como a sua contabilidade e justificação. O que está em causa nestas avaliações é quando se realiza a avaliação;
- iv) Avaliação interna e externa – A avaliação interna é realizada pela instituição responsável pelo programa. A avaliação externa é efectuada por instituições alheias ao mesmo. O que está aqui em causa é quem realiza a avaliação.

Outra classificação em três tipos é sugerida por Clark (1996):

- i) Avaliação formativa – O educador/avaliador durante o desenvolvimento do programa avalia através do feedback dos participantes se o conteúdo está a ser adequadamente

comunicado. Pode fazê-lo através das expressões faciais, colocação de questões acerca dos conteúdos abordados e da resposta emocional daqueles ao conteúdo;

ii) Avaliação de resultado – No fim do programa avaliam-se os efeitos através do grau em que se alcançaram os objectivos de resultado. Por exemplo, o formandos são capazes de desempenhar os comportamentos em causa ao nível do desempenho esperado?;

iii) Avaliação de processo – Avaliação da apresentação dos conteúdos em termos da utilização do processo educacional. Os participantes estão preparados como desejávamos? A sessão manteve o interesse da audiência? A estratégia de ensino/aprendizagem, materiais e conteúdo seleccionado eram apropriadas às necessidades de aprendizagem dos participantes?

Depois de clarificada a finalidade da avaliação que indica o tipo de avaliação a realizar, é necessário decidir que aspectos concretos se devem avaliar.

Estes aspectos podem organizar-se em três níveis (Casado, 2000): processo, impacto e resultado. Cada um dos níveis pode utilizar-se isoladamente, mas com frequência combinam-se entre si. De facto, os três juntos formam um método adequado para a avaliação.

Na avaliação do processo procura-se determinar o grau de idoneidade na execução do programa. É utilizada com frequência por organizações de acreditação (avaliação externa) que identificam pontos fortes e débeis dos programas, sendo o objecto da avaliação formativa.

Na avaliação do impacto, avalia-se a melhoria dos resultados intermédios, em concreto, os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos dos participantes. Refere-se aos efeitos imediatos de um programa. É de assinalar a dificuldade de mensuração das atitudes, que têm sido pouco e mal avaliadas, talvez pela pouca disponibilidade de instrumentos fiáveis que o possam fazer.

Na avaliação dos resultados, procura-se medir o efeito do programa na melhoria das condições de saúde ou mudança social, isto é, muda os efeitos finais.

Há que ter em conta que estas definições, apenas, se aplicam na avaliação e investigação no campo da saúde.

As considerações básicas subjacentes à importância atribuída à avaliação dos resultados são as seguintes:

i) A responsabilidade do resultado de um programa de EpS em termos de condição de saúde, pode ser compartilhada com outro tipo de actividades, em oposição à responsabilidade principal que tem o educador no processo e no impacto;

ii) A maior parte das mudanças a nível da condição de saúde tardam muito tempo a aparecer. Tanto o impacto como os resultados são o objecto da avaliação sumativa.

Dentro de cada nível podem definir-se aspectos concretos de avaliação, entre eles:

i) Processo – Nível de capacitação dos educadores, relações dentro da equipa de trabalho, adequação dos materiais educativos e outros recursos materiais, metodologia educativa, organização e seguimento de actividades e consistência interna do programa;

ii) Impacto – Conhecimentos obtidos, mudança de atitudes, desenvolvimento de capacidades, nível de autocuidado e utilização dos serviços de saúde;

iii) Resultados – Mortalidade, morbilidade, incapacidade, esperança de vida e qualidade de vida.

Processo de avaliação - Pode optar-se por duas perspectivas metodológicas diferentes, quando se decide sobre o tipo de estudo a utilizar no processo de avaliação, que não se excluem mutuamente: a metodologia qualitativa e a metodologia quantitativa.

A avaliação baseada em métodos quantitativos, apoia-se no método científico, e baseia-se no controlo inicial, na aplicação de instrumentos de medida e na análise final que permita comprovar que modificações produziu, a actividade em causa. Utiliza instrumentos de carácter quantitativo e baseia-se no controlo das variáveis que intervêm nos processos e na objectividade e rigor das medições com a finalidade de estabelecer relações causais ou correlacionais entre uma intervenção e os efeitos pretendidos, afastando-se ao máximo da subjectividade do avaliador e dos participantes.

A avaliação qualitativa, é um processo que permite aplicar estratégias rigorosas de reflexão e de valorização de actividades em desenvolvimento. Baseia-se em dados de carácter qualitativo e tem como finalidade aumentar a compreensão dos processos estudados através de uma metodologia indutiva e de forma subjectiva.

