

O “*Tipo de actividades de EpS*” mais realizado no último mês é o da área da saúde do idoso (85 referências – 55,9%), seguido de perto pela saúde do adulto (83 referências – 54,6%). A área de actividades menos referida é a da saúde escolar com 26 referências (17,1%) (Figura 16).

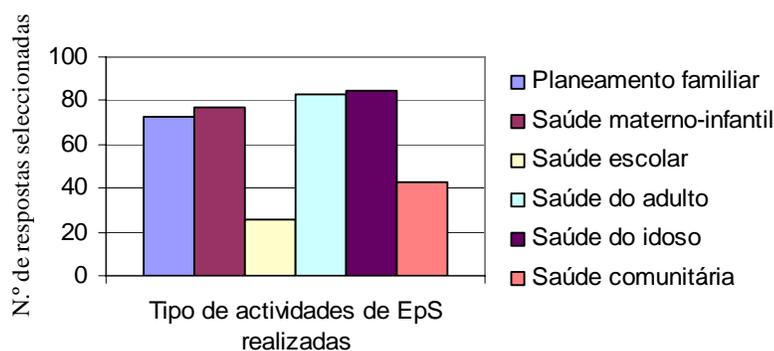


Fig. 16 – Distribuição da amostra segundo o tipo de actividades de EpS realizadas no último mês

Quanto à variável criada “*Soma do tipo de actividades de EpS desenvolvidas no último mês*”, verifica-se que 33 enfermeiros (21,7%) referem não ter desenvolvido actividades de EpS em alguma área, 29 elementos (19,1%) apenas 1 tipo de actividade e, somente, 10 (6,6%) dizem terem feito todos os tipos de actividades apresentadas. Constata-se, assim, que 78,3% dos questionados dizem ter feito algum tipo de actividades, contra 21,7% que referem não ter feito nenhum tipo de actividade de EpS. A média da “*Soma do tipo de actividades de EpS desenvolvidas no último mês*” é 2,55 actividades por mês, a moda é zero, sendo o desvio padrão de 1,98 actividades.

Os cruzamentos entre as variáveis “*Realização de actividades de EpS pelo próprio*” (Quadro 6) com as variáveis independentes de caracterização mostram existir diferenças significativas entre o sexo feminino e o masculino (teste-t amostras independentes $p = 0,046$; $t = 2,013$). Isto quer dizer que o sexo feminino refere fazer mais actividades de EpS que o sexo masculino. Os restantes testes com as variáveis de caracterização não revelaram diferenças significativas (idade, escolaridade básica, habilitações académicas e categoria profissional).

O coeficiente de correlação de Pearson revela que existe uma relação entre a variável “Sexo” e a variável “Realização de actividades de EpS pelo próprio” ($p = 0,046$): quanto maior o número de elementos do sexo feminino maior a realização de actividades de EpS.

Em relação ao cruzamento da mesma variável “Realização de actividades de EpS pelo próprio” com a variável “Fez formação de suporte à EpS”, o teste t para amostras independentes indicou a existência de diferenças muito significativas ($p = 0,007$) entre as amostras de enfermeiros que fizeram formação e a amostra que não fez formação de suporte à EpS: o primeiro grupo refere realizar mais EpS do que o segundo. Também existe uma relação entre aquelas duas variáveis, o que se pode verificar pela correlação de Pearson ($p = 0,003$).

No cruzamento entre a variável “Realização de actividades de EpS pelo próprio” e a variável “Sente necessidade de mais formação em EpS” não surgiram diferenças significativas entre as amostras (χ^2 : $p = 0,679$). Já entre as variáveis “Fez formação de suporte à EpS” e a “Soma do tipo de actividades de EpS desenvolvidas no último mês” constatou-se diferenças muito significativas através do teste t ($p = 0,01$). Pela correlação de Pearson verifica-se que existe uma correlação entre estas duas variáveis ($p = 0,01$).

Quanto às correlações entre a variável “Realização de actividades de EpS pelo próprio” com a variável “Realização de actividades de EpS pela equipa” e com a “Soma do tipo de actividades de EpS desenvolvidas no último mês”, a primeira não indicou um valor significativo (Pearson: $p = 0,067$), mas a segunda revelou um valor altamente significativo (Pearson: $p = 0,000$). Há, pois, uma relação directa entre a realização de actividades de EpS pelo próprio e a soma do tipo de actividades de EpS desenvolvidas no último mês.

4.1.4. Grau de preparação em Educação para a Saúde adquirida pelos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real e entidades formadoras

4.1.4.1. Grau de preparação em Educação para a Saúde

A grande maioria dos respondentes (78,3%), refere ter feito *Formação contínua nos últimos 5 anos*. A *Frequência da formação contínua* com maior representatividade é o

intervalo das 13-50 horas/ano (40,8%) e a menos representativa a do intervalo de menos de 5 horas/ano (3,3%) (Figura 17).

Metade dos respondentes (50,0%) dizem ter feito *Formação de suporte à EpS*. No entanto, 21,7% não responderam a esta pergunta, porque não fizeram formação contínua nos últimos 5 anos. Se considerarmos, apenas, o número de respondentes a esta questão (119), aquela percentagem eleva-se para 63,9%.

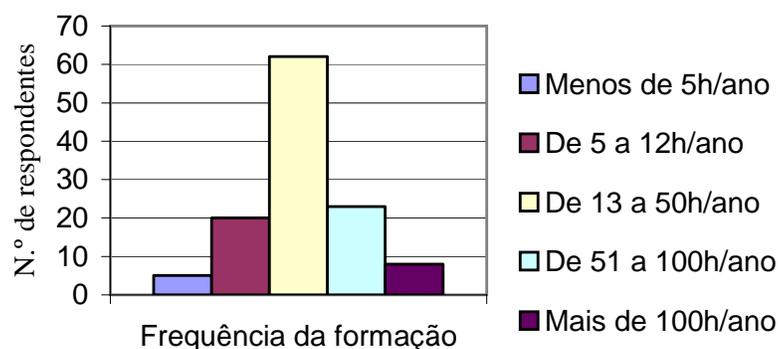


Fig. 17 - Distribuição da amostra segundo a "*Frequência da formação contínua nos últimos 5 anos*"

No que se refere às temáticas de formação em EpS abordadas, a alínea mais vezes seleccionada foi a dos "*Conhecimentos técnico-científicos*" (37,5%) seguida de perto pelos "*Processos de ensino-aprendizagem*" (35,5%). A temática menos abordada é a do "*Desenvolvimento de actividades de EpS*" (21,1%) e "*Outra formação*" (0,7%) como se pode verificar na figura 18.

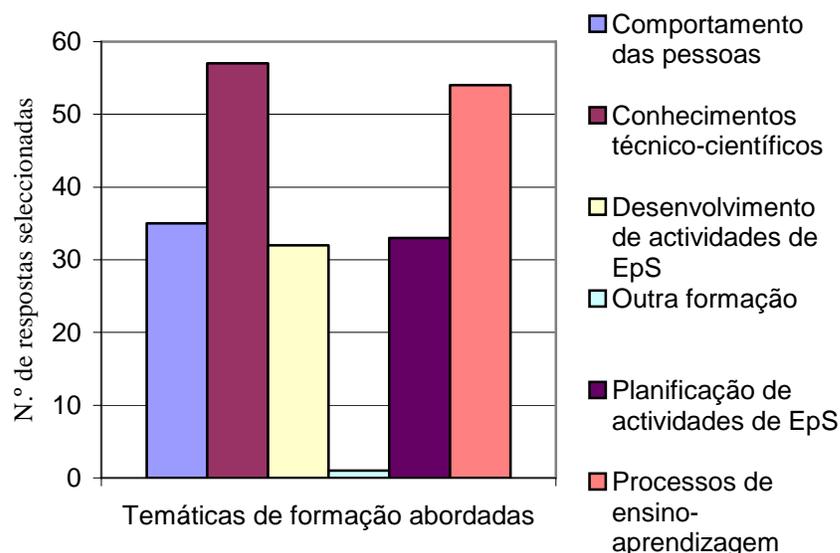


Fig. 18 – Distribuição da amostra face às temáticas abordadas na formação específica em EpS

Para os inquiridos a primeira prioridade das temáticas de formação em EpS foi dada aos “*Conhecimentos técnico-científicos*”, a segunda aos “*Processos de ensino-aprendizagem*” e a terceira ao “*Desenvolvimento de actividades de EpS*”.

A análise dos dados relativos aos cruzamentos não revelou diferenças significativas entre as variáveis de caracterização e a variável “*Fez formação de suporte à EpS*”.

Quanto à distribuição da variável “*Conseguiu aplicar os conhecimentos adquiridos na formação no desenvolvimento de actividades de EpS*” e “*Ordenação das três temáticas mais importantes que conseguiu aplicar nas práticas de EpS*” convém começar por referir que, 76 indivíduos não responderam a estas perguntas, porque não fizeram formação contínua (33) e não fizeram formação de suporte à EpS (43). Houve quatro questionados que não assinalaram a sua opção, no que diz respeito à primeira questão, os quais constituem os verdadeiros não respondentes.

Grande parte dos indivíduos da amostra (42,8%), refere ter aplicado os conhecimentos recebidos nas suas práticas de EpS, percentagem que se eleva para 85,53%, se tivermos em conta, apenas, os potenciais respondentes a esta pergunta.

Por outro lado, em relação à ordenação das três temáticas mais importantes aplicadas nas práticas de EpS, acrescentam-se aos 80 indivíduos, acima descritos, os 7 indivíduos que não aplicaram os conhecimentos recebidos. Portanto, como

potenciais respondentes tínhamos, apenas, 65 indivíduos. Deste grupo houve 28 (43,1%), 31 (47,7%) e 36 (55,4%) indivíduos que não indicaram, respectivamente, a primeira, a segunda, e a terceira temáticas. Estas percentagens de não resposta são bastante elevadas. Isto, talvez, se fique a dever ao facto de estarmos perante uma pergunta aberta, que obrigava os respondentes a reflectir um pouco na aplicação que fazem da teoria na prática. A temática da “*Transmissão de conhecimentos técnico-científicos*” foi a mais seleccionada nos três graus de importância, ou seja, aquela que mais conseguiram aplicar nas práticas de EpS.

