

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**Especialização em Educação e Formação de Adultos**

**A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DURANTE A GRAVIDEZ:**

**Ideias, Conhecimentos e Práticas das Enfermeiras**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre

Mariana Francisca Almas Prates da Ponte

Orientadora: Professora Doutora Cristina Nunes

**FARO**

**2006**

## **Júri das Provas de Mestrado**

**Presidente:** Doutor **Fernando Ribeiro Gonçalves**, Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve

**Vogais:** Doutora **Maria Cristina de Oliveira Salgado Nunes**, Professora Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve

Doutora **Maria Cristina Campos de Sousa Faria**, Professora Adjunta da Escola de Educação do Instituto Politécnico de Beja

## **DECLARAÇÃO:**

Para os devidos efeitos, declaro que esta Dissertação, da qual sou autora, intitulada “**EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DURANTE A GRAVIDEZ: Ideias, Conhecimentos e Práticas das Enfermeiras**”, é original.

---

**Mariana Francisca Almas Prates da Ponte**

*“A essa mulher, que me guardou,  
Que te guardou,  
Que nos guardou por nove meses  
No ninho aconchegante do seu utero  
E nos deu a vida”*

Paulo de Goes Andrade

## **Agradecimentos:**

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição para que esta dissertação fosse realizada. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero.

Em primeiro lugar agradeço de uma forma muito especial à Professora Doutora Cristina Nunes, que orientou esta dissertação, o apoio e encorajamento contínuo, os conselhos oportunos e sugestões pertinentes e também a liberdade de acção concedida. Um contributo decisivo para a realização deste trabalho e para o meu desenvolvimento pessoal.

Deixo também os meus agradecimentos: a todas as enfermeiras e grávidas, cuja colaboração tornou possível este estudo; às enfermeiras chefes dos Centros de Saúde onde se realizou este trabalho, pela simpatia e pelas facilidades concedidas; a todos os professores do Curso de Mestrado, na pessoa do seu coordenador Professor Doutor Fernando Gonçalves pelos conhecimentos transmitidos.

Às minhas colegas de Mestrado deixo uma palavra de amizade, sublinhando as interacções comunicativas, o cooperativismo, a troca de ideias e de material bibliográfico.

Ao meu marido e aos meus filhos Rui e Tânia, pela manifesta tolerância às minhas ausências e espírito de entajuda demonstrado, resta-me dizer, mais uma vez, obrigada.

## **RESUMO:**

A prática da educação para a saúde, na profissão de enfermagem, pela relação de proximidade que estabelece com a comunidade, pretende ser o meio eficaz para alcançar o bem-estar e a saúde das populações através do processo de capacitação do indivíduo e comunidade, conducente á melhoria da qualidade de vida. Sendo a gravidez considerada período fértil para a aquisição de competências e conhecimentos, que transbordam para além do período de gravidez, considera-se interessante investigar não só as práticas educativas dirigidas a esse grupo populacional, mas também conhecer as ideias e conhecimentos das enfermeiras sobre educação para a saúde. De acordo com as finalidades deste estudo, descritivo e exploratório, utiliza-se a entrevista a enfermeiras e a observação de consultas de enfermagem a grávidas no Centro de Saúde.

Os resultados obtidos demonstraram que as enfermeiras adquirem conhecimentos básicos no curso de enfermagem sobre métodos de ensino, estratégias educativas e gravidez, mas sentem necessidade de os actualizar e aprofundar ao longo da actividade profissional. No entanto, a formação proporcionada pelos serviços foi considerada insuficiente.

As características dos temas abordados, revelam que as enfermeiras estão sensibilizadas para a importância assumida pela educação para a saúde na vigilância pré-natal. Salienta-se ainda que a educação para a saúde é encarada como transmissão de conhecimentos.

Verifica-se diferenças significativas entre as enfermeiras relativamente ao número médio de palavras emitidas, número médio de temas e de conselhos abordados em cada consulta, por iniciativa da enfermeira e da grávida. No que se refere ás prescrições não se

verifica diferença relevante.

Palavras – chave:, Educação para a Saúde, Gravidez, Ideias e Praticas das enfermeiras

## **ABSTRACT:**

The education for health practice, in nursing, because of the relationship with the community, wants to be an efficient way to achieve the well-being and the health of populations' persuading the community in order to improve quality of life. Being the pregnancy considered a good time to acquire abilities and knowledge, we considered that will be interesting to investigate the educational practices directed to that populational group, as well as to know the ideas and knowledge of the nurses about the education for health.

In accordance with the purposes of this exploratory and descriptive study, we use nurses interviews and keeping the nursing consults of pregnancy under observation in "Centro de Saúde".

The results obtained show that the nurses get basic knowledge in the study of nursing about methods of teaching, educative strategies and pregnancy, but they stand in need of update and make a profound study during the professional activity. The professional formation offered by the services was considered insufficient.

The characteristics about promotion of health and primary prevention show that the nurses are moved by the importance of the education for health during the previous to birth care.

There are significant differences between the nurses in relation to the media number of emitted words, the media number of themes and of advices made by nurses and pregnant women in each meeting. In reference to the prescriptions initiated by nurses and pregnant women there are no relevant difference.

**Key-words:** Education for health, Pregnancy, Ideas and Practices of the nurses

## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO</b>	1
-------------------	---

### **PARTE I -ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

#### **CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE MATERNA**

1.1 - ESTRUTURA DO PROGRAMA DE SAÚDE MATERNA EM PORTUGAL	6
1.1.1 – O Sistema de Saúde noutros Países	12
1.2 - QUADRO LEGISLATIVO E ORGANIZACIONAL DO CENTRO DE SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL	16

#### **CAPÍTULO II– A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: ESTRUTURA E PRÁTICA**

2. 1- A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: FUNDAMENTOS TEÓRICOS	21
2.2- A INTERVENÇÃO DIRIGIDA À MUDANÇA COMPORTAMENTAL	31
2.3- MODELOS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	35
2.3.1 – Modelo Comportamental	36
2.3.2-Modelo Cognitivista de Processamento da Informação	38

## **CAPÍTULO III- A FORMAÇÃO DAS ENFERMEIRAS**

3.1- GÊNESE E EVOLUÇÃO DO ENSINO DE ENFERMAGEM	41
--	----

<b>PARTE II –ESTUDO EMPIRICO</b>
----------------------------------

## **CAPÍTULO IV- CONHECIMENTOS E IDEIAS DAS ENFERMEIRAS**

4.1- METODOLOGIA	48
4.1.1- OBJECTIVOS	48
4.1.2- MODELO DE ANALISE	49
4.1.2.1- Delimitação e Caracterização da População em Estudo	50
4.1.2.2- Método de Colheita e Análise dos Resultados	53
4.1.2.3- Procedimentos Metodológicos	55
4.2- APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	59
4.2.1- CONHECIMENTOS DAS ENFERMEIRAS	59
4.2.1.1- Métodos e Estratégias Educativas	59
4.2.1.2- Saúde Materna e Obstétrica	60
4.2.1.3- Conhecimentos Adquiridos ao Longo do Percorso Profissional	62
4.2.2- CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	64
4.2.2.1- Objectivos da Educação para a Saúde	64
4.2.2.2- Mensagens Transmitidas	65

4.2.2.3- Importância da Educação para a Saúde	66
4.2.2.4- Valor Atribuído pela Equipa de Saúde às Práticas das Enfermeiras	68
4.2.3- PROCEDIMENTOS E MATERIAIS EDUCATIVOS	70
4.2.3.1- Organização da Consulta	72
4.2.3.2- Temas Abordados	75
4.3.4- FACTORES CONDICIONANTES	78
4.3.4.1- Maternos	78
4.3.4.2- Estruturais	78
4.3.5- O PROGRAMA DE SAÚDE MATERNA NA PERSPECTIVA DAS ENFERMEIRAS	80
4.3.6- COMUNICAÇÃO E RELAÇÃO INTERPESSOAL	86
4.3.7- PARTICIPAÇÃO DA GRÁVIDA NA CONSULTA	88
4.3.8- EFICÁCIA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA PERSPECTIVA DAS ENFERMEIRAS	94
 <b>CAPÍTULO V- A PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS</b>	
5.1- A PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS	99
5.5.1- OBJECTIVOS	99
5.5.2 – MÉTODOS	99
5.5.3- PROCEDIMENTOS	101
5.5.4 -APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	102
5.5.4.1- Características Gerais	102
5.5.4.2 -Duração das Consultas	109
5.5.4.3 - Temas Abordados	110
5.5.4.4 -Recomendações	118

5.5.4.5- O Discurso das Enfermeiras	122
-------------------------------------	-----

## **CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

6.1-METODOLOGIA	127
6.2 –CONECIMENTOS E IDEIAS DAS ENFERMEIRAS SOBRE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	128
6.3-PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS SOBRE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	130
6.4- AS PRÁTICAS EDUCATIVAS DAS ENFERMEIRA	131
<b>CONCLUSÕES</b>	137
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	143
<b>ANEXOS</b>	150

## **ANEXOS:**

Anexo A. Guião da Entrevista às Enfermeiras

Anexo B- Temas abordados nas consultas

Anexo C. Distribuição da frequência de palavras emitidas nas consultas

Anexo D-Distribuição de frequência dos temas abordados pela Enfermeira

Anexo E- Conselhos dados nas consultas

Anexo F- Prescrições dadas nas consultas

Anexo G- Distribuição da frequência dos conteúdos dos conselhos e prescrições

Anexo H- Exemplo de transcrição das consultas de Enfermagem

## ÍNDICE DE FIGURAS

### PARTE I

Figura 1: Formação adquirida ao longo da carreira profissional	63
Figura 2: Conteúdo das mensagens	66
Figura 3: Classificação dos cuidados de saúde segundo o grau de importância para a saúde da grávida e do recém-nascido	68
Figura 4: Valor atribuído pelo médico de família às práticas das enfermeiras	69
Figura 5: Valor atribuído pela utente	70
Figura 6: Organização da consulta de Enfermagem	73
Figura 7: Categoria geral dos temas abordados	78
Figura 8: Conhecimento sobre as orientações técnicas	81
Figura 9: Classificação das dúvidas colocadas pela grávida	92

### PARTE II

Figura 1: Procedência das grávidas	100
Figura 2: Nacionalidade das grávidas provenientes de outros Países	101
Figura 3: Distribuição da primeira consulta segundo o trimestre de gravidez	104
Figura 4: Distribuição das grávidas segundo o trimestre de gravidez	105
Figura 5: Distribuição da duração média das consultas	110
Figura 6: Categorização dos temas abordados na consulta	114
Figura 7: Classificação dos temas abordados, segundo o conteúdo temático	115
Figura 8: Classificação dos temas abordados no primeiro trimestre	116
Figura 9: Classificação dos temas abordados no segundo trimestre	117

Figura 10: Classificação dos temas abordados no terceiro trimestre	117
Figura 11: Quem introduz os temas	118
Figura 12: Numero médio de recomendações por consulta	120
Figura 13: Classificação das recomendações segundo a forma	121
Figura 14: Categoria geral das recomendações	122
Figura 15: Numero médio de palavras emitidas pela Enfermeira e grávida	123
Figura 16: Distribuição do número médio de palavras segundo a finalidade	124
Figura 17: Verbo de acção utilizado no discurso das enfermeiras	125

## **INDICE DE TABELAS**

### **PARTE I**

Tabela 1: Características dos sujeitos	52
Tabela 2: Distribuição das Enfermeiras segundo as habilitações literárias	52
Tabela 3: Classificação do contributo dos conhecimentos adquiridos	60
Tabela 4: Contributo dos conhecimentos de Saúde Materna	61
Tabela 5: Classificação dos objectivos em Educação para a Saúde	65
Tabela 6: Classificação dos métodos utilizados na transmissão da informação	70
Tabela 7: Material educativo utilizado	71
Tabela 8: Procedência do material educativo utilizado	71
Tabela 9: Categorização geral dos temas abordados nas consultas	76
Tabela 10: Classificação dos temas abordados	77
Tabela 11: Factores Maternos determinantes na selecção dos conteúdos	79
Tabela 12: Classificação dos factores organizacionais	80
Tabela 13: Classificação da opinião das enfermeiras sobre as orientações técnicas	82
Tabela 14: Classificação da opinião das enfermeiras sobre o programa de Saúde Materna	83
Tabela 15: Classificação das modificações a introduzir no programa	86
Tabela 16: Comunicação e relação interpessoal nas práticas	88
Tabela 17: Classificação da opinião sobre as expectativas da grávida	90
Tabela 18: Classificação da opinião sobre as expectativas da grávida em relação á consulta de enfermagem	91

Tabela 19: Classificação dos hábitos e ideias mais faceis de alterar	95
Tabela 20. Classificação dos motivos condicionantes da não adesão às recomendações	96

## **PARTE II**

Tabela 1: Características socio- familiares das grávidas	100
Tabela 2: Categorização dos temas	113

# INTRODUÇÃO

A educação para a saúde função, implícita de todas as actividades assistenciais em cuidados de saúde primários, constitui uma das actividades fundamentais do trabalho de enfermagem. O papel de educador assume nesta profissão uma importância primordial na orientação de utentes, família e comunidade, com o objectivo de os conduzir á adopção de comportamentos conducentes a uma vida saudável.

Os enunciados descritivos elaborados pela Ordem dos Enfermeiros sobre os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, explicitam a natureza e os diferentes aspectos do mandato social da profissão, verificando-se em todas as dimensões do cuidar a referência á missão educativa dos profissionais de enfermagem, tanto a nível da organização como ao nível do planeamento e pratica de cuidados. Na definição das competências desses profissionais, a Ordem dos Enfermeiros enuncia que compete aos enfermeiros desenvolver parcerias com os clientes, identificar situações de saúde, ajudando as pessoas a criar estilos de vida saudáveis.

Rodrigues, Pereira e Barroso (2005) referem que esses profissionais desempenham um papel importante no campo da educação para a saúde, pela sua formação, experiência e competência diferenciada em diversas dimensões dos cuidados de Saúde. Para além da atribuição de competências técnicas, na equipa de saúde as enfermeiras são as profissionais melhor posicionadas na relação de proximidade face ao utente, necessária para o sucesso da educação para a saúde.

Segundo Zurro e Perez (1991), a enfermeira ao integrar nas práticas a educação para a saúde tem que estar munida com informação, conhecimentos pertinentes e úteis de modo a facilitar a aprendizagem de comportamentos saudáveis. Rochon (1992) também refere

que em educação para a saúde é essencial conhecer o processo de comunicação.

Considerámos por isso pertinente colocar a seguinte questão:

Quais os conhecimentos e meios disponíveis para a realização de acções de educação para a saúde?

Da experiência profissional como enfermeira e da reflexão sobre as práticas de educação para a saúde durante a vigilância pré natal constata-se que durante a gravidez a mulher está motivada para a aprendizagem e adopção de comportamentos considerados benéficos para a saúde do recém-nascido. O Ministério da Saúde (1993) nas orientações técnicas dirigidas aos profissionais de saúde, reconhece que o investimento em educação para a saúde durante este período trará benefícios, não só para a mulher grávida, mas também para a comunidade, na medida em que é durante a gravidez e o parto que se decide muito da qualidade do futuro desenvolvimento intelectual e físico da criança. Esses enunciados levam-nos a concluir que o impacto da intervenção educativa efectuada durante a gravidez repercute-se não só na saúde da mulher e da criança mas interfere na promoção da saúde das populações.

A pertinência desta temática na actualidade é reforçada pela posição assumida pela Organização Mundial de Saúde e pela Associação de Enfermeiros e Enfermeiras Parteiras (2005) no nono encontro anual no fórum europeu das Associações Nacionais de Enfermeiros e de Parteiras e a OMS, realizado em Copenhaga, no decorrer do qual é expresso o apoio aos enfermeiros no sentido de promoverem um estilo de vida saudável, através do aconselhamento às mulheres durante a gravidez com o objectivo de promover hábitos alimentares adequados e exercício físico, como medidas preventivas da obesidade, um dos problemas que afectam a saúde das populações em países desenvolvidos, na actualidade.

Em Junho de 2000, a segunda conferência ministerial da OMS realizada em Munique,

aprovou a Declaração de Munique, subscrita pelos ministros da saúde dos estados membros da região europeia, incluindo Portugal, que consagra o papel desempenhado pelos enfermeiros e enfermeiras obstétricas da Europa no desenvolvimento da saúde, reafirmando o papel chave destes profissionais para fazer face aos novos problemas de saúde pública.

A saúde para além de ser um direito fundamental do ser humano, constitui um factor primordial para o desenvolvimento social e económico das populações. A educação para a saúde como processo de capacitação do indivíduo para intervir no campo da saúde, quer a nível da participação activa na definição de linhas de orientação das políticas directamente relacionada com os cuidados de saúde, quer intervindo ao nível das condições ambientais, desempenha no campo da educação de adultos um papel fundamental. Pelo que, a reflexão e o estudo que merecem os aspectos educacionais dos cuidados de saúde dizem respeito às Ciências de Educação onde este Mestrado se encontra integrado.

Embora o Ministério da Saúde em Portugal reconheça que é durante a gravidez e parto que se decide muito da qualidade do futuro desenvolvimento intelectual e físico da criança, o aspecto educativo das práticas na vigilância pré natal não tem sido objecto de avaliação de cuidados, pelo contrário enfatiza-se a avaliação de indicadores produtivos, tais como: taxa de utilização, precocidade das consultas de saúde materna, número médio de consultas/ano, em detrimento de indicadores que permitam avaliar o impacto das acções educativas durante a gravidez, para a saúde da mulher e da criança.

Consideramos por isso pertinente colocar as seguintes questões:

De que modo, os enfermeiros desenvolvem as actividades de educação para a saúde?

De que modo o quadro conceptual dos enfermeiros em relação á educação para a saúde e meios disponiveis interferem nas práticas?

Para obter as respostas a estas questões pretendemos aceder às perspectivas dos enfermeiros em relação às ideias e conceitos sobre educação para a saúde e conhecer a forma de agir no decorrer das práticas educativas realizadas durante a vigilância pré-natal.

Como objectivos específicos que concorrerão para a operacionalidade do objectivo geral, delineámos os seguintes:

- Conhecer as bases teóricas e técnicas, sobre educação na formação das enfermeiras.
- Analisar as estratégias educativas utilizadas em acções de educação para a saúde
- Identificar os factores intervenientes nas praticas educativas das enfermeiras
- Analisar a inter-relação grávida/enfermeira no decorrer de acções de educação para a saúde.

Como campo de pesquisa seleccionamos o centro de saúde por este ser a instituição responsável pela melhoria dos níveis de saúde da população de determinada área geográfica, cuja atribuição primordial é a promoção da saúde, sendo fundamental a educação para a saúde nesse processo.

A dissertação está organizada em duas partes.

Na primeira estruturada em 4 capítulos, procedemos á revisão de literatura pertinente, procurando contextualizar e fundamentar a problemática desta pesquisa. No primeiro capítulo abordamos a estrutura do programa de saúde materna em Portugal e noutros países. No segundo fazemos referência ao quadro legislativo e organizacional do centro de saúde e á evolução deste no quadro dos serviços de saúde.

Embora a expressão educação para a saúde seja de uso corrente entre os técnicos de saúde, parece-nos pertinente aprofundar o construto “educação para a saúde” sob várias perspectivas e de como este evoluiu como prática profissional ao lado da evolução de concepção de saúde e educação. Assim no terceiro capítulo efectuámos uma breve

abordagem do conceito de educação, saúde e educação para a Saúde.

Parece-nos importante abordar a intervenção dirigida á mudança comportamental e os modelos de educação para a saúde que consideramos adequados ao campo da investigação de modo a enquadrar as práticas das enfermeiras. Por ultimo efectuámos um breve historial da génese e evolução da formação das enfermeiras.

A segunda parte, abordagem empirica, está dividida em três capítulos. No primeiro, com o título “ Conhecimentos e Ideias das Enfermeiras” começamos por proceder ao enquadramento metodológico do trabalho realizado, descrevendo o quadro em que a investigação foi concebida. No segundo “A Prática das Enfermeiras” apresentamos os resultados obtidos através da observação das consultas efectuadas durante a vigilância pré -natal.

No terceiro capítulo procedemos á análise dos resultados apresentados no capítulo anterior.

Por último são apresentadas as principais conclusões desta pesquisa.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE MATERNA**

#### **1.1 - ESTRUTURA DO PROGRAMA DE SAÚDE MATERNA EM PORTUGAL**

Na abordagem da estrutura do programa de saúde materna, consideramos pertinente proceder a uma breve referência acerca da dimensão social, pessoal e familiar correspondente á situação fisiológica da gravidez, de modo a compreender a atenção dirigida a esta fase do ciclo de vida dos indivíduos, quer pelas instituições governamentais, quer pelos serviços de saúde.

A gravidez considerada fase de transição e mudança poderá conduzir a um equilíbrio instável e exigente a nível psicológico. Colman e Colman (citados por Correia, 2005) classificam a gravidez como uma transformação biológica, social e pessoal que coloca a mulher grávida em contacto com sentimentos, comportamentos e significados que residem no interior da natureza humana. Burrougs (1992) partilha da mesma opinião. Engloba também a família ao afirmar que a gravidez pode ser um desafio para cada membro da família, envolvendo sentimentos, tanto de alegria quanto de perplexidade, nunca experimentados.

Por sua vez, Leal (2005) ao referir-se ao período da gravidez afirma que esta fase acarreta um deslocamento do equilíbrio anterior e inerentemente uma maior vulnerabilidade pessoal.

A autora citada menciona ainda que a transformação ao nível psicológico, hormonal, físico, familiar e social ocorrida durante este período, exige mecanismos de defesa, para uma melhor adaptação às mudanças ocorridas.

O reajustamento fisiológico e de papéis sociais que forçosamente ocorre, transformam esta fase, numa experiência gratificante para a mulher e companheiro, mas ao mesmo tempo confusa. Se por um lado a gravidez constitui uma fase no ciclo de vida da mulher de maior vulnerabilidade pessoal, na medida em que acarreta um deslocamento do equilíbrio interior, por outro, este período é eleito por várias disciplinas científicas, principalmente da área da saúde, como um momento especial de intervenção.

Estas duas constatações reportam para uma área fértil em termos do impacto das acções educativas realizadas, nos ganhos de saúde das populações.

O Ministério da Saúde (2004) no Plano Nacional de Saúde para 2004/2010, considera o nascimento como um momento especial de intervenção ao referir que o nascer representa oportunidade para a educação para a saúde e para acções de prevenção.

O sistema de saúde português atribui á vigilância pré natal uma atenção especial do ponto de vista legislativo, estratégico e organizacional dos serviços de saúde. A mulher grávida em Portugal usufrui de uma série de medidas legislativas, com vista á sua protecção e garantia de assistência em cuidados de saúde: *“É assegurado á mulher, o direito de efectuar gratuitamente as consultas e ainda os exames aconselhados pelo seu médico assistente durante a gravidez...”* (Lei nº4/84, art. 4º, nº1)

A legislação referente á protecção da maternidade incube também aos centros de saúde o desenvolvimento de acções de informação e esclarecimento sobre a importância da vigilância médica periódica, preparação para o parto, vantagens da amamentação materna e dos cuidados com o recém-nascido. Do ponto de vista normativo e organizacional dos cuidados de saúde, pode-se afirmar que se processa uma vigilância partilhada da grávida. A vigilância pré natal é assegurada nos cuidados de saúde primários, por uma equipa multiprofissional: médico e enfermeira e outros técnicos em complementaridade de funções, em articulação com os cuidados hospitalares, tendo em conta a decisão da própria mulher. Esta articulação é materializada por um conjunto de normas e protocolos a nível nacional e regional.

As unidades coordenadoras funcionais (UCF), criadas pelo Despacho 12917/98 de 27 de Julho, têm como objectivos promover a articulação entre os cuidados primários de saúde e os cuidados hospitalares; garantir a circulação recíproca de informação; avaliar as necessidades e prioridades de formação e intervenção em saúde materna, na sua área de influência e propor medidas concretas de actuação para a resolução de eventuais problemas.

Segundo o relatório do plano nacional de saúde materna e neonatal (2006), a unidade coordenadora funcional constitui um dos pilares em que assenta o êxito obtido com a saúde perinatal.

Ao nível da região do Algarve, o serviço de obstetrícia do Hospital Distrital de Faro, os cuidados de saúde primários e a unidade coordenadora funcional do Algarve asseguram o rastreio pré-natal a todas as grávidas, independentemente da sua idade, em vigilância nos centros de saúde das unidades de saúde do sotavento algarvio. Este rastreio permite

identificar grávidas com risco aumentado de apresentarem um feto com algumas anomalias. Nos centros de saúde do barlavento as grávidas são referenciadas ao Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, para consulta de diagnóstico pré-natal, mediante a presença de factores de risco, tais como a idade materna, antecedentes obstétricos de malformações congénitas e rastreio pré natal suspeito.

Os hospitais da região, asseguram a vigilância das grávidas consideradas de risco, referenciadas pelos cuidados de saúde primários e uma consulta de bem-estar fetal realizada na 39ª semana de gestação, a todas as grávidas inseridas no programa de saúde materna.

O boletim de saúde da grávida, veículo da informação relativa àquela mulher não só é um importante elo de ligação entre os vários elementos que compõem a equipa de saúde, como também o instrumento de promoção da capacitação para o auto cuidado e exercício de cidadania, ao permitir que a grávida registe dados no seu boletim e exija que lhe sejam registados pelo técnico de saúde todos os elementos vitais para a correcta vigilância pré natal.

A Direcção Geral de Saúde, através de orientações técnicas dirigidas aos profissionais de saúde, recomenda uma consulta mensal da 8ª até á 36ª semana de gestação, seguida de consulta quinzenal até ao parto, num total de dez consultas. Podendo no entanto essas consultas serem reduzidas para o mínimo de seis, perante os condicionalismos de cada centro de saúde. Preconiza ainda, a primeira consulta de vigilância nas primeiras oito semanas de gravidez.

A existência de orientações específicas assumem no contexto dos cuidados de saúde o quadro referencial dos cuidados pré natais, no entanto o Plano Director de Saúde do

Algarve (2004) refere as orientações específicas na área de saúde materna, carecem de um desenvolvimento e alargamento do seu âmbito e aplicação. Do ponto de vista legislativo estão criadas as condições para a prestação de cuidados com qualidade durante a gravidez. Mas a prática dos profissionais embora apoiada por estruturas legislativas adequadas é influenciada por outros factores igualmente importantes e por vezes complexos, como a comunicação no seio das instituições, mecanismos burocráticos, formação dos profissionais e a competência dos utentes na gestão da sua saúde.

Em Portugal, constata-se ainda uma grande percentagem de grávidas que iniciam a vigilância de saúde tardiamente. O Plano Regional de Saúde do Algarve refere que na região, no ano de 2002 apenas 74% das grávidas tiveram a 1ª consulta pré natal no 1º trimestre de gravidez.

Por sua vez o Plano Nacional de Saúde, salienta que subsistem franjas da população com cuidados de saúde reprodutiva inadequados, principalmente as mulheres com baixa escolaridade e fracos recursos económicos, onde permanece elevada percentagem de gravidez não vigiada.

Estes dados remetem para uma realidade nos serviços de saúde não coincidente com o estipulado e recomendado pela Direcção Geral de Saúde. Esta situação pode significar assimetria em relação á acessibilidade aos serviços de saúde ou défice de competências da mulher grávida e família em procurar os serviços de saúde que lhe são facultados.

Para além da periodicidade das consultas de vigilância, as orientações técnicas incluem a indicação dos dados a recolher para a elaboração da história clínica, na primeira consulta com os profissionais de saúde: médicos e enfermeiras, assim como, os exames

laboratoriais a efectuar. Menciona também, os procedimentos que deverão ser executados nas consultas seguintes.

Para além dos aspectos relacionados directamente com o bem-estar materno e fetal, este documento recomenda quais os aspectos a serem incluídos nas acções de educação para a saúde efectuadas. A acção educativa é dirigida não só à mulher grávida mas também a outros membros da família e particularmente o marido deve ser integrado nessas actividades. De facto a família é referida por Rodrigues (2005) como unidade básica da sociedade e meio natural para o desenvolvimento do bem-estar de todos os seus membros. Calero e Fernandes (citados por Rodrigues, 2005), referem-se ainda à família como grupo primário com relações precisas e duradouras onde se participa uma cultura concreta e se processa acção educativa.

É assim de extrema importância que, durante a vigilância pré natal, o casal disponha de conhecimentos como estrutura de suporte que lhe permitam viver essa experiência de forma mais harmoniosa possível, com os maiores benefícios para si enquanto casal e futuros pais e sobretudo para o novo membro da família.

Nas directrizes emanadas pela Direcção Geral de Saúde, é igualmente reforçado o papel da educação para a saúde nos cuidados de saúde à grávida: *“A informação, a educação e o aconselhamento, devem ser componente integrante dos cuidados básicos de saúde...”*

Ao mesmo tempo, recomenda a melhoria das práticas educativas e fornece orientações em relação às mesmas. *“Há que melhorar a qualidade do aconselhamento, adequar a informação às necessidades da pessoa....”* (Ministério da Saúde, 1993, p.6)

O planeamento destas actividades na opinião de Redman (2001/2003) deve iniciar-se antes da gravidez. Cada grávida deve ser vista inserida numa família, com uma situação

económica, cultural e religiosa particular, tendo sempre em conta a pessoa como um ser único, com um modo de agir próprio, que necessita de ser aconselhada e cuidada de modo particular. Mas constata, que na realidade isso não se verifica e o ensino formal precoce na gravidez tem sido negligenciado.