Enquanto que a perspectiva quantitativa está mais relacionada com a avaliação sumativa e de produto (resultados), a qualitativa está mais relacionada com a avaliação formativa e de processo. Na prática os métodos quantitativos e qualitativos podem coabitar positivamente. A perspectiva quantitativa procura demonstrar a relação entre o

programa e os efeitos desejados e a orientação qualitativa aponta elementos explicativos à avaliação quantitativa, que podem justapor-se às conclusões dos métodos quantitativos (Casado, 2000).

Os desenhos da avaliação quantitativa podem classificar-se em 3 tipos:

- i) Experimentais – Consiste na comparação dos resultados do grupo em que se intervêm (grupo experimental) com outro homogéneo e comparável com o primeiro que não recebe intervenção (grupo de controlo). A selecção dos indivíduos a integrar os grupos deve ser aleatória;
- ii) Quase experimentais – Existe comparação entre o grupo experimental e de controlo, mas a selecção de sujeitos não é aleatória. Neste caso, o grupo de controlo designa-se grupo de comparação;
- iii) Não experimentais – Existe intervenção, mas falta tanto o grupo de controlo como a selecção aleatória. Não existe controlo sobre as variáveis externas. A sua utilização fica limitada aos casos em que não é possível realizar outro tipo de desenho.

Na prática pode recorrer-se a um estudo antes e depois do programa, bem como a um estudo unicamente depois. Neste último caso, o único padrão de comparação possível são os objectivos do programa de EpS.

A exactidão das observações é determinada pela validade e fiabilidade dos instrumentos de medida. A validade expressa o grau em que um instrumento mede aquilo que se pretende medir. Podem distinguir-se três tipos de validade: validade de conteúdo, de critério e de construção. A validade de conteúdo consiste em representar, por meio da medida, todas as dimensões, todos os aspectos do conceito que se mede. A validade de critério consiste em comparar uma medida com outra anterior ao fenómeno estudado. A validade de construção compara a medida com as teorias relativas ao aspecto estudado.

A fiabilidade refere-se à capacidade para produzir resultados constantes quando se aplica o instrumento em repetidas ocasiões. Para a determinar realizam-se estudos de correlação entre as diferentes medidas tomadas por diferentes observadores em momentos diferentes.

Podem distinguir-se os seguintes tipos de instrumentos de recolha de dados na avaliação de programas educativos: medidas fisiológicas e biofísicas, questionários,

métodos observacionais e registos. Vamos abordar, apenas, os questionários e os métodos observacionais, por serem os mais utilizados.

Os questionários são processos estruturados, que podem classificar-se em questionários de auto preenchimento, questionários por entrevista pessoal e inquéritos por telefone. A sua principal utilidade na avaliação da EpS é a exploração de conhecimentos e atitudes.

Geralmente, para garantir a aplicação das conclusões da avaliação devem utilizar-se questionários validados ou validar novos questionários, nos casos em que os existentes tenham mostrado resultados pouco satisfatórios, se tenham mostrado eficazes mas noutra meio, ou não haja nenhum adequado para medir a variável de interesse. Os questionários não validados devem utilizar-se quando não exista outra alternativa e sempre de forma muito cautelosa, já que não está garantido a exactidão das medidas, nem a comparabilidade entre sujeitos.

Os métodos baseados na observação permitem a avaliação de comportamentos concretos (hábitos, auto cuidados, etc.) e podem classificar-se em estruturados e não estruturados. A observação na avaliação de EpS deve ser estruturada. De entre os métodos de observação estruturados destacam-se as listas de confrontação, devido à sua facilidade de aplicação e utilidade.

As listas de confrontação consistem na relação de categorias de comportamentos que podem ou não manifestar os sujeitos, definidas de forma cuidadosa, para que o avaliador registre o aparecimento e repetição desses comportamentos. Assim, este método pode utilizar-se para identificar que acções concretas, um determinado auto-cuidado, deve conter para se considerar bem realizado, de acordo com a lista de condições mínimas a cumprir.

Momento de avaliação - Um dos dilemas que se colocam no caso da avaliação sumativa dos programas de EpS é fixar o momento de avaliação ou seja, decidir entre uma avaliação a curto, médio ou a longo prazo. O problema radica nos efeitos da EpS. Alguns efeitos são imediatos e de curta duração, outros são lentos a desenvolver-se mas de longa duração.

Por isso, independentemente do desenho da avaliação utilizado, da fiabilidade e validade das medições, o momento escolhido para avaliar pode originar conclusões erradas.