4.1.4.2. Entidades formadoras

Relativamente às entidades formadoras em EpS (Figura 20), a “*Sub-Região de Saúde*” é a instituição mais referida (39,5%), a que se segue a “*Escola Superior de Enfermagem*” (20,4%). As menos referidas foram a “*Equipa de formação em serviço*” (8,6%) e “*Outras entidades*” (7,9%).

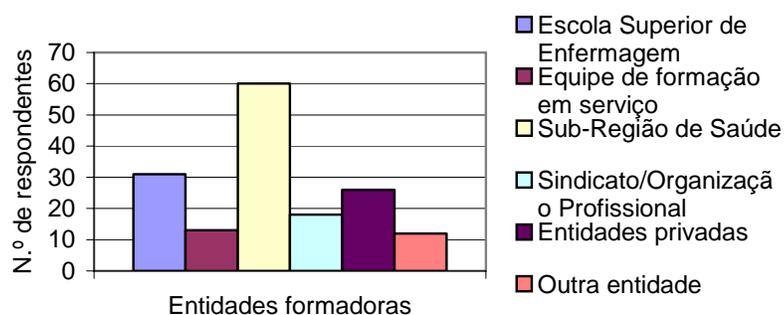


Fig. 19 – Distribuição da amostra segundo as entidades que administraram formação em EpS

4.1.5. Percepção dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real acerca das necessidades de formação no âmbito da Educação para a Saúde

Após efectuar a distribuição das variáveis “*Sente necessidade de mais formação específica em EpS*” e “*Tipo de necessidades de formação em EpS*”, verifica-se que a grande maioria dos questionados refere sentir necessidade de mais formação em EpS (90,8%), assinalando que as necessidades mais pertinentes são o “*Conhecimento de práticas de desenvolvimento de EpS*” (66,4%) e o “*Conhecimento sobre como obter, tratar e analisar dados*” (50,7%). Os tipos de necessidades menos vezes escolhidos foram o “*Adquirir competências de comunicação*” (33,6%) e “*Outra necessidade*”, apenas, com 1 vez (0,7%) (Figura 20).

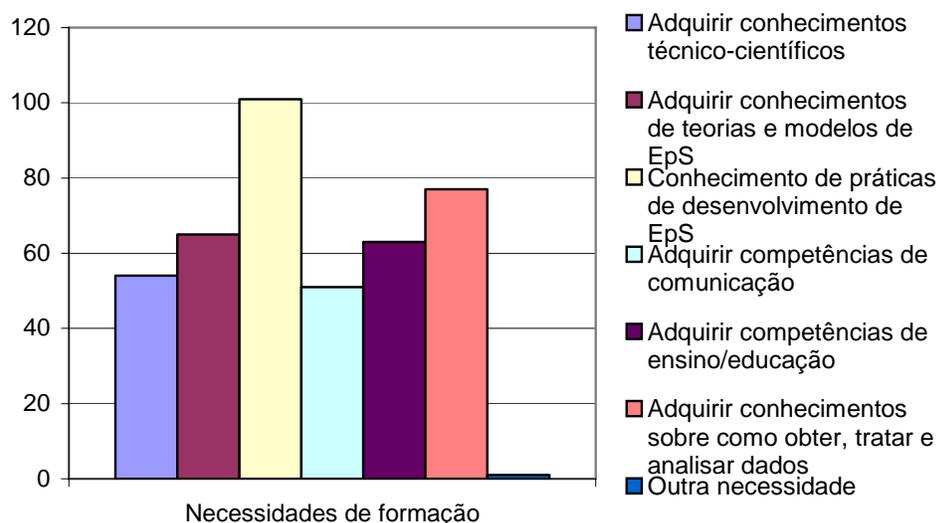


Fig. 20 – Distribuição da amostra segundo o “Tipo de necessidades de formação em EpS”

Por seu lado, a primeira e segunda prioridade das necessidades de formação em EpS foi dada, também, ao “*Conhecimento de práticas de desenvolvimento de EpS*” e a terceira prioridade ao “*Conhecimento sobre como obter, tratar e analisar dados*”.

No que diz respeito aos cruzamentos entre a variável “*Sente necessidade de mais formação em EpS*” e as variáveis de caracterização, “*Tempo de actividade profissional em CSP*” e “*Local de trabalho*”, não se constataram diferenças significativas, assim como entre a primeira prioridade das necessidades de formação “*Conhecimento de práticas de desenvolvimento de EpS*” e as variáveis de caracterização.

4.2. Análise dos dados obtidos por entrevista

A caracterização geral dos elementos entrevistados encontra-se no Quadro 4. Como se referiu anteriormente (Metodologia) eles foram seleccionados com base na experiência profissional em EpS, na formação profissional detida, e cargo desempenhado, bem como a capacidade de análise dos problemas e de reflexão pessoal, com vista a poderem contribuir para um esclarecimento e aprofundamento dos dados obtidos pelo questionário. No final da descrição dos dados apresenta-se o quadro 5 com o resumo das categorias e subcategorias, que emergiram das entrevistas.

Os seis elementos entrevistados são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 33 e os 42 anos. Quatro das entrevistadas possuem a licenciatura e duas o mestrado, e as suas categorias profissionais variam de Enf^a Graduada a Enf^a Chefe. O tempo de actividade profissional total é o mesmo que em CSP e situa-se no intervalo dos 10 aos 14 anos (Quadro 9).

Conceito de EpS - As seis entrevistadas apresentaram diferentes conceitos de EpS (Quadro 5), mas todos eles muito normativos, quase todos centrados na transmissão de informação, e na mudança de comportamentos, ou seja, um “**Tipo de conceito**” mais tradicional. Neste sentido uma das entrevistadas afirma que a EpS é:

“O ensino à pessoa de normas, de forma a vivênciar correctamente, de forma a que a pessoa se sinta, em condições físicas e psicológicas correctas para evitar a doença”, e continua dizendo que a “EpS serve, na minha opinião, para alterar comportamentos, porque senão não é EpS” (C).

Quadro 4 – Caracterização das entrevistadas

Características Entrevistada	Sexo	Idade em anos	Habilitações académicas	Categoria profissional	Tempo de actividade profissional Total/CSP
A	Feminino	39	Licenciatura em Enfermagem	Enf ^a Especialista em Saúde Materna e Obstétrica	17/17 anos
B	Feminino	38	Mestrado em Ciências de Enfermagem	Enf ^a Chefe	17/17 anos
C	Feminino	38	Licenciatura em Enfermagem	Enf ^a Graduada	14/14 anos
D	Feminino	35	Mestrado em Promoção/EpS	Enf ^a Chefe	14/14 anos
E	Feminino	33	Licenciatura em Enfermagem	Enf ^a Especialista em Enfermagem na Comunidade	10/10 anos
F	Feminino	42	Licenciatura em Enfermagem	Enf ^a Especialista em Enfermagem na Comunidade	17/17 anos

Existe apenas uma referência à EpS como um processo partilhado entre o técnico de saúde e a comunidade, que se pode vislumbrar na seguinte citação:

“A nível da EpS, tu tens que ter certas dinâmicas em que o processo, é um processo partilhado” (D).

Outra entrevistada (B), afirma que fazer EpS em termos de transmissão de conhecimentos, sem envolvimento das pessoas, não tem grandes resultados.

Grau de importância da EpS - As opiniões das entrevistadas sobre a **“Importância da EpS”** relativamente às outras actividades desenvolvidas pelos enfermeiros (sobretudo, as actividades de tratamento) podem ser organizadas em duas categorias. Uma afirma que **“ambas as actividades são importantes”**, mas acaba por assumir, que a primeira prioridade em contexto de trabalho é o curativo:

“Eu iria dizer que todas elas são importantes [...] ainda leva muito tempo aos enfermeiros e gestores em que a primeira prioridade é para o curativo” (B).

Ou seja, admite implicitamente que a EpS é menos importante. Depois justifica esta sua afirmação, referindo que não há da parte dos serviços, a interiorização da importância destas actividades, que se fazem se houver tempo e se não houver outras coisas para fazer, sendo portanto considerada de menor importância.

A segunda subcategoria que emergiu das entrevistas é de que a EpS é **“muito mais importante”** expressa na citação *“A educação em si é a base.” (C)* todavia, comenta que na prática *“O que existe é tratamentos, claro”. Investimos pouco [na EpS]” (C).*

Esta opinião é reforçada pela entrevistada (F), que diz que não se dá tanta relevância à EpS como se deveria dar, porque as pessoas estão muito viradas para os cuidados curativos. Consideram, em teoria, a EpS mais importante, mas confrontam-se com uma realidade muito distante. Esta opinião é corroborada pela entrevistada D, que atribui 10 pontos à EpS e 3 às actividades curativas expressando-o da seguinte maneira, *“Assim, a nível da EpS há, sei lá, aí 10 para 3”*. Considera que o ponto de partida devia ser a EpS, contudo, reconhece que os enfermeiros, actualmente, partem do tratamento e não da EpS:

“Nós actualmente partimos do tratamento e depois vamos para a EpS e nós devíamos partir da EpS” (D).

Realização de actividades de EpS pelo próprio - Quanto à categoria “**Realização de actividades de EpS pelo próprio**”, as respostas variam do “sempre” até ao “não ambivalente”, passando pelo “muitas vezes” e por um “sim temeroso”:

“Eu acho que realizo, agora não sei se serão [EpS]” (F).

Consideramos o não como ambivalente, porque a entrevistada, a dada altura, diz que já não realiza, mas depois afirma que:

“Sempre que posso, continuo a participar nelas, em termos de planeamento das actividades e mesmo depois na execução” (B).

