

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

PROMOÇÃO DA SAÚDE:
CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS
EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Maria de Fátima Evaristo Matias Travassos

PORTO

2003

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

PROMOÇÃO DA SAÚDE:
CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS
EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Maria de Fátima Evaristo Matias Travassos

PORTO

2003

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

PROMOÇÃO DA SAÚDE:
CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS
EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Maria de Fátima Evaristo Matias Travassos

Dissertação apresentada para provas de Mestrado em Ciências de Enfermagem
Orientador: Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro.

PORTO

2003

AGRADECIMENTOS

Nenhuma pesquisa é individual.

A orientação e o apoio do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, foram fundamentais para a concretização deste estudo.

Foi do mesmo modo indispensável a colaboração recebida de todos os colegas, que partilharam desta experiência, ao participarem na recolha dos dados.

A realização deste trabalho não teria sido possível, sem a disponibilidade de tantas outras pessoas, que de algum modo deram o seu contributo.

Finalmente, sempre presentes, os meus filhos que serviram de estímulo aos meus progressos.

Com todos partilho este trabalho e a todos, o meu muito obrigado.

“Qualquer indivíduo pode fazer mais pela sua própria saúde e bem estar do que qualquer médico, qualquer hospital, qualquer fármaco, ou equipamento médico mais exótico”.

Anderson, 1988.

RESUMO

Este estudo tem como principal finalidade identificar as concepções dos enfermeiros sobre a promoção da saúde nas práticas em Cuidados de Saúde Primários, no sentido de contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos orientadores para intervenções promotoras de saúde.

Com a evolução dos *novos standard* de saúde/doença, o processo de prestação dos cuidados de saúde depende cada vez menos exclusivamente dos profissionais de saúde e/ou do progresso da ciência e tecnologias médicas, mas cada vez mais da participação informada e responsável das populações e das suas organizações, sectores e governos. É neste contexto que a promoção da saúde aparece como resposta à necessidade de procurar uma nova forma de tratar os problemas de saúde, com a participação de todos.

A amostra, composta por 148 enfermeiros da Sub-região de Saúde de Bragança, respondeu a um questionário, usado como instrumento de avaliação. O modelo de análise inclui várias afirmações, estruturadas numa escala do tipo likert, para identificar a concepção pessoal de cada enfermeiro.

Trata-se de um estudo exploratório, seguindo um desenho observacional descritivo e do tipo transversal.

No tratamento dos dados foi utilizado o programa informático Statistical Package for the Social Sciences - versão 10.0.

Os pressupostos teóricos em que o estudo se baseou foram fundamentalmente: conceitos de “saúde” e “promoção da saúde”, segundo as concepções da Organização Mundial da Saúde.

Entre as principais conclusões que emergem deste estudo, destacamos as seguintes:

- Contribui para dar consistência às ideias expressas na literatura, sobre o domínio da saúde e Promoção da Saúde, ao ser corroborado pelas respostas dos sujeitos;
- Os resultados apontam para um nível moderado de conhecimentos da parte dos enfermeiros, relacionados com aquele domínio.

Os estudos de identificação das concepções dos profissionais de saúde, no que se relaciona com a promoção da saúde, são muito importantes, sobretudo para os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários; a finalidade é contribuir para uma mudança positiva das suas práticas quotidianas, e, como consequência, uma mudança nas práticas dos utilizadores dos serviços de saúde, num modelo integral de saúde.

ABSTRACT

The main object of this study is to identify the conceptions of the nurse's about health promotion, in to sense of contribute to the improvement of acknowledges that lead to health promotions behaviors.

With the evolution of the *new patterns* of health/disease, health care delivery depends less exclusively health professionals and/or the advances of medicine and technology and more from the informed and responsible involvement of the population and its organizations, sectors and governments. Health promotion appears within this context as an answer to the need of finding a new approach to the multiple health problems and an effort to mobilize everybody.

The 148 nurses of the Sub-region of health Bragança compose the sample; they answered to a questioner, used as an evaluation tool. It includes some affirmations, based on likert scale, to identify each nurse's conceptions.

This is an exploratory study, following an observational descriptive transversal like stretch. We used the Statistical Package for the Social Sciences - model 10.0).

The theories prepositions of this study are mainly "*health*" conceptions and "*health promotion*", by the Organization Health World conceptions.

The main conclusions that we found in the end of this study are:

- It contributes to support the ideas found in literature, about health and health promotion, so the answers to the questioner confirm them;
- The results show a moderate level of acknowledges by the nurse's concerning that subject.