Para tentar documentar a decisão acerca de quando avaliar, analisam-se de seguida alguns erros que se podem cometer aquando da fixação do momento da avaliação (Casado, 2000):

- i) Atraso do impacto – Refere-se ao erro que se cometeria ao avaliar os resultados antes que se cheguem a produzir. Este “Efeito de adormecimento” dá-se em muitas mudanças de comportamento sempre que a audiência passa por uma mudança de atitudes entre a intervenção educativa e a mudança de comportamento;
- ii) Perda do impacto – Pode-se subestimar os benefícios ao se avaliarem depois de recaídas ou, por outro lado, sobrestimar os benefícios se a observação é realizada no auge do impacto e se toma como permanente. Este efeito de recaída é comum nas mudanças de comportamento complexas tais como deixar de fumar e adopção de regimes dietéticos mais saudáveis;
- iii) Efeito desencadeante – Às vezes os programas educativos actuam como desencadeantes de um comportamento que teria mudado sem qualquer intervenção. Este é o caso de intervenções apoiadas nos meios de comunicação. Os ganhos mediatos da publicidade são constituídos por participantes que iriam mudar de comportamento mais tarde. Neste caso, podem cometer-se erros de sobrestimar resultados ao efectuar a avaliação entre o auge do impacto e o início da intervenção, ou subestimá-los se a mesma avaliação é feita no final dos efeitos;
- iv) Efeito contraste – O fim prematuro da intervenção educativa pode induzir a uma recaída do comportamento pretendido, devido à desmoralização dos participantes na actividade. Os programas de autocuidado e os programas de adopção de alimentação saudável e de abandono do consumo de tabaco apresentam, efeitos de contraste quando as intervenções educativas são insuficientemente desenvolvidas, gerando expectativas que não se concretizam. Os efeitos atingem um pico, logo seguido por uma quebra para baixo do nível inicial.

Assim, terá que se avaliar o impacto a curto, a médio prazo (conhecimentos a curto prazo, atitudes e comportamentos a médio prazo) e os resultados mais a longo prazo (Casado, 2000).

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. Metodologia de investigação

A metodologia desenvolvida na presente investigação é apresentada neste capítulo, que se divide em cinco partes: na primeira, classifica-se o estudo e apresenta-se o modo como a investigação foi conduzida; na segunda parte, indica-se a composição da população/amostra, bem como os critérios subjacentes à sua selecção; na terceira parte, apresentam-se os instrumentos de recolha de dados, referindo-se as suas características e adequação aos objectivos geral e específicos; na quarta parte, descreve-se a forma como foram obtidos os dados; e na quinta parte, indica-se a forma como os dados foram tratados.

3.1.1. Tipo de estudo

O tipo de estudo descreve a estrutura metodológica utilizada para dar respostas fidedignas às questões de investigação, ou hipóteses, visando descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses (Padilla e Haro, 2000).

O objectivo geral do presente estudo é diagnosticar as dificuldades, carências e progressos sentidos pelos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real nas suas práticas de EpS e as necessidades de formação em Educação para a Saúde.

Assim sendo, classificamos este estudo como descritivo e transversal, uma vez que, segundo Duhamel e Fortin (1999), o desenho descritivo pode servir para descrever e caracterizar fenómenos e para encontrar relações entre variáveis. Pretendeu-se conjugar a informação objectiva e descritiva obtida através dos questionários com a informação aprofundada, mais explicativa e interpretativa obtida através das entrevistas, complementando aquela. Os dados obtidos por entrevista ajudar-nos-ão a compreender

melhor a opinião, atitudes e comportamentos destes enfermeiros face à EpS explicitados nos questionários.

3.1.2. População/amostra

A população do estudo é constituída por todos os enfermeiros, que exercem a sua actividade profissional nos 16 Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Vila Real (CS – SRSVR), perfazendo um total de 211 elementos distribuídos pelos concelhos do distrito de Vila Real.

A escolha desta população de enfermeiros dos CS - SRSVR obedeceu aos seguintes critérios:

1. Adequação: os Cuidados de Saúde Primários (CSP), que se realizam nos Centros de Saúde, constituem o contexto mais apropriado às práticas de EpS;

2. Formação: o distrito de Vila Real é a zona de inserção natural dos enfermeiros formados na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real (ESEVR), onde o investigador exerce as suas funções docentes;

3. Tempo: Focalizar o objecto de estudo a uma Sub-Região de Saúde em vez de toda a região Norte de Portugal, assumindo as limitações temporais para a realização de uma dissertação de mestrado.