Relacionado directamente com a realização de actividades de EpS pelo próprio, surgem o “**Tipo de actividades**” realizadas. O tipo de actividades referido por todas as entrevistadas é a “**saúde materna**” e as áreas menos focadas foram a “**saúde escolar**” e a “**saúde comunitária**”.

Dificuldades sentidas nas actividades de EpS - A categoria das “**Dificuldades sentidas nas actividades de EpS**” é uma das mais ricas e extensas, que resultou destas entrevistas. Pudemos distinguir 23 subcategorias (Quadro 5), que englobam as 7 que figuram nos questionários e acrescentam muitas outras que emergiram das entrevistas das quais destacamos:

- “**Falta de disponibilidade dos outros profissionais**”, integrada no grupo das dificuldades do trabalhar em equipa:

“Eu procurei sempre quando planeava as actividades de EpS, que elas fossem feitas de forma multidisciplinar [...] Porque as pessoas têm sempre muito que fazer, não há assim grande disponibilidade...porque muitas delas acham que não vale a pena, que há outras coisas mais importantes para se fazer do que propriamente actividades de EpS” (B);

- “**Falta de capacidade de apreensão da mensagem por parte das utentes**”:

“A gente não consegue tanto êxito porque ou elas não têm tanta capacidade de apreensão ou elas não conseguem pôr na prática aquilo que adquirem ou [...] para o domínio delas é conhecimento a mais [...]” (A);

- “**Não valorização das actividades de EpS pelos serviços**”:

“Porque não há da parte dos serviços em termos dos gestores, vá lá, interiorizado a importância destas actividades [...]” (B);

- **“Coerência entre comunicação formal e informal”:**

“Dizemos as coisas mais bonitas que há no mundo e saímos daquela porta e não dizemos nada, porque a nossa postura social é contrária aquilo que nós, entretanto, estivemos a dizer lá dentro [...]”(C);

- **“Envolver o grupo alvo nas actividades”:**

“Agora eu acho é que tem que se saber utilizar as metodologias activas no sentido de conseguirmos envolver as pessoas” (B);

- **“Pressão psicológica da consulta médica”:**

“E por vezes, o médico também não gosta muito de estar à espera e acaba por ser um bocado complicado gerir isso” (E);

- **“Receio da reacção do grupo alvo”:**

“Olha que aquela gente é muito complicada, se começa a falar, não sei o quê, eles podem reagir mal e até serem agressivos, prontos, e a gente tinha sempre algumas situações muito complicadas...” (B).

Carências sentidas nas actividades de EpS - Se bem que as entrevistas deram um bom contributo para a emergência de novas sub-categorias no âmbito das **“Dificuldades sentidas nas actividades de EpS”**, como acabámos de descrever, o mesmo não se verificou relativamente à categoria **“Carências sentidas na realização de actividades de EpS”**. Na verdade as entrevistadas apontam as mesmas subcategorias apresentadas nos questionários, desde a **“falta de tempo para planear as actividades de EpS”** até à **“falta de formação específica dos enfermeiros”**, com uma simples diferença, constituída pela menção à **“falta de espaço físico”**, subcategoria que pode ser incluída na **“falta de organização dos serviços que permitam desenvolver as actividades de EpS”**. Apresentamos as citações mais ricas de significado:

“Falta de recursos humanos, materiais e muitas vezes, de tempo, porque nós muitas vezes temos que fazer fora do horário de serviço.” (F); *“Embora note a carência de recursos humanos,[...], porque também é preciso abreviar um pouco a consulta”* (A);

- **“Falta de recursos materiais”:**

“E depois as viaturas. [...] Há um carro para todo o serviço do Centro de Saúde.” (C);

Por último uma opinião curiosa sobre as carências:

“Hoje em dia, eu penso, que já não há tanta carência de recursos, quanto a gente, às vezes, continua a dizer que há, acho que tem muito a ver com a motivação das pessoas” (B).

Progressos sentidos na EpS nos últimos 5 anos - A forma como as entrevistadas vêem os **“Progressos da EpS nos últimos 5 anos”** tem duas nuances, todas de carácter positivo. A primeira opina que a **“alteração foi para um pouco melhor”** de que a afirmação da entrevistada B é um exemplo:

“[...] mas penso que sim, que tem havido alguma evolução”.

A segunda diz que **“a alteração foi para muito melhor”** representada pela entrevistada E:

“Eu penso que sim, que tem tido bastantes progressos”.

As justificações que podemos encontrar vão desde a opinião de que **a EpS tem melhorado**, porque os profissionais estão cada vez mais capacitados (A); houve progressos, porque todos os Centros de Saúde têm investido bastante nas intervenções de EpS, devido aos protocolos com a SRSVR e à colaboração dos alunos de enfermagem (B); tem havido grandes progressos, que já houve a elaboração de folhas próprias, com temas, que já permitem continuidade de cuidados na EpS (D); houve grandes progressos, porque antigamente não se fazia praticamente nada (F).

Necessidade pessoal de formação específica em EpS - Existe unanimidade de opinião no que se refere à **“Necessidade pessoal de formação específica em EpS”** e **“Necessidade de formação específica da equipa de enfermagem”**. Todas as entrevistadas afirmam que era bom terem formação específica em EpS, posição não tão vinculada na entrevistada (D), como se pode observar nas suas palavras:

“Eu acho que, se preciso, acho que preciso sempre, ..., nem que seja, às vezes, aqueles conhecimentos que vão evoluindo...”

Atitude esta que se compreende visto que a entrevistada é mestre em Promoção/Educação para a Saúde. Relativamente à equipa de enfermagem repete-se o

mesmo cenário, só que, enquanto, algumas entrevistadas referem que toda a equipa necessitava:

“Acho que sim, que todos precisavam,...” (E).

Outras vão dizendo que a maior parte precisava:

“Eu acho que sim, que a maior parte das pessoas precisava” (F).

Quanto às razões que as entrevistadas apresentam para as necessidades que sentem de formação no plano pessoal destacamos as seguintes:

- Sim, porque uma coisa é a aprendizagem da experiência e outra a formação (A);
- Falta de formação em termos de planeamento e elaboração de programas, porque teve muitas dificuldades nestas áreas (B);
- Faria melhor e seria mais produtivo se tivesse tido uma formação dirigida, porque é mais o seu feeling (C);
- Porque a formação específica melhora sempre e sensibiliza as pessoas para essas actividades (E).

Necessidade de formação em EpS da equipa de enfermagem - No que diz respeito às necessidades de formação da equipa de enfermagem apontam-se a necessidade de formação no âmbito do **“diagnóstico de situação”**, **“planeamento”** e **“avaliação”**, **“conceito de EpS”** pelas seguintes razões:

“Para que as pessoas saibam o que é a EpS e a possam desenvolver adequadamente” (B);

“Os enfermeiros não estão suficientemente preparados é no como se planeia e como se executa” (C);

“Porque as pessoas precisam de mudar os seus conceitos e a nível da comunicação” (D).

Áreas de necessidade pessoal e da equipa de formação em EpS - Ainda dentro desta temática, surgem as áreas de necessidade pessoal de formação e para a equipa de enfermagem. As **“áreas de necessidade pessoal”** focadas são a dos **“Conhecimentos técnico-científicos”**, **“Práticas de planeamento e desenvolvimento de actividades de**

EpS”, “**Competências de comunicação**” e “**Competências de Ensino/Educação**”, as quais foram referidas o mesmo número de vezes.

No plano de “**Formação pessoal**” uma das entrevistadas refere que sente falta de formação na área da “**educação**” e “**planeamento das acções**”: porque no curso base tratou essas etapas muito superficialmente (F);

Outra refere a área da transmissão de conhecimentos: porque muitas vezes sabem, mas não conseguem transmitir (A);

Por último aponta-se a área da saúde escolar: porque gostaria de saber como motivar e mudar comportamentos em adolescentes (C), porque lidar com crianças é complicado, mas acha que é através delas que se pode ir para a frente (E).

Relativamente às “**Necessidades de formação da equipa de enfermagem**” o leque alargou-se, a partir das entrevistas, passando a incluir o “**Conhecimento de teorias e modelos de EpS**” e os “**Conhecimentos sobre como obter, tratar e analisar dados**” ligados à investigação e as metodologias activas, para que, no dizer da entrevistada, se possam envolver as pessoas e obter resultados. A mais referida continua a ser as “**Práticas de planeamento e desenvolvimento de actividade de EpS**”.

O quadro 5 apresenta um resumo das categorias e subcategorias emergentes das entrevistas, referenciando as subcategorias em que as entrevistadas (A – F) foram mais incisivas.

Quadro 5 - Resumo das categorias e subcategorias por entrevistado

Categoria	Subcategorias e entrevistados
<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de EpS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alertar para aspectos a mudar para obter melhor saúde, explicar a razão e dar exemplos das consequências de comportamentos não saudáveis (A). ▪ Transmissão de conhecimentos sistemática, contínua e planeada, que se traduzam em competências e facilitem opções saudáveis às pessoas: <ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros devem influenciar essa opção no sentido do que acharem mais correcto (B). ▪ Ensino de normas para evitar a doença e adoptar estilos de vida saudáveis: <ul style="list-style-type: none"> - Autocapacitar - Valorizar aspectos positivos - Mudar comportamentos (C). ▪ Processo partilhado de fornecer conhecimentos e atitudes para que as pessoas actuem sobre a sua saúde (D). ▪ Alertar para hábitos de saúde a adoptar que promovam a saúde e previnam a doença: <ul style="list-style-type: none"> - Mudar comportamentos - Facilitar a tomada de decisões mais esclarecidas (E). ▪ Transmissão de conhecimentos para melhorar a saúde: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar as necessidades da população - Intervir nas crenças prejudiciais (F).
<ul style="list-style-type: none"> • Grau de importância da EpS relativamente às actividades de tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menor importância (B), (C) e (F). ▪ Igual importância (A) e (B). - Não pode ser separada das outras (B) e (E). ▪ Muito importante (Neutro) (A), (D) e (F). ▪ Mais importante (C), (D) e (E).
<ul style="list-style-type: none"> • Realização de actividades de EpS pelo próprio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim. <ul style="list-style-type: none"> - Sempre (A). - Muitas vezes (C) e (D). - Sem frequência (E) e (F). - Raramente (ambivalente) (B). ▪ Não (B).
<ul style="list-style-type: none"> • Área das actividades de EpS realizadas pelo próprio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeamento familiar (A), (B), (C), (D) e (E). ▪ Saúde materno-infantil: <ul style="list-style-type: none"> - Saúde materna (A), (B), (C), (D), (E) e (F). - Saúde infantil (B), (C), (D), (E) e (F). ▪ Saúde escolar (C) e (F). ▪ Saúde do adulto/idoso (B), (D), (E) e (F). ▪ Actividades comunitárias (B).