Se considerarmos que os alicerces de boa saúde na idade adulta, como refere Rodrigues, implicam cuidados adequados na fase pré natal e na infância, é necessário não só investir na educação para a saúde á grávida e família mas também é necessário que as ultimas tenham condições para dar o necessário apoio continuado e oportuno ás futuras mães e ás crianças para esse inicio de vida saudável.

Relativamente ás actividades de educação para a saúde durante a gravidez, os indicadores disponíveis, nessa área, segundo o Plano Director Regional da Região de Saúde para o Algarve, permitem avaliar sómente uma parte do impacto das acções educativas a curto prazo, nomeadamente as mudanças de comportamento em relação á periodicidade das consultas, á actualização da vacina anti tetânica e á revisão do puerpério. Não permitem contudo, proceder a uma avaliação a longo prazo acerca do impacto das actividades educativas dirigidas á mulher grávida e família para a saúde e para a mudança de comportamentos considerados nocivos para a saúde dos indivíduos.

#### 1.1.1 - O Sistema de Saúde noutros Países

A maior parte dos países industrializados adoptaram políticas de saúde que protegem não apenas a mãe e a criança, mas também a familia. Para Hassmiller (in Shanhope e

Lancaster, 1991) de todos estes países apenas os Estados Unidos da América e a África do Sul, não possuem directivas que estabeleça que a saúde e o bem-estar das famílias seja uma prioridade nacional.

Shanhope e Lancaster (1999) referem que o sistema de saúde americano embora reconhecido pelo aumento de esperança de vida da maioria dos americanos através dos progressos da tecnologia na medicina, na ciência e na indústria farmacêutica, está também condicionado por problemas relacionados com o custo, a qualidade e o acesso a esses cuidados. Os mesmos autores mencionam ainda que o sistema de cuidados de saúde neste país é constituído por um grande número e variedade de serviços e de prestadores. Em termos gerais está dividido em duas componentes distintas: uma componente de cuidados personalizados ou privados e uma componente de serviços públicos com alguma sobreposição.

Actualmente o governo federal está envolvido no financiamento e na prestação de cuidados a grupos especiais, tais como grávidas, crianças e idosos através dos programas medicaid e medicare, financiados pelo governo federal e por companhias de seguros privadas. Qualquer Estado que participe no programa medicaid é solicitado a fornecer os serviços básicos aos participantes abaixo de níveis estaduais de rendimento de pobreza. Economicamente a pobreza é a principal causa de vulnerabilidade e constitui um problema crescente neste país. A definição federal de pobreza é utilizada como critério de elegibilidade para estes programas de saúde.

Hassmiller (in Shanhope e Lancaster, 1999) afirma que as pessoas que possuem seguros, ou aquelas que podem pagar os cuidados de saúde, são consideradas utentes de cuidados especiais, comparando-as com as que estão dependentes de fundos públicos

para aceder a esses mesmos cuidados. Afirma ainda, que na segunda categoria estão os trabalhadores pobres não abrangidos pelos fundos públicos, por implicar demasiado dinheiro ou então por se tratar de imigrantes ilegais. A emigração constitui um problema de saúde pública, pelas situações sociais que arrasta.

Na opinião do autor supracitado, o plano nacional de saúde para os Estados Unidos dá mais relevância à prevenção da doença e promoção da saúde nas áreas mais preocupantes da nação. A saúde materna e saúde infantil são uma das prioridades nos serviços preventivos. As enfermeiras parteiras credenciadas “*nurse practitners*” e “*certified nurse midwives*”, ambas consideradas enfermeiras especializadas “*advanced practice nurses*” são elementos importantes nas equipas de cuidados primários. Estas enfermeiras recebem especialização adequada, normalmente a nível superior, especializando-se em determinadas áreas específicas, tais como: pediatria, saúde do adulto, Obstetrícia e ginecologia ou saúde familiar.

O trabalho de parteira é definido como:

*“...o tratamento e prestação de cuidados de forma autónoma a recém nascidos saudáveis e a mulheres antes, durante e após o parto e na área ginecológica que ocorre integrado num sistema de prestação de cuidados que fornece consulta médica, trabalho de equipa e encaminhamento”* (Stanhope&Lancaster, 1999,p. 43)

Para estas profissionais, a grávida requer a atenção prioritária dos cuidados de enfermagem, dispensando-lhe grande parte do tempo em cuidados pré natais, parto e pós parto.

No Reino Unido, Young (2002) refere que os cuidados de saúde a partir de 1998,

passaram por uma serie de mudanças centradas na melhoria dos serviços de cuidados de saúde primarios, direccionados para grupos vulneráveis e excluidos socialmente, com o objectivo de reduzir as desigualdades de saúde. As Enfermeiras desempenham no sistema um papel preponderante. Detentoras de novas oportunidades de influenciar e participar na organização dos serviços de saúde estão a desenvolver recursos locais para as populações com o objectivo de as conduzir á melhoria das condições de saúde e bem-estar.

Para além do alargamento do âmbito de actuação e responsabilidade das enfermeiras, ao nível da prestação e da gestão dos cuidados, assistimos á tendência para a fusão da saúde e a assistência social, permitindo assim a implementação de cuidados mais abrangentes, actuando em cooperação com o sector social.

As organizações empenham-se no desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem ao longo da vida e na aposta em formação dos profissionais, considerados meios eficazes para assegurar a qualidade dos cuidados. Surgiram iniciativas, tais como os Centros de convívio saudáveis em áreas socialmente desfavorecidas, que têm como objectivo ajudar os grupos vulneráveis pela situação de pobreza a conseguir um melhor estado de saúde. Nesses centros estão muitas vezes enfermeiras para prestarem aconselhamento, apoio e informação sobre uma variedade de questões relacionadas com a saúde.

O serviço denominado “Início seguro”, gerido por enfermeiras, assistentes sociais e parteiras, é outra das iniciativas que reflectem a aposta do sistema de saúde inglês nos cuidados preventivos. Young (2002) refere que este serviço incide na saúde das mães jovens, pobres e dos seus filhos de idade entre os 0 e os 5 anos, com enfase no aconselhamento de saúde e nas capacidades parentais.

A população inglesa dispõe ainda do acesso a um serviço telefónico 24 horas, que dá aconselhamento e informação sobre cuidados de saúde em caso de necessidade.

O esquema cronológico de consultas durante a gravidez, recomendado na região Europeia é idêntico ao estipulado em Portugal. A primeira consulta deverá realizar-se entre as primeiras 6 a 8 semanas de gestação. As consultas seguintes, com uma periodicidade de 4 em 4 semanas até às 28 semanas; das 28 às 36 semanas, quinzenalmente e após as 36 até ao parto deverão ser semanais.

Nos últimos anos, tem vindo a ganhar força um pouco por toda a Europa, um movimento para expandir o conceito de cuidados pré natal englobando nestes o aconselhamento pré concepcional, o qual deverá inclui a educação, avaliação, diagnóstico e intervenções para identificar os riscos da concepção. O objectivo dos cuidados pré concepcionais é reduzir ou eliminar os riscos para a saúde da mulher e da criança. O entusiasmo com o aconselhamento pré concepcional aumentou em paralelo com a estagnação das taxas de recém nascidos de baixo peso, mortalidade infantil e malformações congénitas e com o reconhecimento de que muitos riscos podem ser identificados e corrigidos antes da concepção.

## 1.2 -QUADRO LEGISLATIVO E ORGANIZACIONAL DO CENTRO DE SAÚDE

Atendendo a que o estudo efectuado se insere no contexto dos cuidados de saúde primarios, assentes em cuidados de proximidade às populações, sendo o centro de saúde instituição basilar dos mesmos, consideramos importante descrever o enquadramento legislativo e organizacional do mesmo.

Os centros de saúde criados pelo decreto-lei 413/71 de 27 de Setembro, constituem-se como instituição responsável por uma comunidade definida social, demográfica e

geograficamente. Orientados para a saúde pública e medicina preventiva com prioridade para a saúde materno infantil, nas suas actividades estão contemplados para além de acções de promoção da saúde e prevenção da doença, os cuidados assistenciais e curativos. Os serviços de enfermagem considerados de primordial importância, apostam no cuidar de e para o ambiente familiar dos grupos sociais da área geográfica abrangida pelo centro de saúde.

Segundo Rebelo, com a criação dos Centros de Saúde “*As Enfermeiras passam a ter uma importância maior no contexto da promoção, prevenção e ensino às populações*” (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Julho/Setembro 2002,p 17)

Com a publicação do despacho normativo nº 97/83, de 22 de Abril surgem os centros de saúde apelidados pelas instituições, organizações sindicais e pelos próprios profissionais de saúde de 2ª geração, assentes na integração dos então serviços médico sociais. Com a integração nos centros de saúde dos postos médicos dos serviços médico sociais, assiste-se á aglutinação das várias estruturas de prestação de cuidados de saúde, num sistema único.

Segundo Carrondo (1999) a integração dos serviços médico sociais comportou algumas dificuldades, devido a diferenças na filosofia de intervenção nos centros de saúde. Estes, para além das suas atribuições em termos de prevenção secundária e terciária, prestavam atenção á prevenção primária. Enquanto que os serviços médico sociais se limitavam a tratar os utentes através de consultas médicas, no centro de saúde a abordagem do indivíduo faz-se em detrimento da comunidade natural, família e escola. As consultas eram precedidas pela recolha de dados explicativos da situação, por parte das enfermeiras de saúde pública, de forma personalizada, enquanto que nos serviços médico sociais, prestavam cuidados curativos.

Ao nível da formação das Enfermeiras também se verificam assimetrias. Correia de

Campos (citado por Carrondo, 1999) refere que as enfermeiras de saúde pública eram formadas para entenderem o indivíduo no seu meio, numa perspectiva abrangente, enquanto que a maioria das enfermeiras dos Serviços médicos sociais desempenhavam um papel meramente administrativo preenchendo papeis e chamando os doentes para as consultas.

Mais tarde, com a publicação do decreto-lei nº 157/99 de 10 de Maio, reconhece-se os centros de saúde como primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população de uma determinada área geográfica. É reforçada a promoção da saúde designadamente através de acções de educação para a saúde, como atribuição primordial do centro de saúde. A legislação então publicada, define o objecto dos cuidados: indivíduos, família e comunidade, enquadrados pelas práticas recomendadas pelas orientações técnicas, elaboradas pelo Ministério da Saúde

Com a publicação do decreto-lei nº 60/2003 de 01 de Abril, reconhece-se como principal missão “*a melhoria do nível de saúde da população e dar resposta às necessidades de saúde, incluindo a promoção e a vigilância da saúde*” (artº 6, nº 1 e 2, Decreto Lei nº 60/2003). Este decreto vem permitir a integração do sector privado na rede de cuidados primários, constituindo-se assim junto com os centros de saúde, parte integrante do sistema nacional de saúde<sup>1</sup>. É realçada a importância do trabalho em parceria em equipa multiprofissional. A rede de cuidados de saúde primários constitui-se e assume-se em articulação com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como parceiro fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença.

É criada a unidade de apoio á comunidade e de enfermagem cabendo a essa unidade

---

1-Conjunto constituído por todas as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais liberais que acordem com o Serviço Nacional d Saúde a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades (Lei nº 48/90, de

para além de assegurar os cuidados de enfermagem aos indivíduos e famílias, colaborar em projectos de educação para a saúde. A aplicação deste diploma não se generalizou a todo o país, tendo sido implementado somente a alguns centros de saúde como células experimentais.

Actualmente a orientação política é no sentido de dar particular enfoque á reorganização dos centros de saúde, bem como á sua importância numa prestação de cuidados de saúde aos cidadãos mais próxima e adequada. Para isso iniciou-se o processo de lançamento e implementação das unidades de saúde familiar, assentes em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros, administrativos e outros profissionais, responsáveis pela prestação de cuidados de saúde a uma determinada população. Está prevista para essas unidades operacionais, autonomia de gestão técnica, assistencial e funcional.

Apesar dos inovadores conceitos emanados da reforma de 1971, reforçados e apoiados pelo enquadramento legislativo exposto, nos centros de saúde, instituições com responsabilidade na promoção da saúde cuja principal ferramenta é a educação para a saúde, predomina nas actividades de enfermagem praticadas, a vertente biomédica, a qual ainda tem um peso significativo em detrimento da actividades educativas. No Plano Director de Saúde do Algarve (Ministério da Saúde, 2004), no ano de 2001 as atitudes terapêuticas foram as áreas com maior peso na globalidade das actividades de enfermagem realizadas sendo as áreas de menor relevância as acções de educação para a saúde. No entanto em 2002, embora as atitudes terapêuticas predominem, ocorreu um aumento de acções de educação para a saúde.

Ao nível do actual Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil, iniciado em 1989, são estabelecidas para os centros de saúde as seguintes competências:

- Assegurar a primeira linha da Saúde Reprodutiva com assistência pré e pós - natal;
- Garantir a consulta de vigilância da Grávida;
- Articular-se com as consultas de referência obstétrica dos respectivos Hospitais;
- Localizar e identificar as necessidades locais em termos de saúde da grávida e recém-nascido;
- Estabelecer com o Hospital de Apoio Perinatal, através das Unidades Coordenadoras Funcionais, protocolos de referência para as situações de risco em saúde reprodutiva;
- Efectuar acções de informação e Educação para a saúde para as populações da sua área de residência.

## **CAPÍTULO II – A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: ESTRUTURA E PRÁTICA**

### **2.1 - A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

Uma vez que o termo “ educação para a saúde” nasce da interacção entre os conceitos de educação e saúde considera-se pertinente fazer uma prévia abordagem destes, de forma a permitir a sua melhor contextualização.

Sanvisens (citado por Cabanas, 2002) refere que na abordagem do conceito de Educação começa-se por tropeçar numa série de dificuldades, pelo facto de este termo expressar significados muito variados: “*a Educação como facto, realidade que ocorre na sociedade humana; acção; processo, efeito ou resultado*” (p 52).

Laporta, citado pelo mesmo autor, reforça essa posição ao afirmar que não existe um significado do termo que goze de uma autoridade absoluta a ponto de ter a pretensão de ser adoptado universalmente. Na mesma obra Cabanas (2002), refere-se á educação como um poliedro de muitas faces, para explicitar as diversas dimensões que a compõem. Ao mesmo tempo reforça a importância dos factores sociais ao referir “*A educação é inseparável da educação social, constituindo uma das forças que a determinam*” (p 57) As dimensões pessoais, culturais e políticas são outras das dimensões referidas.

Com base na análise etimológica do termo educação, proveniente de duas raízes latinas; “*educere*” que significa “conduzir para fora” e “*educare*”, que significa “criar,

alimentar”, Couto (1994) refere-se á existência de duas forças opostas no processo educativo, uma apelando á importância do desenvolvimento das capacidades intrínsecas ao indivíduo, na sua peculiaridade e individualidade. Outra, apelando á importância dos factores extrínsecos para o mesmo desenvolvimento, incluindo a situação do meio envolvente.

Nesta perspectiva a finalidade da educação será então promover e facilitar o desenvolvimento do ser humano, e como tal o processo de educação não dependerá e não poderá incidir somente no desenvolvimento das capacidades individuais, mas também proporcionar condições no meio ambiente e na sociedade conducentes ao seu desenvolvimento e crescimento.

Para Spencer (citado por Cabanas, 2002), os parâmetros determinantes do processo educativo são a informação sobre as circunstâncias pessoais de tipo psicológico, social e cultural do sujeito, a sua possibilidade e necessidade de ser educado, facilidade ou dificuldade que a isso oferecerá assim como a finalidade pretendida. Para este autor, a finalidade da educação não deverá pretender formar o homem segundo uma forma predefinida mas sim promover o desenvolvimento do indivíduo, considerado sujeito e objecto do processo educacional.

Freire (1979/2001) remete-nos para o carácter permanente e interactivo do processo educativo ao referir “... a Educação implica uma busca permanente realizada por um sujeito que é o homem. O homem deve ser o sujeito de sua própria educação” (p.28)

Pode-se concluir que o desenvolvimento do Homem através da educação deverá ser permanente e que este deve participar activamente nesse processo.

A indispensabilidade da educação para o completo desenvolvimento da pessoa ao longo de toda a vida é assumida pela política europeia. Em Março de 2000, o Conselho da Europa realizado em Lisboa, optou pelo termo “Aprendizagem ao Longo da Vida”,

que definiu como: *“toda a actividade de aprendizagem com o objectivo de melhorar conhecimentos, aptidões e competências”* (Comissão das Comunidades Europeias, 2000)

No artigo 26º da Declaração Universal dos Direitos do Homem é reforçada a ideia de que a educação constitui um direito de todos os seres humanos, a *“Educação é um direito de todas as pessoas que deve visar á plena expansão da personalidade humana e ao reforço dos direitos do Homem e das liberdades fundamentais”* (ONU, 1948).

Contudo, na sociedade actual, com o ritmo acelerado dos avanços tecnológicos e científicos, a educação já não é só um direito de todos, é também a chave para a cidadania.

Esta ideia foi desenvolvida na Conferência de Hamburgo, realizada em 1997, que veio reforçar a importância atribuída á educação de adultos, definindo o conceito como: *“o conjunto de processos de aprendizagem, formal ou não, graças ao qual as pessoas desenvolvem as suas capacidades e enriquecem os seus conhecimentos”* (UNESCO, 1998)

Assim num contexto de igualdade de oportunidades, a educação faz parte do desenvolvimento da pessoa, dando-lhe oportunidade para, ao longo de toda a vida, ser capaz de identificar as suas necessidades e ser um actor interventivo, na busca permanente do bem estar e do equilíbrio social.

Independentemente do significado atribuído, da orientação filosófica, cultural e política, a educação é determinante para a construção da cidadania e a apropriação das competências transformadoras e criadoras de condições de vida saudável.

Como o conceito de educação, também o conceito de saúde é recheado de algumas ambiguidades, relatividade e subjectividade. Até meados da década de 40, a saúde era vista numa perspectiva reducionista e biomédica, como a mera ausência de doença.

Em 1948, na Constituição da Organização Mundial de Saúde, adquiriu uma dimensão

mais global e holística, com a conceitualização de saúde como o estado de completo bem-estar físico mental e social e não somente a ausência de doença. (OMS, 1948)

Embora esta definição não seja perfeita, dado o carácter específico e pessoal da percepção de doença e também porque ao longo do tempo tudo flui e nada está completo ou determinado em termos conceptuais, ao explicitar-se que não é possível definir estado de saúde apenas pela demonstração da ausência de doença sublinha-se uma nova abordagem conceptual e uma clara viragem de paradigma, a qual reformula a posição do modelo biomédico tradicional e concebe a saúde como um complexo equilíbrio dinâmico entre múltiplos factores.

A descentralização da atenção na doença e na patologia e ênfase no indivíduo, na sua dimensão total e integradora, introduz uma reflexão crítica de natureza epistemológica, abrindo o caminho a novas perspectivas de abordagem, passando do primado dos cuidados curativos para a prioridade da prevenção da doença e promoção da saúde. Este diferente paradigma preocupa-se com o ser humano como um todo, também na sua dimensão social e espiritual, sugerindo o recurso a medidas preventivas da doença na busca do bem estar, cabendo aos profissionais de saúde o papel de orientador e interlocutor sobre as diferentes dimensões da vida e das pessoas

Por outro lado, temos a subjectividade presente no conceito de saúde devido à integração das dimensões bem-estar físico, mental e social, definidas em termos absolutos e por conseguinte difíceis de definir e avaliar, uma vez que o significado de saúde, relacionado com a percepção que cada pessoa ou comunidade tem num determinado momento e contexto, varia de grupo para grupo, enraizando-se na própria cultura.

Reis (2005) afirma que apesar da proposta holística da definição de saúde da OMS, o ponto de vista claramente dominante nos cuidados de saúde, ao longo da última metade do século passado, privilegiou uma concepção de saúde como sendo a ausência de

doença baseada na dimensão física da pessoa.

Em 1986, a OMS organiza a I Conferência Internacional em Promoção de Saúde, na qual é reforçado o papel desempenhado pelo indivíduo na construção de contextos de saúde, acrescentando acção á definição anterior. O postulado vai para o cidadão no centro do sistema de saúde. “*A pessoa deve ser capaz de intervir, de identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio* “ (Carta de Ottawa sobre promoção da saúde:1986)

Portugal (1997) defende que embora seja fundamental a intervenção da própria pessoa compete á sociedade accionar os mecanismos que eduquem os respectivos cidadãos, de forma a promover a saúde.

Assim considerando a saúde como fonte de riqueza e um conceito positivo, que acentua os recursos pessoais e sociais, surge a noção de saúde como um valor a promover junto da pessoa e aumentam as evidências da influência das condições de vida, do desenvolvimento e da educação na saúde.

Reis (2005) menciona que a saúde é o melhor recurso para o progresso pessoal, económico e social, e uma dimensão importante da qualidade de vida. Os factores políticos, económicos, sociais, culturais, do meio ambiente, de conduta e biológicos podem intervir a favor ou contra a saúde. Para Rodrigues, Pereira e Barroso (2005) os factores condicionantes da saúde não são lineares, pelo contrário formam complexas redes. Embora interligados e interactivos podem ser agrupados em biológicos, por exemplo a idade, sexo, factores genéticos, comportamento e estilos de vida. Fumar, exercício limitado, nutrição pouco saudável; ambiente e condições de vida, assim como as políticas de saúde, serviços de saúde e respectiva acessibilidade são alguns dos factores que condicionam a saúde dos indivíduos.

Torna-se assim indispensável abordar as questões de saúde numa perspectiva

alargada, multidisciplinar, que respeita o conceito de saúde integral da pessoa ao longo do ciclo vital, dando amplitude máxima à promoção da saúde, na vertente educacional e preventiva, tendo em conta os múltiplos determinantes do comportamento e da saúde, considerada um direito fundamental que deve ser promovido com equidade, e que depende da participação e da co-responsabilidade individual, de grupos, instituições e comunidades.

No caminho do desenvolvimento saudável enquanto processo de busca de harmonia, o Homem precisa de cuidar da sua relação com o meio envolvente e modificar os seus comportamentos sempre que esteja em causa o equilíbrio dinâmico dos sistemas. A saúde dos sistemas e do meio, influência de forma determinante a qualidade de vida das populações.

Em Setembro de 1998, os Estados membros da OMS, reafirmam o compromisso relativamente à conquista de um padrão de saúde elevado, como sendo um dos mais importantes direitos de todos os seres humanos. O Comité Regional Europeu da OMS (1998/2002) procedeu à actualização da análise das políticas e resultados em Saúde na Região Europeia. Após um longo processo de consultadoria com os estados membros foi elaborado um documento “Saúde 21” onde consta um plano de acção, cujo objectivo é atingir um potencial completo de saúde para todos, dentro da mesma linha que caracterizava a Declaração de Alma-Ata e a conferência de Ottawa. (OMS, 1998/2002)

O objectivo delineado é atingir um alto padrão de saúde para todos, promovendo e protegendo a saúde das populações e reduzindo a incidência das principais doenças, dando continuidade aos princípios adoptados na conferência internacional de cuidados de saúde primários, tal como vem referido na introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia (OMS, 2002)

Em paralelo com as novas dimensões abarcadas pelo conceito de saúde e educação, o

conceito de educação para a saúde alarga-se e aprofunda-se. Por um lado temos a educação como chave para a cidadania e como valor a preservar, por outro, temos o conceito de saúde, carregado de subjectividade e interdependente de valores individuais, sociais, reflectindo as tendências políticas vigentes.

O Conselho Europeu e os Ministros da Educação dos estados membros, na resolução de 23 de Novembro de 1988, definem educação para a saúde como: “... *processo que utiliza forma de aprendizagem programadas com vista a permitir aos indivíduos tomar decisões fundamentadas relativamente a questões ligadas á saúde e agir em conformidade com elas*” (Conselho Europeu, 1988).

A esta definição as Conclusões do Conselho da Europa e dos Ministros da Saúde, de 13 de Novembro de 1992, relativas á educação para a saúde, acrescentam que embora a escola seja fundamental, existem também outros meios em que a educação para a saúde desempenha igualmente um papel capital, nomeadamente as colectividades locais, os lares, os hospitais e os locais de trabalho. É então reforçado o papel da comunidade e dos profissionais de saúde no processo.

Portugal (1997) refere-se igualmente á educação para a saúde como aprendizagem consistindo numa sequência de diferentes etapas de apropriação de um novo comportamento, exigindo informação sobre os determinantes de saúde, necessidade de tomar decisões, valorização e adopção de comportamentos, assim como a interiorização e incorporação nos hábitos quotidianos.

Green (citado por Rochon, 1992) refere-se igualmente á educação para a saúde como a aprendizagem, destinada a facilitar as mudanças voluntárias de comportamentos saudáveis., mas acrescenta que esta deve ser planeada e que deve consistir na combinação de experiências. Para este autor os comportamentos saudáveis são os que nos permitem melhorar a saúde.

Outro termo que aparece nas diversas definições é o da aprendizagem planeada, que para Rochon (1992) implica a existência de um processo de reflexão sistemática prévia de elaboração do projecto de educação para a saúde e situa o papel do educador como facilitador de mudanças voluntárias de comportamento. O que especifica primeiramente que todo o indivíduo possui um modo de vida condicionado pela herança cultural e familiar, tem os seus próprios comportamentos, atitudes, valores experiências e conhecimentos. O objectivo primordial é deste modo, facilitar as mudanças de estilos de vida e comportamentos, de forma voluntária. A integração da aprendizagem no conceito de educação para a saúde, pressupõe a aquisição não só de conhecimentos mas também de competências que devem ser aprendidas e praticadas.

Assim, a educação para a saúde é um processo de aprendizagem que tem como objectivo a aquisição de comportamentos, estilos de vida considerados saudáveis e de competências, de modo a que as pessoas possam gerir melhor a sua saúde, ou seja, a optar de modo informado, consciente, responsável e autónomo, com a finalidade de promover, manter e recuperar a sua saúde.

Segundo Reis (2005) as significações pessoais são os principais determinantes das atitudes e dos comportamentos de promoção da saúde e desempenham um papel no processo de adesão às recomendações dos profissionais de saúde ou às mensagens incluídas nos programas de educação para a saúde. Ainda citando o mesmo autor o processo de construção de significações é autónomo e ao emergir de biografias únicas e pessoais difere em maior ou menor grau daquelas que são norma numa determinada cultura local e por isso inscrevem-se no âmbito de convenções linguísticas e narrativas culturais nas quais a pessoa está imbuída

A capacidade das pessoas para construírem autonomamente significações sobre si próprias, os outros, o mundo e a vida designa Reis “*autonomia conceptual afectiva*” que

se traduz na reflexão relativa á implementação e modificação de estilos de vida ou na decisão em aderir ás recomendações dos profissionais de saúde.

Para Adell (2001) os hábitos e estilos de vida das populações nem sempre são o resultado de opções inteiramente livres, conscientes e independentes, mas são influenciadas pelas constantes pressões de natureza económica, social e ambiental. A eficácia individual das intervenções dos profissionais de saúde no âmbito da educação para a saúde é limitada, ainda que o seu impacto seja enorme, se essas intervenções se generalizarem e, sobretudo se ocorrerem num contexto global que promova e facilite em todos os sentidos os hábitos saudáveis, sem se limitarem exclusivamente á educação.

Os problemas de saúde ligados aos estilos de vida e aos comportamentos adquirem hoje particular relevo. Assim, o desenvolvimento saudável da população representa um aspecto importante na vida de qualquer comunidade.

Rodrigues, Pereira e Barroso (2005) referem-se ao desenvolvimento dos indivíduos como um processo contínuo através do qual estes adquirem capacidade de satisfazer as suas necessidades e de promoverem competências pessoais e sociais. A promoção da saúde é um determinante desse desenvolvimento.

Sendo a saúde encarada como apetrecho de desenvolvimento e bem-estar, um recurso com implicações no sucesso escolar e na integração social, a prática da educação para a saúde não pode traduzir-se simplesmente na transmissão de informação sobre determinado assunto. Para Reis (2005) a filosofia subjacente da educação para a saúde consiste em inculcar nos destinatários o valor da saúde como um bem e é nesse sentido que devem assumir responsabilidade pelo seu próprio estado de saúde.

Cada cidadão assume no processo um papel inelutável de actor e educador de saúde, pelo que a educação se deve centrar nas disposições e capacidades individuais e colectivas, oferecendo conhecimentos, influenciando modos de pensar, gerando ou classificando

valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamento e estilos de vida. Pode-se assim sublinhar que o principal foco da educação para a saúde é as atitudes e comportamento de saúde

Embora as pessoas tenham um papel activo na promoção da saúde, os técnicos, os dirigentes e os responsáveis políticos têm também uma grande influência sobre a saúde através de acções promotoras de condições de vida conducentes ao bem-estar das populações e da oferta de serviços á população.