Os Centros de Saúde da SRSVR são os seguintes:

- 1- Centro de Saúde de Alijó
- 2- Centro de Saúde de Boticas
- 3- Centro de Saúde de Chaves I
- 4- Centro de Saúde de Chaves II
- 5- Centro de Saúde de Mesão Frio
- 6- Centro de Saúde de Mondim de Basto
- 7- Centro de Saúde Montalegre
- 8- Centro de Saúde de Murça
- 9- Centro de Saúde de Peso Régua
- 10- Centro de Saúde de Ribeira de Pena
- 11- Centro de Saúde de Sabrosa
- 12- Centro de Saúde de Santa Marta de Penaguião

13- Centro de Saúde de Valpaços

14- Centro de Saúde de Vila Pouca Aguiar

15- Centro de Saúde de Vila Real I

16- Centro de Saúde de Vila Real II

A todos os enfermeiros dos CS – SRSVR solicitou-se a resposta a um questionário como se refere no ponto 3.3.1. Com vista a um enriquecimento do estudo para obtenção de mais dados relativos aos fenómenos em estudo decidiu-se recorrer à entrevista semiestruturada a uma pequena amostra de enfermeiros, como se menciona no ponto 3.3.2. A selecção dos enfermeiros a serem entrevistados teve como critérios a experiência profissional em EpS, a sua formação profissional (licenciados, especialistas, com grau de mestre), e cargo desempenhado, bem como a capacidade de análise dos problemas e de reflexão pessoal.

3.1.3. Instrumentos de recolha de dados

Como acima se referiu os dados foram colhidos através da utilização de um questionário de auto preenchimento e através da realização de entrevistas semiestruturadas a elementos chave da população.

Optou-se pela aplicação de questionários a toda a população, por duas razões essenciais: por um lado trata-se da forma mais fácil e mais rápida, de obter informações, já que é uma área geográfica muito dispersa; por outro lado, por ser uma população homogénea e alfabetizada. O questionário é o instrumento que permite obter informação descritiva e objectiva que responda aos objectivos traçados (Gil, 1995; Munn e Drever, 1995).

A razão de recorrer à entrevista semiestruturada, prende-se com a possibilidade de conseguir informações complementares mais precisas e explicativas e, ainda, pela possibilidade de se poder avaliar atitudes e reacções dos entrevistados, disponibilizando, assim, uma informação mais holística.

3.1.3.1. Questionário

Após uma primeira formulação do questionário, este foi aplicado, a título experimental, a uma população com características semelhantes à da população em estudo. Este teste piloto serviu para refinar o instrumento com o objectivo de (Gil, 1995):

- Verificar a possibilidade de colheita dos dados pretendidos;
- Avaliar a adequação da operacionalização das variáveis;
- Identificar questões mal formuladas ou ambíguas;
- Avaliar a dimensão do questionário.

Esta etapa foi realizada no dia 13 de Novembro de 2001 com um grupo de 11 enfermeiros do Centro de Saúde de Lamego (Sub-Região de Saúde de Viseu), correspondendo a 5,2% da população que se pretende estudar.

Em resultado do teste piloto, houve necessidade de se proceder a pequenas alterações no questionário, tendo surgido a versão definitiva (**Anexo I**). O questionário final ficou, então, constituído por 33 perguntas das quais 4 são abertas, 13 semiabertas e 16 são fechadas. Optou-se por uma maioria de questões fechadas para evitar as não respostas, que são muito frequentes nas questões abertas e ainda pela vantagem de facilitar a introdução dos dados (Gil, 1995).

As questões foram formuladas de forma a serem claras, com uma linguagem adequada à população alvo do estudo: os enfermeiros a exercerem funções nos Centros de Saúde do distrito de Vila Real. Foi estruturado para fornecer as seguintes informações:

1. Caracterização por sexo, idade, escolaridade básica, habilitações académicas, categoria profissional, cargo desempenhado e tempo de actividade profissional (perguntas 1 a 6.2.);
2. As noções dos enfermeiros sobre o conceito de EpS (perguntas 7.1. e 7.2.);
3. A percepção dos enfermeiros acerca da importância da EpS (pergunta 8);
4. Caracterização do comportamento nas práticas de EpS (perguntas 9.1. a 12);
5. As dificuldades, carências e progressos sentidos pelos enfermeiros nas práticas de EpS (perguntas 13.1. a 15);
6. O grau de preparação dos enfermeiros em EpS (perguntas 16.1. a 19.2.);

7. Percepção dos enfermeiros sobre as necessidades de formação na área da EpS (perguntas 20.1 e 20.2).

3.1.3.2. Entrevista

Para a entrevista semiestruturada foi elaborado um guião de entrevista (**Anexo II**) com um total de 16 perguntas, organizadas em três partes:

1. Caracterização geral com referências pessoais do entrevistado (Questões 1 a 5.2);
2. Abordagem aos conhecimentos acerca do conceito de EpS e opinião das entrevistadas sobre a importância da EpS (Questões 6 e 7);
3. Caracterização do comportamento nas práticas de EpS, opinião sobre as dificuldades, carências e progressos sentidos na EpS e, ainda, percepção das necessidades de formação pessoal e da equipa na área da EpS (Questões 8 a 13).