Quadro 10 (Cont.)

<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades sentidas nas actividades de EpS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estar à vontade perante o público (F). ▪ Utilizar linguagem adequada à população alvo (A) e (B). ▪ Fazer o planeamento das actividades de EpS (D). ▪ Provocar mudanças de comportamento (A), (D) e (F). ▪ Criar competências nas pessoas (F). ▪ Fazer um diagnóstico de situação correcto (D). ▪ Trabalhar em equipa: <ul style="list-style-type: none"> - Articulação entre os diferentes grupos profissionais (A) e (C); - Falta de disponibilidade dos outros profissionais (B); - Pouca valorização da EpS (B); - Falta de envolvimento dos médicos no planeamento e avaliação (B) e (F). ▪ Falta de capacidade de apreensão da mensagem por parte das utentes (A). ▪ Disponibilidade para desenvolver as actividades de EpS fora do horário de trabalho (B). ▪ Não pagamento das horas extra para desenvolver as actividades fora do horário normal (B). ▪ Não valorização das actividades de EpS pelos serviços (B). ▪ Não valorização das actividades de EpS pelos outros profissionais (F). ▪ Coerência entre comunicação formal e informal (C). ▪ Colocar as parcerias a funcionar (C). ▪ Falta de autonomia profissional dos enfermeiros (C). ▪ Excesso de utentes para atender (C). ▪ Falta de disponibilidade dos utentes (C). ▪ Baixa adesão das pessoas às sessões de EpS (E). ▪ Falta de interesse das pessoas na EpS (A) e (E). ▪ Envolver o grupo alvo nas actividades (B). ▪ Pressão psicológica da consulta médica (A) e (E). ▪ Insegurança em relação à temática (A). ▪ Receio da reacção do grupo alvo (B).
<ul style="list-style-type: none"> • Carências sentidas nas actividades de EpS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de tempo para planear (F). ▪ Falta de tempo para desenvolver (A), (D) e (F). ▪ Falta de motivação própria (D). ▪ Falta de motivação dos serviços (A) e (B). ▪ Falta de recursos humanos (A), (C), (D) e (F). ▪ Falta de recursos materiais (A), (B), (C) e (F). ▪ Falta de formação (B) e (D). ▪ Falta de espaço físico (C).

Quadro 10 (Cont.)

<ul style="list-style-type: none"> • Progressos sentidos na EpS nos últimos 5 anos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteração para um pouco melhor (A), (B) e (C). ▪ Alteração para muito melhor (D), (E) e (F).
<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade pessoal de formação específica em EpS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim (A), (B), (C), (D), (E) e (F).
<ul style="list-style-type: none"> • Áreas com necessidade pessoal de formação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimentos técnico-científicos (A), (D) e (E). ▪ Práticas de planeamento e desenvolvimento de actividades de EpS (B), (C) e (F). ▪ Competências de comunicação (A). ▪ Competências de Ensino/educação (A), (B) e (F). ▪ Todas as áreas (A).
<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de formação específica da equipa de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim (A), (B), (C), (D), (E) e (F).
<ul style="list-style-type: none"> • Áreas com necessidade de formação para a equipa de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento de teorias e modelos de EpS (B) e (D). ▪ Práticas de planeamento e desenvolvimento de actividades de EpS (B), (C), (D) e (F). ▪ Competências de comunicação (A) e (D). ▪ Competências de Ensino/educação (A), (C) e (F). ▪ Conhecimentos sobre como obter, tratar e analisar dados (B), (C) e (E). ▪ Metodologias activas (B).

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO

Nesta etapa do estudo colocam-se alguns problemas relacionados com a validade externa dos resultados, dados serem escassos os estudos semelhantes efectuados em Portugal e a nível internacional.

As conclusões serão apresentadas de forma sintética, contudo, as considerações mais relevantes serão analisadas mais aprofundadamente pela importância intrínseca que este trabalho representa.

Da população seleccionada, 211 enfermeiros que exercem funções nos Centros de Saúde do distrito de Vila Real, 152 responderam ao questionário, o que perfaz 72,0% dos inquiridos. No que diz respeito, ao conhecimento da caracterização da amostra, nota-se um predomínio do sexo feminino (82,7%) e do grupo etário dos 30 – 39 anos (42,1%). O predomínio do sexo feminino era previsível, uma vez que, a profissão de enfermagem no dizer de Fonseca (1996) é um exemplo evidente da conjugação género e trabalho na perspectiva da dominação masculina, no mercado de trabalho, que se verifica, ainda, nesta amostra.

O facto do maior número de enfermeiros pertencer ao intervalo dos 30 – 39 anos e não à classe dos 20 – 29 anos, como seria de esperar, pode ficar a dever-se a uma menor procura dos Centros de Saúde por parte dos recém-formados, que optam, preferencialmente, pelo trabalho nos hospitais, onde auferem vencimentos mais elevados devido ao trabalho por turnos. Nota-se também um certo envelhecimento da população com as categorias dos 40 – 49 e 50 – 61 anos a terem, sensivelmente, o mesmo número de pessoas.

Em relação à escolaridade básica e às habilitações académicas mais de três quartos da amostra (78,9%) possui o 12º ano de escolaridade, existindo a mesma percentagem de bacharéis e de licenciados (46,1%).

Quanto à categoria profissional e tempo de actividade profissional em CSP, a categoria com maior representatividade é a dos enfermeiros graduados com 49,3% dos

respondentes e a categoria de tempo de actividade profissional com maior percentagem de elementos é a dos 0 – 9 anos com 54,6%, onde não figuram enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes, como seria de esperar, uma vez que para ascender a estas categorias se necessita de ter bastantes anos de actividade profissional.

Num estudo realizado por Silva (1998), no âmbito da promoção da saúde, com a mesma população de enfermeiros o predomínio do sexo feminino era mais acentuado (90,4%), o escalão etário mais representativo era o dos 20 – 29 anos (38,4%) e a percentagem de enfermeiros com o 12º ano de escolaridade e licenciados era relativamente mais baixa, respectivamente 66,4% e 12%. No intervalo de tempo que decorre entre estes estudos a população parece envelhecer e o nível de escolaridade aumentou assim como o seu grau académico.

Não será alheio a este facto, a transformação do ensino de enfermagem, com o curso a passar a ser uma licenciatura inicial e o ingresso exigir o 12º ano de escolaridade e provas específicas, tal como os outros cursos superiores.

No referido estudo, a categoria profissional com maior percentagem de elementos era a de enfermeiro 64,0%, e não a de enfermeiro graduado, mas o conjunto das categorias de nível I perfaz, sensivelmente, a mesma percentagem (81,6%). Esta diferença poderá dever-se ao facto de os enfermeiros com 6 anos de actividade profissional, actualmente, transitarem automaticamente para a categoria de enfermeiro graduado.

Face aos objectivos que inicialmente formulamos para este estudo, os resultados que obtivemos conduziram-nos a algumas conclusões que passamos a apresentar e a discutir, e que caracterizam o conceito de EpS, as dificuldades, carências e progressos sentidos nas práticas de EpS, o grau de preparação em EpS e a percepção acerca das necessidades de formação específica dos enfermeiros em CSP.

5.1. Conceito de Educação para a Saúde

A distribuição da amostra segundo o tipo de conceito de EpS dos questionados demonstra que a maior parte se revê no “*conceito participativo*” (44,1%) e um grupo mais pequeno seleccionou alíneas que se integram no “*conceito predominantemente tradicional*” (11,2%). Contudo na pergunta acerca das dificuldades os questionados

mostram estar muito centrados na mudança de comportamentos, ao indicarem ser esta a sua principal dificuldade, contrariando aquelas opções. Estes dados estão em claro contraste com aqueles que emergiram das entrevistas, nas quais, quase todas, as entrevistadas apresentam uma visão tradicionalista da EpS, normativa, muito centrada na transmissão de informação e na mudança de comportamentos. A capacitação “empowerment” das pessoas é pouco afluída. Uma explicação para este resultado, poderá ser a tendência dos respondentes aos questionários para fornecer respostas socialmente mais aceites, o que já se previa à partida.

Por outro lado, enquanto, nos questionários os respondentes tinham, apenas, de seleccionar alíneas, que indicavam informação, nas entrevistas necessitavam de construir por palavras suas um conceito de EpS. Notou-se, em algumas entrevistadas, uma certa dificuldade em encontrar os termos mais adequados para o fazer. Daí que as respostas por entrevista parecem-nos mais autênticas e fiáveis. No entanto, estas diferenças entre os dados dos questionários e das entrevistas, também, podem reflectir a influência do factor idade, uma vez que a amostra das entrevistas incluiu, apenas, enfermeiras com mais de 10 anos de actividade profissional.