The studies to identity the conceptions of health professionals, concerning health promotion, are therefore very important, in the field of Primary Health Care nurse's; it is then possible to contribute to a positive change in their practices and, consequently, the change in the behaviors of the users of health services, in a model global health.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DL - Decreto Lei

DGS - Direcção Geral de Saúde

DR - Diário da República

Cad - Cadernos

CS - Centro de Saúde

Ed. - Edições

EPS - Escola Promotora de Saúde

ES - Educação para a Saúde

EVS – Estilos de Vida Saudáveis

ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Lda - Limitada

ME – Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PD - Prevenção da Doença

Pgs - Páginas

PS - Promoção da Saúde

QV – Qualidade de Vida

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SP - Saúde Pública

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

ÍNDICE

	Pgs
PREÂMBULO	12
1 - INTRODUÇÃO	14
2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	27
2.1 – ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE	27
2.1.1 - Determinantes da saúde	35
2.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS	41
2.2.1 - Pressupostos teóricos.	41
2.2.2 - Contributo de alguns modelos	54
2.2.3 - Promoção da saúde e prevenção da doença	62
2.3 - A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO PROCESSO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.	65
2.3.1 - Serviços de Cuidados Primários de Saúde.	73
2.3.2 - Conceito de auto cuidado	78
2.3.3 - O Aconselhamento e as mudanças comportamentais	79
2.3.4 - Da promoção da saúde aos serviços promotores de saúde .	84
2.4 - OBJECTIVOS DO ESTUDO	87
3 - MÉTODO	89
3.1 - CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	90
3.2 - PARTICIPANTES	92
3.2.1 – Caracterização da amostra	96
3.4 - MATERIAL	100
3.4.1 - Instrumento da recolha de dados	101
3.5 - PROCEDIMENTOS	104
4 - RESULTADOS	106
5 - DISCUSSÃO	137

6 - REFERÊNCIAS	156
------------------------------	-----

ANEXOS

ANEXO I – Questionário de Colheita de Dados

ANEXO II – Pedido de autorização para a realização do estudo

ANEXO III – Pedido de colaboração dos enfermeiros chefes

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pgs
Figura 1 - Determinantes da Saúde	55
Figura 2 - Modelo de Promoção da Saúde	56
Figura 3 - Modelo Promoção da Saúde de Pender.	57
Figura 4 - Modelo de Promoção da Saúde Comunitária	59
Figura 5 - Modelo do Ecossistema Humano	60
Figura 6 - Distribuição dos enfermeiros por formação profissional	97
Figura 7 - Distribuição percentual dos enfermeiros por serviços	99

ÍNDICE DE QUADROS

Pgs.

Quadro 1 - Promoção da saúde : cinco abordagens	61
Quadro 2 - Caracterização demográfica e profissional do grupo em estudo	95
Quadro 3 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros por categorias de idade	97
Quadro 4 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros por escolas de enfermagem	98
Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros por categorias de tempo na profissão.	98
Quadro 6 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros por categorias de tempo nos CSP.	99
Quadro 7 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros incluídos e excluídos da amostra	100
Quadro 8 - Afirmções relacionadas com a saúde	108
Quadro 9 - Afirmções relacionadas com a promoção da saúde	109
Quadro 10 - Afirmções relacionadas com os enfermeiros	110
Quadro 11 - Afirmções diversas	111

Preâmbulo

O mundo vive uma época de grandes transformações. As sociedades em constante mutação, confrontam-se com dificuldades que impulsionam a procura de outras formas de criar saúde, através de novos modelos de cuidados baseados principalmente nos valores humanos. Esta procura depende marcadamente da adopção de Estilos de Vida Saudáveis (EVS) que estão intimamente ligados aos valores, às crenças, às prioridades e às possibilidades ou condicionalismos de situações culturais, sociais e económicas. O nível de saúde das populações e dos grupos que as integram, está estritamente interligado a todos estes aspectos e em particular ao seu nível de in (formação). Dentro de tal contexto, a saúde, sofre questionamento na sua estrutura e nos seus modelos de pensamento e aplicação. Verifica-se que, o modelo biomédico tradicional de pensamentos e práticas, centrado na figura do médico e na cura da doença, é cada vez menos capaz de responder às exigências das sociedades actuais. Assim, outras formas de pensar e fazer saúde, entretanto, se têm evidenciado como caminhos alternativos. Novos modelos de cuidados à saúde, tornam-se opções viáveis para o sistema de saúde, desgastado pelos altos custos, pela baixa qualidade das acções, pelas ineficiências e pelo descrédito dos seus utilizadores. Nesses modelos, a figura do médico não assume mais um papel central, mas integra-se numa equipe multidisciplinar. O curativismo restrito, incorpora-se à Prevenção da Doença (PD) e à Promoção da Saúde (PS); o indivíduo é considerado na sua globalidade e individualidade, numa visão mais holística e integral do ser humano; o hospital transforma-se em apenas um elemento de promoção da vida. Os Centros de Saúde (CS) como unidades dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), têm procurado assimilar e inserir as suas práticas dentro de tais campos conceituais.