3.1.4. Recolha de dados

Após ter sido concedida a autorização para proceder à colheita de dados pelo Coordenador da Sub-Região de Saúde de Vila Real, foi agendado o prazo de colheita de informação, que se desenrolou de 5 de Janeiro a 15 de Fevereiro de 2002. Assim, para a efectiva aplicação dos questionários, procedeu-se a contactos telefónicos com os enfermeiros chefes dos 16 Centros de Saúde envolvidos no estudo, aos quais se solicitou a colaboração de toda a equipa de enfermagem. Salientou-se a importância da resposta a todas as questões para a realização do estudo e garantimos o anonimato.

De seguida levaram-se os questionários aos Centros de Saúde, que foram distribuídos a todos os elementos da equipa de enfermagem. Houve, no entanto, três excepções a este procedimento, nas quais os questionários foram enviados e devolvidos pelo correio, devido ao reduzido número de enfermeiros dos Centros de Saúde envolvidos e à distância que se teria de percorrer.

Passados cerca de 15 dias após a data de entrega procedeu-se à recolha dos questionários nos próprios Centros de Saúde. Alguns só foram recuperados após segunda visita.

No que se refere à realização das entrevistas começou-se por fazer um contacto prévio com a pessoa seleccionada para lhes pedir a colaboração, informar acerca da temática da entrevista e da intenção de a gravar, bem como agendar o dia, hora e local da entrevista. As entrevistas foram realizadas na data e hora marcada e em ambiente adequado para o efeito, no período de 15 de Dezembro de 2001 a 15 de Janeiro de 2002.

3.1.5. Tratamento dos dados

Questionários

Os dados provenientes dos questionários foram introduzidos no pacote estatístico especial para tratamento de dados das ciências sociais (SPSS versão 9.0), onde foi criada uma base de dados própria (Pereira, 1999).

Para verificar se as variáveis em estudo, que constam da base de dados, tipo escala de avaliação, submetidas a análise, cumpriam os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos, ou seja, apresentarem distribuições, relativamente, normais e homogeneidade de variâncias utilizámos, respectivamente, o teste de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov e o teste de Levene (Guimarães e Cabral 1997; Silva, 1994).

No tratamento, propriamente dito, para avaliar diferenças entre amostras e relações entre duas variáveis, recorreremos a cruzamentos para testes estatísticos, que figuram no quadro 3. Os critérios subjacentes à selecção do teste estatístico adequado foram o nível de medição da variável dependente (VD), o número de amostras/grupos da variável independente (VI) e o tipo de amostra (Harel, 1999; Hill e Hill, 2000).

Quadro 3 – Quadro guia para a selecção dos testes de hipóteses bivariadas

Nível de medição da variável dependente	N.º de amostras da variável independente	Tipo de amostras	Diferenças entre amostras	Relação entre variáveis
Intervalar ou rácio	2	Independente	Teste t p/ amostras Ind.	Coeficiente de correlação de Pearson
	3	Independente	ANOVA	
Ordinal	2	Independente	U de Mann-Whitney	Coeficiente de correlação de Spearman
	3 ou mais	Independente	H de Kruskal-Wallis	
Nominal dicotómica	2	Independente	χ^2	Coeficiente de Cramér

Fonte: Gameiro, 1998.

Para melhor esquematização da forma como aqueles dados foram tratados, apresenta-se o esboço do tratamento com base na matriz dos objectivos específicos.

1. Identificar os conhecimentos dos enfermeiros da SRSVR sobre o conceito de EpS

Para atingir este objectivo criaram-se duas novas variáveis através do somatório das alíneas da pergunta 7.1. Uma variável designada *conceito tradicional* (CT) de EpS através do somatório, caso a caso, das alíneas seleccionadas de entre o conjunto de alíneas ditas tradicionais (a, c, f, g e k). A fórmula foi a seguinte: $CT = [\text{Total de alíneas tradicionais seleccionadas} \times 100] / 5$.

A outra variável denominada *conceito participativo* (CP) obteve-se somando, caso a caso, as alíneas ditas participativas (b, d, e, h, i, j e l). A fórmula utilizada foi: $CP = [\text{Total de alíneas participativas escolhidas} \times 100] / 7$. Foi usada esta fórmula para contrariar o facto do número de alíneas tradicionais (5) ser diferente do número de alíneas participativas (7).

De seguida construiu-se outra variável intitulada “*Tipo de conceito*”, constituída por quatro categorias que surgiram das operações anteriores. As quatro categorias são: conceito participativo puro (0%CT /71%CP), conceito predominantemente participativo (20%CT / 57%CP), conceito misto tradicional/participativo (40%CT / 43%CP) e conceito predominantemente tradicional (60%CT / 29%CP).