A dificuldade de expressão de conceitos próprios de EpS pelos enfermeiros do distrito de Vila Real vem ao encontro de um estudo anterior (Sousa, 1995), em que se demonstra que também no distrito de Lisboa os técnicos de saúde escolar não possuem uma adequada apropriação dos conceitos básicos necessários a uma efectiva prática de EpS. Da mesma forma, o presente estudo corrobora as conclusões de um trabalho efectuado no Reino Unido (Clark e Maben, 1998), com uma população de estudantes de enfermagem, enfermeiros e professores de enfermagem, acerca das perspectivas de implementação de papéis de Promoção de Saúde, demonstrando que a visão de EpS mais tradicional e restrita prevalece nessa amostra. Dar conselhos e informação, educar e ensinar foram as respostas mais assinaladas com 24,2% e 14% respectivamente. Este mesmo estudo, demonstrou que os estudantes e enfermeiros permanecem confusos acerca dos termos EpS/PS e os dados dos professores sugerem que as compreensões dos estudantes reflectem as visões e os conhecimentos dos professores (Clark e Maben, 1998).

Também um outro estudo, realizado no Brasil por Rosso e Collet (1999), cuja amostra era constituída por enfermeiros que exerciam a sua actividade profissional há

mais de 2 anos em unidades básicas de saúde no município de Cascavel, revelou que as práticas educativas dos enfermeiros tinham o foco na mudança de comportamentos e estavam alicerçadas em orientações e transmissão de informações. Utilizando entrevistas semi-estruturadas, as autoras identificaram, ainda, a necessidade dos enfermeiros culpabilizarem a comunidade pelo insucesso das actividades educativas.

Em suma, todos estes estudos parecem indicar que será útil enfatizar o conceito e os modelos de EpS nas temáticas de formação em Educação e Promoção da Saúde.

5.2. Importância da Educação para a Saúde

A distribuição da opinião dos enfermeiros acerca da **importância da EpS**, em relação às actividades curativas está claramente deslocada para o lado da EpS, à qual se atribui “*maior importância*” que às referidas actividades (67,1% dos questionados). Os dados indicam ainda que a opção da EpS “*Poder vir a substituir as actividades curativas*” foi mais escolhida, tendo as entrevistas revelado alguns aspectos interessantes: as opiniões dos enfermeiros variam entre a “*igualdade da importância*” e a “*maior importância*” atribuída à EpS. Todavia, emerge das entrevistadas que esta importância conferida à EpS, não se traduz na prática de cuidados, uma vez que a primeira prioridade é sempre dada às actividades do foro curativo. Assim, as actividades de EpS só se fazem, se não houver mais nada para fazer. Esta situação pode explicar-se pelas diferentes visibilidades que têm estas duas actividades e, porque, enquanto na EpS são os profissionais que se aproximam dos utentes, nas actividades de tratamento a situação inverte-se. Neste sentido tem-se sugerido que a enfermagem de saúde pública deveria trabalhar mais na prevenção, embora os enfermeiros continuem a trabalhar apenas nas actividades curativas (Rosso e Collet, 1999). Esta questão encontrada no presente estudo foi também já matéria de análise de Santos (2000), que afirma que não obstante no discurso explícito todos considerarem importante a EpS, este reconhecimento está muito distante do peso real que se lhe atribui na prática e que talvez por isso a EpS, seja ainda hoje, uma das parcelas em que menos recursos se investem a todos os níveis do sistema.

Da mesma forma Branco (1995), utilizando também a entrevista semi-estruturada refere que, embora, os entrevistados reconheçam importância à EpS desenvolvida no

hospital, atribuem um papel mais preponderante aos CSP neste âmbito: os CSD são vistos, somente, como a continuidade das práticas educativas.

No presente estudo encontram-se diferenças muito significativas entre as diferentes categorias etárias no que respeita à opinião acerca da importância da EpS (Kruskal-Wallis $p=0,008$). As duas variáveis estão relacionadas (Spearman $p=0,001$). Isto significa que a idade influencia a opinião dos enfermeiros acerca da EpS, e que, à medida que aumenta a idade dos enfermeiros, aumenta a importância atribuída à EpS. Uma das explicações para este resultado poderá ser a tendência para os enfermeiros recém-formados valorizarem mais as técnicas e a execução de procedimentos, com maior impacto, através das quais podem atingir ganhos em saúde a curto prazo. Os ganhos em saúde através da EpS, muitas vezes, não lhe são directamente atribuídos e surgem depois de um período mais alargado de exercício profissional.

Estes dados foram confirmados pelas diferenças significativas (ANOVA $p=0,016$) entre as amostras de enfermeiros com diferentes intervalos de tempo de actividade profissional em CSP em relação à opinião acerca da importância da EpS. Existe relação entre as duas variáveis (Pearson $p=0,008$), ou seja, a um aumento do tempo de actividade profissional correspondeu um aumento da importância atribuída à EpS. Isto reflecte, a influência da variável idade, uma vez que, com o aumento do número de anos de actividade profissional aumenta obviamente a idade. Isto poderá indicar que, a formação e a sensibilização para a EpS deverá ser iniciada o mais cedo possível, isto é, na formação inicial.

5.3. Dificuldades, carências e progressos sentidos nas práticas de Educação para a Saúde

No que diz respeito às **dificuldades sentidas** pelos enfermeiros dos CSP do distrito de Vila Real na prática da EpS, “*Provocar mudanças de comportamentos*” (73%) foi a dificuldade mais referida nos questionários, e também muito referida nas entrevistas. Por sua vez “*Trabalhar em equipa*” (13,8%) foi a dificuldade mais mencionada nas entrevistas. Estas levantaram muito mais subcategorias do que as que tinham sido objecto de escolha nos questionários. Destas subcategorias destacamos, para além do “*Trabalhar em equipa*”, a “*Não valorização das actividades de EpS*”, pelos serviços,

“*Envolver o grupo alvo nas actividades*” e a “*Pressão psicológica da consulta médica*”. Fica aqui bem patente, que não existe um verdadeiro trabalho em equipa na EpS, pois os médicos, apenas, participam na execução e nem sempre o fazem. Também, não se mostram muito dispostos a esperar que o enfermeiro desenvolva o processo de EpS com o utente, sentindo-se alheios ao mesmo. Pensamos, que este comportamento talvez se fique a dever à inclinação desta classe profissional para a vertente do tratamento.

A constatação no presente estudo da não existência de trabalho em equipa, corrobora os dados referidos num trabalho anterior (Sousa, 1995), em que se verificou que, na prática, nem sempre é possível constituir equipas multidisciplinares e intersectoriais como preconizava a Direcção Geral de Saúde.

Por outro lado, não existe reforço por parte dos serviços para que as actividades de EpS se desenvolvam, situação desmotivadora e impeditiva do seu progresso.

Quanto às **carências** os dados provenientes das entrevistas não se diferenciam muito dos dados dos questionários. As subcategorias produzidas nas entrevistas coincidiram, quase na totalidade, com as alíneas dos questionários referentes às carências. A alínea mais seleccionada, nos questionários “*Falta de recursos humanos*” (48%), foi também, a subcategoria mais mencionada nas entrevistas, com o mesmo número de referências que a “*Falta de recursos materiais*”. No entanto, as entrevistadas acrescentam alguns problemas provocados pelas carências, entre os quais salientamos, o terem de fazer sessões de EpS fora do horário de serviço e o abreviar da consulta de enfermagem por falta de recursos humanos.

Fazendo um paralelismo entre os dados do nosso estudo e os dados provenientes do estudo realizado no Reino Unido (Clark e Maben, 1998), verifica-se que, enquanto no presente estudo a primeira dificuldade mencionada pelos elementos participantes é “*Provocar mudanças de comportamentos*”, no Reino Unido a primeira dificuldade é a “*Relutância do doente / perda de confiança*”.

Por outro lado, este mesmo estudo britânico classificou, ainda, como uma dificuldade / barreira à implementação da EpS a “*Escassez da equipa*” constituindo um constrangimento de ordem estrutural. Da mesma forma, também o nosso estudo identificou as dificuldades de ordem estrutural como a “*Falta de recursos materiais*” e a “*Falta de tempo*”, integrados no lote das carências emergentes das entrevistas.

No estudo de Branco (1995), a autora trata as questões dos factores de constrangimento, com paralelo nas dificuldades encontradas no nosso estudo. Relacionando os dois estudos observa-se que, tendo em conta, apenas, os dados das entrevistas, a subcategoria “*Falta de interesse das pessoas na EpS*” referida por duas informantes a “*Baixa adesão das pessoas às sessões de EpS*” por uma e a “*Coerência entre comunicação formal e informal*” também, por uma informante, podem comparar-se respectivamente à “*Ausência de motivação dos doentes*”, constrangimento centrado no utente mais assinalado e “*Ausência de exemplo*”, centrado no educador do referido estudo.

As dificuldades que se colocaram às enfermeiras intervenientes no estudo do Rosso e Collet (1999), foram o “*Desinteresse da população*”, os “*Aspectos sócio-económicos*”, a “*Formação académica das enfermeiras*” e a “*Não estimulação dos profissionais por parte das instituições de saúde*”, que têm muito de comum com as subcategorias das **dificuldades** e **carências** das entrevistadas do presente estudo, como a “*Falta de interesse dos utentes*”, “*Baixa adesão das pessoas às sessões de EpS*” e “*Falta de disponibilidade dos utentes*”, no caso das dificuldades; e “*Falta de formação*”, bem como a “*Falta de motivação dos serviços*”, no caso das carências.

Concordamos com estas autoras, quando afirmam, que o grande volume de cuidados de tratamento não são uma razão para deixar de realizar EpS, até porque, muitas vezes, as actividades curativas e de educação podem ser realizadas simultaneamente. Será, contudo, necessário os serviços incentivarem e disponibilizarem espaços físicos e de tempo para o desenvolvimento de práticas de EpS.

Ainda no contexto das **carências**, o estudo de Sousa (1995), embora classifique a *falta de recursos humanos*, a *grande dispersão de actividades no Centro de Saúde* e a *insuficiência de formação no âmbito de algumas competências essenciais à saúde escolar*, como dificuldades com que habitualmente se confrontam, duas delas têm uma correspondência directa com o grupo de carências do nosso estudo. Aquela autora afirma que, a *falta de recursos humanos*, condiciona fortemente o desenvolvimento das actividades de saúde escolar, no âmbito da EpS e é um sinal de não reconhecimento do seu valor.