## 2.2- A INTERVENÇÃO DIRIGIDA Á MUDANÇA COMPORTAMENTAL

Bennett e Murphy (1999) referem que a mudança do comportamento dos indivíduos surge como principal objectivo da educação para a saúde, embora as estratégias didácticas se focalizem em factores cognitivos, como as atitudes e crenças, considerados factores mediadores causais do comportamento. Se por um lado as mudanças de comportamento são a principal finalidade, por outro lado constituem também a principal dificuldade referenciada pelos educadores.

Carvalho e Carvalho (2005) num estudo realizado sobre educação para a saúde e cuidados de saúde primários, refere que a dificuldade mais apontada por 73% dos sujeitos do estudo, foi provocar mudanças de comportamento.

Para Abreu (1982) todo o comportamento humano é motivado, sendo a motivação um conceito que descreve forças actuantes extrínsecas e intrínsecas ao indivíduo que inicia, dirige e mantém o comportamento.

Segundo Redman (2001/2003), a motivação também explica diferenças na intensidade e direcção do comportamento. Nas situações de ensino aprendizagem, relaciona-se com a vontade da pessoa para aprender. Nessa perspectiva, a motivação deve ser estimulada e

desenvolvida, sendo a avaliação da motivação parte importante do processo de ensino/aprendizagem. Para este autor o formador deve activar a motivação antes de activar a aprendizagem e deve ajudar a manter a motivação durante a mesma.

Para Green (1986) as alterações comportamentais são determinadas por aspectos ambientais e demográficos, tais como, idade, sexo, nível sócio económico, religião e por factores cognitivos, atitudes, influência social e expectativas de auto-eficácia. Consequentemente as alterações comportamentais obedecem a um processo lógico: recepção da informação; processamento da informação e alteração comportamental.

A informação é necessária para uma tomada de decisão racional e tem influência decisiva no comportamento humano. Contudo não explica a totalidade dos comportamentos relacionados com o estilo de vida. Ainda que a informação seja necessária, não basta para levar a cabo acções de promoção da saúde nem para estimular os comportamentos saudáveis. É mais provável que os indivíduos adoptem uma medida, se pensarem que são vulneráveis ou sensíveis a um determinado problema de saúde.

Segundo Adell (2001), a decisão de alterar um comportamento depende basicamente de dois factores: a sensação de ameaça pelo facto de manter esse comportamento e da confiança em ser capaz de mudar. Estes processos estão muito influenciados por factores ambientais e do meio envolvente que como refere Green dificultam e obstruem a tomada de decisão pessoal.

Weinstein (citado por Ogden, 1999) refere que uma das razões pelas quais as pessoas continuam a ter comportamentos prejudiciais para a saúde é a percepção errada do risco e da susceptibilidade.

Prochaska e DiClemente (citados por Adell, 2001), formularam a hipótese de que as mudanças comportamentais obedecem a uma série de etapas. Estas etapas correspondem ao que denominaram etapas de mudanças, podem ser explicadas como uma progressão

ao longo de um processo, que tem início com uma etapa de pré contemplação, continua com uma etapa de contemplação, seguida de uma etapa de preparação, terminando com as etapas de alteração e manutenção.

Durante a etapa de pré-contemplação o indivíduo não sente necessidade de mudar, enquanto que na etapa de contemplação já existe intenção de mudar. As pessoas que se encontram na etapa de pré contemplação podem estar mal informadas ou desinformadas, ou então sentir-se incapazes de mudar, ou por razões diversas, nem sequer colocarem essa hipótese. Geralmente comportam-se de forma defensiva a respeito dos seus hábitos presentes e são muito resistentes às pressões externas e à mudança.

Os contempladores revelam-se muito mais abertos à informação sobre os riscos e consequências associados aos seus hábitos, estão dispostos a tentar mudar ou já realizaram algum esforço em direcção à mudança.

Adell (2001) refere também que o modelo das etapas de mudança, permite não só prever as alterações comportamentais mas também adequar as recomendações preventivas tornando-as muito mais eficazes, no caso do aconselhamento acerca dos hábitos alimentares. Ainda segundo a mesma autora, na etapa de pré contemplação deve ser transmitida informação, tratando-se pois de personalizar riscos e vantagens e de transmitir expectativas de êxito. Na etapa de contemplação, uma vez que os indivíduos estão mais conscientes dos riscos e da necessidade de mudar. É importante ensinar mecanismos facilitadores dessa mudança, que ajudem a desenvolver uma estratégia de mudança, oferecer apoio e material educativo.

O papel desempenhado pelos profissionais de saúde na mudança do estilo de vida dos utentes, no sentido da alteração dos hábitos de risco, pode traduzir-se numa série de actividades: avaliação para posterior diagnóstico, intervenção, estratégia de mudança e vigilância e controlo da evolução.

A avaliação consiste na análise dos factores de risco, dos antecedentes pessoais e familiares e das variáveis psicossociais, fisiológicas, comportamentais e demográficas que sejam relevantes. A intervenção compreende no mínimo, uma recomendação sobre a necessidade de adoptar hábitos saudáveis. Inclui também se for conveniente um processo de diálogo interactivo, em que tanto o profissional como o utente, colocam questões, contribuem com informação e discutem a aplicação de possíveis intervenções comportamentais.

O resultado final do aconselhamento é o desenvolvimento, em conjunto de uma estratégia de mudança.

A vigilância e controlo da evolução deve comportar uma nova avaliação para determinar se foram alcançados os objectivos estabelecidos. Pode ter então lugar um reajuste de objectivos e um aperfeiçoamento do plano, seguido de novo de um acompanhamento continuado da evolução.

Segundo Adell (2001) é difícil fazer uma separação entre a avaliação e o próprio processo de intervenção, que compreende em grande parte, uma exploração dos recursos, motivações, áreas problemáticas e padrões de comportamento, em relação ao comportamento a mudar. Mediante a discussão e a exploração da forma como o utente pode fazer as alterações necessárias, o profissional pode ajudá-lo a ter maior consciência do problema, podendo actuar como catalisador para a mudança. O sucesso da intervenção depende da colaboração entre profissional e utente, assim como da capacidade deste último para facilitar o processo.

Horwitz (citado por Adell, 2001), menciona que a falta de compreensão por parte do utente e um contexto social difícil impede a manutenção da alteração desejada.

É assim fundamental desenvolver programas que permitam desenvolver o potencial de saúde de cada indivíduo visando formar gerações mais saudáveis e aptas a enfrentar

desafios futuros, sem fundamentalismos mas a optarem de forma consciente e informada.

## 2.3- MODELOS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### 2.3.1-MODELO COMPORTAMENTAL

Uma característica importante dos programas de educação para a saúde e das metodologias que visam prevenir comportamentos e atitudes inadequadas reside no seu carácter didáctico, com tradição no domínio da saúde. Pretende-se ensinar a pessoa a modificar certos comportamentos e atitudes e estilos de vida.

Reis (2005) menciona que o grau de sucesso das acções preventivas depende da adesão<sup>2</sup> aos conselhos, recomendações do profissional de saúde ou ás mensagens incluídas nos programas de educação para a saúde. O conceito de saúde vigente no quadro político e social e até mesmo nos próprios profissionais interfere no desenvolvimento das práticas e dos programas de Educação para a saúde.

O conceito de saúde que concebe as dimensões sociais, psicológicas e biológicas com uma existência independente, mas que interagem de forma hierárquica, surgindo a dimensão biológica no plano superior constitui a base, do modelo comportamental, referenciado por Reis. As intervenções didácticas seguindo este modelo, baseiam-se no postulado de pessoa como receptáculo onde se acumula e processa a informação externa que lhe é transmitida. Assim, o utente dos serviços de saúde deve memorizar ou

---

<sup>2</sup> “ Medida em que o comportamento do utente em termos de seguir o regime terapêutico ou outras mudanças de comportamento no seu estilo de vida coincide com os conselhos do técnico de saúde”(Haynes,cit. Ogden, 1999)

reproduzir o conteúdo das mensagens veiculadas pelos programas ou pelas acções educativas do técnico de saúde. As práticas educativas baseiam-se no fornecimento, transmissão ou transferência de informação. Sendo esta informação transmitida directamente pelo profissional de saúde ou então veiculada através de folhetos.

O profissional de saúde assume o papel de autoridade epistemológica que controla o processo educativo de forma directiva e inquestionável, adopta uma posição autoritária e paternalista que visa exclusivamente corrigir o utente, dizer-lhe o que deve fazer e pensar. As reflexões e as questões do paciente são consideradas como factor impeditivo das acções preventivas

Os sujeitos da acção educativa são concebidos como passivos, com necessidade de motivação externas. Por sua vez os educadores planeiam previamente um curriculum partindo de um determinado conteúdo em componentes e depois sequenciando essas partes numa hierarquia do menos para o mais complexo e determinam como vão avaliar a acção.

O modelo comportamental baseia-se nas seguintes asserções teórico-metodológicas:

⇒ Conhecimento e a aprendizagem considerados como sistema de respostas associadas a estímulos e reforços. A prática e motivação externa são os ingredientes essenciais do processo de aprendizagem.

⇒ Aprendizagem resultante de observações, da escuta atenta, das explicações dos educadores, do envolvimento em actividades ou sessões praticas assistidas com feedback. A aprendizagem e consolidação de aptidões produzirão uma acumulação ou associação que resulta num conceito mais abrangente. O progresso é avaliado medindo comportamento observável em tarefas pré determinadas.

O modelo comportamental defende que o ser humano está á mercê das contingências ambientais que controlam o seu comportamento, existindo um determinismo externo nos

processos de aprendizagem e de mudança. Os comportamentos a adquirir ou a modificar devem ser estabelecidos de forma operacional ou objectiva. Os comportamentos mais complexos que se pretendem adquirir são planeados de forma sequencial e hierárquica.

Em programas de educação para a saúde junto de adolescentes com o objectivo de prevenção da Sida ou outras doenças transmissíveis sexualmente, ao utilizar esse modelo o grupo alvo é recompensado quando exhibe comportamentos, ou seja aptidões sociais, que permitem resistir á pressão social para terem relações sexuais. A pessoa é recompensada contingentemente pela imitação do comportamento do modelo observado. Nos programas de prevenção ou controlo do tabagismo, introduz-se frequentemente um estímulo aversivo contingente ao comportamento de fumar.

Assim o modelo comportamental baseia-se nas contingências de reforço para a eliminação e a aquisição de comportamentos, negando a participação e a necessidade de incorporar os processos cognitivos da pessoa nos processos de aprendizagem e de modificação do comportamento.

### 2.3.2-MODELO COGNITIVISTA DE PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO

A teoria integradora, referida por Reis, (2005) segundo a qual o bem-estar e a saúde são avaliados ao longo de um contínuo e não em termos dicotómicos originou o modelo de educação para a saúde denominado por este autor, de cognitivista de processamento de informação. Esta forma de conceber os processos de saúde e doença implica que o estado de saúde não pode ser definido exclusivamente do ponto de vista do técnico de saúde, pois as significações pessoais, que se expressam no âmbito de uma determinada cultura são uma componente importante do bem estar global da pessoa. A saúde é deste

modo encarada como um processo dinâmico e não um estado final.

O conhecimento que a pessoa adquire de determinados factores de risco, do seu ambiente e da dialéctica que estabelece com esse ambiente, permite-lhe alcançar objectivos cada vez mais integradores e flexíveis, que lhe permitem ter maior controlo sobre o seu estado de saúde.

No âmbito desta perspectiva as acções preventivas das quais a educação para a saúde é a principal ferramenta, visam que as pessoas participem nos processos de prevenção da doença, que sejam responsáveis pelos seus comportamentos e atitudes, escolham e assumam as suas opções, através de um melhor conhecimento de si próprias, dos factores de risco das doenças e dos comportamentos e atitudes que promovam a saúde. O profissional de saúde assume o papel de facilitador do processo preventivo ou de aprendizagem auxiliando o utente na tomada de decisão, informando-o sobre os factores de risco de uma determinada doença. Depois de ter conhecimento dos factores de risco e da necessidade de mudança de estilo de vida e até mesmo da reformulação dos seus objectivos pessoais, a pessoa poderá se o desejar envolver-se no processo.

Pode-se afirmar que há uma parceria epistemológica entre o profissional de saúde e o utente *“Ambos têm algo a oferecer e conhecimento a propor. O profissional tem conhecimento especializado num dado domínio, mas o utente também se especializou sobre o seu corpo e sobre o contexto da sua vida.* (Reis 2005, p.32)

Essa parceria epistemológica significa que o utente participa activamente no processo. Em vez de pensar pelo utente o técnico acompanha o raciocínio deste e promove a reflexão, a autonomia e a tomada de decisão. Este modelo de relação entre o técnico e utente tem implicações nas metodologias de educação para a saúde utilizadas. Nos processos de aprendizagem procura-se que a pessoa tenha oportunidade de construir as suas significações, apoiando-se em actividades reflexivas em detrimento da memorização

ou reprodução da informação transmitida pelos técnicos ou educadores. As significações pessoais constituem o ponto de partida das acções educativa e não o ponto de chegada. Pretende-se que a pessoa se conheça melhor a si própria, compreenda a importância das atitudes e comportamentos em relação ao seu estado de saúde e bem-estar, mas tendo oportunidade de ser confrontada com significações ou narrativas diversas diferentes das suas.

O ponto de partida do programa de educação para a saúde deverá considerar as significações do destinatário sobre saúde, ligação entre comportamentos, emoções e pensamentos. A pessoa é convidada a participar activamente nos objectivos e métodos de mudança e os técnicos assumem-se como parceiros e orientadores dessa mudança.

Os programas de educação para a saúde, segundo este modelo, devem permitir á pessoa fazer as suas próprias conexões entre o programa e a sua existência, conhecimento e valores e promover a reflexão e a construção autónoma de estilos de vida e de novos padrões de comportamento.

## CAPÍTULO III – A FORMAÇÃO DAS ENFERMEIRAS

### 3.1- GENESE E EVOLUÇÃO DO ENSINO DE ENFERMAGEM

Embora não fazendo parte do âmbito do objecto de estudo desta investigação efectuar uma pesquisa de carácter histórico sobre a evolução da formação em enfermagem, parece pertinente fazer uma breve abordagem sobre o contexto social da profissão de enfermagem, inicio e evolução, da mesma, para uma melhor compreensão das práticas.

Normalmente associada ao papel da mulher, a enfermagem reflecte também o estágio de desenvolvimento destas na sociedade. Até meados do século XIX, o papel da mulher restringia-se ao cuidar, no sentido lato do termo: cuidar dos filhos, maridos, moribundos, dos feridos, dos mais velhos, enquanto que ao mesmo tempo ajudavam outros a nascer. Os conhecimentos passavam de mãe para filha, de forma empírica.

Perante situações ocasionais de grandes cataclismos, epidemias e guerra, este cuidar empírico e caseiro, transbordava para além do seio familiar no sentido de suprir aquilo que a família só por si não conseguia.

As raízes da Enfermagem organizada foram fundadas a providenciar cuidados de saúde para os pobres, discriminados e desprovidos de qualquer tipo de exercício de poder. A disciplina de Enfermagem foi desenvolvida em meados de 1800, em Inglaterra por Florence Nightingale, que organizou os cuidados de saúde para os soldados na guerra da Crimeia.

Destacou cinco pontos essenciais para assegurar a saúde das famílias e promover a saúde: ar puro, água potável; sistema de esgotos eficiente, limpeza e luz. Identifica

também, que uma boa alimentação, descanso, saneamento e higiene são factores condicionantes da saúde.

Florence escolheu a expressão “*Health Nursing*” para destacar que a enfermagem deve-se esforçar ao máximo para promover a saúde e prevenir a doença.

Em Portugal, segundo Carvalho (2005), a necessidade de formar pessoal de enfermagem minimamente qualificado é sentida sobretudo pelos médicos. Será, de resto por sua iniciativa e sob a sua liderança, que serão criados os primeiros cursos e escolas de Enfermagem destinadas a ministrar instrução apropriada ao seu pessoal de enfermagem e a todos os que desejassem obtê-la.

Curry Cabral, em 1901, enquanto enfermeiro mor do Hospital Real de S. José na sequência da reforma do Hospital, decide para além da reorganização dos serviços, investir no pessoal que nele trabalhasse. Agregada ao hospital, em instalações provisórias nascia a 1ª escola profissional de enfermagem a qual se propunha como missão ministrar "*a instrução doutrinária, técnica e os conhecimentos de prática que as exigências da ciência actual reclamam*" a todos aqueles que, no hospital, "*tenham de cumprir prescrições médicas ou cirúrgicas e de prestar cuidados de enfermagem a doentes*" (Nogueira, 1990, p.134).

Em princípio previa-se já um curso básico com a duração de um ano, enquanto o curso completo seria de dois anos. O enfermeiro era então visto numa posição de subordinação ao médico.

Paralelamente com a criação da escola é aprovado em 1903 o regulamento do “*curso de parteira*”, professado na Universidade de Coimbra e nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, com a duração de dois anos. No 1º ano do curso, as matérias restringiam-se ao mais elementar e mais propriamente referente a gravidez e partos normais; o 2º ano, por seu turno, era dedicado ao estudo dos partos distócicos, aos exercícios com

manequins e à assistência clínica.

Outras iniciativas surgirão já depois da República e nomeadamente por mão das congregações religiosas, como a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, fundada em 1937 por Eugénia Tourinho, uma religiosa brasileira diplomada em enfermagem por uma escola francesa.

Como refere Nogueira (1990) esta escola procurou "*...pôr em prática um curso de três anos, no qual eram incluídas matérias de cariz humanístico, como higiene mental, psicologia, sociologia ...*" (p. 135).

Em 1940, pelo decreto nº 30447, de 17 de Maio, o Ministério da Educação Nacional havia, entretanto, criado a Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) do Instituto Português de Oncologia (IPO), durante muito tempo a mais prestigiada e elitista de todas. Com um curso de três anos e exigindo como habilitação mínima o 2º ciclo liceal (o antigo 5º ano dos liceus ou o actual 3º ciclo do ensino básico). Para Carvalho (2004), esta escola teve reconhecidamente um papel importante na evolução do ensino da enfermagem em Portugal. Segundo Soares (1997) a Escola Técnica de Enfermeiras e a Escola de Enfermagem de São Vicente de Paulo modificam o panorama do ensino de enfermagem, sendo uma das razões a importância dada à componente prática. Os estágios são organizados, em alternância com a parte teórica, realizados em serviços seleccionados, de acordo com as necessidades de aprendizagem dos alunos. Os documentos que existem no arquivo da Escola Técnica de Enfermeiras relatam que durante os períodos de estágio, além da prestação de cuidados aos doentes, as alunas deviam fazer palestras sobre assuntos diversos relacionados com a manutenção da saúde e prevenção da doença.

Carvalho (2004) afirma ainda que a formação em enfermagem em Portugal tem efectuado um percurso difícil, complicado e até conflituoso e as razões apontadas são a dificuldade em separar o ensino de enfermagem do seu contexto social e da prática da

profissão. A evolução das escolas vai desenrolando-se com as dificuldades inerentes á época. Á enfermeira era reservado o papel de auxiliar do médico. Além disso, o ensino era orientado para os cuidados hospitalares, como se pode verificar pelas afirmações do autor supracitado:

*“A aprendizagem completamente influenciada pelo hospital, era muito voltada para os cuidados curativos. A saúde pública não tinha o peso necessário de forma a permitir a visão ampla das necessidades da comunidade a nível primário de prevenção”.*

(Carvalho, 2004, p 37)

A mais recente das alterações, a nível do ensino da enfermagem, é a sua integração no ensino superior politécnico, sob a dupla tutela do Ministérios da Educação e da Saúde (D.L. nº 490/88, de 23 de Dezembro, regulamentado pela Portaria nº 65-A/90, de 26 de Janeiro). As várias escolas de enfermagem de Portugal passam a ministrar cursos superiores especializados e cursos de bacharelato em enfermagem.

O plano de estudos do curso de bacharelato em Enfermagem, tinha como principais finalidades formar profissionais de enfermagem numa perspectiva humana e científica, capazes da prestação de cuidados aos três níveis da prevenção, proporcionando formação a nível cognitivo, afectivo e psicomotor. A filosofia em que assentava o plano de estudo era a seguinte:

- Visão holística do homem;
- Saúde como processo de adaptação ao meio ambiente;
- Promoção do auto cuidado;
- Aprendizagem activa/participativa.

O Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro, vem aprovar a criação do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Neste curso Carvalho (2004) refere que a componente

prática é valorizada constando mesmo de 57% da sua duração.

A mudança verificada procurava dar resposta a um conjunto de dificuldades e problemas que se faziam sentir, tais como a tendência para um ensino transmissivo e reprodutivo; desadequado ênfase na formação em cuidados de saúde curativos em vez de preventivos; a dificuldade em desenvolver o pensamento crítico, capacidade de inovação e o estabelecimento de prioridades devido á intensidade do curso; dificuldade em adoptar o ciclo de vida como concepção curricular e a compartimentalização da área científica de enfermagem devido á multiplicidade de disciplinas o que dificultava a visão holística e integradora da mesma.

O plano de estudos do curso de Enfermagem de um modo geral, caracteriza-se pela aproximação aos contextos de trabalho, proporcionando ao aluno desde o primeiro ano, um contacto progressivo com as situações reais de trabalho de modo a desenvolver competências de formação integrada, respeitando a dialéctica entre teoria e pratica. É dada ênfase á saúde na comunidade, procurando demonstrar a importância dos cuidados de saúde primários. Durante os ensinamentos clínicos em saúde da comunidade, os alunos realizam acções de educação para a saúde.

No entanto, talvez fruto da pesada herança do último século, verifica-se enquanto orientadora de alunos nos campos de estágios que os alunos de enfermagem continuam a privilegiar a execução de técnicas em detrimento dos aspectos relacionais e da promoção da saúde, cuja principal ferramenta é a educação para a saúde. Intervindo no campo da saúde, sujeito a rápidas transformações, ao nível do saber e da técnica, a enfermagem confronta-se frequentemente com a necessidade de repensar as competências essenciais ao desempenho da profissão, num meio em permanente mudança.

A formação principalmente em enfermagem, devido ao seu objecto, o homem, não se

deve designar nem se aplicar a processos simples de aquisição e acumulação de informação, mas abranger transformações mais profundas e globais. Deve implicar o indivíduo que a está a fazer, contribuindo para a sua autonomia e desenvolvimento, dentro do quadro social em que está inserido, tornando-o activo na sua transformação e capaz de operar a mudança dentro dele.

Sendo de extrema importância a formação inicial, no entanto, para Espiney (2004) aprender a aprender surge como eixo estruturante de todo o processo de aprendizagem, uma vez que o enfermeiro deverá manter ao longo da sua vida uma atitude de aprendizagem permanente face aos desafios constantes que os desenvolvimentos na saúde e nas sociedades impõem.

Nos últimos vinte e cinco anos em Portugal, ocorreram mudanças significativas no ensino de enfermagem, com repercussões positivas na profissão.

Desde 1996 está em vigor o Regulamento de Exercício da Profissão de Enfermagem (REPE) que esclarece quais são os deveres e obrigações dos profissionais de enfermagem. Entre outras matérias define o conceito de enfermagem, enfermeiro, intervenção autónoma e caracteriza os cuidados de enfermagem.

A enfermagem é definida como:

*“...profissão que, na área da saúde tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhoram e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional”* (Decreto-Lei nº161/96,artº 4º).

Cabendo assim a esses profissionais um papel relevante na promoção da saúde das populações, cuja ferramenta principal é a Educação para a saúde.

É hoje amplamente consensual que o papel dos enfermeiros reside no cuidar das e com

as pessoas, numa perspectiva global que requer uma abordagem complexa com vista á satisfação das necessidades, recuperação das suas funções e á potenciação das capacidades para o auto cuidado.

Cuidar pressupõe uma visão humanista com base em conhecimento científico. É um processo assente em relações interpessoais com grande reciprocidade entre os enfermeiros e as pessoas, elementos activos no processo terapêutico, desde a tomada de decisões á prestação dos seus próprios cuidados, assumindo as questões comunicacionais e educacionais de particular relevância

**CAPÍTULO IV - CONHECIMENTOS E IDEIAS DAS ENFERMEIRAS SOBRE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA GRAVIDEZ**

**4.1-ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

**4.1.1-OBJECTIVOS**

Pretendemos descrever as práticas educativas das enfermeiras, durante a vigilância pré natal. Os objectivos específicos que conduzirão á operacionalidade do objectivo delineado são os seguintes:

- Conhecer as bases teóricas sobre educação para a saúde na profissão de enfermagem;
- Analisar as estratégias educativas utilizadas em acções de educação para a saúde;
- Identificar os factores intervenientes nas praticas educativas das enfermeiras;
- Analisar a relação grávida/enfermeira no decorrer de acções de educação para a saúde.

**4.1.2 - MODELO DE ANALISE**

As directrizes que nortearam as diferentes fases deste estudo descritivo e exploratório,

enquadram-se nas características das metodologias qualitativas, na medida que se pretende interrogar a realidade no contexto e na perspectiva das pessoas que a vivem, sem procurar controlá-la, no sentido de fazer imergir variáveis que permitam descrever as práticas, conhecimentos e as ideias dos sujeitos sobre o fenómeno em estudo, “educação para a saúde durante a vigilância pré natal”.

A população alvo é constituída por enfermeiras que exercem funções nos centros de saúde da sub-região de saúde de Faro.

A escolha deste campo de investigação deve-se ao facto da autora ser enfermeira, num centro de saúde da região do Algarve, onde desempenha igualmente funções de gestão, com responsabilidade na qualidade dos cuidados prestados.

Parece-nos pertinente a análise destas práticas na medida em que persiste alguma lacuna na avaliação das actividades educativas de enfermagem na sub-região. O Plano Director Regional da Região de Saúde do Algarve menciona diversos problemas relativos á qualidade do registo das actividades de enfermagem, que poderão condicionar a análise das práticas. Um dos problemas referidos é a ausência de uniformidade na definição dos conceitos utilizados: “...*não existe um consenso acerca da definição conceptual e operacional dos diversos tipos de actividades de enfermagem...* “ (2004, p.72)

Por sua vez, só com base na avaliação das práticas e dos factores condicionantes das mesmas se pode conduzir á aquisição de dados impulsionadores de mudança.

Boudon, citado por Abreu (2001) a propósito de análise estratégica e das práticas de pesquisa, refere ser possível a articulação entre técnicas qualitativas e quantitativas e trabalhar, a nível de análise, conteúdos explícitos e implícitos, material descritivo e estatística.

Apesar da utilização de métodos de análise predominantemente qualitativa, recorre-se ao apoio de análises quantitativas, utilizando sempre que necessário tratamentos

estatísticos descritivos e inferenciais, de modo a permitir elucidar aspectos pertinentes do fenómeno em estudo.

#### 4.1.2.1-Delimitação e Caracterização da População em Estudo

Em virtude de considerarmos o centro de saúde como instituição privilegiada para a pratica da educação para a saúde, na medida em que está vocacionada para a prestação de cuidados de proximidade ao longo dos ciclos de vida das populações, decidimos pelo universo populacional constituído por enfermeiras que exercem funções nos centros de saúde no programa de saúde materna.<sup>3</sup>

Tratando-se de um trabalho descritivo exploratório e dadas as limitações de tempo que legalmente nos são impostas, era-nos impossível trabalhar com amostras representativas, pelo que recorremos a uma amostra de conveniência determinada pela acessibilidade e disponibilidade dos sujeitos.

Ocorreu um primeiro contacto com as enfermeiras chefes de cada centro de saúde com a finalidade de identificar as enfermeiras que prestam cuidados de enfermagem a grávidas durante a vigilância pré-natal. Em seguida procedeu-se a uma entrevista com treze enfermeiras, durante a qual se pretendia verificar a disponibilidade para participação no estudo. Das treze enfermeiras contactadas, uma afirmou não estar disponível, alegando sobrecarga de trabalho e falta de tempo para a realização da entrevista, duas abandonaram posteriormente o estudo, uma por motivo de doença prolongada e a outra por alteração de funções.

A nossa amostra é assim constituída por 10 enfermeiras que exercem funções em nove

---

<sup>3</sup> Considera-se programa de saúde materna, o conjunto de actividades dirigidas á grávido e família, seguindo orientações técnicas oficiais, inserindo-se num processo assistencial pré-definido.

centros de saúde da região do Algarve: Albufeira, Faro, Lagoa, Lagos, Loulé, Monchique, Silves, Olhão e Vila Real de Sto António.

As idades das enfermeiras variam entre os 35 e os 50 anos, predomina o grupo etário de 35 a 39 anos, com seis elementos ao qual corresponde o valor percentual de 60%.

Relativamente ao sexo, nove elementos são do sexo feminino e um do sexo masculino.

Relativamente aos anos de serviço na profissão e na instituição, encontramos os seguintes valores: nos anos de serviço na profissão verificamos uma variação entre 8 e 30 anos, com uma média de 15 anos. Nos anos de experiência profissional no Centro de Saúde a maioria das enfermeiras têm menos de 5 anos. Entre 11 a 15 anos encontramos 3 enfermeiras, enquanto que com mais de 21 anos encontramos somente um elemento.