Efectuou-se a distribuição das frequências da variável “*Tipo de conceito*” e cruzou-se esta variável com as variáveis independentes de caracterização (i) sexo, (ii) categorias de idade, (iii) escolaridade básica, (iv) habilitações académicas e (v) categoria profissional e, ainda, (vi) “*fez formação de suporte à EpS*”. Por último, salientou-se os resultados relativos às alíneas prioritárias para os respondentes, no que concerne ao conceito de EpS.

2. Identificar a opinião dos enfermeiros em relação à importância da EpS, às dificuldades, carências e progressos sentidos nas suas práticas de EpS

Fez-se uma distribuição das frequências da variável “*Importância da EpS*” e cruzou-se esta variável dependente com as variáveis de caracterização e com a variável independente “*Fez formação de suporte à EpS*”.

Para se identificarem as dificuldades, carências e progressos sentidos nas práticas de EpS efectuou-se a distribuição das frequências de todas estas variáveis. Como as questões relativas às dificuldades e às carências envolviam várias alíneas, cada uma destas, constituiu uma variável nominal. Fez-se também a indicação das prioridades atribuídas às dificuldades e carências e cruzou-se a variável seleccionada como primeira prioridade com as variáveis de caracterização (i) e com a variável independente “*Fez formação de suporte à EpS*” (ii) e o “*Tempo de actividade profissional em CSP*” (iii); cruzou-se a variável “*Progressos*” com as variáveis de caracterização (i) e com a variável “*Fez formação de suporte à EpS*” (ii).

3. Caracterizar as práticas de EpS dos enfermeiros da SRSVR

Para a caracterização das práticas de EpS fez-se a distribuição de frequências da variável “*Realização de actividades de EpS pelo próprio*” (i) e “*Realização de*

actividades de EpS pela equipa de enfermagem” (ii) e *“Tipo de actividades desenvolvidas no último mês”* (iii). Criou-se uma variável através da recodificação das variáveis que caracterizam o tipo de actividades desenvolvidas no último mês, que designamos por *“Soma do tipo de actividades de EpS desenvolvidas no último mês”*. A soma foi obtida através da adição das variáveis atrás descritas, que foram seleccionadas pelos respondentes. Para isso, a cada sim foi atribuído o código 1 e a cada não o código 0. Estes códigos foram somados para cada caso, assumindo que a quantidade de áreas seleccionadas pelos questionados é proporcional à variedade de EpS por eles realizadas. Após esta transformação efectuou-se a distribuição de frequências desta nova variável. Apresentam-se, ainda, a média da soma do tipo de actividades de EpS, a moda e o desvio padrão.

De seguida cruzaram-se a variável *“Realização de actividades de EpS pelo Próprio”* com as variáveis independentes de caracterização (i) e com a variável *“Fez formação de suporte à EpS”* (ii) e *“Sente necessidade de mais formação em EpS”* (iii). Cruzaram-se, ainda, as variáveis *“Fez formação de suporte à EpS”* e *“Soma do tipo de actividades de EpS desenvolvidas no último mês”*. Correlacionaram-se as variáveis *“Realização de actividades de EpS pelo Próprio”* com a variável *“Realização de actividades de EpS pela equipa de enfermagem”* (i) e *“Realização de actividades de EpS pelo Próprio”* com a *“Soma do tipo de actividades de EpS desenvolvidas no último mês”* (ii).

4. Conhecer o tipo de formação em EpS adquirida pelos enfermeiros da SRSVR e as entidades formadoras em EpS

A fim de alcançar este objectivo efectuou-se uma distribuição das frequências das variáveis *“Fez formação contínua nos últimos 5 anos”* (i), *“Frequência da formação contínua”* (ii), *“Fez formação de suporte à EpS”* (iii) e *“Temáticas de formação em EpS abordadas”* (iv). Cruzou-se a variável *“Fez formação de suporte à EpS”* com as variáveis de caracterização. Procedeu-se, também, à distribuição das frequências das variáveis nominais *“Entidades que administraram a formação em EpS”* (i), *“Conseguiu aplicar os conhecimentos adquiridos na formação, no desenvolvimento de actividades*

de EpS” (ii) e “*Ordenação decrescente das três temáticas, que conseguiu aplicar nas práticas de EpS*” (iii).

5. Identificar as necessidades de formação no âmbito da EpS dos enfermeiros da SRSVR

Para se identificarem as necessidades de formação no âmbito da EpS efectuou-se a distribuição das variáveis “*Sente necessidade de mais formação específica em EpS*” (i) e “*Tipo de necessidades de formação em EpS*”(ii).