Relativamente aos progressos da EpS dos últimos 5 anos, a opinião de que tem havido progressos positivos foi quase dez vezes maior do que a opinião negativa, nos

questionários. As subcategorias das entrevistas confirmam estes dados, mas conferem-lhe um cunho de maior positividade, uma vez que não existem opiniões negativas.

Nesta direcção vai a opinião de Latter (1998), ao afirmar que, apesar das dificuldades, algum progresso tem sido feito na PS em enfermagem. A autora baseia-se no incremento da consciência crítica das ideologias da PS / EpS e da relevância destas para os enfermeiros, que estão mais conscientes dos componentes centrais da EpS, tal como o “*empowerment*” e o holismo.

Salientámos nos resultados a diferença altamente significativa (Mann-Whitney $p=0,000$) entre a amostra de enfermeiros que fez formação de suporte à EpS e a amostra que não fez esta formação no que diz respeito à opinião acerca dos progressos da EpS e a associação que existe entre estas duas variáveis (Spearman $p=0,000$), o que significa que a formação em EpS, desenvolve uma opinião mais positiva acerca dos progressos da EpS.

Este resultado pode explicar-se através dos efeitos que normalmente a formação produz em qualquer pessoa. A formação em EpS sensibilizará os enfermeiros para esta área e dar-lhe-á mais conhecimentos, que os ajudará a ter uma visão mais positiva acerca desta temática.

5.4. Caracterização das práticas de Educação para a Saúde dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real

Em relação à **Frequência da realização de EpS pelo próprio** e pela **equipa de enfermagem** constata-se que a moda do primeiro caso é o “*muitas vezes*” e no segundo caso, passou a ser o “*às vezes*”. A relação entre a percentagem de indivíduos / equipa que faz EpS e que não faz inclina-se, acentuadamente, a favor do sim.

Quanto ao **Tipo de actividades de EpS realizadas no último mês**, a área da “*saúde do idoso*” assumiu a dianteira com 55,9% das referências, logo seguida da “*saúde do adulto*” com 54,6% das referências. A menos referida é a área da “*saúde escolar*” (17,1%). Salienta-se o facto das duas primeiras áreas com maior número de referências, serem aquelas que os respondentes dizem gostar menos. A área da saúde escolar deverá ser mais trabalhada, uma vez que a prevenção de alguns problemas é essencial nesta população. Por sua vez, os dados das entrevistas quanto à **Frequência**

da realização de EpS, revelam o mesmo sentido. Apenas, uma das entrevistadas refere não fazer actividades EpS, mas logo a seguir diz que, participa no planeamento e execução.

No **Tipo de actividades** apontadas, pelas entrevistadas destacam-se as “*áreas da saúde materna*”, “*saúde infantil*” e “*planeamento familiar*”. A “*saúde do adulto e do idoso*” aparecem em posição intermédia e a área menos referida são as “*actividades comunitárias*”. Estes dados não se coadunam com as respostas à questão 9.3 dos questionários e vão de encontro às respostas à pergunta 10 sobre a actividade de EpS, que mais gosta de fazer, cuja actividade mais referida é a “*saúde materno-infantil*”. Esta não concordância entre os dados provenientes dos questionários e das entrevistas pode ficar a dever-se a um maior investimento na EpS na área da “*saúde materno-infantil*” por parte das entrevistadas, em detrimento das outras áreas, que devem ser as mais realizadas pelo conjunto dos questionados.

No que diz respeito à variável **Soma do tipo de actividades de EpS desenvolvidas no último mês** construída com base nos dados dos questionários destaca-se a moda “*nenhuma actividade*”, logo seguida pelo grupo que diz ter feito “*um tipo de actividade*”. O valor mais baixo é o do grupo que afirmou ter feito “*todos os tipos de actividades*” de EpS apresentadas a escolha (6,6%). No entanto, 78,3% dos respondentes dizem ter feito, pelo menos, uma actividade.

A aplicação de técnicas estatísticas para avaliar as diferenças entre amostras e relações entre variáveis revelou resultados interessantes. No cruzamento entre a variável “*Realização de actividades de EpS pelo próprio*” e a variável “*Sexo*”, verificou-se que existem diferenças significativas entre os géneros feminino e masculino (Teste t amostras independentes $p = 0,046$) e uma correlação positiva entre as duas variáveis (Pearson $p = 0,046$). Isto significa que a variável sexo influencia a frequência de realização de actividades de EpS desenvolvidas no último mês, o que poderá explicar-se, talvez, pela maior sensibilidade da mulher para as actividades de EpS.

No que se refere ao cruzamento da variável “*Realização de actividades de EpS pelo próprio*” e a variável “*Fez formação de suporte à EpS*”, constataram-se diferenças muito significativas (Teste t independente $p = 0,007$) entre a amostra que faz formação de suporte e a amostra que não faz formação. A amostra que faz formação refere realizar mais EpS. Existe, também, correlação positiva entre estas duas variáveis. À

medida que aumenta a amostra dos que fazem formação em EpS aumenta a realização de actividades de EpS. Este resultado seria de esperar uma vez que a formação específica incentiva à realização da actividade directamente relacionada.

A diferença muito significativa identificada pelo teste t para amostras independentes ($p = 0,01$) entre a amostra que fez formação de suporte à EpS e a amostra que não fez essa formação, no que diz respeito à soma do tipo de actividades de EpS veio confirmar a diferença entre amostras anterior. Também existe correlação entre estas duas variáveis.

Salientamos, também, a correlação existente entre a variável “*Realização de actividades de EpS pelo próprio*” e a variável “*Soma do tipo de actividades de EpS desenvolvidas no último mês*” (Pearson: $p = 0,000$), ou seja, quando aumenta a frequência de realização de actividades de EpS aumenta a soma do tipo de actividades de EpS desenvolvidas, o que seria de esperar e que se compreende.

Perante toda esta actividade na área da EpS referida pelos questionados urge tomar medidas no sentido de administrar formação a estes enfermeiros para fundamentar e tornar mais eficaz as suas práticas de EpS.

5.5. Grau de preparação em Educação para a Saúde adquirida pelos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real

Mais de três quartos da amostra refere ter feito **Formação contínua nos últimos 5 anos**. A **Frequência da formação contínua** mais representativa é o intervalo das 13 a 50 horas / ano.

Consideramos surpreendente e negativo o facto de 21,7% da amostra referir não fazer formação contínua nos últimos 5 anos, uma vez que os conhecimentos têm tido uma evolução rápida e constante. Certamente que esta atitude não contribui para o desenvolvimento da EpS, nem da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Metade da amostra refere ter feito **Formação de suporte à EpS**, percentagem que sobe, se tivermos em conta, apenas, os que responderam a esta questão, uma vez que, 33 indivíduos (21,7%) não responderam porque não fizeram formação contínua. Portanto, entre os 119 indivíduos que fizeram formação contínua, 76 (63,9%) referem ter feito formação de suporte à EpS.

Em relação às **Temáticas de formação em EpS**, a mais abordada foi a dos “*conhecimentos técnico-científicos*” (37,5% das referências) e a menos abordada a do “*desenvolvimento de actividades de EpS*” (21,1%). A primeira prioridade das temáticas de formação em EpS foi dada aos “*conhecimentos técnico científico*”. A aplicação de técnicas estatísticas de diferenças entre amostras e relação entre variáveis não revelou resultados significativos.

Grande parte da amostra (42,8%), referiu ter aplicado os conhecimentos recebidos nas suas práticas de EpS, enquanto que a temática aplicada que consideraram ser a mais importante foi a “*Transmissão de conhecimentos técnico científico*”. A percentagem da amostra que aplicou os conhecimentos recebidos nas suas práticas de EpS eleva-se para 85,5%, se tivermos em conta, apenas, os potenciais respondentes àquela questão. Consideramos este valor um bom indicador da qualidade da formação.

5.6. Entidades formadoras

No que diz respeito às **entidades formadoras** é de salientar o papel da “*SRSVR*” (39,5% de referências) e da “*Escola Superior de Enfermagem*” (20,4% de referências), embora, esta com metade do esforço de formação da primeira instituição. É, ainda, relevante as poucas referências atribuídas à “*equipa de formação em serviço*” (8,6%), o que querera dizer, que o papel desempenhado por estas equipas, na nossa opinião, fundamental e mais ajustado à prática, terá que ser muito mais organizado e dinamizado nos diversos serviços.

5.7. Percepção dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real acerca das necessidades de formação no âmbito da Educação para a Saúde

No que se refere às **Necessidades de formação específica em EpS**, a quase totalidade da amostra (90,8%) refere sentir necessidade de formação nesta área. Esta opinião vai de encontro ao que Rivers, Aggleton e Whity (1998), afirmam num artigo, onde abordaram a preparação profissional e o desenvolvimento para a promoção da saúde. Estes autores consideram, que existe uma educação inicial e contínua inadequada

em promoção da saúde. Apesar dos profissionais dos CSP terem um papel importante na PS, cada um deles tem um treino diferente.

Nesta ordem de pensamento Clark e Maben (1998), vêm dizer que os enfermeiros estão a ser exortados a desempenhar um papel cada vez mais influente na PS e, de que para isso, precisam de ser expostos à teoria, mais do que outros profissionais da PS. Concordamos com a opinião deste autor, uma vez que, a formação teórica deverá ser dirigida a quem mais dela necessita para a aplicar nas práticas.

Por sua vez, Tones e Tilford (1994:11), têm uma posição mais agressiva quanto a este assunto, ao afirmarem que desenvolver iniciativas de EpS ideologicamente imaculadas, sem os necessários conhecimentos técnicos e competências é mera incompetência e pouco ético.