Tabela 1: Características dos sujeitos

Idade

Anos	n
< 5	0
35-39	6
40-44	3
45-49	0
>50	1

Anos de experiência em Centro de Saúde

Anos	n
< 5	4
6-10	2
11-15	3
16-20	0
>21	1

Quanto às habilitações académicas, verificamos que das dez enfermeiras inseridas neste estudo, cinco possuem Licenciatura em Enfermagem, três a equivalência ao bacharelato em enfermagem e duas Estudos superiores especializados em enfermagem; Saúde Materna e Obstétrica e Enfermagem de Saúde na Comunidade.

Tabela 2: Distribuição das Enfermeiras segundo as Habilitações Académicas

<b>Habilitações Académicas</b>	(n=10)
Licenc. Enfermagem	5
Bacharelato em Enfermagem	3
Estudos Sup. Esp. Saúde Materna	1
Estudos Sup. Esp. Saúde Comunitária	1

#### 4. 1.2.2 - Metodos de Colheita e análise dos resultados

Para Estrela (1990), a entrevista tem varias facetas, assim como finalidades variadas, sendo uma dessas finalidades a recolha de dados de opinião que permitam não só fornecer pistas para a caracterização do processo em estudo, como também conhecer sob alguns aspectos, os instrumentos do processo. Isto é, se por um lado se procura uma informação sobre o real, por outro, pretendíamos conhecer o quadro conceptual extraído a partir dos dados dessa informação, enquanto elemento constituinte desse processo. Sendo a entrevista um diálogo, iniciado pelo entrevistador, com o propósito específico de obter informação relevante com vários fins, permite-nos medir conhecimento e informação, valores e preferências, atitudes e crenças.

Atendendo aos objectivos deste estudo, recorreremos á entrevista como instrumento de colheita de dados.

A entrevista apresenta, no entanto, vantagens e inconvenientes. Algumas das vantagens são: possibilidade de recuperação da informação, o permitir abordar assuntos sensíveis através do contacto humano; obter informações mais precisas, permitir ao entrevistado

clarificar respostas.

Relativamente aos inconvenientes, eles são sobretudo as limitações da expressão verbal, a falta de segredo nas respostas, o que pode influenciar em determinadas circunstâncias o entrevistado.

Devido ao facto da autora pertencer ao universo populacional desta pesquisa, minimizou em parte esses inconvenientes.

Pretendíamos através dos dados obtidos pela entrevista atingir os seguintes objectivos:

- Caracterizar o percurso profissional das enfermeiras;
- Identificar o conhecimento das enfermeiras quanto a métodos educativos;
- Conhecer a sua concepção sobre educação para a saúde;
- Identificar os aspectos organizacionais do Centro de Saúde, intervenientes nas práticas educativas durante a gravidez.

Para atingir estes objectivos o guião está organizado em seis blocos.

O primeiro bloco, “Percurso profissional”, constituído por cinco questões, pretendíamos identificar a formação profissional, categoria profissional e tempo de exercício na área dos cuidados de saúde primários.

No segundo bloco – Formação sobre métodos de ensino e aprendizagem – tínhamos como objectivo questionar acerca da formação adquirida no curso de enfermagem e ao longo da carreira profissional, assim como identificar as dificuldades sentidas relativamente a conteúdos e métodos educativos. Para isso questionamo-nos sobre:

- Formação adquirida no Curso de Enfermagem sobre métodos de ensino, estratégias educativas e Gravidez;
- Contributo dos conhecimentos adquiridos para as práticas;
- Formação proporcionada ao longo da experiência profissional sobre estas temáticas.

O terceiro bloco, “concepção de educação para a saúde”, visa recolher elementos que

permitam avaliar a concepção da entrevistada sobre educação para a saúde. Para isso procura-se identificar os objectivos da educação para a saúde á grávida na perspectiva das enfermeiras; mensagens transmitidas; importância atribuída no contexto dos cuidados de saúde prestados e grau de envolvimento da grávida na acção educativa.

No quarto bloco, constituído por seis questões abertas e uma fechada, pretende-se conhecer as estratégias educativas utilizadas; temas abordados e factores determinantes na selecção dos conteúdos. O quinto bloco, “interferência da estrutura organizacional nas práticas de educação para a saúde á grávida,” tem como finalidade conhecer de que modo a organização do serviço interfere nas práticas educativas das enfermeiras. Para isso questiona-se sobre o espaço físico onde são realizadas as consultas de enfermagem, horário e opinião das enfermeiras acerca do quadro referencial das actividades dirigidas á grávida: orientações técnicas e normas de procedimento.

O sexto e último bloco é constituído pelas seguintes questões:

- Importância atribuída á relação interpessoal e á comunicação na pratica de EPS;
- Comportamento da grávida durante a entrevista com a enfermeira;
- Percepção das enfermeiras acerca da adesão da grávida ás recomendações.

Neste bloco pretende-se conhecer a percepção das enfermeiras sobre a relação interpessoal em educação para a saúde.

#### 4.1.2. 3- Procedimentos Metodológicos

Na selecção da amostra teve-se a preocupação de contactar previamente com as enfermeiras chefes dos Centros de Saúde da Sub-região, no sentido de identificar as enfermeiras que exercem funções no sector de ambulatório<sup>4</sup> do Centro de Saúde e que

---

<sup>4</sup>A Direcção Geral de Saúde define o Ambulatório como o conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos não internados.

prestam cuidados de enfermagem a grávidas inseridas no programa de saúde materna.

Posteriormente procedeu-se a um primeiro contacto directo com as Enfermeiras que se enquadravam no universo populacional desta pesquisa, no decorrer do qual combinamos a data, horário e local da entrevista e esclarecemos os objectivos do nosso trabalho, fazendo sentir a necessidade que tínhamos da sua colaboração que consideramos imprescindível para a prossecução do trabalho.

A realização das entrevistas decorreu ao longo do período de Julho de 2005 a Março de 2006, á medida da disponibilidade das enfermeiras. Pretendia-se interferir no mínimo no funcionamento do centro de saúde, de modo a captar a realidade funcional do mesmo. Para isso na programação da entrevista teve-se em consideração também a disponibilidade relativamente às actividades do serviço.

A sua duração foi em média de 50 a 60m, tendo sido proposto às entrevistadas a gravação em fita magnética da entrevista, garantindo-lhes o anonimato e o carácter confidencial das informações, tendo todos acedido sem reservas.

Desde o primeiro contacto, procurámos criar um clima cordial, desenvolvendo uma relação positiva, evitando criar barreiras. Esta situação foi facilitada na medida em que a investigadora conhecia a maior parte das enfermeiras que colaboraram no estudo. As entrevistas decorreram nos nove centros de saúde, em gabinete calmo, não tendo ocorrido interrupções durante as mesmas e estando apenas presente o entrevistado e o entrevistador.

Embora recorrendo á entrevista semi-estruturada a ordem das questões constantes do guião nem sempre foi respeitada, deu-se liberdade às entrevistadas de se expressarem livremente sobre determinado assunto, ultrapassando questões ou retrocedendo, de modo a esclarecer ou acrescentar ideias ás questões já abordadas.

Sempre que uma resposta nos parecia pouco clara, no final procedemos á validação com

a entrevistada da ideia transmitida.

Como principal metodologia de tratamentos dos dados utilizamos a análise de conteúdo, referida por Bardin (1989) como:

*“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (P.42).*

Após a realização das entrevistas, começamos por transcrever as entrevistas depois da audição integral de cada uma. Esse procedimento permitiu-nos recuperar grande parte do ambiente em que decorreram as entrevista, das hesitações das entrevistadas perante este ou aquele facto, ou da forma expressiva conferida a cada resposta. De seguida procedemos novamente a uma leitura das mesmas, procedimento que contribuiu para nos ajudar a esclarecer de forma progressiva as diferentes partes que constituem o “corpus”<sup>5</sup>.

Conscientes da riqueza dos discursos, bem como da variedade de material, procedemos primeiramente ao inventário ou seja ao isolamento dos elementos do texto que nos pareceram pertinentes para os objectivos de forma a trabalhar e analisar os dados.

Posteriormente iniciámos um processo de codificação, visando uma primeira transformação dos dados obtidos, constituindo-se um sistema de segmentação e de identificação prévia da informação, tendo-nos apoiado na exploração teórica e nos objectivos definidos para a nossa análise, bem como numa leitura atenta da própria informação.

---

<sup>5</sup> Corpus é definido por Bardin (1989) como conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos submetidos aos procedimentos analíticos

Como unidade de significação, ou seja aquela que corresponde o segmento de conteúdo considerada unidade base de análise, visando á categorização e á quantificação da informação, consideramos a frase ou palavra que expressa o mesmo tema ou ideia. Quando não era possível tivemos em linha de conta as pausas que ocorriam ocasionalmente ou uma afirmação acerca de uma determinada questão.

Procedemos á análise temática e frequencial das categorias inventariadas, recorrendo ao tratamento quantitativo dos dados, utilizando para isso operações estatísticas descritivas, média, desvio padrão e percentagens.

## 4.2- APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

### 4.2.1- Conhecimentos das Enfermeiras

#### 4.2.1.1- Métodos e Estratégias Educativas

A maioria das enfermeiras refere ter conhecimentos sobre métodos e estratégias educativas, adquiridos no Curso de Enfermagem. Um elemento menciona nunca ter abordado as estratégias educativas durante o curso, apesar de o Plano de estudos incluir uma disciplina de Pedagogia.

Relativamente ao contributo desses conhecimentos para as práticas, obtiveram-se as seguintes categorias:

- Elemento facilitador das práticas;
- Facilitador da relação grávida/enfermeira;
- Indispensáveis ao exercício Profissional;
- Referência para a prática.

Na categoria “*elemento facilitador das práticas*” verifica-se o percentual mais elevado (43%). Seguindo-se a categoria “*Facilitador da relação grávida/enfermeira*”, com 23%.

A indispensabilidade dos conhecimentos sobre métodos e estratégias de ensino na prática de enfermagem assume um percentual de 14%.

Tabela 3: Classificação do contributo dos conhecimentos adquiridos para as praticas

Categoria	Sub categoria	Respostas	Nº	%
Métodos e estratégias educativas	Indispensáveis ao exercício Profissional	“Sem eles não conseguíamos realizar as praticas” (ent 1)	1	14%
	Elemento facilitador das praticas	“Ajudam na prática.” (ent 3) “A técnica de entrevista é útil sempre que faço ensinso” (ent7) “Permitem adequar o ensino á realidade da utente” (ent 6)	3	43%
	Referência para a prática	“a minha prática baseia-se muito na formação base. Constituem uma referência” (ent 5)	1	14%
	Facilitadores da relação utente profissional	“ Ajudam na relação utente profissional” (ent 9) “Facilitam a nossa abordagem, principalmente o estar atenta e o tipo de linguagem a utilizar” ( ent 6)	2	29%
Total			7	100%

#### 4. 2.1.2 Conhecimentos sobre saúde materna

No que se refere aos conhecimentos adquiridos no curso, sobre a gravidez, 30% das enfermeiras consideram que estes permitem transmitir a informação solicitada pela grávida. As restantes (70%), referem que os conhecimentos adquiridos no Curso de Enfermagem são:

- Insuficientes;
- Desactualizados;
- Ineficazes relativamente á sedimentação de conhecimentos

A subcategoria “insuficientes” foi onde se registou o percentual mais elevado, com 40%. Ineficazes quanto á sedimentação de conhecimentos, pouco aprofundados e

desatualizados, são outras subcategorias mencionadas pela negativa, com o percentual de 10%.

Tabela 4: Contributos dos Conhecimentos de Saúde Materna

Categoria	Sub categoria	Respostas	N	%
Conhecimento sobre Saúde Materna e Gravidez	Permitem transmitir a informação á grávida	<p>“ Os conhecimentos adquiridos permitem-me transmitir a informação que a grávida solicita” (ent 5)</p> <p>“A nível da tomada de decisão foram importantes para o dia a dia profissional” (ent 8)</p> <p>“ os conhecimentos adquiridos no curso ajudam a transmitir á grávida a informação”(ent 7)</p>	3	30%
	Insuficientes	<p>“Não correspondem ás expectativas, foi insuficiente” (ent 1)</p> <p>“O que é abordado no curso não é suficiente para transmitir ás grávidas a informação” (ent 2)</p> <p>“ Nem todos os conhecimentos adquiridos no curso são suficientes” (ent 9)</p> <p>“ Não estamos preparadas para responder ás questões colocadas pelas grávidas” (ent 3)</p>	4	40%
	Ineficazes quanto á sedimentação de conhecimentos	“É dado tão intensamente e abrange muitos conteúdos. Em termos de sedimentação de conhecimentos não foi eficaz” (ent 4)	1	10%
	Pouco aprofundados	“Servem de base, mas depois é pegar nesses conhecimentos e aprofundá-los” (ent 6)	1	10%
	Desatualizados	“ os conhecimentos adquiridos já estão desatualizados. Não estamos preparadas para responder ás questões das grávidas” (ent 3)	1	10%
TOTAL			10	100%

#### 4. 2.1.3. Formação adquirida ao longo da carreira

Durante os últimos cinco anos, 30% das enfermeiras não frequentaram formação sobre Educação para a saúde, ao longo do percurso profissional. Os motivos evocados são a

carência de recursos humanos e ausência de formação proporcionada pela instituição.

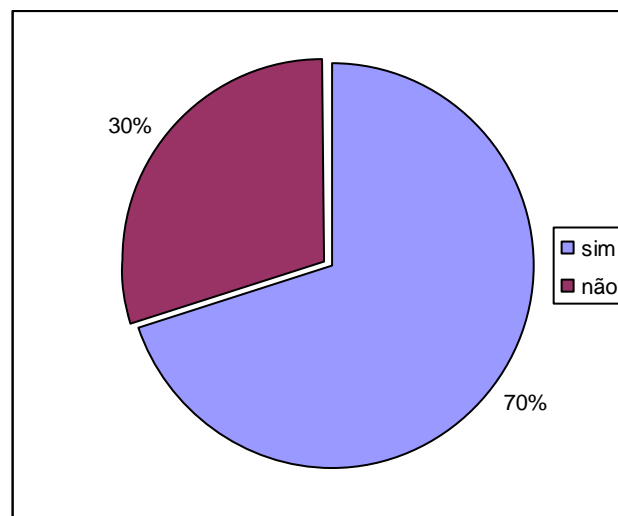
As enfermeiras que frequentaram acções de formação sobre educação para a saúde, 70% consideram a formação frequentada insuficiente. Apresentamos alguns exemplos de respostas das enfermeiras que ilustram os dados referidos:

*“Não fiz tanta quanto a que desejava. Não depende só de nós mas também dos recursos humanos disponíveis”* (entrevista nº 5)

*“ Fiz só uma formação por minha iniciativa. O serviço não proporciona a formação que desejo ”* (entrevista nº 9)

Estas, referem colmatar essa lacuna, com pesquisa na Internet e consultas bibliográficas sobre esta temática.

Figura 1: Formação das enfermeiras adquirida ao longo da carreira



Os temas das acções de formação frequentadas pelas enfermeiras foram os seguintes:

- ✓ Curso de Preparação para o parto;
- ✓ Educação para a saúde na Diabetes;
- ✓ Articulação do Centro de Saúde com a consulta Obstétrica;
- ✓ Aleitamento Materno
- ✓ Saúde Materna

A totalidade das enfermeiras considera que deve ser proporcionada formação no local de trabalho. Algumas respostas dadas pelas enfermeiras podem conduzir-nos á compreensão dos motivos porque consideram que deve ser proporcionada essa formação:

*“Tem que haver uma busca diária para complementar e adquirir novos conhecimentos ao longo da actividade profissional. É necessário uma actualização”* (ent 5)

*“Não devemos ficar só com o que aprendemos no curso, vão surgindo sempre coisas novas, temos que ir pesquisando e actualizando-nos”* (ent10)

*“Não devemos estar agarradas exclusivamente ao que adquirimos na escola”* (ent 6)

A alimentação da grávida, actividade física durante a gravidez, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, são os temas sugeridos com mais frequência. Os menos sugeridos são a sexualidade na adolescência e complicações obstétricas.

#### 4. 2.2. CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

##### 4. 2.2.1- Objectivos da Educação para a Saúde

As concepções das enfermeiras acerca da EPS foram analisadas através das questões:

-Na sua opinião quais os objectivos que assumem mais importância em educação para a saúde? E os menos importantes?

- Quais as mensagens que procura transmitir á grávida, em cada visita?

O objectivo enunciado com mais frequência foi “Transmitir conhecimentos”

As categorias “Mudar comportamentos” e “Prevenir complicações durante a gravidez” representam um peso significativo, com 17%.

Nas categorias “esclarecer dúvidas”; “conduzir á reflexão” e “dar reforço positivo” é onde se verifica a percentagem mais baixa no conjunto das categorias inventariadas.

Tabela 5: Classificação dos Objectivos em Educação para a Saúde

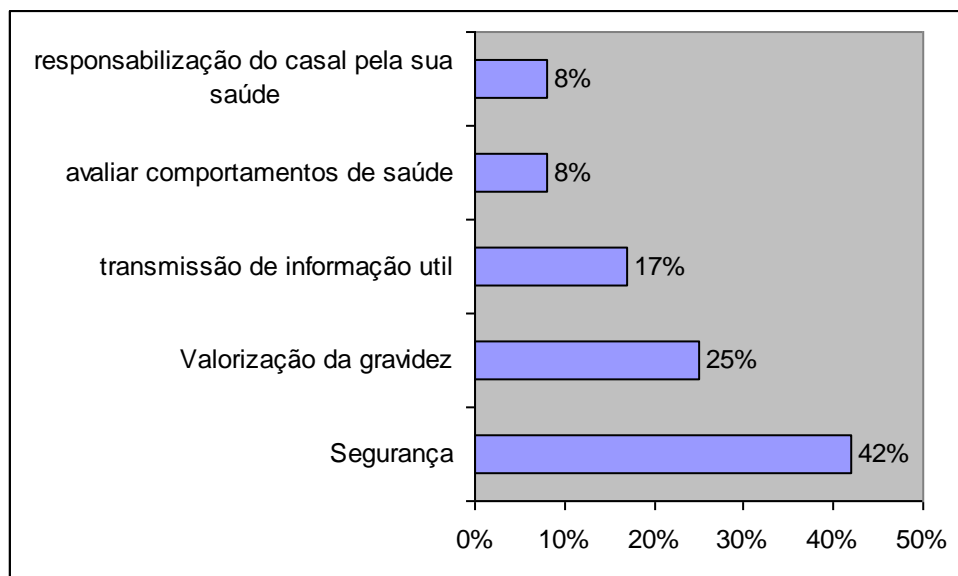
Categoria	Sub categoria	Respostas	Nº	%
Conceito de educação para a Saúde	Transmitir conhecimentos	“ <i>Transmitir a informação mais útil para a grávida</i> ”(ent 2) “ <i>Fornecer a informação</i> ”(ent 6) “ <i>Informar sobre alterações fisiológicas da gravidez</i> ”(ent 7) “ <i>Informar a grávida do que se está a passar</i> ”(ent 10)	5	42%
	Mudar comportamentos	“ <i>Tentar mudar comportamentos</i> ”(ent 4) “ <i>Mudar hábitos e atitudes</i> ”(ent 8)	2	17%
	Esclarecer dúvidas	“ <i>Que as pessoas saiam sem duvidas</i> ”(ent 5)	1	8%
	Prevenir complicações na gravidez	“ <i>Ajudar, orientar sobre a prevenção de complicações na gravidez</i> ”(ent 1) “ <i>que a gravidez decorra o mais normal e saudável possível</i> ”(ent 10)	2	17%
	Dar reforço positivo	“ <i>Demonstrar-lhes que são capazes, valorizá-las como mulheres e mães</i> ”(ent 6)	1	8%
	Conduzir á reflexão	“ <i>Levá-la a reflectir</i> ”(ent 3)	1	8%
Total			12	100%

#### 4.2.2.2- Mensagens Transmitidas

O leque das respostas obtidas relativamente às mensagens transmitidas á grávida é diversificado.

Transmitir segurança é a mensagem referenciada com mais frequência, com a percentagem de 42%. As categorias “valorizar o estado de gravidez”; “transmitir a informação útil” assumem no conjunto das respostas, uma percentagem significativa, 25% e 17%. Enquanto que avaliar comportamentos de saúde e responsabilização do casal pela sua saúde, representam em média 8% das respostas.

Figura 2: Conteúdo das mensagens



#### 4.2.2.3- Importância da Educação para a Saúde na Saúde da Grávida e Recém -Nascido

Foi solicitado ás enfermeiras que ordenassem segundo o grau de importância para a saúde da grávida, o conjunto de cuidados englobados no programa de saúde durante a

gravidez:

- Consulta Obstétrica;
- Meios Complementares de Diagnóstico;
- Vigilância do Bem estar materno- fetal;
- Educação para a saúde realizada pela enfermeira.

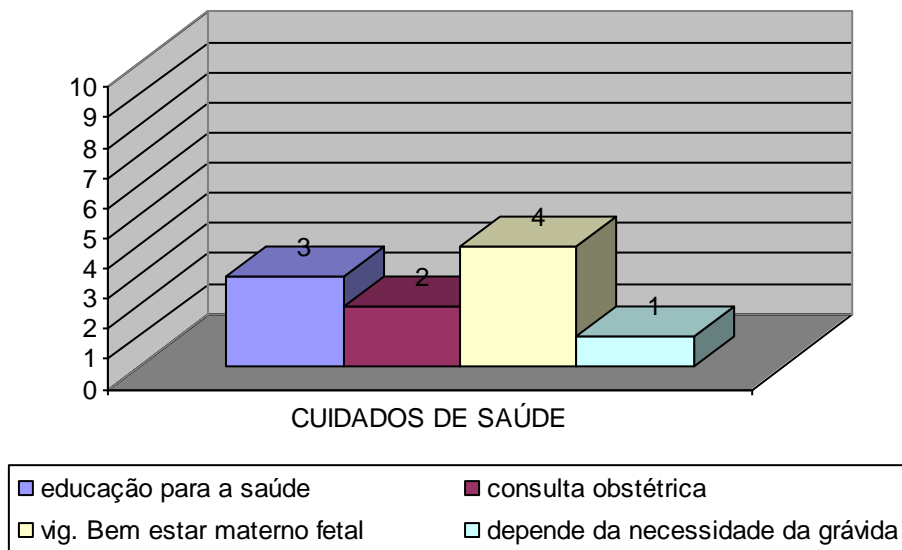
A vigilância do bem-estar materno fetal é assumida em primeiro lugar por 40% dos sujeitos. A educação para a saúde realizada pela enfermeira é considerada em segundo lugar, seguindo-se a consulta obstétrica.

Quando analisamos a globalidade das respostas, verificamos que a EPS é considerada por 30% das enfermeiras, a actividade mais relevante para a saúde da grávida e recém nascido.

Salientamos que uma enfermeira não manifestou a sua opinião, limitando-se a responder:

*“ Depende da necessidade da grávida”*( sujeito nº 8)

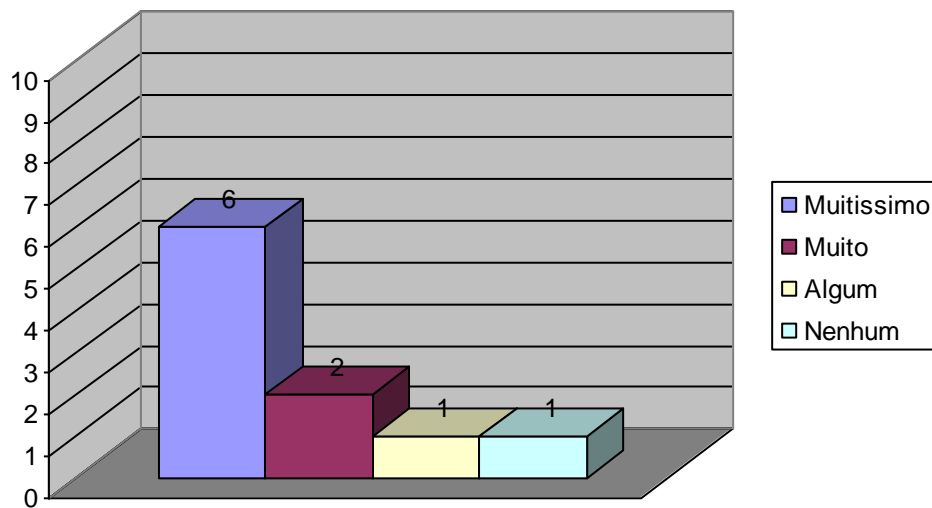
Figura 3: Classificação dos cuidados de saúde segundo o grau de importância para a saúde da grávida e do RN



#### 4.2.2.4 -Valor Atribuído pela Equipa de Saúde às práticas das Enfermeiras

Com o fim de conhecer a percepção das enfermeiras acerca da importância atribuída às práticas educativas realizadas, inquirimos sobre a importância atribuída pelo médico de família, psicólogo e obstetra ou outros profissionais que integram a equipa de saúde, com base numa escala de avaliação de muitíssimo, muito, algum, pouco ou nenhum. Das respostas obtidas salientamos a percepção das enfermeiras acerca da importância atribuída pelo médico de Família à educação para a saúde realizada pela enfermeira. Seis elementos consideram que atribui muito valor, dois muitíssimo, e dois respectivamente algum e nenhum.

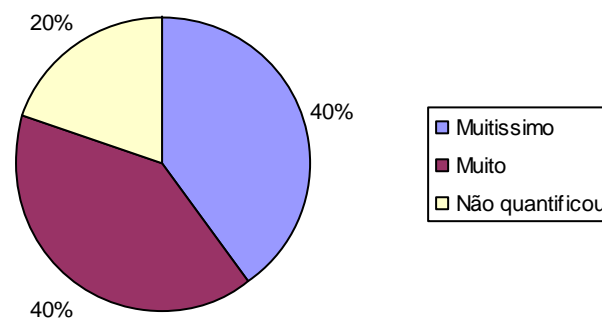
Figura 4: Valor atribuído pelo médico de família, às práticas de Educativas



No que respeita à opinião dos sujeitos acerca da importância atribuída pela grávida à

educação para a saúde efectuada pela enfermeira, os resultados foram muito semelhantes. O valor atribuído numa escala de muitíssimo a nenhum, as respostas concentraram-se no muitíssimo e muito valor. É de salientar no entanto que duas enfermeiras referem não possuírem bases para avaliação.

Figura 5: Valor atribuído pela utente



#### 4. 2.3- PROCEDIMENTOS E MATERIAIS EDUCATIVOS

A metodologia mais utilizada pelas enfermeiras, em EPS, é o método expositivo e a conversa informal, com um percentual de 50% e 40% respectivamente. Uma enfermeira refere recorrer á entrevista para transmitir a informação á grávida.

Tabela 6: Classificação dos métodos utilizados na transmissão da informação

<b>Categoria</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Método expositivo	5	50%
Conversa informal	4	40%
Entrevista	1	10%
<b>Total</b>	10	100%

A totalidade das enfermeiras refere utilizar material educativo como complemento da informação verbal. Os folhetos são o material mais utilizados.

Tabela 7: Material educativo utilizado

<b>Meios complementares de ensino</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Folhetos	13	86%
Cartazes	1	7%
Informação extraída da Internet	1	7%
<b>Total</b>	15	100%

No que se refere á procedência do material educativo utilizado a maioria é fornecido pelos laboratórios (60%), 20% desse material é elaborado pela equipa de enfermagem.

Uma percentagem significativa é elaborada por alunos de enfermagem durante os ensinoss clínicos na instituição.

Tabela 8. Procedência do material educativo utilizado

	Nº	%
Alunos de Enfermagem	2	13%
Elaboração própria	3	20%
Laboratórios	9	60%
Informação extraída da Internet	1	7%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

#### 4. 2.3.1-Organização da Consulta de Enfermagem

A Educação para a Saúde é realizada pela maioria das enfermeiras (60%) antes da consulta médica. As restantes, 30% referem igualmente a realização da EPS de acordo com a consulta médica mas acrescentam estar dependente também das necessidades das grávidas.

Apresentamos alguns exemplos de respostas que documentam os dados apresentados:

*“Antes da consulta médica. A não ser que haja algum problema e que a grávida venha ter comigo fora do período de consulta ...”*  
(sujeito nº 6)

*“ Antes da consulta. Quando a grávida tem dúvidas marca uma entrevista”* (sujeito nº 8)

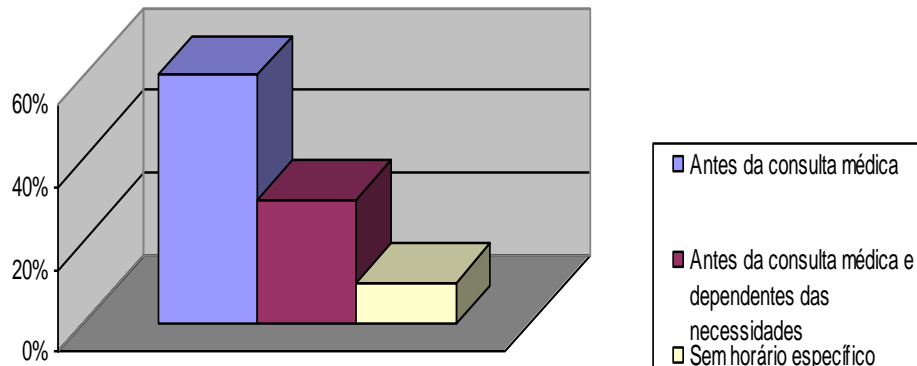
*“ Antes da consulta mas depende da necessidade da grávida”*  
(sujeito nº 9)

Uma enfermeira, correspondendo ao percentual de 10%, refere não ter períodos

específicos para a realização desta actividade.