Fizeram-se cruzamentos entre variável “*Sente necessidade de mais formação em EpS*” com as variáveis de caracterização (i), com a variável “*Tempo de actividade profissional em CSP*” (ii) e com a variável “*Local de trabalho*” (iii); entre a variável “*Conhecimento de práticas de desenvolvimento de EpS*”, a temática referida como mais necessária, e as variáveis de caracterização (i).

Entrevistas

As entrevistas gravadas foram integralmente transcritas. A análise de conteúdo das transcrições foi efectuada em quatro fases: na primeira fase procedeu-se à sua organização, tendo-se para o efeito, efectuado várias leituras sucessivas, entrevista a entrevista, a fim de possibilitar uma inventariação dos temas. Registaram-se anotações à margem dos documentos; na segunda fase teve lugar a codificação dos dados, processo em que os dados foram transformados e agregados em unidades; numa terceira fase procedeu-se à criação de categorias emergentes; na quarta e última fase teve lugar a escrita descritiva e interpretativa dos padrões emergentes, na qual se constituíram quadros resumo para facilitarem a análise dos referidos padrões (Vala, 1986; Drever, 1995; Dubouloz, 1999; Amado, 2000).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Como o estudo envolveu a aplicação de questionários e a realização de entrevistas, os dados referentes a cada um desses instrumentos de recolha de dados, serão analisados em duas secções diferentes. Trata-se de uma questão de organização, uma vez que os dados se complementam mutuamente.

4.1. Análise dos dados obtidos por questionário

Numa primeira fase proceder-se-á à caracterização dos respondentes e depois à apresentação dos resultados, propriamente dita, de acordo com os objectivos estabelecidos.

A fonte dos dados obtidos e apresentados em gráficos e quadros, omitir-se-á, uma vez que, se referem sempre a este estudo.

4.1.1. Caracterização dos respondentes

Género e classe etária - O universo dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real (SRSVR) é constituído por 211 elementos. Responderam ao questionário 152 indivíduos (72,0% do total) dos quais 126 (82,9%) eram mulheres e 26 (17,1%) eram homens.

A maioria dos indivíduos encontra-se na classe etária dos 30 – 39 anos com 64 indivíduos (42,1%), logo seguida pela classe etária dos 20 – 29 anos com 43 indivíduos (28,3%), conforme se pode observar na Figura 6. A classe etária menos numerosa é a dos 50 – 61 anos com 20 indivíduos (13,2%). Houve dois indivíduos de sexo feminino que não indicaram a sua idade. A média de idades desta amostra é 36,1 anos, sendo a idade mínima os 21 anos e a máxima os 61 anos. A moda é múltipla, incluindo os 27, 28 e 30 anos.

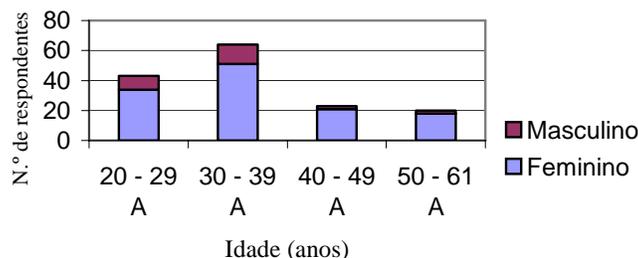


Fig. 6 – Caracterização da amostra segundo o género e a idade

Escolaridade - Verifica-se que a grande maioria da amostra, 120 indivíduos (78,9%), possui o 12º ano de escolaridade. Existem, ainda, 10 indivíduos (6,6%) que têm o 11º ano de escolaridade, 9 indivíduos (5,9%) o 9º ano ou equivalente e 13 indivíduos (8,6%) o 6º ano de escolaridade.

Habilitações académicas/profissionais - A amostra distribui-se, em igual número, pela Licenciatura em enfermagem (70 - 46,1%) e Bacharelato (70 - 46,1%). Dos restantes 12 indivíduos 1 (0,7%) possui o mestrado e 11 (7,2%) o Curso Geral de Enfermagem (CGE). Os licenciados são em maior número nas classes etárias mais baixas e os possuidores do CGE nas mais altas (Figura 7).