Relativamente ao **Tipo de necessidades de formação em EpS**, as que foram mais indicadas, como sendo mais essenciais, foram o “*Conhecimento de práticas de desenvolvimento de EpS*” (66,4%) e o “*Conhecimento sobre como obter, tratar e analisar dados*” (50,7%). Isto mostra a preocupação destes enfermeiros em obter conhecimentos sobre como executar as práticas de EpS e fazer diagnósticos de situação, que lhes permitam fazer um planeamento o mais adequado possível dessas mesmas práticas. Salientamos, ainda, que à temática “*Conhecimento de práticas de desenvolvimento de EpS*” foi atribuída a primeira e segunda prioridade das necessidades de formação em EpS e à temática “*Conhecimento sobre como obter, tratar e analisar dados*” a terceira prioridade. Comparando os resultados da questão acerca das temáticas abordadas na formação de EpS e da questão sobre o tipo de necessidades de formação, verifica-se que a temática menos abordada é a que os respondentes referem ser a mais necessária e prioritária. Ou seja, existe aqui um desfasamento, entre a oferta e as necessidades sentidas de formação em EpS.

Esta constatação vai de encontro ao pensamento de Sousa (1995), quando questiona a pertinência e a adequação da formação em serviço, face às necessidades dos profissionais e dos serviços. Por sua vez, Sousa (2000), refere que é essencial o levantamento das necessidades de formação para que os formandos sejam envolvidos na mesma.

Este conjunto de dados fornece indicações preciosas acerca de possíveis temáticas a incluir na formação na área da EpS e de que quão necessária é essa formação.

A opinião dos questionados acerca da necessidade de formação específica em EpS coincide com a opinião das entrevistadas. Todas manifestaram que a formação em EpS seria uma mais valia para o seu desempenho nesta área e da própria equipa de enfermagem. Destacamos, algumas razões apontadas para estas necessidades como as dificuldades tidas no planeamento e elaboração de programas, o aumento da qualidade e da produtividade da EpS, a nível individual, terem conhecimentos acerca do conceito de EpS para que desenvolvam adequadamente estas actividades, a nível da equipa.

Quanto às áreas temáticas das necessidades de formação em EpS de âmbito pessoal as subcategorias levantadas são em número inferior às sugeridas para a equipa de enfermagem. No entanto, quase todas elas figuram nas opções dos questionários. A subcategoria das “*Práticas de planeamento e desenvolvimento de actividades de EpS*”, continua a ser a área mais assinalada, tanto a nível individual, como a nível da equipa.

A nível da equipa, salientamos três necessidades de formação que foram apontadas: “*Conhecimento de teorias e modelos de EpS*”, “*Conhecimentos sobre como obter, tratar e analisar dados*” e as “*Metodologias activas*”.

Uma análise a estas necessidades mostra uma grande vontade de adquirir conhecimentos, que sejam aplicáveis nas práticas de EpS e aumentem os resultados. Oxalá as entidades responsáveis pela formação possam corresponder a estes anseios.

CAPÍTULO VI

PROPOSTA DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Na SRSVR existe um gabinete de formação responsável pela formação contínua dos seus recursos humanos e, em alguns Centros de Saúde, está implementada a formação em serviço, estando um enfermeiro especialista ou chefe responsável por esta função.

Face aos resultados obtidos, torna-se necessária a construção de uma proposta de formação dirigida aos enfermeiros, tendo em conta a disponibilidade dos recursos existentes. Esta resposta é pertinente, uma vez que, 50% da amostra referiu não fazer formação de suporte à EpS e 90,8% diz sentir necessidade de formação específica em EpS. Essa formação deverá abranger, sobretudo, a formação contínua e ser estendida a outros profissionais de saúde, nomeadamente, aos médicos para que seja possível desenvolver EpS verdadeiramente em equipa.

Contudo, a formação inicial deverá contemplar a área da EpS e dos conhecimentos multidisciplinares essenciais a uma boa prática e iniciar a sensibilização dos estudantes de enfermagem para a importância da EpS.

Queremos aqui deixar claro, que para que a formação no âmbito da EpS produza os resultados esperados, terá de ser acompanhada por uma reorganização dos serviços a nível dos CSP, no sentido de prover espaços de tempo, disponibilizar recursos e incentivar as actividades de EpS estabelecendo objectivos a atingir nesta área.

O primeiro passo para implementar esta proposta de formação envolverá a divulgação dos resultados da nossa pesquisa. Inicialmente, realizar-se-á a apresentação e discussão dos resultados à SRSVR (enfermeiras supervisoras, enfermeiros chefes, gabinete de formação) e à Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. Consideramos importante a articulação entre estas duas instituições, motivando-as para o estabelecimento de parcerias através de protocolos de colaboração, que viabilizem a referida formação. Ambas as instituições terão vantagens neste processo. A SRSVR

porque ficará com pessoal de enfermagem mais competente, que poderá prestar melhores cuidados e a ESEVR, porque terá melhores modelos em EpS na experiência prática para os seus alunos.

De seguida, haverá necessidade de efectuar reuniões entre estas instituições com o intuito de discutir as formas de cooperação e criar grupos de trabalho para o delineamento de aspectos específicos de formação. A constituição de grupos de formadores e formandos fará parte da agenda destas reuniões.

Os resultados obtidos, impõem a necessidade de criação de mecanismos formais de articulação da teoria com a prática, de forma a colmatar as lacunas mais urgentes e deixam antever que os enfermeiros da SRSVR necessitam de melhorar e aprofundar conhecimentos, desenvolver competências e comportamentos na área da EpS.

Nesta linha de formação tem interesse o projecto global de formação que permita responder a alguns objectivos gerais:

- Actualizar e aprofundar conhecimentos relativamente aos actuais conceitos de saúde, educação, promoção da saúde, EpS e modelos de EpS;
- Ensinar e aprofundar conhecimentos acerca do planeamento e desenvolvimento de actividades de EpS;
- Ensinar conhecimentos sobre metodologias activas;
- Desenvolver competências de planeamento das referidas actividades através de trabalhos práticos e de trabalho em equipa;
- Aprofundar conhecimentos sobre como obter, tratar e analisar dados;
- Desenvolver competências na área de tratamento de dados utilizando, por exemplo o programa SPSS;
- Analisar modelos de trabalho em EpS.

Para atingir estes objectivos, e após accionados os protocolos entre as instituições, a proposta de formação será operacionalizada em dois módulos. No primeiro, de cariz mais teórico, abordar-se-ão os conteúdos atrás referidos. No segundo, a formação visará a realização de trabalhos práticos no seio da comunidade e a realização de formação prática na área do tratamento de dados.

As estratégias a que se recorrerá no primeiro módulo serão a pesquisa bibliográfica, as reuniões, as mesas redondas e as reflexões em grupo. Procurar-se-á a participação

dos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço nos vários Centros de Saúde, uma vez que achamos importante dinamizar as equipas de formação em serviço.

No segundo módulo formar-se-á grupos de enfermeiros, que efectuarão trabalhos de grupo no âmbito do planeamento, diagnóstico de situação e tratamento de dados.

Todo este processo de formação será atravessado pela avaliação, etapa que consideramos fundamental. Deverá ser efectuada através de reflexão conjunta de todos os intervenientes, centrada na análise de dificuldades e carências da EpS e nas propostas para se ultrapassarem. Desta forma a avaliação constituir-se-á, ela própria, num espaço de aprendizagem.

Estamos conscientes das dificuldades que se levantarão para a concretização desta proposta. No entanto, assumimos o compromisso de nos constituirmos como os principais dinamizadores da mesma. As actividades desenvolvidas pelos enfermeiros desta amostra no âmbito da EpS justificam, plenamente, o investimento na sua formação em EpS. O pressuposto de que não existe uma boa prática sem uma teoria adequada subjacente, também se aplica na área da EpS e nesta situação em particular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMADO, J. S. (2000). “A técnica de análise de conteúdo”, *Revista Referência*, 5, 53-63.
- AMORIM, C. (1999). “Para a autonomia de opção”, *Revista Trajectos e Projectos*, 1, 17-21.
- AMORIM, C. (2000). “Para a autonomia de opção (Continuação)”, *Revista Trajectos e Projectos*, 2, 25-30.
- ANDERSON, E. T. *et al.* (1988). *Community as client: implication of the nursing process*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- BATESON, G. (1987). *Natureza e espírito*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- BRANCO, I. M. B. H. P. (1995). A prática educativa dos enfermeiros em cuidados de saúde diferenciados (um estado de caso). Dissertação de mestrado. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. (Não publicada).
- CANÁRIO, R. (1994). “Centros de formação das Associações de Escolas: que futuro?”, in: AMIGUINHO, A.; CANÁRIO, R. (org.). *Escolas e mudança: o papel dos centros de formação*. Lisboa: Educa.
- CARCEL, C. (2000). “Paradigma holístico”, *Revista trajectos e Projectos*, 2, 31-35.
- CARVALHO, G. S. (2001). “Literacia e educação para a saúde no virar do século”, Universidade do Minho (Não publicado).
- CARVALHO, G. S. (2002). “Literacia para a saúde: um contributo para a resolução das desigualdades em saúde”, *Colóquio Saúde e discriminação social*, 119 – 135.
- CASANOVA, R. G. Q. (1992). “Holismo: consecuencias de una errónea interpretación”, *Rol de enfermería*, 165, 65 - 67.
- CAVACO, A. L. M. S. (2000). “Uma premente reforma”, *Revista Servir*, 6, 293 – 297.
- CLARK, M. J.; MABEN, J. (1998). “Health promotion: perceptions of Project 2000 educated nurses”, *Health education research*, 2, 185 – 195.