” Não há períodos específicos. Tanto pode ser antes da consulta, durante ou após a consulta médica, ou situações pontuais.” (sujeito nº 1)

Figura 7: Organização da consulta de enfermagem



A realização da educação para a saúde durante a vigilância pré natal é efectuada em 50% dos casos pela mesma enfermeira. Os restantes 50% referem ser realizada pela enfermeira disponível e escalada para prestar cuidados naquela valência.

A frequência das acções de educação para a saúde realizadas está igualmente dependente do número de consultas médicas efectuadas. Este facto é referido por 50% das enfermeiras.

As restantes, 40% mencionam a realização de 8 a 10 consultas durante a gravidez e 1 enfermeira refere realizar cerca de 4 consultas.

Relativamente á duração das consultas, as enfermeiras referem variar de 10 a 20mn. A duração das mesmas depende dos seguintes factores: primeira consulta ou consultas seguintes; disponibilidade da enfermeira; dúvidas colocadas pela grávida e organização

das actividades médicas.

Em relação ao envolvimento da grávida no planeamento das sessões, 80% das enfermeiras envolvem a grávida na selecção dos conteúdos abordados durante a entrevista. Esse envolvimento passa sobretudo pela resposta às questões colocadas pela grávida.

*“Normalmente na 1ª consulta digo sempre á grávida que todas as dúvidas que tenha vá colocando num papel para depois falar comigo e depois vai ser numa conversa informal que vou esclarece-la e as coisas vão surgindo. Se ela não tiver em algum assunto dúvidas então aí abordo de maneira a receber a ela responder e receber o feed-back e saber em que posição está.”(ent 6)*

*“Dou sempre uma abertura para que a grávida converse, exponha os seus problemas os seus anseios e as duvidas. É meu hábito no início da questão perguntar como tem passado se tem queixas é uma maneira de ela poder dizer o que se passa e no fim pergunto sempre se continua ainda com algumas duvidas”(ent 10)*

Um elemento refere envolver a grávida só a partir da 1ª consulta, através das dúvidas colocadas por estas.

*“Se for a 1º vez alguns assuntos é obrigatório abordar, se for consulta de vig. Normalmente é o casal que põe as questões que tem dúvidas ou eu reforço algum aspecto.” (ent 1)*

Os restantes 20%, referem não envolver a grávida no planeamento dos conteúdos abordados durante a consulta.

*“Nós aqui vivemos limitados com o tempo, normalmente são muitas consultas num período pequeno. O ideal seria com muita calma, disponibilidade ouvir as questões e depois fazer os ensinamentos. Na prática é impossível, e então optei pela estratégia, faço os ensinamentos e depois no fim pergunto á grávida se além do que lhe foi dito se tem alguma pergunta para abreviar, porque o ideal seria ouvir e depois então fazer os ensinamentos.” (ent 5)*

*“ Devíamos sempre dar oportunidade ao utente de colocar questões ou nos dar conhecimento deles, para depois aí nós vemos o que devemos alterar. Pontualmente tento perguntar como faz. Se calhar é uma coisa a mudar. Se tivéssemos as coisas organizadas de outra maneira, porque estamos sempre condicionados pelo médico que está á espera da utente”(ent 4)*

#### 4. 2.3.2-Temas Abordados

Na categorização dos temas referenciados pelas enfermeiras quando questionadas acerca dos temas abordados durante a vigilância pré natal, tivemos como referência a metodologia aplicada por Nunes (2004). Esta autora considerou as seguintes categorias gerais:

- Prevenção Primária;
- Prevenção Secundária;
- Relação Familiar;
- Informações.

Tabela 9: Categorização geral dos temas abordados nas consultas

Categoria geral	
Prevenção Primária	Intervenção delineada para prevenir o aparecimento ou reduzir a probabilidade de ocorrência de complicações na gravidez
Prevenção secundaria	Intervenção destinada á detecção precoce de doença ou complicações na gravidez, antes do aparecimento de sintomas e sinais clinicamente evidentes
Relação Familiar	Intervenção com o objectivo de promover a aceitação do recém-nascido pelos outros membros da família e reforçar os laços familiares
Informações	Informações acerca do funcionamento dos serviços de saúde e aspectos relativos á gravidez

Fonte: Nunes, C (2004). *Pediatras, Madres y Politicas de salud infantil en el Programadel niño sano*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia: Universidade de Sevilha

A prevenção Primária onde estão inseridos os temas relacionados com a alimentação; cuidados gerais; higiene geral; amamentação e cuidados com o recém-nascido, é a categoria com uma percentagem mais elevada, representando 60% dos temas abordados.

A categoria informações, constituída por orientações sobre o funcionamento do programa de saúde materna, curso de preparação para o parto, trabalho de parto, desenvolvimento fetal e o que levar para a maternidade representa 21% das respostas.

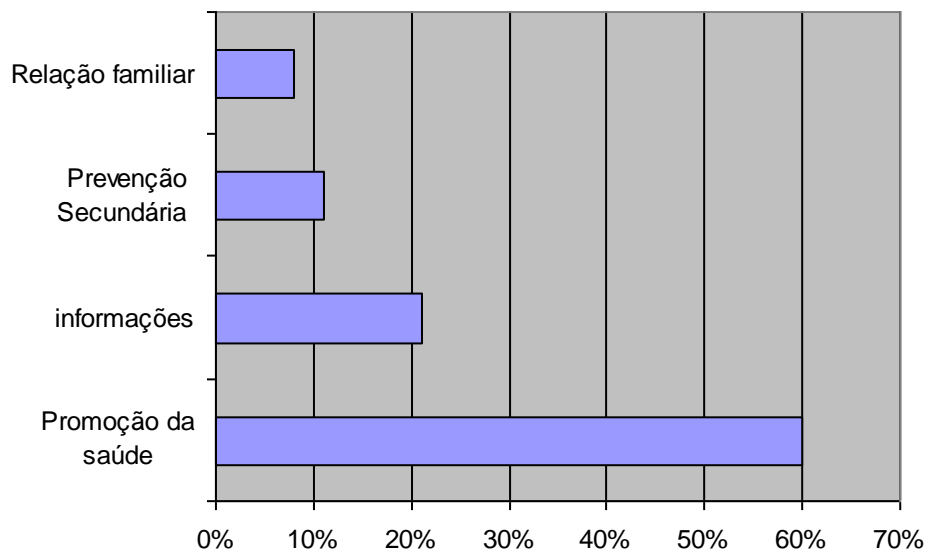
As medidas preventivas de desconfortos durante a gravidez; prevenção de complicações e vigilância pré natal, englobadas na categoria prevenção secundária, são referenciados por 10% das enfermeiras.

A categoria relação familiar que engloba a relação com o companheiro e preparação do agregado familiar para receber o recém-nascido, representa apenas 8% do total dos temas.

Tabela 10: Classificação dos temas abordados

<b>Categoria Geral</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>Categoria específica</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Prevenção Secundária	5	11%	Medidas preventivas de desconfortos da gravidez	3	7%
			Vigilância Pré Natal	1	2%
			Prevenção de complicações	1	2%
Prevenção primária	28	60%	Alimentação	11	23%
			Cuidados Gerais	7	17%
			Higiene	2	4%
			Amamentação	7	14%
			Cuidados com o RN	1	2%
Relação familiar	4	8	Relação com o companheiro	3	6%
			Preparação do agregado	1	2%
Informações	10	21	Funcionamento do programa de SM	1	2%
			Curso de preparação para o parto	2	4%
			O que levar para a maternidade	2	4%
			Trabalho de parto	4	9%
			Desenvolvimento fetal	1	2%
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>		<b>47</b>	<b>100%</b>

Figura 8: Categoria geral dos temas



#### 4. 2.4 - Factores Condicionantes das Práticas

##### 4. 2.4.1- Maternos

Os factores maternos intervenientes na selecção dos conteúdos abordados são sobretudo a Nacionalidade, idade e a experiência com filhos.

A nacionalidade é referida por 5 enfermeiras como factor interveniente prioritário, na selecção dos conteúdos, seguindo-se a idade da grávida, referida por 3 enfermeiras, e a experiência desta com filhos, por duas.

A profissão é assumida em 3º lugar por 50% das enfermeiras, na selecção dos conteúdos.

Tabela 11: Factores Maternos determinantes na selecção de estratégias e conteúdos

(três posições segundo a ordem de importância)

	1ª Lugar		2º Lugar		3º Lugar		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nacionalidade	5	50%	1	10%	0	0%	6	20%
Idade Materna	2	20%	2	20%	2	20%	6	20%
Experiência com filhos	2	20%	2	20%	2	20%	6	20%
Escolaridade	1	10%	5	50%	1	10%	7	23%
Profissão	0	0%	0	0%	5	50%	5	17%
Total	10	100%	10	100%	10	100%	30	100%

#### 4. 2.4.2- Organizacionais

Os factores organizacionais intervenientes nas práticas, referenciados pelas enfermeiras são o horário específico para a realização da educação para a saúde; ocorrência de interrupções.

Além do factor organizacional dos cuidados de enfermagem é referida a estrutura física da sala onde são realizadas as entrevistas da enfermeira com a grávida, a qual deverá proporcionar privacidade e estar organizada de modo a facilitar a relação.

Tabela12: Classificação dos factores organizacionais

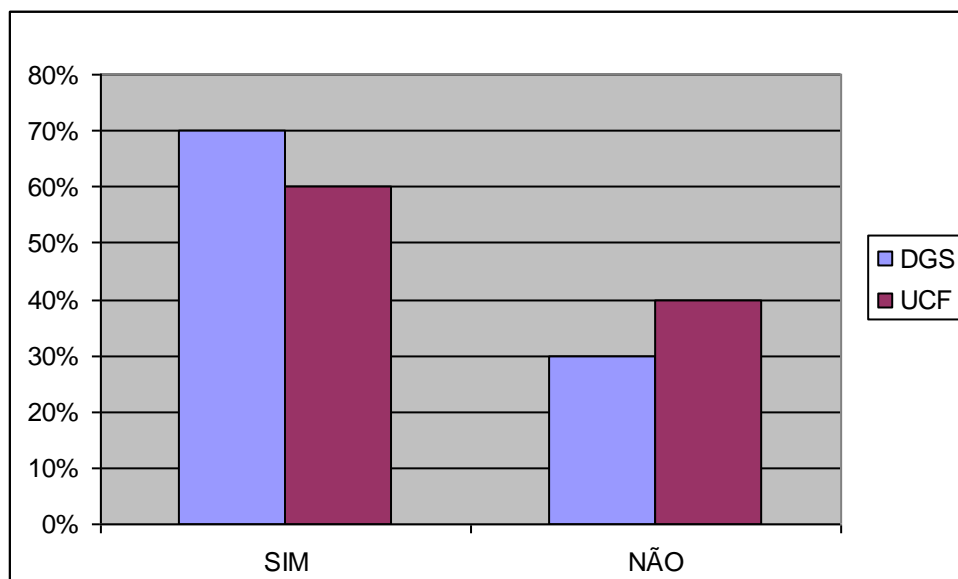
<b>Categoria</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Horário	9	36%
Estrutura física	9	36%
Interrupções	7	28%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

#### 4.2.5 - PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS SOBRE O PROGRAMA DE SAÚDE MATERNA

Atendendo que o programa de saúde é entendido como conjunto de actividades dirigidas a determinados grupos vulneráveis ou de risco, seguindo orientações técnicas oficiais, inserindo-se num processo assistencial pré definido, seja ele de prevenção, terapêutica ou de reabilitação, parece pertinente identificar o conhecimento das enfermeiras sobre o programa de saúde materna, a opinião sobre o mesmo e quais as sugestões de aspectos a alterar.

No que se refere ao conhecimento das orientações técnicas da Direcção Geral de Saúde, sete das enfermeiras referem conhecer essas orientações, três referem não terem conhecimento da sua existência. As normas elaboradas pela Unidade Coordenadora Funcional são conhecidas por seis enfermeiras da amostra e quatro referem não conhecer.

Figura 9: Conhecimento das Orientações Técnicas



Relativamente á opinião das enfermeiras acerca da existência de normas de orientação nos serviços a maioria das enfermeiras refere que contribuem para a prática profissional (67%), através da orientação técnica e processual e ao permitirem a uniformização de procedimentos. A contribuição das orientações técnicas na qualidade dos cuidados prestados é referenciada em 7% das respostas obtidas.

Para além do contributo na prática, constituem um instrumento útil de gestão de cuidados e recursos humanos, uma vez que 7% das enfermeiras mencionam facilitar a integração de novos profissionais.

Encontramos no entanto, em 13% das respostas a referência á não aplicabilidade na prática. Situação que reflecte a heterogeneidade das opiniões.

No que se refere á forma, 2 enfermeiras afirmam que estão bem elaboradas e estão concisas

Tabela 13: Classificação da opinião das enfermeiras sobre as orientações técnicas

<b>Categoria Geral</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>	<b>Categoria específica</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Contributo na prática	10	67%	Orientação	6	40%
			Cuidados de qualidade	1	7%
			Uniformizar procedimentos	3	20%
Forma	2	13%	Bem elaboradas Concisas	2	13%
Relação com a prática	2	13%	Não tem aplicabilidade	2	13%
Elemento Útil na gestão	1	7%	Facilitam a integração de novos profissionais	1	7%
Total	15	100%		15	100%

Relativamente á opinião das enfermeiras sobre o programa de saúde materna, as categorias inventariadas foram as seguintes:

- Organização do serviço;
- Estrutura do programa de Saúde Materna;
- Recursos.

No que concerne á categoria “*Organização do serviço*”, as enfermeiras manifestaram-se em relação á metodologia de distribuição do trabalho; acessibilidade da grávida aos cuidados de saúde; natureza das actividades de enfermagem e processo administrativo.

Em relação aos recursos para a implementação do programa de saúde, 20% dos sujeitos referem a carência de enfermeiros e de material.

Tabela 14: Classificação da opinião das enfermeiras sobre o programa de saúde materna

<b>Categoria Geral</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>Categoria específica</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Organização do serviço	10	40%	Organização do trabalho por equipa	1	4%
			Dificuldade na acessibilidade á consulta	1	4%
			Outras actividades em simultâneo	3	12%
			Ausência de enf. de família	1	4%
			Desvio de funções da enfermeira para actividades administrativas	1	4%
			Excesso de burocracia	1	4%
Estrutura do Programa de Saúde Materna	10	40%	Bem estruturado	2	8%
			Esquema adequado de consultas	2	8%
			Realização do n° adequado de Exames complementar de diagnóstico	3	12%
			Vigilância gratuita da gravidez	1	4%
			Curso de preparação para o parto	1	4%
			Possibilidade de fazer EPS	2	8%
			Exames ecográficos insuficientes	1	4%
Recursos	5	20%	Carência de recursos materiais	1	4%
			Carência de enfermeiros	4	16%
Total	25	100%		25	100%

Para esquematizar as respostas obtidas classificamos as opiniões em aspectos positivos e negativos do programa.

Como aspectos positivos referem:

- Bem estruturado
- Numero adequado de consultas;
- Proporcionar a vigilância gratuita da gravidez,;

- Realização de Meios complementares de diagnostico;
- Curso de preparação para o parto;
- Efectivação de educação para a saúde.

Como aspectos negativos mencionam:

- Elementos da equipa não motivados para a saúde materna;
- Dificuldade na acessibilidade á consulta;
- Realização e outras actividades em simultâneo;
- Carência de recursos materiais;
- Desvio de funções da Enfermeira para actividades administrativas;
- Carência de enfermeiras

Tabela 15: Classificação da opinião das enfermeiras sobre o Programa de Saúde Materna

<b>Aspectos positivos</b>	<b>Aspectos negativos</b>
Esquema adequado de consultas	Organização trabalho por equipa
Vigilância gratuita da gravidez	Dificuldade na acessibilidade á consulta
Realização do nº adequado de Exames Complementar de diagnóstico	Outras actividades em simultâneo
Possibilidade de fazer EPS	Carência de recursos materiais
Curso de preparação para o parto	Desvio de funções da enfermeira para actividades administrativas
Bem estruturado	Carência de enfermeiros

As alterações sugeridas pelas enfermeiras foram:

- Mais formação em grupo;
- Metodologia de trabalho baseada na filosofia de enfermeiro de família;

- Alteração da estrutura física;
- Mais formação em serviço para os profissionais;
- Possibilidade de efectuar dentro do programa de saúde materna, três consultas médicas com o Obstetra e mais um exame ecografico

Tabela 16: Classificação das modificações a introduzir no programa

Alterações sugeridas	Nº	%
Realização de mais ecografias	3	20%
Formação em serviço	3	20%
Mais tempo para eps	3	20%
Sala específica para atendimento de grávida	3	20%
Consulta de SM em horário Especifico	2	13%
Enfermeiro de família	1	7%
Total	15	100%

#### 4.2.6 - RELAÇÃO INTERPESSOAL E COMUNICAÇÃO NAS PRÁTICAS

Para as enfermeiras a relação interpessoal é considerada indispensável para estabelecer a proximidade, empatia, transmitir confiança, convencer, conduzir á exposição dos problemas, transmitir a mensagem, relação de ajuda e o fluir da informação.

Apresentamos os enxertos de algumas entrevistas de modo a explicitar as respostas obtidas:

*“ A relação interpessoal é indispensável para se estabelecer uma relação de proximidade, empatia, para convencer o outro e para a*

*“ pessoa ter mais confiança” (entrevista nº 1)*

*“ Se não houver uma boa relação de modo a que a pessoa exponha os problemas não conseguimos inter-agir de maneira a ensinar algumas coisas” (entrevista nº 3)*

A comunicação é para 50% das enfermeiras muito importante em Educação para a Saúde.

Uma enfermeira refere dificuldade em estabelecer a comunicação com algumas grávidas.

Duas enfermeiras distinguem a comunicação verbal da não verbal, valorizando a postura, o olhar e o ambiente:

*“ é muito importante, desde a comunicação oral como a não verbal, embora esta não seja muito valorizada por todas nós. Um olhar vale mais que cem palavras” (entrevista nº 4)*

*“Quer a comunicação, a postura o ambiente e a relação que se estabelece são todas igualmente importantes. Há mais abertura de ambas as partes” (entrevista nº 5)*

Tabela 17: Comunicação e Relação interpessoal nas práticas

<b>Categoria Geral</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>	<b>Categoria específica</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Relação interpessoal	8	53%	Transmitir confiança	2	13%
			Relação de ajuda	1	7%
			Proximidade	1	7%
			Empatia	3	20%
			Convencer	1	7%
Comunicação não verbal	4	27%	Postura	1	7%
			Ambiente	2	13%
			Olhar	1	7%
Comunicação verbal	3	20%	Transmissão da mensagem	2	13%
			Favorece a exposição de problemas	1	7%
	15	100%		15	100%

#### 4.2.7- PERCEPÇÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO DA GRÁVIDA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

No que se refere á opinião das enfermeiras acerca das expectativas da grávida relativamente á consulta de enfermagem, a qualidade do atendimento aparece em 1º lugar, com 28% das respostas. Consideram bom atendimento; a simpatia; disponibilidade; relação agradável e capacidade de escuta.

O esclarecimento de dúvidas é referenciado em 2º lugar com o percentual de 22%, da totalidade das respostas. A relação de confiança é outra expectativa que assume uma

percentagem significativa, 17%.

As outras categorias inventariadas foram: conselhos; minimizar os desconfortos; resolução dos problemas; segurança.

Tabela 18: Classificação da opinião sobre as expectativas da grávida em relação á consulta de enfermagem

<b>Categoria</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>Respostas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Esclarecimento de dúvidas	4	22	Esclarecimento de alguém com formação	2	11
			Informação	2	11
Relação de confiança	3	17	Transmissão de confiança	2	11
			Alguém a quem possa confiar	1	5,5
Relação de ajuda	2	11	Alguém para ajudar	1	5,5
			Rastreio Pré natal	1	5,5
Bom atendimento	5	28	Simpatia	2	11
			Disponibilidade	1	5,5
			Relação agradável	1	5,5
			Alguém que a escute	1	5,5
Conselhos	1	5,5	Pessoa que lhe dê conselhos	1	5,5
Minimizar os desconfortos da gravidez	1	5,5	Minimização dos desconfortos da gravidez	1	5,5
Segurança	1	5,5	Diminuição dos receios	1	5,5
Resolução de problemas	1	5,5	Alguém que lhe consiga resolver os problemas	1	5,5
				18	100%
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>		<b>18</b>	<b>100%</b>

Atendendo que os cuidados de enfermagem são constituídos pela componente técnica e relacional, agrupamos as expectativas da grávida, segundo a perspectiva dos sujeitos, em técnicas e expectativas relacionadas com as relações humanas que forçosamente se estabelecem. Assim verifica-se que predomina a vertente relacional com 61% do total de respostas. A vertente técnica, constituída pelas subcategorias: esclarecimento de dúvidas; conselhos; minimizar os desconfortos da gravidez e resolução de problemas, assume 39% das respostas obtidas.

Tabela 19: Classificação da opinião sobre as expectativas da grávida em relação á consulta de enfermagem

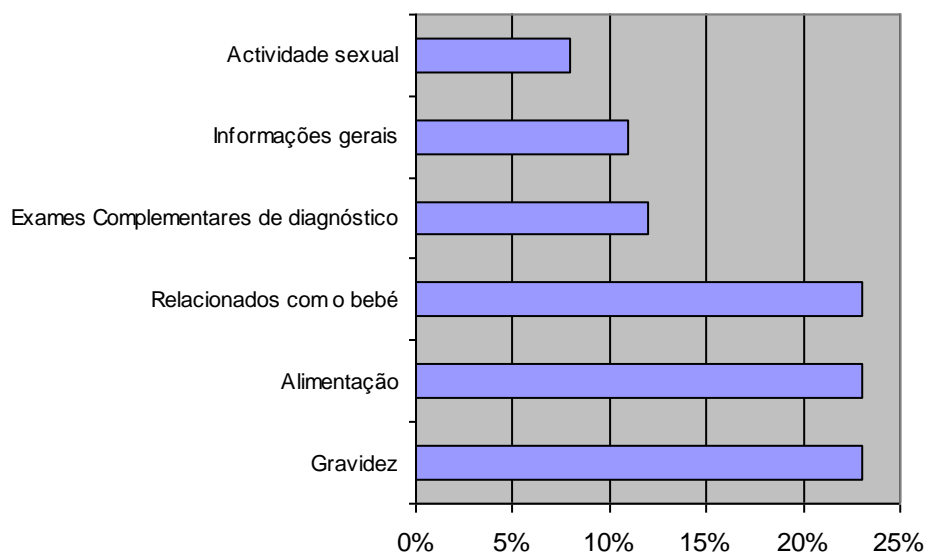
Expectativas técnicas	7	39%	Esclarecimento de dúvidas	4	22%
			Conselhos	1	5,5%
			Minimizar os desconfortos da gravidez	1	5,5%
			Resolução de problemas	1	5,5%
Relações humanas	11	61%	Relação de confiança	3	17%
			Relação de ajuda	2	11%
			Bom atendimento	5	28%
			Segurança	1	5,5%
Total	18	100%		18	100%

As dúvidas colocadas com mais frequência pela grávida relacionam-se com a situação de gravidez, alimentação e cuidados com o recém-nascido, com o percentual de 23% em

ambas as categorias. Os exames complementares de diagnóstico embora com uma percentagem significativa de respostas (12%) prende-se com os exames ecográficos e o rastreio pré natal.

A actividade sexual é a categoria com menos unidades de registo, correspondendo ao percentual de 8%.

Figura 10: Classificação das dúvidas colocadas pela grávida



Com o propósito de identificar a percepção das enfermeiras acerca do comportamento da grávida no decorrer das entrevistas recorreu-se á seguinte questão:

Qual a diferença no comportamento da grávida na primeira consulta e nas consultas seguintes?

A alteração do padrão comportamental da grávida no decorrer das sucessivas entrevistas com a enfermeira é referido por nove enfermeiras. Na primeira consulta estão pouco á vontade, demonstram ansiedade, estão apreensivas e expectantes. Uma enfermeira refere que a grávida coloca mais questões durante a 1ª consulta:

*“ No inicio fazem mais perguntas: O que faz bem? O que podem fazer?” ( ent 5)*

Nas consultas seguintes a maioria das enfermeiras referem que as grávidas ficam mais á vontade, o diálogo é mais aberto e estão mais confiantes. Apresentamos alguns enxertos das entrevistas que nos pareceram mais significativos:

*“ estão mais descontraídas porque já sabem os procedimentos” (ent 6)*

*“Começa a haver mais empatia e colocam mais questões” (ent 3)*

*“Nas consultas seguintes o dialogo é mais aberto” (ent 4)*

*“Têm um dialogo mais solto, fazem mais perguntas e vão sentindo confiança” (ent 8)*

*“Á medida que as consultas vão avançando nota-se mais abertura, aceitação da gravidez” (ent 10)*

Duas enfermeiras referem verificar no final da gravidez mais ansiedade na grávida a que atribuem a proximidade do parto.

*“No final da gravidez retorna novamente a ansiedade” (ent 10)*

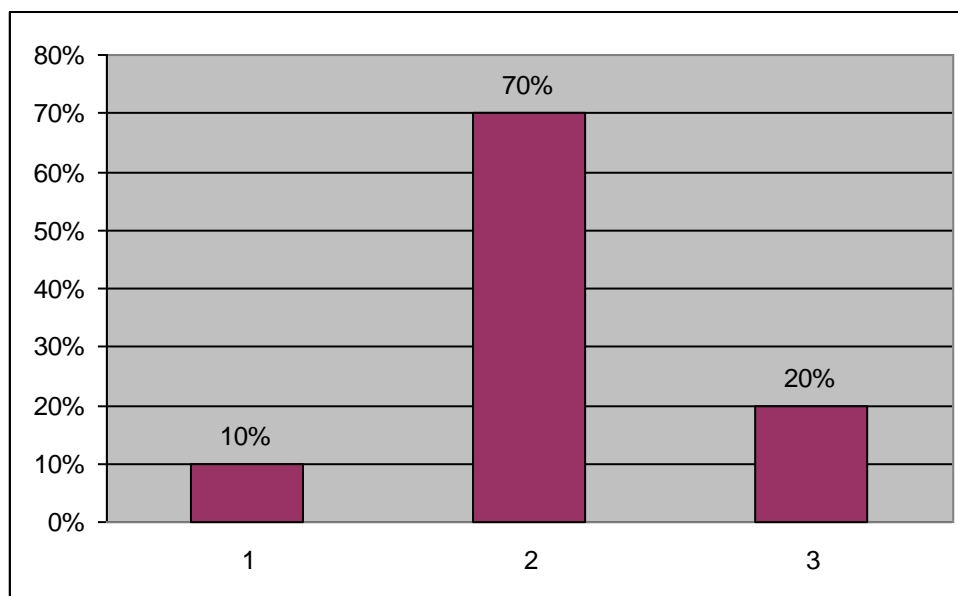
*“Estão mais ansiosas porque já não conseguem dormir, têm ansiedade de ver o bebé” (ent 5)*

#### 4. 2.8-PERCEPÇÃO SOBRE A EFICÁCIA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Com o fim de conhecer a percepção das enfermeiras sobre a efectividade do aconselhamento durante a gravidez, questionamos sobre a percentagem estimada de grávidas que aderem às recomendações.

Sete enfermeiras consideram que 75% das grávidas aderem às recomendações, duas referem uma adesão de 50% e uma enfermeira de 90%.

Figura 11: Estimativa de adesão às recomendações



Os conteúdos a que mais aderem são: alimentação; cuidados gerais na gravidez, hábitos nocivos para a saúde; parto e vigilância da gravidez.

Tabela 20: Classificação dos hábitos e ideias mais fáceis de alterar

<b>Categoria</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>Respostas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Alimentação	5	31%	Dieta alimentar	4	25,00%
			Recomendações alimentares para prevenir a azia	1	6,25%
Cuidados gerais	4	25%	Exercício físico	1	6,25%
			Higiene oral	1	6,25%
			Higiene alimentar	1	6,25%
			Calçado	1	6,25%
Hábitos nocivos para a saúde	3	19%	Álcool	2	12,5
			Tabaco	1	6,25%
Parto	2	12,5%	Preparação para o parto	2	12,50
Vigilância da gravidez	2	12,5%	Realização do n° de consultas recomendado	2	12,50
Total	16	100%		16	100%

Os motivos apontados com mais frequência pela não aderência são a situação sócio económica, com 27% das respostas. Os motivos profissionais, experiência anterior e o desempenho dos profissionais foram outros dos motivos evocados com uma percentagem significativa de respostas (18%). Os aspectos culturais são referenciados com pouca frequência, somente 9% das respostas.