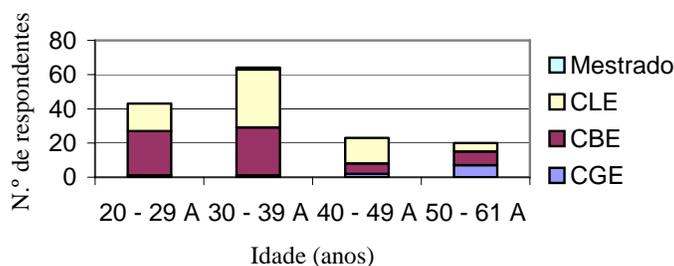


Fig. 7 – Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas e escalões etários

Categoria profissional - No que se refere à categoria profissional esta amostra de enfermeiros respondentes dos CSP da SRSVR é composta por 49 (32,2%) Enfermeiros, 75 (49,3%) Enfermeiros Graduados, 17 (11,2%) Enfermeiros Especialistas e 11 (7,3%) Enfermeiros Chefes. É de salientar a presença de 10 enfermeiros chefes num total de 16.

Houve, portanto, cinco que não responderam ao questionário e um não indicou o tempo de actividade profissional, assim como um enfermeiro especialista.

A maioria dos respondentes (83 indivíduos 54,6%) situa-se no intervalo dos 0 – 9 anos de actividade profissional em CSP (Figura 8). Associado a este pouco tempo de serviço, observa-se uma predominância do Nível I da categoria profissional (81,5%), formada pelas categorias dos Enfermeiros (32,2%) e Enfermeiros Graduados (49,3%). Esta situação de haver maior número de Enfermeiros Graduados que Enfermeiros, pode ficar a dever-se ao facto de o Enfermeiro com seis anos de actividade profissional e avaliação de desempenho de “satisfaz” passar a Enfermeiro graduado. O intervalo de tempo de actividade profissional em CSP menos numeroso é o dos 20 – 35 anos com 19 indivíduos (12,5%). A análise estatística mostra que nesta amostra o tempo médio de actividade profissional em CSP é 10,4 anos, o desvio padrão 8,0 anos, variando de 1 a 34 anos e a moda é os 5 anos.

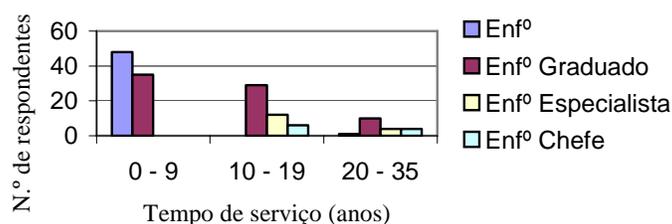


Fig. 8 – Distribuição da amostra segundo a categoria profissional e o tempo de actividade profissional em CSP.

4.1.2. Noções dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real sobre o conceito de Educação para Saúde

Consideramos “alíneas participativas” aquelas onde constam os termos/acções participação activa, interactivo, pensar e decidir por si mesma, desenvolver a auto-estima e autocapacitação, ter em conta os interesses e as necessidades das pessoas,

observação e escuta activa, clarificação de valores associados ao *empowerment* e à participação comunitária.

Por outro lado, consideramos “alíneas tradicionais”, aquelas onde constam os termos do tipo palestra/transmissão de conhecimentos, público passivo, dirigidas por profissionais de saúde, trabalhar para e ensino ocasional, viradas para uma perspectiva de transmissão de conhecimentos isolada, sem interacção comunitária (Navarro, 1998; Tones e Tilford, 1994).

Desta forma, estamos na presença de um “conceito participativo” quando os respondentes seleccionaram em maior número (mais de três) as alíneas participativas e “conceito participativo puro” quando seleccionaram, exclusivamente, alíneas participativas.

Por outro lado, consideramos “conceito misto tradicional/participativo” quando os respondentes seleccionaram em proporções semelhantes as alíneas ditas tradicionais e as participativas e “conceito predominantemente tradicional” quando estão em maioria (mais de três) as alíneas, tidas como tradicionais.

A maior percentagem de indivíduos deste estudo inclui-se no *tipo participativo* (44,1%), logo seguido pelo *participativo puro* (25,0%), que no seu conjunto acumulam 69,1% da amostra. A maioria da amostra, portanto, revê-se no conceito tipo participativo. Existem, no entanto, 17 indivíduos (11,2%) que se encontram no tipo de conceito *predominantemente tradicional* (Figura 9).

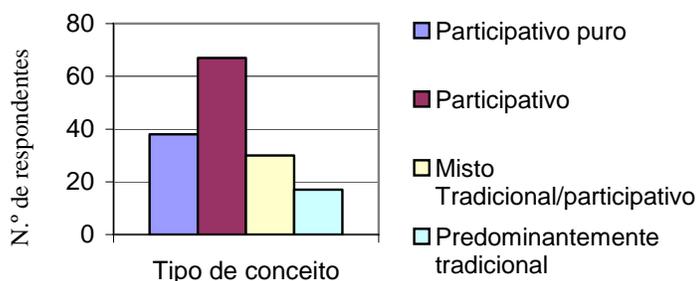


Fig. 9 – Distribuição da amostra segundo o tipo de conceito em EpS