- COLLIÈRE, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- CORREIA, C. [et al.] (2001). “Os enfermeiros em cuidados de saúde primários”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 75 – 82.
- COSTA, M. M. G. B.; COSTA, C. A. Q. (1997). “Formação em serviço: mitos e realidades”, *Revista Sinais Vitais*, 15, 44 – 46.
- COSTA, M.; LÓPEZ, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- DAMÁSIO, A. R. (1998). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Publicações Europa América.
- DÉJOURS, C. (1993). “Intelligence pratique et sagesse pratique: deux dimensions méconnues du travail réel”, *Education Permenente*, 116, 47 – 70.
- D’ESPINEY, L. M. A. (1996). “Formação inicial/Formação contínua de enfermeiros. Uma experiência de articulação em contexto de trabalho”, in: ESTRELA, A. (org.); CANÁRIO, R. (coord.); FERREIRA, J. (Org.). *Formação, saberes profissionais e situações de trabalho*. Lisboa: Afirese Portuguesa.
- DIAS, J. R. (1982). *A educação de adultos. Introdução histórica*. Braga: Universidade do Minho.
- DIAS, J. R. (1993). “Filosofia da educação. Pressupostos, funções, método, estatuto”, *Revista Portuguesa de Filosofia*, 49, 3 – 28.
- DIAS, J. R. (1997). “Abertura a uma reflexão sobre as metamorfoses da pedagogia”, *Revista Portuguesa de Educação*, 2, 1 – 7.
- DREVER, E. (1995). *Vising Semi-Structured Interviens in Small-Scale Research. A Teacher’s Guide*. Edinburg: Scre Publication.
- DUBOULOZ, C. (1999). “Métodos de análise dos dados em investigação qualitativa”, in: Fortin, M. *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Camarate: Lusociência.
- DUHAMEL, F.; FORTIN, M. (1999). “Os estudos de tipo descritivo”, in: FORTIN, M. *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Camarate: Lusociência.
- ENFERMAGEM (2002). Educação continuada – Actualização profissional, <http://www.hgusa.com.br/enferma.html>. (2002 – 03 – 13).

- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VILA REAL (1999). “Plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem”, Vila Real. (Não publicado).
- FONSECA, T. M. G. (1996). “De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e género”, in: LOPES, M. J.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (orgs.). *Género e Saúde*. Porto Alegre: Artes médicas.
- FREIRE, P. (1970). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- GAMEIRO, M. G. H. (1998). “Quadros guia para a selecção dos testes de hipóteses bivariadas”, *Revista Referência*, 1, 81 – 82.
- GASTALDO, D. (1997). “É a educação em saúde «saudável»? Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder”, *Revista Educação e realidade*, 22, 147 - 168.
- GERALDES, P. C. (1992). *A saúde colectiva de todos os nós*. Rio de Janeiro: Revinter.
- GIL, A. C. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- GOLEMAN, D. (1997). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e debates.
- GOMES, I. D. (1999). “Os enfermeiros e a formação em serviço”, *Revista Servir*, 4, 178 – 181.
- GONZÁLEZ, M. I. S. (1998). *La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud*. Madrid: Diaz de Santos.
- GREEN, L.W. *et al.* (1980). *Health education planning: a diagnostic approach*. Palo Alto: Mayfield Publication.
- GRIFFIN, A. (1994). “Holismo na enfermagem: o seu significado e valor”, *Revista Nursing*, 82, 20 – 22.
- GUIMARÃES, R. C.; CABRAL, J. A. S. (1997). *Estatística*. Lisboa: McGraw – Hill.
- HAREL, F. (1999). “Análise estatística dos dados”, in: FORTIN, M. *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Camarate: Lusociência.
- HILL, M. M.; HILL, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- ILLICH, I. (1977). *Limites para a medicina*. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002). *Estatísticas de saúde 2000*. Lisboa: INE.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2003). *Estatísticas de saúde 2001*. Lisboa: INE.

- LATTER, S. (1998). “Nursing health education and health promotion: lessons learned, progress made and challenges ahead”, *Health education research*, 2, i – v.
- LARREA, C.; PLANA, M. (1993). “Antropologia y educación para la salud”, *Rol de enfermería*, 179/180, 65 – 69.
- LASH, S. (1990). “Convicções e comportamento na educação para a saúde”, *Revista Nursing*, 27, 46 – 48.
- LEININGER, M. (1984). *Care: the essence of nursing and health*. New York: Charles B. Slack.
- MALGLAIVE, G. (1995). *Ensinar adultos*. Porto: Porto Editora.
- MATURANA, H.; VARELA, F. (1980). *Autopoiesis and cognition – The realization of the living*. Holanda: D. Reidel Publishing Company.
- MORENO, A. S. [et al.] (2000). “Procedimientos en educación para la salud”, in: MORENO, A. S. (dir.). *Enfermería comunitária*. Madrid: McGraw-Hill.
- MORENO, A. S.; GARCÍA, E. R.; CAMPOS, P. M. (2000). “Conceptos en educación para la salud”, in: MORENO, A. S.; GARCÍA, E. R.; CAMPOS, P. M. (dir.). *Enfermería comunitária*. Madrid: McGraw-Hill.
- MUNN, P.; DREVER, E. (1995). *Vising Questionnaires in Small-Scale Research a Teacher’s Guide*. Edinburgh: Sere Publication.
- NAVARRO, M. F. (1995). “Educação para a saúde e profissionais de saúde Comunitária”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 77 – 83.
- NAVARRO, M. F. (1998). “Educar para a saúde ou para a vida? (Conceitos e fundamentos para novas práticas)”, *I Encontro Nacional de Educação para a Saúde*, Braga: Universidade do Minho.
- OGDEN, J. (1999). *Psicologia da saúde (Manuais universitários 11)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- OLIVEIRA, C. C. (1999). *A educação como processo auto-organizativo. Fundamentos teóricos para uma educação permanente e comunitária*. Lisboa: Instituto Piaget.
- OLIVEIRA, C. C. (2000). “Holismo: aprender e educar”, in: CARVALHO, A. D. et al. (coord.). *Diversidade e identidade*. Braga: Tipografia Nunes.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2000). “Alguns dados sobre os enfermeiros portugueses”, *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 1, 50 – 58.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; MS – Ministério da Saúde (1985). *As Metas da Saúde para Todos*. Lisboa: Artes Gráficas.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986). “Carta de Ottawa para a promoção da saúde”. Lisboa: Divisão da educação para a saúde.
- PADILLA, F. M. G.; HARO, M. D. G. (2000). “Estudios descriptivos”, in: OSUNA, A. F. (org.). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- PEREIRA, A. (1999). *Guia prático de utilização do SPSS. Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- PERRENOUD, P. (1993). *Práticas pedagógicas. Profissão docente e formação, perspectivas sociológicas*. Lisboa: Publicações D.Quixote.
- PESTANA, M. T. A. T. (1995). A formação dos enfermeiros e a educação para a saúde num contexto multicultural, <http://www.iniv-ab.pt/iepg/mestrados/mri/mariapestana.html> (2001 – 10 – 15).
- PRECIOSO, J. A. G. (1992). “Algumas estratégias de âmbito intra e extra-curricular. Para promover e educar para a prática de uma alimentação racional”, *Revista Portuguesa de Educação*, 2, 111 – 128.
- QUEIROZ, A. A. (2000). “Reflexões sobre os modelos e teorias em enfermagem. Como ensinar – como aplicar”, *Revista Sinais Vitais*, 29, 15 – 17.
- REIS, J. C. (1998). *O sorriso de Hipócrates. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega.
- RIBEIRO, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada – CRL.
- RIVERS, K.; AGGLETON, P.; WHITY, G. (1998). “Professional preparation and development for health promotion: a review of literature”, *Health education Journal*, 57, 254 – 252.
- ROCHON, A. (1996). *Educacion para la salud. Guia practica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.
- ROSSO, C. F. W.; COLLET, N. (1999). Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior Paranaense, <http://www.fen.ufg.br/revista/educa.html> (2001 – 10 – 31)

- SANMARTÍ, L. S. (1985). *Educación sanitária. Principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona: Ediciones Diaz de Santos.
- SANTOS, V. L. (2000). “Marco conceptual de educación para la salud”, in: OSUNA, A. F. . *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- SILVA, M. C. M. (1994). *Estatística aplicada à psicologia e ciências Sociais*. Lisboa: McGraw – Hill.
- SILVA, M. C. S. (1998). A promoção de saúde em Cuidados de Saúde Primários no distrito de Vila Real. Os enfermeiros como recurso essencial, Dissertação de mestrado em Promoção/Educação para a saúde. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. (Não publicada).
- SILVA, P. R. (1999). “Do ensino à prática profissional”, *Revista Trajectos e Projectos*, 1, 22 – 24.
- SOUSA, M. F. D. (1995). “A educação para a saúde na prática de saúde escolar – diagnóstico da situação de um concelho do distrito de Lisboa”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1, 39 – 52.
- SOUSA, S. M. S. (2000). “Educação, formação e enfermagem”, *Revista de enfermagem oncológica*, 15, 25 – 38.
- SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE VILA REAL (2001). *Dados estatísticos de saúde do distrito de Vila Real*. Vila Real: SRSVR.
- TONES, K.; TILFORD, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.
- VALA, J. (1986). “A análise de conteúdo”, in: SILVA, A. S.; PINTO, J. M. (orgs.). *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Afrontamento.

LEGISLAÇÃO

DECRETO-LEI n.º 305/81. DR I Série, n.º 261 (1981 – 11 – 12).

DECRETO-LEI n.º 437/91. DR I Série A, n.º 257 (1991 – 11 – 08).

DECRETO-LEI n.º 161/96. DR I Série A, n.º 205 (1996 – 09 – 04).

DECRETO-LEI n.º 104/98. DR I Série A, n.º 93 (1998 – 04 – 21).

DECRETO-LEI n.º 412/98. DR I Série A, n.º 300 (1998 – 12 – 30).

DECRETO-LEI n.º 411/99. DR I Série A, n.º 241 (1999 10-15)

PORTARIA n.º 661/85. DR I Série, n.º 204 (1985 – 09 – 05).

PORTARIA n.º 195/90. DR I Série, n.º 64 (1990 – 03 – 17).

PORTARIA n.º 720/2000. DR I Série B, n.º 205 (2000 – 09 – 05).

ANEXOS

ANEXO I

Versão definitiva do Questionário

ANEXO II

Guião de entrevista semiestruturada