Tabela 21: Classificação dos motivos condicionantes da não adesão às recomendações

<b>Categoria</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
Situação Sócio económica	3	27,2%
Actividade profissional	2	18,2%
Experiência anterior	2	18,2%
Cultura	1	9,1%
Desempenho dos profissionais	2	18,2%
Aumento de apetite durante a gravidez	1	9,1%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Em síntese e em relação aos dados apresentados, numa maneira geral todas as enfermeiras referem terem adquirido no curso de enfermagem, conhecimentos sobre métodos e estratégias educativas, os quais são considerados elementos facilitadores da prática profissional e da relação entre utente e profissional de saúde. Em relação aos conhecimentos sobre gravidez, distinguem-se dois grupos. O primeiro considera que os conhecimentos adquiridos permitem transmitir a informação solicitada. O segundo grupo, constituído por 70% das enfermeiras considera estes insuficientes e desactualizados. É por isso pertinente, que a temática das acções de formação frequentadas e sugeridas como necessidades formativas, esteja relacionada com a gravidez e parto.

A educação para a saúde é entendida pelas enfermeiras principalmente como transmissão de informações. A alimentação e os desconfortos na gravidez são os temas considerados prioritários. No entanto parece-nos interessante referir que a relação familiar não constitui prioridade, na educação para a saúde durante a vigilância pré-natal. A nacionalidade é o factor referido pela maioria das enfermeiras como principal interveniente na selecção dos conteúdos abordados

Relativamente às mensagens transmitidas e às expectativas da grávida em relação á consulta de enfermagem, encontramos convergência entre as respostas obtidas. As enfermeiras valorizam o sentimento de segurança e a promoção da auto-estima da grávida. Consideram que estas esperam da enfermeira simpatia, disponibilidade e capacidade de escuta.

No que concerne á importância assumida pela educação para a saúde no conjunto dos cuidados de saúde prestados durante a gravidez, encontramos posições divergentes entre as enfermeiras: 40% consideram em 1º lugar a vigilância pré-natal, a educação para a saúde é considerada por 30% dos sujeitos como a actividade mais importante para a saúde da grávida, enquanto que 20% mencionam a consulta obstétrica, 10% não especificam, referem que depende da necessidade da grávida.

Relativamente às orientações técnicas e às normas de actuação a maioria atribui avaliação positiva, salienta-se no entanto que uma pequena percentagem refere a não aplicabilidade das mesmas nas actividades profissionais.

## **CAPÍTULO V – A PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS**

### **5.1 - A PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS NA CONSULTA DE SAÚDE MATERNA**

#### **5.1.1- Objectivos**

Pretende-se descrever as práticas educativas das enfermeiras, durante a vigilância pré natal. Os objectivos específicos delineados são os seguintes:

- Identificar as estratégias educativas utilizadas;
- Analisar os factores intervenientes nas praticas educativas das enfermeiras;
- Analisar a relação inter-pessoal grávida /enfermeira no decorrer de acções de educação para a saúde.

#### **5. 1.2- Métodos**

Recorreu-se a uma amostra de conveniência determinada pelo número de grávidas em vigilância no Centro de Saúde.

Como critério de selecção das grávidas tivemos a disponibilidade destas em participar e a idade de gestação, de modo a obter duas grávidas em cada trimestre de gravidez, por cada enfermeira.

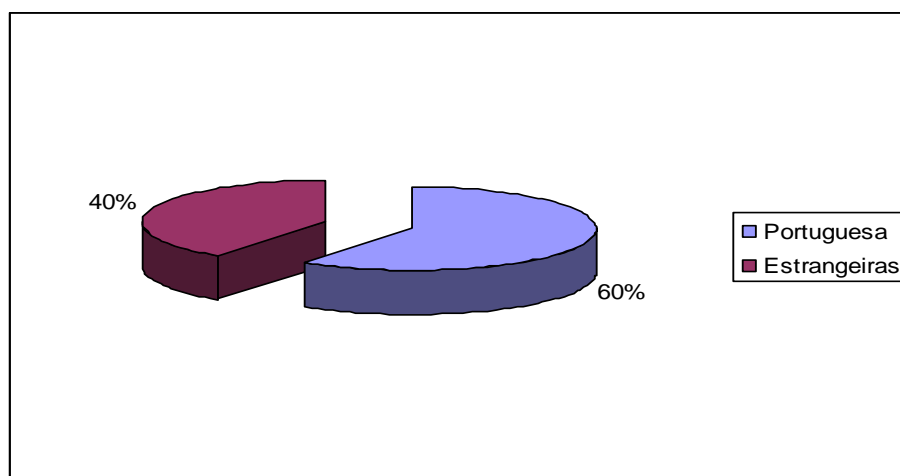
A amostra é constituída por 60 grávidas. A média de idades é de 27 anos, com a idade máxima de 40 e a mínima de 13 anos.

Tabela 1 Características sócio-familiares das grávidas

	Média (x)	Desvio Padrão (s)	Max	Min
Idade da grávida	27,3	5,6	40	13
Idade de gravidez (sem)	22,7	9,8	39	5
Nº Filhos	0,6	0,7	3	0
Estudos Grávida	12,2	5,6	16	0

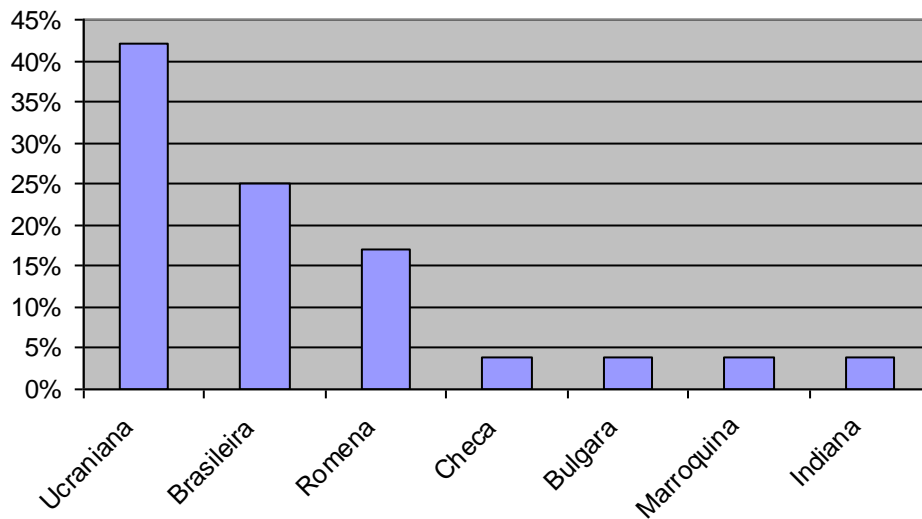
Em relação á naturalidade, 36 grávidas são de Nacionalidade Portuguesa, 24 são estrangeiras residentes em Portugal.

Figura 1: Procedência das grávidas



A maioria das grávidas estrangeiras é de Nacionalidade Ucraniana (42%), seguindo a nacionalidade Brasileira com 25%. As restantes são Romenas, Búlgaras, Indiana e Marroquina, com o percentual de 4%.

Figura 2: Nacionalidade das grávidas provenientes de países estrangeiros



### 5.1.3- Procedimentos

Durante o período de tempo em que decorreram as entrevistas procedemos á observação e registo em áudio de seis consultas de enfermagem, de cada enfermeira participante neste estudo, no decorrer da consulta de vigilância pré natal no Centro de Saúde.

Foi solicitado a cada enfermeira autorização para se proceder á observação e registo das consultas. Foi pedido também a cada grávida, no inicio da entrevista, o consentimento verbal, informando-a de que se tratava de um trabalho de investigação sobre a educação para a saúde na vigilância de saúde durante a gravidez.

Durante a observação a autora colocou-se um pouco afastada da enfermeira e da grávida de modo a não influenciar as práticas e minimizar os inconvenientes causados pela presença de um terceiro elemento na sala.

A caracterização das grávidas foi efectuada com base no preenchimento de uma grelha onde consta os dados biográficos, número de consultas já efectuadas com a enfermeira, idade de gravidez, existência de filhos e quem acompanha á consulta. De forma a

identificar factores considerados pertinentes para os objectivos desta investigação e que devido á sua natureza não era possível o respectivo registo em áudio, recorreu-se a notas escritas pela autora no decorrer das entrevistas observadas.

As gravações das consultas foram transcritas integralmente e analisadas posteriormente quantitativamente e qualitativamente segundo:

- Temas abordados segundo a categoria;
- Temas abordados nas consultas segundo a iniciativa da enfermeira e grávida;
- Conselhos dados pela enfermeira;
- Conselhos solicitados pela grávida;
- Discurso das enfermeiras

## 5.2 - Apresentação de Resultados

### 5. 2.1- Características Gerais das Consultas

Embora não seja do âmbito deste estudo identificar a acessibilidade da grávida á consulta de enfermagem e médica assim como o circuito e os procedimentos a efectuar, decidiu-se proceder a uma ligeira descrição destes de modo a contextualizar as praticas educativas.

Em sete dos nove centros de saúde inseridos nesta pesquisa, a marcação da primeira consulta é feita por telefone ou pessoalmente pela administrativa. As consultas seguintes são também marcadas por essa funcionária após a consulta com o médico, o qual informa qual a data em que deverá efectuar a próxima consulta.

Em dois centros de saúde as marcações das consultas médicas e de enfermagem, assim como os exames ecograficos e consultas de referênciã são feitas pela enfermeira. No que se refere ao circuito das grávidas, em oito centros de saúde, as grávidas dirigem-se ao

balcão de atendimento onde se encontra uma funcionária, a qual efectua a inscrição, verifica a marcação da consulta e retira o respectivo processo familiar, que entrega posteriormente á enfermeira.

Em três instituições as enfermeiras não têm acesso ao processo familiar mas sómente á ficha clínica da grávida. As enfermeiras em dois centros de saúde têm ainda instrumentos específicos de registo de enfermagem.

Das 60 consultas observadas, 57 foram realizadas antes da consulta médica. Duas foram efectuadas independentemente da consulta médica. Eram grávidas que se dirigiam primeiramente ao enfermeiro e que iam iniciar a vigilância pré-natal. Uma grávida embora tivesse consulta médica programada, como a médica estava ausente e fez só a consulta de enfermagem.

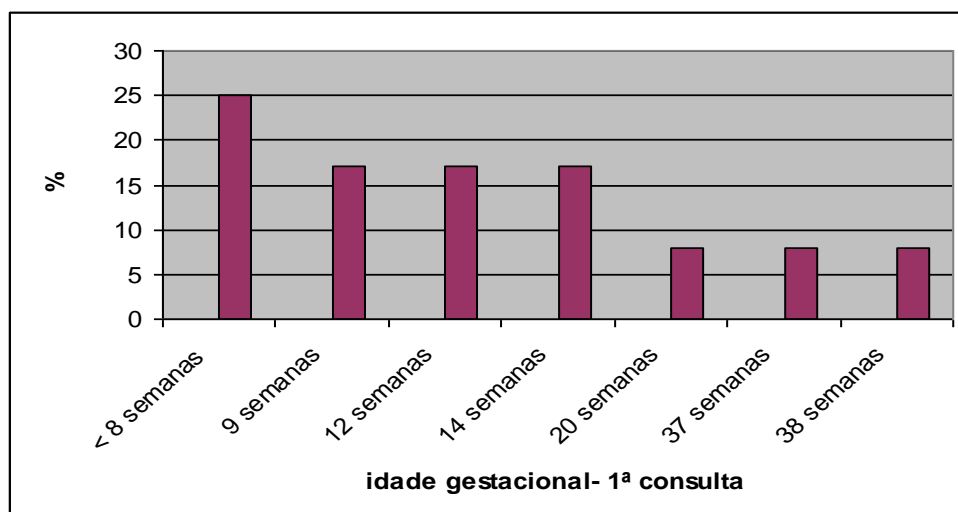
Do total de consultas observadas, 12 grávidas fizeram a 1ª consulta e 48 consultas seguintes. As primeiras consultas de gravidez foram efectuadas entre as 5 semanas e as 38 semanas de gestação.

Verificou-se uma percentagem significativa de mulheres que iniciam a vigilância pré-natal tardiamente. Das 12 grávidas que realizaram a primeira consulta de gravidez, 66%, inserem-se no 1º trimestre de gravidez<sup>6</sup>, 17% no 2º e 3º trimestre, respectivamente.

---

<sup>6</sup> Consideramos no primeiro trimestre as grávidas com idade gestacional menor ou igual a 15 semanas, no segundo com 16 a 27 semanas e no terceiro com 28 ou mais semanas de gravidez.

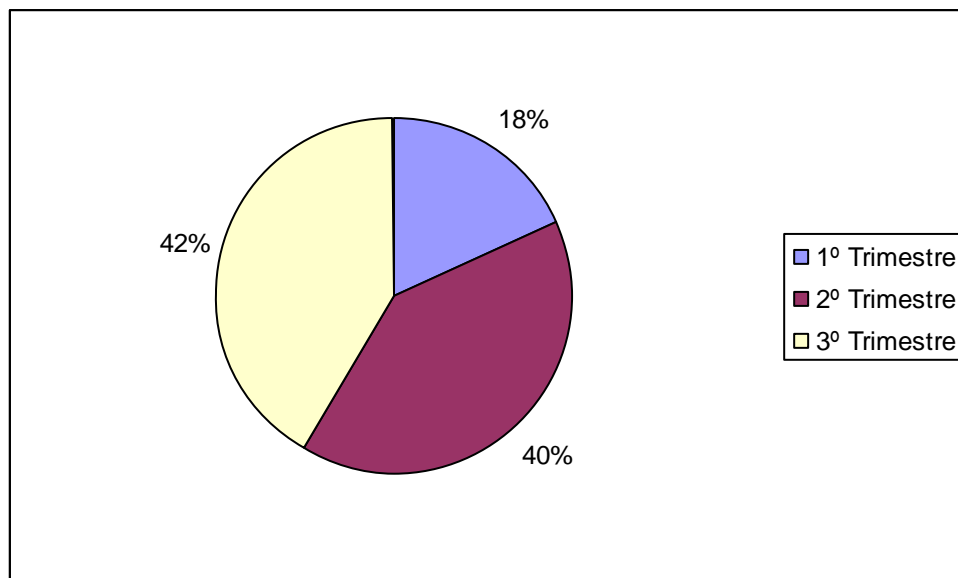
Figura 3: Distribuição das primeiras consultas por idade gestacional



Sómente 14 grávidas, a que corresponde o percentual de 23% foram acompanhadas á consulta, nove pelo marido ou companheiro, três por amigas. Uma grávida foi acompanhada pela mãe e outra pela filha.

As grávidas inseridas no estudo, 11 situam-se no 1º trimestre de gravidez, 24 no segundo e 25 no terceiro.

Figura 4: Distribuição das grávidas segundo o trimestre de gravidez



De um modo geral o clima afectivo das consultas era agradável com alguma conversação social. Em 32 % de consultas a enfermeira tratou a grávida pelo nome.

Quer em relação á estrutura física onde se realizava a educação para a saúde, quer em relação ao funcionamento e organização da consulta de enfermagem encontramos diferenças.

Assim, 90% das enfermeiras vão chamar a utente á sala de espera. Nas consultas efectuadas pela enfermeira 3, é a auxiliar de acção médica que chama a grávida e a introduz na sala de enfermagem.

A enfermeira 1 começa por consultar o processo, enquanto a grávida permanece em silêncio sentada em frente á secretária. Inicia após alguns minutos a entrevista com frases como:

*“Está tudo bem? Não perdeu sangue?” (consulta 2)*

*“Continua enjoada?” (consulta 4)*

*“ Pés inchados tem tido ”? (consulta 1)*

Estas frases introduzem frequentemente as recomendações fornecidas:

*“Enf: continua enjoada?”*

*Grav: de manhã com o estômago vazio quando me levanto da cama vou directo para a casa de banho. Depois de comer o pequeno almoço fico bem.*

*Enf: é assim porque está sem comer.*

*Grav: estou aqui desde as 2h*

*Enf: e o que tem que fazer nessas situações?*

*Grav: (a grávida sorri) trazer comida. Mas tenho vergonha de comer diante das pessoas*

*Enf: não vergonha é estar sem comer e isso faz mal ao bebé está bem?*

*A análise á urina diz que está com corpos cetónicos, falta de comida e isto está provado que faz mal ao bebé. Come um iogurte uma peça de fruta é o suficiente e aguinha está bem?”*

*( consulta 4)*

*“E: o que anda a comer?”*

*G: Apetece-me muitos doces.*

*E: Doces? Cuidado com estas coisas. Está bem se tiver desejos satisfaz os desejos, mas está a aumentar muito de peso”.*

*(consulta nº 4)*

As enfermeiras 4, 5, 6 e 8 iniciam a entrevista com frases como:

*“Está tudo bem? Há queixas?”*

*“Como está a decorrer a gravidez?”*

*“Conte-me como tem passado? Está tudo bem?”*

*“Bom dia! Está tudo bem?”*

O fluir da informação processa-se sem ordem predefinida, consoante as dúvidas e queixas apresentadas. Nota-se a preocupação da parte da enfermeira em abordar o maior número de temas durante cada consulta.

A enfermeira 9 começa igualmente por questionar a grávida acerca de como está a decorrer a gravidez, mas trata a grávida com bastante familiaridade, como por exemplo:

*“Tens passado bem?”*

Este facto é bem aceite pela grávida. Observamos um clima descontraído e cordial durante as consultas.

As enfermeiras 3, 7 e 10, iniciam a entrevista com questões relacionadas com a data da última menstruação com o objectivo de calcularem ou confirmarem a idade gestacional, como por exemplo:

*“A última menstruação foi?”*

*“Muito bem está com 24 semanas?”*

*“Estamos com quantas semanas?”*

Os temas vão surgindo á medida que a grávida expõe as duvidas ou a enfermeira detecta a necessidade de aconselhamento consoante os dados que vai observando, aumento de peso excessivo, existência de estrias, a presença de elementos anormais na urina e a existência de edemas nos membros inferiores.

A enfermeira 2 começa geralmente pelos procedimentos de rotina, determinação de peso, avaliação de tensão arterial e determinação de elementos anormais na urina, ao mesmo tempo que preenche o boletim de saúde da grávida e a ficha clínica que faz parte do processo de família, só depois inicia a entrevista com a utente com frases como:

*“Está tudo bem?”*

*“Está tudo bem? Vômitos? Enjoos?”*

Relativamente á sala onde realiza a consulta, em sete centros de saúde realizam-se na sala de enfermagem destinada ao programa de saúde materna e planeamento familiar. Em três realizam-se na sala de enfermagem destinada ao atendimento de todos os utentes que recorrem ao serviço de enfermagem. Em oito salas, o mobiliário consta de uma secretária rectangular, uma cadeira para o enfermeiro e uma ou duas cadeiras para os utentes, situadas em frente da secretária, estabelecendo-se a distância física de cerca de 1 metro e vinte entre profissional e utente.

Um centro de saúde a sala onde a enfermeira efectua as primeiras consultas de gravidez. É mobilada com uma mesa redonda, o que facilita a relação entre enfermeira e grávida e decorada com cartazes e quadros relacionados com a temática da alimentação, gravidez e funcionamento da consulta de vigilância pré-natal.

Noutro centro, a sala onde se realiza o atendimento de enfermagem, tem pouca luminosidade, é pouco arejada e desconfortável. O mobiliário é constituído por uma marquesa, mesa de apoio para os instrumentos, uma cadeira e uma bancada com um lavatório.

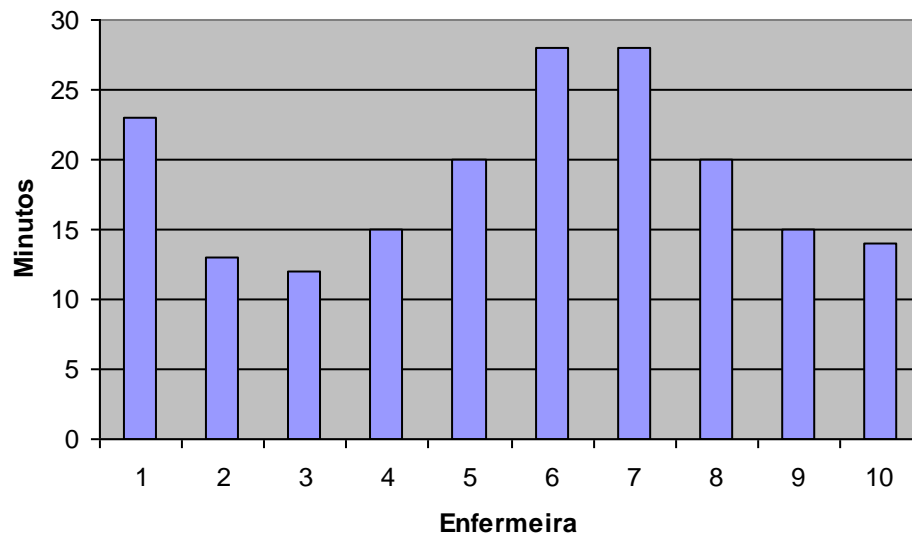
Nove enfermeiras, preocupam-se em manter a privacidade durante a entrevista, fechando a porta. No entanto, verificámos que uma enfermeira efectuava a entrevista com as grávidas, com a porta aberta e perante a presença de outras utentes ou profissionais de saúde, incluindo pessoal auxiliar.

Nas 60 consultas observadas ocorreram 62 interrupções. A maioria causadas pelo telefone (13), pela enfermeira (11), administrativa (10) e pelo médico (10). As restantes foram provocadas por utentes, auxiliares, alunos de enfermagem, o bater á porta, e por familiares da enfermeira.

### 5.5.2.2- Duração das Consultas

A duração das consultas de enfermagem<sup>7</sup> foi em média de 17,6 mn, com um valor mínimo de 5 e máximo de 60 minutos. O valor superior a 20 minutos corresponde a 58% de primeiras consultas. Ao analisarmos a distribuição da duração média das consultas de enfermagem por enfermeira verificamos que em 50% dos casos é superior ou igual a 20 mn. Salientamos os sujeitos 1,6 e 7, os quais realizaram entrevistas com a duração média de 20 mn.

Figura 5: Distribuição da duração média das consultas por enfermeira



Verifica-se diferença estatisticamente significativa entre as enfermeiras ( $p= 0,061$ , referente a um  $F= 1,984$  para 59 g.l. na ANOVA)

<sup>7</sup> Considera-se consulta de enfermagem a intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de auto cuidado

#### 5.5.3.4- Temas Abordados

Para quantificar os temas abordados em cada consulta utilizámos o critério de "significação". Assim um tema pode ser iniciado pela enfermeira com uma só frase "O que anda a comer?" e desenvolvido em varias frases sequenciais, como por exemplo para introduzir o tema da alimentação:

*E: Atenção á ingestão de leite, não sei se a minha colega lhe falou?*

*G: Eu bebo iogurtes.*

*E: Leite ou derivados mas deverá aumentar a ingestão , devido ao aporte de cálcio que vai para o bebé. "*

*(E5, consulta 29)*

*"E: Convem fazer uma alimentação o mais cuidada possível sempre mas agora ainda mais ou seja 4 refeições ao dia não comer muito de cada vez é importante ....*

*E.: Comer uma bolachinha de manhã ás vezes é o suficiente para não se sentir mal disposta. Portanto fazer várias refeições por dia uma alimentação o mais diversificada possível, de manhã ao meio da manhã almoço tarde e jantar durante a gravidez deve evitar os doces. Não é fazer dietas, não mas também não é para comer por dois excesso de pão de batata substitui-los por legumes não é retirar o pão nem a batata mas é come-los em pequenas quantidades"*

*(E5, consulta 30)*

Quando o mesmo tema foi abordado em momentos diferentes da entrevista, quantificou-se como um novo tema, se o conteudo tratado for diferente. Por exemplo:

*E: “Deve andar com uma peça de fruta um iogurte, se vai para algum lado, bolacha de água e sal bebidas gaseificadas, fritos, enchidos, muito condimentos, chocolate em excesso, marisco, bebidas alcoólicas, comida pré cozinhada e enlatados, tudo isso é de evitar*

*E: Agora você tem que pensar um bocadinho. o excesso de peso pode trazer complicações: hipertensão, diabetes, mesmo que não tenha á partida predisposição para isso, para o bebé faz com nasça muito gordinho e tem problemas ao nascer. São coisas que podem ser prevenidas durante a gravidez. Alimentos bem mastigados e comidos em pequena quantidade” ( E1, consulta 6)*

Os temas foram classificados nas seguintes categorias:

Promoção da saúde;

Prevenção Primária;

Prevenção Secundária;

Relação Familiar;

Informações gerais sobre os serviços de Saúde.

Englobamos na categoria “promoção da saúde” as intervenções realizadas com o objectivo de capacitar a grávida e família para optar por estilos de vida saudáveis, como “prevenção primária” considerou-se as intervenções delineadas para prevenir o aparecimento de uma doença ou de complicações durante a gravidez.

Na categoria “Prevenção secundária” considerou-se as recomendações destinadas á detecção precoce da doença em fase inicial, antes do aparecimento de sintomas e sinais clinicamente evidentes, com o objectivo de intervir através do diagnostico precoce e

tratamento. As intervenções com o objectivo de promover a aceitação da gravidez pelos elementos da família e relação com os irmãos mais velhos foram incluídas na categoria “relação familiar”

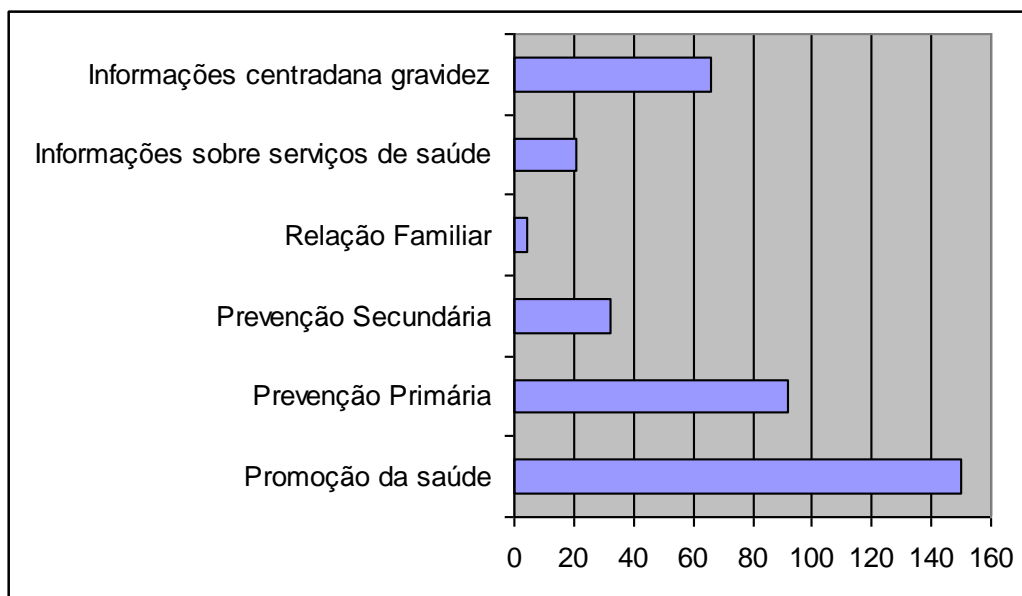
Os temas inseridos na categoria “Promoção da saúde” representam 41% dos temas abordados. Seguindo-se os temas relacionados com a prevenção primária, com 25% e informações centrada na gravidez, com 18 %.

As categorias “prevenção secundária” e “informações sobre serviços de saúde” assumem o valor percentual de 9% e 6%. Os temas relacionados com “relação familiar” representam sómente 1% da totalidade dos temas mencionados nas consultas de enfermagem observadas.

Tabela 2: Categorização dos temas abordados nas consultas

	Nº	%
Promoção da saúde	150	40%
Prevenção Primária	98	26%
Prevenção Secundária	35	9%
Relação Familiar	4	1%
Informações sobre serviços de saúde	24	6%
Informações centrada na gravidez	68	18%
Total	379	100%

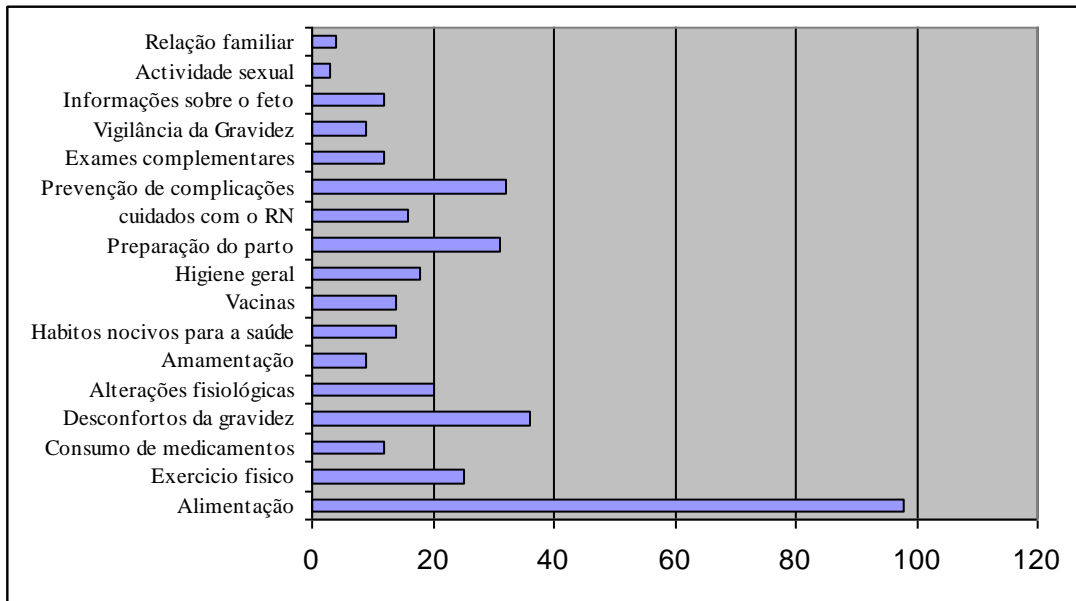
Figura 6. Categorização dos temas abordados na consulta



Para além da categorização dos temas segundo a finalidade, identificamos também os temas segundo as temáticas abordadas, com base nas áreas de intervenção da Educação para a Saúde, no seguimento do recomendado nas orientações técnicas da Direcção Geral de Saúde.

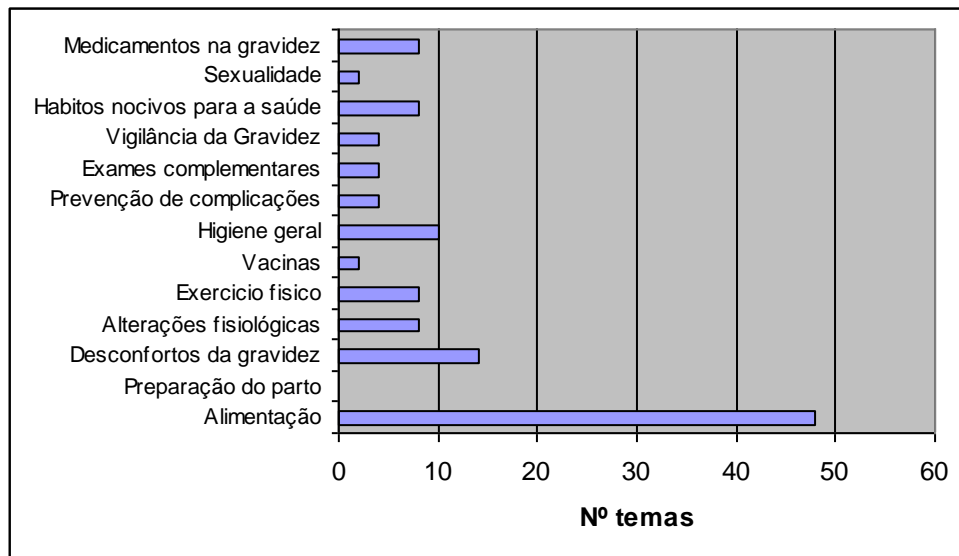
A alimentação é a temática abordada com mais frequência, seguindo-se os temas relacionados com desconfortos da gravidez e prevenção de complicações obstétricas.

Figura 7: Classificação dos temas abordados, segundo o conteúdo temático



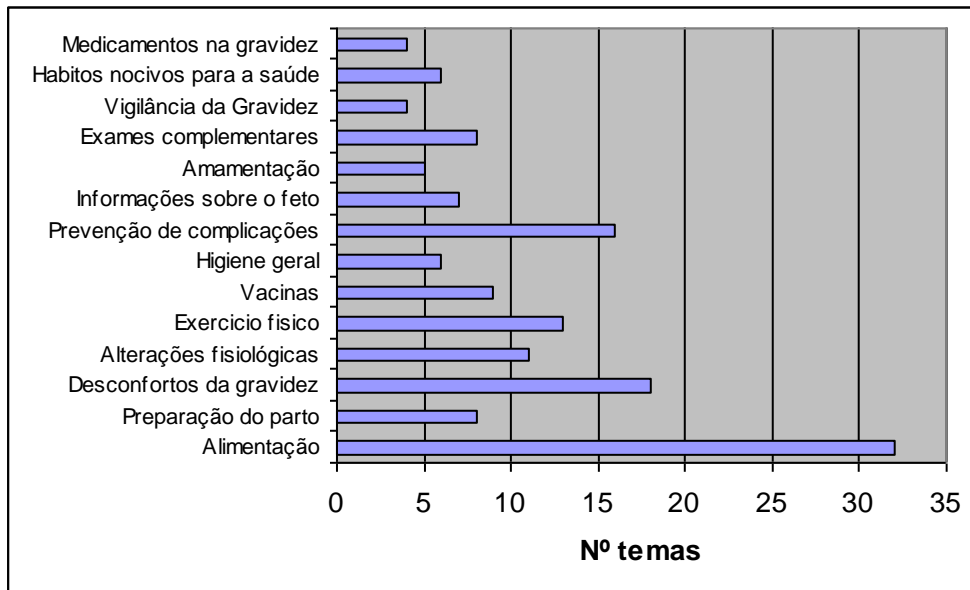
A classificação e a frequência dos temas abordados dependem do periodo de gravidez. Ao analisarmos os temas abordados segundo a idade gestacional, no 1º trimestre da gravidez verificamos que a alimentação é o tema mais referenciado, seguindo o tema “desconfortos na gravidez” e o tema “ prevenção de complicações”

Figura 8: Classificação dos temas abordados, no 1º trimestre



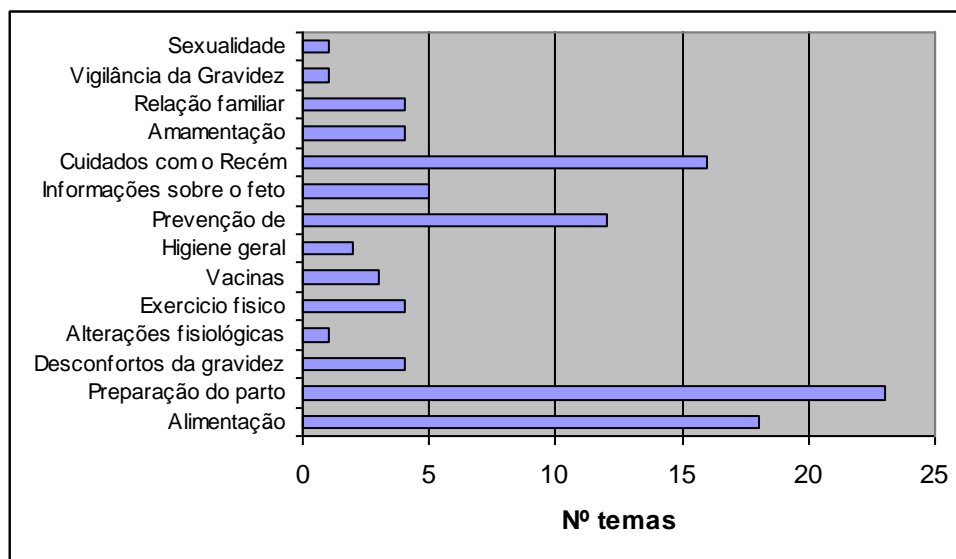
No segundo, embora a alimentação continue a ser o tema mais relevante, os temas referentes aos desconfortos e à prevenção de complicações durante a gravidez são mais frequentes do que no 1º trimestre.

Figura 9: Classificação dos temas abordados, no 2º trimestre



No terceiro trimestre os temas que aparecem mais frequentemente são a preparação para o parto e cuidados com o recém-nascido. A alimentação continua a assumir neste trimestre uma posição irrelevante.

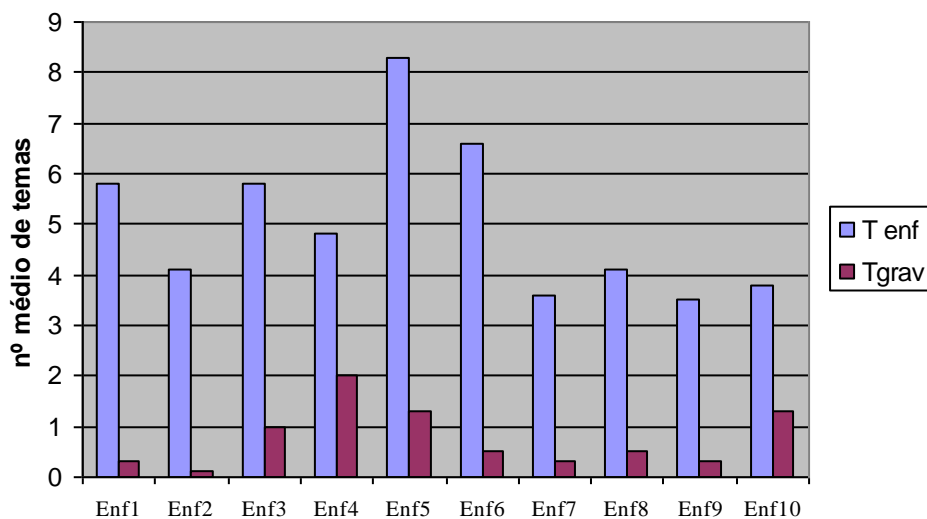
Figura 10: Classificação dos temas abordados, no 3º trimestre



Dos 379 temas abordados, 332 foram por iniciativa da enfermeira e 47 pela grávida.

Em cada consulta foi abordada uma média de 6,03 temas, 5,5 pelas enfermeiras (min=1, Max= 18 , s=3,968 ) e 0,8 pelas grávidas . (min= 0 Max= 4, s= 1,075)

Figura: 14: Quem introduz os temas



Relativamente ao número de temas por iniciativa da enfermeira e por iniciativa da grávida verifica-se diferença estatisticamente significativa ( $p= 0,005$ , referente a um  $F=4,214$  para 59 g.l. na ANOVA)

#### 5.5. 2.4 - Recomendações

Na classificação das recomendações segundo o modo como é transmitida a informação, tivemos como referência a metodologia utilizada por Nunes (2004), distinguimos assim dois tipos de recomendações: conselhos e prescrições. Entendemos por conselhos as

recomendações acompanhadas de informação detalhada de conduta proposta e da justificação da mesma.

Apresentamos alguns exemplos onde a conduta recomendada é acompanhada de explicação detalhada:

*“E: como estás a fazer?”*

*G: estou a comer muitas vezes mas não como assim muito*

*E: estás a comer saudáveis ou não saudáveis ?*

*G: estou a comer saudáveis e às vezes sempre vai uma menos saudável*

*E: como por exemplo ?*

*G: olhe ontem á noite apeteceu-me comer um hambúrguer com aqueles molhos e aquelas coisas e no outro dia comi uns quantos caracóis, depois disseram-me que fazia mal.*

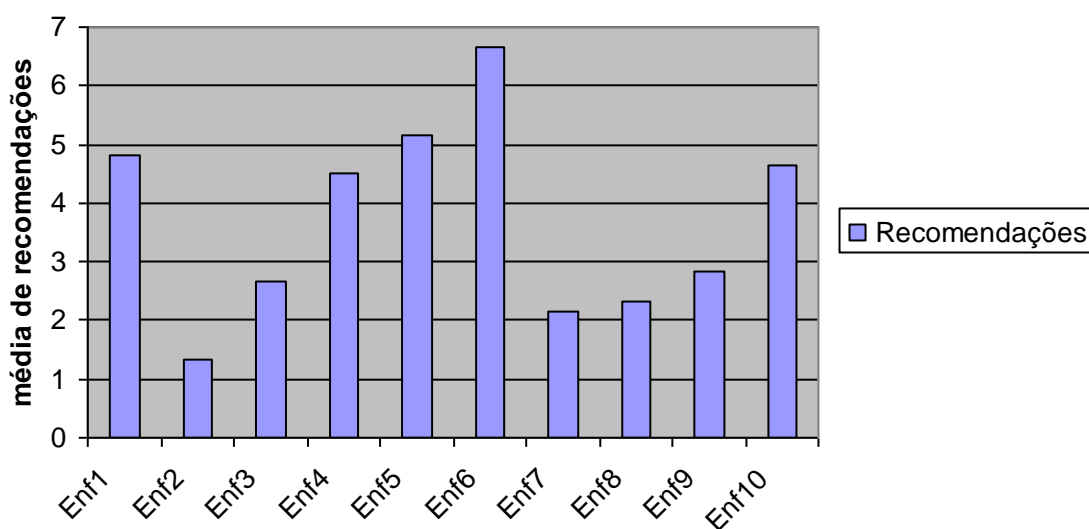
*E: Claro, os caracóis por causa do que comem : desinfetantes das arvores. Podem-te fazer alergia e depois não podes fazer medicação.” (E4, consulta 21)*

Considerou-se prescrições, as recomendações realizadas de modo imperativo sem serem acompanhadas por uma justificação nem explicação causal em que se insere. Como nos exemplos seguintes:

*“E: Tem que comer mais fruta, fibras, beber muita água” (E 1, consulta 3)*

Em cada consulta foram dadas a média de 3,7 recomendações por consulta.<sup>8</sup> Como se observa na figura 11, existe variabilidade entre as enfermeiras, relativamente ao número médio de recomendações efectuadas em cada consulta,. No entanto na ANOVA não se verifica diferença relevante e estatisticamente significativa entre as enfermeiras ( $p=0,171$  correspondente a uma  $F= 1,509$  para 59 gl no ANOVA).

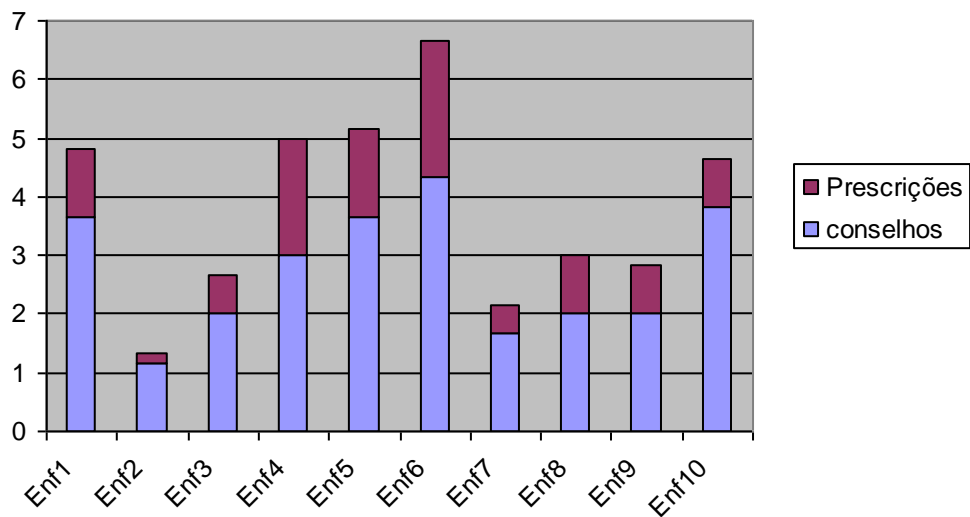
Figura 11: Nº médio de recomendações por consulta



Para fazer as recomendações as enfermeiras utilizam mais os conselhos (168/228=74%) do que as prescrições (60/228=26%) ( $p= 0,007$  no qui- quadrado de 7 g.l.) Em cada consulta deram-se em média 2,8 conselhos (min=0, max=11) e 0,9 prescrições. (min=0, Max=6)

<sup>8</sup> Nos anexos E e F apresentamos a classificação de todas as recomendações feitas pelas enfermeiras na forma de conselhos e prescrições

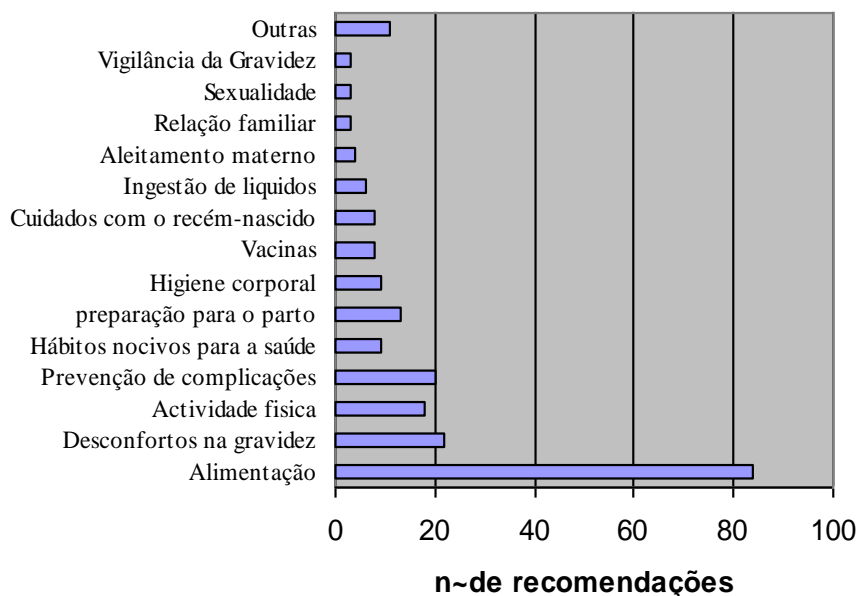
Figura 12: Classificação das recomendações segundo a forma



A diferença entre os conselhos efectuados em cada consulta por iniciativa da enfermeira e iniciativa da grávida é muito significativa ( $p= 0,001$  no T Student) Relativamente ao nº médio de prescrições em cada consulta não são significativamente diferentes (o T Student mostra  $p= 0,103$ )

Os conteúdos mais frequentes das recomendações relacionam-se com a alimentação, com 40 %, seguindo-se a tematica relacionada com os desconfortos da gravidez, com um percentual de 10% do total de recomendações.

Figura 13: Categoria Geral das recomendações



### 5.3- O DISCURSO DAS ENFERMEIRAS

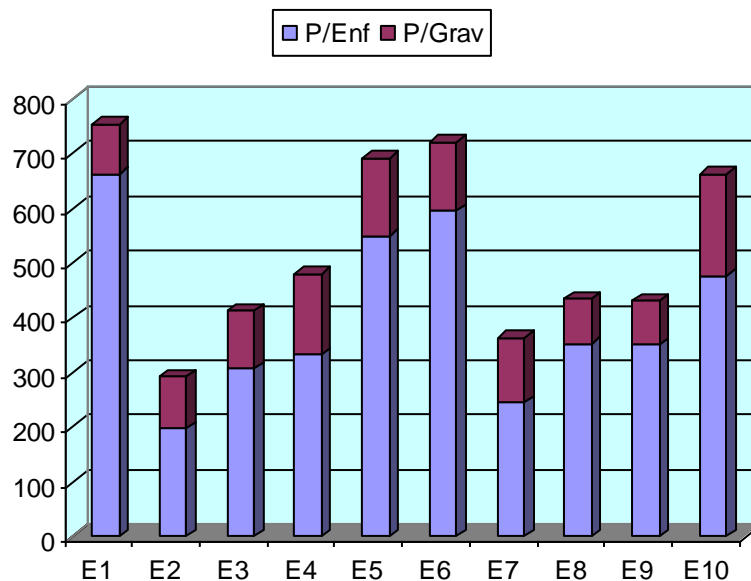
#### 5.5.3.1- Palavras emitidas por consulta

Em média são emitidas em cada consulta 525 palavras, sendo o discurso das enfermeiras mais longo do que o das grávidas. Enquanto que a enfermeira diz uma média de 407 palavras a grávida diz 118 palavras por consulta.

O quociente de palavras emitidas pela enfermeira sobre as emitidas pela grávida é de 3,45. Esta diferença é estatisticamente significativa ( $p= 0,000$  no teste T de Student bicaudal para dados independentes).<sup>9</sup>

<sup>9</sup> No anexo D apresentam-se as distribuições de frequência das palavras emitidas nas consultas.

Figura 15: Número médio de palavras emitidas pela enfermeira e grávida



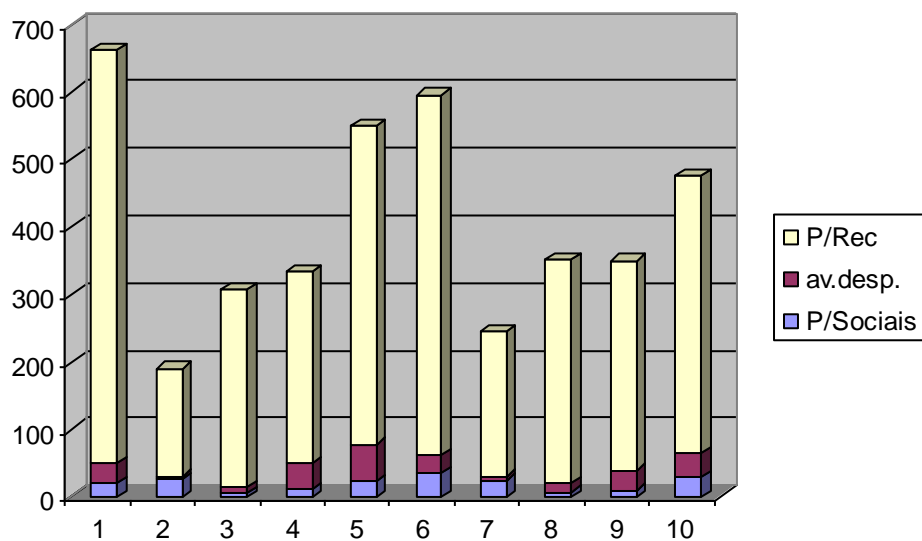
Pela análise da figura nº 15, verificamos a existência de diferenças significativas entre as enfermeiras, relativamente ao número médio de palavras emitidas. O grupo composto pelas enfermeiras 1,5,6 e 10 tem uma média de emissão superior a 600 palavras, enquanto que o grupo composto pelas enfermeiras 2 e 7 apresentam uma média inferior a 400 palavras.

Relativamente á finalidade das palavras emitidas classificam-se em palavras utilizadas para fazer recomendações, avaliação e despiste de problemas e palavras sociais.

A média de palavras utilizadas por consulta, para fazer recomendações foi de 362, enquanto que em palavras sociais foi de 19 palavras Para avaliação e despiste de problemas foram utilizadas a média de 27 palavras por consulta.

Durante as consultas, o discurso das enfermeiras é sobretudo no sentido de fazer recomendações, onde os conselhos assumem um peso significativo.

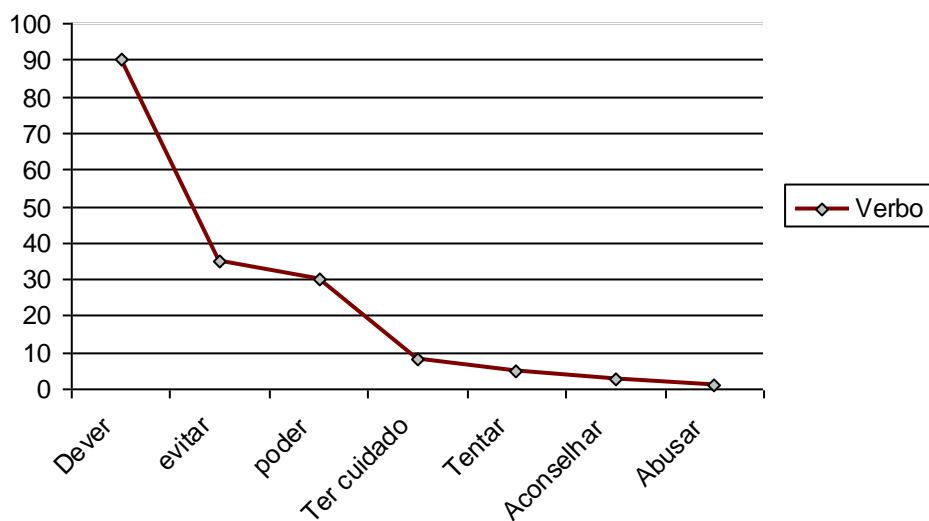
Figura 16: Distribuição do nº de palavras segundo a finalidade



A expressão “*Tem que*” é muito utilizada para efectuar recomendações. Na totalidade das consultas observadas foi pronunciada 62 vezes pelas enfermeiras.

O verbo utilizado mais frequentemente no discurso das enfermeiras quando fazem recomendações á grávida é o verbo “dever”, seguindo-se o “evitar”. Os verbos utilizados raramente são os verbos tentar, aconselhar e abusar

Figura 17: Verbo de Acção utilizado no discurso das enfermeiras



Os dados apresentados permitem concluir que as práticas das enfermeiras, no que se refere ao horário e ao número de consultas de enfermagem realizadas durante a gravidez estão dependentes da organização da consulta médica. Relativamente á duração da consulta verifica-se diferenças significativas entre as enfermeiras. Salientam-se dois grupos, no primeiro a duração média da consulta é superior a 20 minutos, enquanto que no segundo é inferior ou igual a 15 minutos.

No que se refere á temática abordada durante as consultas os resultados encontrados são convergentes com as afirmações das enfermeiras. Os temas abordados ao longo de todas as consultas, independentemente da idade gestacional, são a alimentação e os desconfortos da gravidez. As intervenções educativas são no sentido de promover a saúde, os temas inseridos nesta categoria constituem 41% da totalidade das recomendações efectuadas. Salienta-se no entanto, que a relação familiar é abordada com reduzida frequência.

O envolvimento da grávida na selecção dos conteúdos é efectuado pela maioria das

enfermeiras através do esclarecimento das dúvidas apresentadas e consoante os problemas detectados. O discurso das enfermeiras é mais longo do que o das grávidas, sendo utilizado maioritariamente para efectuar recomendações, nas quais os conselhos assumem um peso significativo, em detrimento das prescrições, culturalmente atribuídas á medicina. Consideramos por isso significativo, a frequente utilização do verbo “dever” e “evitar”, no decorrer das consultas de enfermagem.

## **CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

### **6.1- METODOLOGIA**

Como mencionámos no início do Capítulo IV, inserido na segunda parte deste estudo, recorreremos a uma amostra de conveniência, tendo como critério de selecção a disponibilidade dos sujeitos e a realização de actividades de EPS inseridas no programa de saúde materna, em Centros de Saúde da Sub-região de Saúde de Faro.

Tratando-se de um estudo descritivo exploratório, a questão da representatividade no sentido estatístico do termo não se colocou. Uma vez que pretendíamos conhecer as ideias, conhecimentos sobre o fenómeno em estudo e descrever as práticas educativas realizadas, sem exercer qualquer tipo de controlo sobre o contexto onde se desenvolvem. Albarello et al (1997) refere que unicamente pela sua presença o observador interrompe o desenvolvimento espontâneo das interacções. A autora estava inserida no campo da investigação, na sua cultura própria, na medida em que era mais uma colega da mesma instituição. Consideramos por isso que a interferência do observador foi mínima e não condicionou os dados obtidos.

Discutiremos os resultados seguindo a mesma ordem da apresentação dos resultados.

### **6. 2-.CONHECIMENTOS E IDEIAS DAS ENFERMEIRAS SOBRE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

O papel de formador, inerente às funções de enfermagem, principalmente em

cuidados de saúde Primários, em que a componente educacional ocupa uma posição relevante, exige que esses profissionais possuem conhecimentos sobre métodos e técnicas pedagógicas.

Através dos dados obtidos verificámos que praticamente a totalidade das enfermeiras adquiriu conhecimentos no curso de enfermagem sobre métodos e técnicas educativas. Os contributos desses conhecimentos para as práticas são sobretudo o facilitar a realização da educação para a saúde e a relação utente/profissional. Este facto denota a adequabilidade da formação base das enfermeiras às funções desempenhadas em cuidados de saúde primários.

Relembramos as afirmações de Espiney (2004) sobre o eixo estruturante do processo de aprendizagem em enfermagem. Esta autora faz referência á atitude de aprendizagem permanente que as enfermeiras deverão manter ao longo da vida profissional de modo a enfrentar com êxito os desafios constantes que o desenvolvimento no campo da saúde e na sociedade impõe. Sendo por isso a enfermagem, uma profissão que exige uma actualização permanente de conhecimentos.

Uma percentagem significativa de enfermeiras (30%) não fizeram formação nos últimos cinco anos. As que fizeram, referem que esta é insuficiente, apesar de estipulado na carreira de enfermagem.: “ *Os enfermeiros têm direito á utilização de um periodo correspondente a quarenta e duas horas por ano, em comissão gratuita de serviço, para efeitos de actualização e aperfeiçoamento profissional ....*”(nº2,artº63,Decreto-Lei nº471/91 )

Não só ao nível de direitos consagrados na carreira profissional, mas também ao nível dos centros de saúde, é detectada no plano de saúde 2004-2010, a necessidade de fornecer formação aos profissionais adaptada aos cuidados de saúde primários.

As dificuldades apontadas relativamente a frequência de formação foram a carência de

recursos humanos nos serviços e ausência de formação proporcionada pela instituição.

As necessidades de formação referenciadas prendem-se com aspectos relacionados com a gravidez e cuidados com o recém-nascido. É interessante verificar que o tema “Os jovens e a sexualidade” é um dos temas referidos.

Os resultados obtidos diferem dos resultados encontrados no estudo realizado por Carvalho e Carvalho (2005) sobre Educação para a Saúde e cuidados de Saúde Primários. Com a realização deste trabalho os autores pretendiam caracterizar as práticas de educação para a saúde e identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros no desenvolvimento destas práticas. No que se refere a necessidades formativas, 66% dos enfermeiros sugeriram o tema “ *Como desenvolver as práticas de educação para a saúde*”.

Parece-nos interessante verificar que as enfermeiras da nossa pesquisa, raramente mencionam aspectos referentes às práticas educativas. Os temas das acções de formação frequentadas pelas enfermeiras não coincidem com a temática sugerida, excepto o tema do aleitamento materno. Este facto denota a importância atribuída a esta temática quer pelos serviços de saúde, quer pelos profissionais.

Em relação aos conhecimentos adquiridos sobre saúde materna, a maioria das enfermeiras (70%) refere que estes são insuficientes; desactualizados e revelaram-se ineficazes relativamente à sedimentação de conhecimentos

Esta situação poderá reflectir a densidade dos conteúdos programáticos na área da saúde materna e obstétrica, incluídos no plano de estudo do Curso de Enfermagem. Confirma igualmente, a necessidade do funcionamento em pleno da estrutura de formação no local de trabalho e criação nos serviços de facilidades para a frequência de acções de formação.

### 6.3 - PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS SOBRE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Pretendia-se conhecer a percepção das enfermeiras sobre educação para a saúde através da resposta às seguintes questões:

- Quais os objectivos mais relevantes em educação para a saúde?
- Quais as mensagens transmitidas?

Na literatura consultada encontramos a referência a educação para a saúde como toda a aprendizagem destinada a facilitar as mudanças de estilos de vida e comportamentos de forma voluntária. No entanto, é interessante verificar que o objectivo “ *mudar comportamentos*” é evocado por uma pequena percentagem de enfermeiras (17%). Sendo o objectivo mencionado com mais frequência : “ *Transmitir conhecimentos*”

Se tivermos em consideração que a transmissão de conhecimentos úteis podem conduzir á mudança comportamental, como refere Bennett (1999), quando fornecemos ao utente informações e conhecimentos que lhe permitem agir de forma consciente e optar pelos comportamentos conducentes a estilos de vida saudáveis, pode-se constatar que as respostas obtidas vão ao encontro do referencial teórico, segundo o qual o papel da educação para a saúde é facilitar as mudanças de estilos de vida e comportamentos de forma voluntária.

Este autor, refere trabalhos nesta área que sugeriram que este tipo de abordagem pode ser bem sucedido mesmo após uma troca de informação mínima, tais como o de Russell et al. (1979) que demonstraram que um breve conselho antitabagismo fornecido pelos médicos em consultas de rotina a todos os fumadores que os consultavam resultava

numa taxa de cessação, sustentada de 5% num ano.

Enquanto que o objectivo principal da educação para a saúde é para as enfermeiras, transmitir conhecimentos, as mensagens que as enfermeiras pretendem passar, estão relacionadas com o suporte emocional durante a gravidez: “*transmitir segurança*” e “*valorizar a gravidez*”. A “*transmissão de informações úteis*” é também mencionada com alguma frequência.

As enfermeiras têm a percepção da valorização positiva das práticas realizadas. Consideram que o médico de família, profissional de saúde mais próximo e que articula directamente com o pessoal de enfermagem, valoriza muito estas praticas. Mas consideram que são mais valorizadas pela utente, a qual, segundo a opinião manifestada por 40% das enfermeiras, atribui muitissimo valor.

Relativamente á importância atribuída á educação para a saúde da grávida, uma pequena percentagem (30%) posiciona-a em primeiro lugar, enquanto que a vigilância do bem-estar materno fetal é assumida em primeiro lugar por uma percentagem significativa de enfermeiras (40%)

Os aspectos biomédicos dos cuidados de enfermagem sobrepõem-se aos aspectos educacionais. Pensamos que este facto está relacionado com a cultura de cuidados das instituições onde predomina ainda a vertente biomédica em detrimento dos cuidados preventivos.

#### 6.4-PRÁTICAS EDUCATIVAS DAS ENFERMEIRAS

Verificou-se a realização pelas enfermeiras de um grande número de tarefas burocráticas e de registos o que condicionou a disponibilidade e a atenção prestada pela

enfermeira á grávida.

As práticas das enfermeiras estão directamente relacionadas com as actividades médicas. Das 60 consultas observadas 58, foram realizadas antes da consulta médica. Relativamente ao número de consultas realizadas verificamos igualmente a mesma situação, uma percentagem significativa de enfermeiras (50%) referiram que o número de consultas realizadas depende directamente do número de consultas médicas realizadas. A frequência de consultas (8 a 10) corresponde ao estipulado pelas normas de orientação técnicas, que recomenda o mínimo de seis consultas durante a gravidez. Este dado não é coincidente com os dados apresentados no Plano Director de Saúde, que refere que no ano 2002, o numero médio de consultas de saúde materna foi de 4,97. Relembramos as afirmações de Carvalho (2004) ao referir-se á evolução da formação das enfermeiras. Este autor menciona que a evolução do ensino de enfermagem ao longo de varios anos tem efectuado um percurso difícil, complicado e conflituoso. Durante muito tempo a pratica da profissão estava dependente do médico, herança difícil de alterar, apesar dos instrumentos legais que apontam no sentido da autonomia funcional da enfermeira.

A saúde 21, enquanto quadro conceptual das políticas de saúde da OMS, de entre as vinte e uma metas propostas para o sec. XXI, propõe um sector de saúde mais integrado com ênfase muito mais forte nos Cuidados de Saúde Primários, recomenda que no centro de saúde deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente que proporcione a um numero limitado de familias um amplo leque de aconselhamento sobre estilos de vida e apoio familiar.

Apesar da filosofia de cuidados baseados no conceito de enfermeiro de familia sómente em 50% dos centros de saúde, integrados nesta pesquisa, a vigilância pré natal é assegurada pela mesma enfermeira. Nos restantes, a consulta de enfermagem é

assegurada pela enfermeira disponível ou escalada nesse dia para essa actividade, perdendo-se muita informação e dificultando a construção de relação de confiança, o que prejudica o acto educativo.

Para Postic (1991) a relação educativa não poderá ser concebida sob a forma de uma comunicação entre formador e formando mas é colocada num sistema de relações mais vastas, engloba as relações sociais e as relações dos indivíduos com o saber e a cultura. Isso implica o conhecimento prévio do indivíduo, da comunidade e família em que está inserido. A responsabilização da enfermeira por um grupo definido de famílias permite uma maior vinculação entre a família e o profissional, facilitando a intervenção personalizada e o conhecimento da grávida e família.

O folheto é o método mais utilizado para complementar a informação transmitida . Bennett (1999) considera os folhetos um apoio importante da comunicação oral, que podem constituir um suporte á retenção da informação e á adesão ás recomendações. Para este autor a comunicação escrita apresenta algumas vantagens em relação á comunicação oral. Como por exemplo ser consultada em qualquer altura e escrita num formato elaborado para maximizar a compreensão e o interesse.

As alterações significativas na recordação, conhecimento e comportamento são mais prováveis, na opinião do autor citado, quando o folheto é utilizado em conjunto com o aconselhamento. No entanto o impacto destes sobre o comportamento a longo prazo é limitado, argumentando que “ *muitos não atingem sequer a possibilidade de facilitar a mudança, em consequência de um formato inadequado.*”(Bennett, p.70)

A maioria das enfermeiras (80%) referem envolver a grávida no planeamento dos conteúdos. No entanto esse envolvimento passa sómente pelo esclarecimento das dúvidas apresentadas, que condicionam a seleção dos conteúdos abordados. Este facto não permite afirmar que a utente participa activamente no processo educativo.

Os factores considerados pelas enfermeiras condicionantes das praticas distribuem-se por factores maternos e organizacionais. Na categoria de factores maternos, destacam-se a nacionalidade. É pertinente a presença deste factor no planeamento das actividades educativas. Da totalidade das grávidas da nossa amostra, 40% são provenientes de outros países. Não só de países europeus, mas também da Índia e Marrocos, com culturas muito diferentes. Se por um lado este fenómeno contribui para o rejuvenescimento da população, por outro constitui um factor de preocupação e de reflexão para o sector da saúde.

Com o aumento do número de imigrantes surgem dificuldades na prestação de cuidados de saúde, devido a diversos factores, principalmente as barreiras linguísticas que dificultam a relação profissional/utente. A quebra de relações familiares, a falta de recursos económicos, o isolamento e a marginalizações são consequências da imigração, constituem factores pertinentes que condicionam as práticas educativas. Curiosamente os factores económicos são apontados por uma percentagem pouco significativa de sujeitos. Este factor é referenciado como factor condicionante da adesão às recomendações.

Dos factores organizacionais destacam-se pela frequência com que são referidos: horário estipulado para a realização da educação para a saúde; a estrutura física.

O ambiente é referido por Enelow, Ford e Smith (1999) como facilitador da relação profissional/utente. Este deve proporcionar conforto, privacidade e ocorrer o menor número de interrupções possíveis. É interessante verificar que as interrupções foram consideradas por 28% dos sujeitos factores condicionantes das práticas. Durante as consultas observadas ocorreram um número significativo de interrupções, a média de 1 interrupção por consulta.

Egan (citado por Bennet§ Murphy, 1999) menciona que um dos aspectos primordiais no

aconselhamento é a relação que se estabelece entre o conselheiro e o cliente. As enfermeiras mencionam que a relação interpessoal em educação para a saúde é indispensável para estabelecer a proximidade e a empatia.

Enelow et al, referem que as capacidades para entrevistar constituem o núcleo da relação profissional de saúde/utente. Recomendam a utilização de termos compreensíveis para o utente, ter em conta as expectativas, respeitar os sistemas de crenças, mesmo que distintos do entrevistador. Para estes autores a utilização do nome do utente nos momentos apropriados no decurso da entrevista constitui uma boa técnica para facilitar a relação. É interessante verificar que uma percentagem significativa de enfermeiras utilizam o nome do utente. Outro factor referenciado por estes autores é a comunicação não verbal. Este facto é também referenciado por uma pequena percentagem de enfermeiras (20%). Estas, valorizam a postura o olhar e o ambiente na comunicação com a utente.

Recordamos que as principais atribuições do centro de saúde são a promoção da saúde da população de uma determinada área geográfica. Verificou-se que uma percentagem significativa dos conteúdos dos temas abordados nas consultas, concentram-se nas categorias “Promoção da Saúde” e “Prevenção Primária”. Salientamos no entanto que a relação familiar é abordada esporadicamente durante as consultas. Em relação aos conteúdos das recomendações sobressai o tema sobre a alimentação, temática recomendada pela OMS como medida preventiva da obesidade, um dos problemas de saúde, que afecta a sociedade actual.

A sexualidade é a temática abordada com menos frequência. Este facto pode reflectir o deficiente conhecimento sobre essa questão ou a dificuldade das enfermeiras em abordarem esses temas, por estes implicarem o exame dos nossos próprios sentimentos em relação ao sexo pré marital, á promiscuidade sexual. Os conflitos pessoais acerca

desses assuntos poderão vir afectar a capacidade do entrevistador para discuti-los com os utentes. Relativamente á forma, as enfermeiras utilizam mais os conselhos do que as prescrições. Este facto remete-nos para a valorização do aconselhamento nas práticas de enfermagem, componente essencial em educação para a saúde. Couto (1994) num estudo efectuado sobre Crenças e Representações da Gravidez na Educação para a Saúde, concluiu que a valorização e a prática da educação para a saúde constituem uma preocupação por parte das enfermeiras.

É interessante constatar que no estudo efectuado por Nunes (2004) sobre as práticas dos Pediatras no programa de saúde infantil, estes profissionais, utilizam igualmente mais os conselhos do que as prescrições, apesar de estas serem culturalmente atribuídas á medicina.

Relativamente á duração média das consultas de enfermagem (17,6m) verificam-se resultados idênticos aos apresentados por esta autora, no mesmo estudo (16m).

O verbo mais utilizado no discurso das enfermeiras é o verbo dever e evitar, o que denota a adopção de uma atitude paternalista da parte do profissional de saúde, ao dizer-lhe o que deve fazer e evitar. Outra expressão muito utilizada foi a expressão “*tem que*” a qual poderá reflectir a posição autoritária no decorrer do processo de educação para a saúde. Este dado remete-nos para as afirmações de Reis (2005) ao referir-se ao modelo comportamental de educação para a saúde, segundo o qual, o profissional de saúde assume o papel de autoridade epistemológica que controla o processo educativo.

## CONCLUSÕES

Desde o início tivemos a noção das dificuldades que o presente estudo acarretaria, devido á complexidade dos inumeros factores intervenientes no processo educativo.

A dimensão e a natureza da amostra impedem-nos de generalizar os resultados. No entanto consideramos que a representatividade da amostra não invalida a importância dos resultados obtidos, atendendo ao carácter exploratório e descritivo desta pesquisa.

A análise das variáveis: quantidade e natureza de palavras emitidas, ficou incompleta dada a limitações de tempo que disponhamos. Sugerimos a análise dessas variáveis em futuros estudos.

Retomaremos as questões que nortearam esta investigação, para fazer a sumula dos resultados obtidos-

### **Quais os conhecimentos e meios disponíveis para a realização de acções de educação para a saúde?**

A maioria refere ter conhecimentos sobre métodos e estratégias educativas. Estes conhecimentos são elemento facilitador das práticas e da relação utente/profissional.

Os conhecimentos sobre saúde materna, adquiridos no Curso de enfermagem são considerados insuficientes, desactualizados e ineficazes relativamente á sedimentação de conhecimentos. As enfermeiras tentam colmatar essa deficiência através da auto formação e pesquisa bibliográfica.

Uma das estratégias definidas na carta de Otawa, para permitir actuar sobre os determinantes da saúde, passa também pela mudança na formação e na educação

contínua dos profissionais de saúde Por sua vez Rodrigues (2005) refere que os educadores de saúde necessitam de formação pedagógica inovadora e adequado desenvolvimento de competências técnicas e científicas.

As enfermeiras referem que a formação proporcionada pelos serviços é insuficiente e quando existe há dificuldade da parte dos serviços em dispensar os profissionais devido á carência de recursos humanos. Este facto, no entanto, não impede a implementação de uma cultura de aprendizagem entre os profissionais. Cabe no entanto ás instituições, facilitar e criar uma politica de recursos humanos assente na valorização da formação no local de trabalho e aos próprios profissionais buscar o conhecimento e exigir á instituição a concretização dos direitos consagrados na carreira de enfermagem.

Os temas mais sugeridos foram a alimentação e actividade física durante a gravidez e aleitamento materno. Este último coincide com os temas das acções de formação frequentadas nos ultimos cinco anos, o que denota a sensibilização dos profissionais e das instituições para esta temática. Em relação aos meios disponiveis para a realização de acções de educação para a saúde o material educativo é sobretudo o folheto, maioritariamente fornecido por laboratórios.

Uma percentagem significativa (30%) não conhece as orientações técnicas e as normas de orientação da unidade coordenadora funcional, elaboradas com o objectivo de uniformizar procedimentos e orientar a actuação dos profissionais relativamente á educação para a saúde durante a gravidez. Este facto leva-nos a questionar a eficácia dos canais de comunicação institucional.

A maioria das enfermeiras (67%) refere que a existência de normas nos serviços interfere na pratica profissional, através da orientação técnica e processual que fornecem e ao permitir a uniformização de procedimentos interferindo na qualidade dos cuidado e facilitando a integração de novos profissionais.

Cerca de 13% referem que estas não têm aplicabilidade prática. A não aplicabilidade na prática das orientações técnicas leva-nos a constatar a necessidade de actualização das mesmas.

### **De que modo as enfermeiras desenvolvem as actividades de educação para a saúde?**

As actividades de educação para a saúde dirigida á grávida estão dependentes da organização da consulta médica, quer em relação ao horário, quer em relação á frequência.

Por outro lado, em dois centros de saúde verificou-se que a disponibilidade da Enfermeira é condicionada pela intervenção médica, chegando mesmo este profissional a pressionar a enfermeira para terminar a entrevista com a grávida.

A educação para a saúde é realizada antes da consulta médica. Este dado é confirmado através da observação das sessões de educação para a saúde, durante a qual verificámos que das 60 consultas observadas, 58 são realizadas antes da consulta médica.

As metodologias utilizadas na transmissão da informação, metodo expositivo, o envolvimento da grávida no planeamento das sessões, limitado ás questões colocadas pela grávida e a frequencia dos temas abordados por iniciativa das enfermeiras, sugerem que as praticas das enfermeiras enquadram-se no modelo de educação para a saúde referenciado por Reis (2005), baseado no fornecimento, transmissão ou transferência de informação, em detrimento de métodos didactivos que favoreçam a participação activa e uma atitude reflexiva da parte da utente. A realização das consultas foi efectuada em 50% dos casos pela mesma enfermeira. As restantes consultas são-o por diversas enfermeiras, consoante a escala e a disponibilidade de recursos. O facto de não a ser a mesma enfermeira a cuidar daquela grávida é referenciado na exploração teórica, como factor

interveniente na qualidade dos cuidados prestados, ao não permitir o conhecimento prévio da utente e a continuidade de cuidados.

As actividades de educação para a saúde são efectuadas em simultâneo com outras actividades assistenciais: saúde do adulto; saúde infantil e juvenil e planeamento familiar, factor que condiciona mais uma vez a qualidade das praticas, uma vez que interfere na disponibilidade do profissional.

A promoção da saúde e prevenção primária representam 66% do total de temas abordados nas consultas de enfermagem. No primeiro e no 2º trimestre a alimentação é o tema predominante, embora o tema dos desconfortos da gravidez assuma um percentual mais elevado no 2º trimestre de gravidez. No terceiro a temática abordada com mais frequência é a preparação para o parto. Os dados obtidos através das entrevistas e da observação, relativamente ao conteúdo temático das informações transmitidas pelas enfermeiras durante as praticas educativas, são coincidentes.

Em cada consulta foram efectuadas 3,7 recomendações. Para fazer as recomendações são utilizadas mais os conselhos do que as prescrições. A preocupação de transmitir a informação relativa á gravidez através do aconselhamento remete-nos para a componente educativa das intervenções de enfermagem em detrimento da prescrição, culturalmente atribuida á Medicina.

### **De que modo o quadro conceptual das enfermeiras em relação á educação para a saúde e meios disponiveis interferem nas praticas?**

Para as enfermeiras os objectivos da educação para a saúde são sobretudo transmitir conhecimentos. Os objectivos referenciados e o envolvimento da grávida nas práticas educativas é coincidente com as características mencionadas por Reis (2005) no modelo comportamental de educação para a saúde. O verbo mais utilizado no discurso das

enfermeiras quando faziam as recomendações “dever” e o “evitar” também é sugestivo da atitude paternalista assumida pelo profissional de saúde característica do modelo citado.

Salientamos alguma preocupação com a mudança de comportamentos, promoção da reflexão, responsabilização da grávida pela saúde, manifestada através das respostas obtidas através da entrevista. É notório contudo, a concentração de respostas na transmissão de conhecimentos como principal objectivo. As mensagens que pretendem transmitir são “transmitir segurança”; “valorizar a gravidez” e transmitir informações úteis”. As respostas encontradas sugerem que as enfermeiras estão conscientes da susceptibilidade da grávida devido á gravidez.

De um modo geral a disposição do mobiliário nas salas onde se realizaram as sessões de educação para a saúde não favorecia a relação utente/profissional. Na literatura consultada esta é considerada indispensável para estabelecer empatia, confiança, convencer e transmitir a mensagem.

Por outro lado, o excesso de funções burocráticas realizadas pela enfermeira, tais como marcação de consultas e de exames complementares de diagnóstico, preenchimento da ficha clinica, desvia esta, das funções inerentes ao conteúdo funcional.

Os aspectos negativos do programa de saúde materna, referenciados por um número significativo de elementos, estão relacionados com a estrutura do serviço. Sugerem para melhorar as práticas a implementação da metodologia de trabalho “enfermeiro de família”.

A maioria das enfermeiras têm a percepção da valorização positiva das praticas, pelo médico de familia e pela utente. No entanto quando questionadas sobre a importância atribuída á educação para a saúde para a saúde da grávida, esta é referenciada em 2º lugar e a vigilância do bem-estar materno e fetal é referenciado como o mais importante para a

saúde da grávida e do recém-nascido. Para as enfermeiras as grávidas esperam da consulta de enfermagem bom atendimento, atribuem ao bom atendimento as seguintes características: simpatia; relação agradável; disponibilidade e saber escutar. A vertente relacional sobrepõe-se á vertente técnica no que se refere á percepção das enfermeiras relativamente ás expectativas das grávidas em relação á consulta de enfermagem.

Com a realização deste trabalho esperamos contribuir para a reflexão sobre as práticas das enfermeiras, aspectos positivos e negativos das mesmas. Não se considera de forma alguma este trabalho terminado. Pretende ser o ponto de partida para futuros estudos alargados a outras instituições e a outros profissionais de saúde.

## BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros* – Lisboa: Educa – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação- Universidade de Lisboa.

Adell, M. N. (2001). *Guia básico para profissionais de saúde sobre o aconselhamento dirigido á mudança de estilos de vida*. In Ministério da Saúde, Guias de Educação e Promoção da Saúde (pp 7-20). Lisboa: Europress (edição original 2000).

Allarello, L, Dignaff, F.Hierneux, J., Muroy, C., Ruquoy, D. e Georges, P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. (1ª Ed). Lisboa: Gradiva

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*.(3ªEd). Lisboa: Edições 70.

Bennett, P. e Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. (1ªEd). Lisboa: Climepsi Editores.

Bogdan, R e Biklen, S (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução á Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.

Burrougs, A. (1995). *Uma Introdução á Enfermagem Materna* (6ªEd). Porto Alegre: Artes Médicas.

Cabanas, J.M.Q. (2002). *Teoria da Educação – Concepção antinómica da Educação*. Lisboa: ASA Editores.

Carrondo, E. M. (1999). *O Centro de Saúde Promotor da Saúde: Participação dos profissionais e utentes*. Dissertação de Mestrado em Promoção/Educação para a Saúde. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Couto, A. J. (1994). *Crenças e Representações na Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação/Pedagogia da Saúde. FPCE da Universidade de Lisboa.

Carvalho, M (2001). *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures: Luso Ciência – Edições Técnicas e Científicas, LDA.

Carvalho, A. L. (2005). *Avaliação da Aprendizagem em ensino clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Lisboa: Instituto PIAGET.

Carvalho, A. e Carvalho, G. S. (2005). *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidade de Formação*. Consultado em 22 de Abril de 2006: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5396>.

Collière, M-F. (1999). *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Comissão das Comunidades Europeias. (2000). *Documento de Trabalho do Serviço da Comissão – Memorando sobre Aprendizagem ao longo da Vida*. Consultado em 22 de Novembro de 2004: <http://www.alv.gov.pt/dl/memopt.pdf>.

Conselho Europeu (1992). *Conclusões do Conselho e dos Ministros da Saúde reunidos no seio do Conselho, de 13 de Novembro de 1992, relativas à educação para a saúde*. Recuperado em Novembro 22, 2003, de: <http://europa.eu.int/scadplus/leg/pt/cha/c11549.htm>.

Conselho Europeu (1988). *Resolução do Conselho e dos Ministros da Educação reunidos no seio do Conselho, de 23 de Novembro de 1988, relativa à educação para a saúde nas escolas*. Consultado em 22 de Novembro de 2003: <http://europa.eu.int/scadplus/leg/pt>.

Corney, R. (2000) O Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e Aconselhamento em Medicina (2ª Ed). Lisboa: Climepsi.

*Declaração Universal dos Direitos do Homem.* (s/ data). Consultado em 16 de Junho de 2005:[http://www,fd.uc.pt/hrc/enciclopédia/onu/textos-onu/duclh.pdf](http://www.fd.uc.pt/hrc/enciclopédia/onu/textos-onu/duclh.pdf).

Decreto – Lei nº 437/91. Regime legal da carreira de enfermagem. Lisboa.

Decreto – Lei nº 157/99. Regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde. Lisboa: Diário da Republica Nº 108. I Serie- A. 10 de Maio, p. 2424- 2435.

Decreto-Lei nº 60/2003. Rede de cuidados de saúde primários. Lisboa: Diário da Republica Nº 77, I Serie A. 01 de Abril, p. 2118-2127.

Enelow, A.J., Allen, J., Forde, D.L e Simth, K. B. (1999). *Entrevista Clinica ao Paciente*. Lisboa: Climepsi.

Enkin, M., Keirse, M.J.N.C., Chalmers, I. (1991). *A Guide to effective care in Pregnancy and chilbbirth*. Oxford: Oxford University.

Estrela, A (1994) *Teoria e Prática da Observação de classes: Uma estratégia de Formação de Professores*. (4ªEd) Lisboa: INIC.

Espiney, L. (2004). *Implementação do Processo de Bolonha a nível Nacional- Grupos por Área de Conhecimentos*. Consultado em 4 de Maio de 2006: [www.mctes.pt/docs/ficheiros/Bolonha-Enfermagem](http://www.mctes.pt/docs/ficheiros/Bolonha-Enfermagem).

Freire, P. (2001). *Educação e Mudança* (25ª Ed). S.Paulo: Paz e Terra.

Green, L. W e Lewis, F. M. (1996). *Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion*. California : Mayfield Publishing Company.

Hassmiller. S. (1999). A Saúde Pública : Os sistemas de cuidados primários e a reforma dos cuidados de saúde. In : Stanhope, M e Lancaster, J. *Enfermagem Comunitária : Promoção de saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (pp.35-50) (4ª Ed). Loures : Lusociências.

Instituto de Educação da Unesco. (1998). *V Conferência Internacional sobre Educação de Adultos*. Lisboa: Ministério da Educação

Lesne, M (1977). *Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos – Elementos de análise*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Modeste, N. N. (1996) *Dictionary of Public Health Promotion and Education- Terms and Concepts*. California: Sage.

Ministério da Saúde (2002). *Declaração de Adelaide sobre Cuidados Primários*. Consultado em 16 de Maio de 2006: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo-exibe1.asp>.

Ministério da Saúde (1993). *Orientações Técnicas- Vigilância Pré-natal e revisão do puerpério* (2ªEd). Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Ministério da Saúde, (1997). *A Saúde dos portugueses*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Nogueira, M. (1990). *História da enfermagem*, (2ªEd). Porto: Edições Salesianas ISBN 972-690-225-8.

Nunes. M.C. (2004) . *Pediatras, Madres y Políticas de salud infantil en el Programa del niño sano*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Universidade de Sevilha.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. (1ª Ed.) Lisboa : Climepsi Editores.

OMS (1986) *Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Consultado em 16 de Maio de 2006: <http://www.opas.org.br/coletiva/upload>.

OMS (2002). *Saúde 21: Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Luso ciência- Edições Técnicas (trabalho original publicado em 1998).

PERISTAT. *Monitoring and Evaluating Perinatal Health*. Consultado em 3 de Agosto de 2006:<http://euoperistat. Aphp.fr/index.html>.

Plano Director de Saúde do Algarve. (2005). Consultado em 14 de Março de 2005: <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/images/dmdocuments/saude/volume II-Parte>

Postic, M. (1984). *A relação Pedagógica*. Coimbra: Coimbra Editora.

Rebello, Jorge (2002). *Enfermagem: Desenvolvimento Profissional e Formação- Perspectiva Histórica*. In *Enfermagem em Foco*, nº 48, pp. 5-30.

Redman, B. K. (2003) *A Prática da Educação para a saúde*. (9ª Ed). Loures: Lusociência (Trabalho original publicado em 2001).

Redshaw, M, Harvey, M. (2001) *Education for a new role: a review of neonatal nurse practitioner programmes*. In *Nurse Education Today*, nº 21. pp. 468-476. Consultado em 22 de Fevereiro de 2005: [www. Idealibrary.com](http://www. Idealibrary.com).

Reis, J. C. (2005) *O que é a saúde? Significações Pessoais, Modelos Científicos e Educação para a Saúde*. Lisboa: Nova VEJA.

Rodrigues, M., Pereira, A. e Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde- Formação Pedagógica de Formadores de Saúde*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.

Rochon, A. (1992). *Education para la Salud- Guia Practica para Realizar un Proyecto*. Barcelona: SG Editores (Trabalho original publicado em 1991).

Russell, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva - Publicações.

Soares, M. J. (1997). *Da Blusa de Brim á Touca Branca- Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Coimbra: Educa.

Stanhope, M. (1999). Economia da Prestação de Cuidados de Saúde. In : Stanhope, M E Lancaster, J. *Enfermagem Comunitária : Promoção de saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (pp. 69-99). (4ª Ed). Loures : Lusociência

UNESCO (1996). *Educação um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o séc. XXI*. Porto: Asa.

Young, L. (2002). *Os cuidados de Saúde Primários e Públicos*. In: *Enfermagem em Foco*. nº 48, pp.61-65

# ANEXOS