Foi sobretudo a partir de meados da década de 80, com a insatisfação e críticas ao modelo de cuidados predominante, que emergiram as discussões, enfatizando a importância da PD e da PS na procura da equidade e justiça social, discutidas em inúmeras Conferências e Declarações Internacionais, considerando a saúde como um bem social inestimável. Como acontecimento não normativo (Baltes; Lipsit & Reese, 1980), *“a saúde é um factor decisivo no desenvolvimento humano,*

um domínio fundamental na vida das pessoas ao longo de todo o ciclo de vida. Acompanha o desenvolvimento humano da concepção à morte", citado por Ribeiro (1998, p.14). Christoph Djours interpreta a saúde como: *"a capacidade de cada homem, mulher ou criança de criar e lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao seu bem estar"*, citado por Navarro (1995^a, p. 2). Para Nutbeam (1998), a saúde é um recurso para o dia a dia, tratando-se de um conceito positivo que enfatiza os meios sociais e pessoais assim como as capacidades físicas. A intersectoriedade é considerada um importante instrumento para qualificar a assistência às pessoas e para o exercício ao direito de cidadania, pressupondo uma relação directa com os sectores produtivos, económicos e sociais.

Sobre este novo paradigma de assistência na saúde, fomos reflectindo baseados nas experiências pessoais e profissionais como enfermeira em CSP, emergindo em nós a vontade para realizar um estudo centrado nas - *Concepções dos enfermeiros sobre a Promoção da Saúde em Cuidados de Saúde Primários*. Este trabalho procura, compreender e dar sentido a algumas interrogações que no desenrolar das nossas intervenções teórico-práticas, foram surgindo, constituindo-se como uma fonte de domínios a explorar. Paralelamente, uma reflexão que acompanhasse a prática e que fundamentasse os objectivos e opções metodológicas a empreender no nosso quotidiano de trabalho, tornava-se no nosso entender, indispensável. Assim, enquadrado no Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem que nos encontramos a frequentar, justificava-se o desenvolvimento de uma investigação para procurar respostas às indagações levantadas. Tendo por base o que já foi descrito e, face a um número restrito de estudos disponíveis sobre esta temática, e a emergência de uma assistência global da pessoa nos cuidados de saúde, acresce a necessidade de uma intervenção profissional cada vez mais promotora da saúde. Considerando a natureza do objecto de estudo – *as práticas promotoras de saúde dos enfermeiros em CSP* - gostaríamos de dar a conhecer melhor as suas concepções relacionadas com a PS, que orientam essas práticas, definindo como finalidades para esta investigação:

- Identificar quais as concepções que orientam as práticas dos enfermeiros em CSP e que podem contribuir para a PS das populações;

- Compreender as concepções que orientam as práticas promotoras de saúde dos enfermeiros em CSP, analisando-as sob a perspectiva dos próprios enfermeiros, numa tentativa de as caracterizar.
- Contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos orientadores para intervenções promotoras de saúde.

Os conhecimentos obtidos poderão vir a constituir matéria de reflexão, em particular para os profissionais de enfermagem em CSP, sobre a importância do seu papel promotor de saúde na prática dos cuidados, permitindo ao grupo conhecer-se a si próprio, (as suas crenças, atitudes, comportamentos, percepções/representações), numa perspectiva de desenvolvimento pessoal e profissional, cada vez mais inovadora e interventora. Nesta pesquisa não se pretende medir ou comprovar dados, mas sim interpretá-los e descobri-los, tentando construir algo.

A fim de dar a conhecer o estudo, estruturamos este trabalho em cinco partes principais. Na introdução, procuramos contextualizar de forma breve, a relevância da saúde e da sua promoção em CSP, a problemática dos enfermeiros naquele contexto de trabalho e a justificação da investigação a empreender, bem como o seu objecto de estudo e objectivos, terminando este primeiro capítulo com a referência de todos os trabalhos consultados e que contribuíram para a fundamentação deste estudo. O segundo capítulo aborda a metodologia utilizada, desde a caracterização do estudo, seus participantes, materiais e procedimentos implementados, justificando determinadas opções e ainda algumas considerações sobre o percurso efectuado. No terceiro capítulo são apresentados os resultados do estudo e feita a sua análise, fundamentalmente à luz da metodologia quantitativa. O quarto capítulo, que trata a discussão dos resultados, constitui e traduz a reflexão sobre os dados, tratados no capítulo anterior e uma síntese do trabalho desenvolvido.

1 - INTRODUÇÃO

A saúde, como uma qualidade do estado pessoal, tem sido valorizada através da história da humanidade, sendo considerada actualmente, uma das principais prioridades de pessoas e governos. Apesar da sua importância, verifica-se que é

algo difícil de definir, descrever ou medir com rigor, tão inerente que é à própria essência do homem. A saúde faz parte de cada um de nós. É fundamental à existência. Trata-se de um fenómeno extremamente complexo, que tem sido visto ao longo dos tempos de diferentes modos, conforme os conhecimentos e as características socioculturais de cada época (Coelho, 1997).

Hoje, é evidente e aceite que na saúde conflui toda uma série de factores de índole muito variada: factores individuais, colectivos, biológicos, sociais, económicos, culturais, religiosos e políticos, entre outros. Assim, a saúde, a nossa e a dos outros, depende em grande parte da qualidade da relação connosco própria e com o meio em que vivemos. Contudo, constata-se que nem todos temos ainda um conceito claro sobre *saúde*, assim como o significado de permanecer saudáveis. A percepção da saúde própria é o elemento chave do bem estar e organizador de outras áreas da vida. Com saúde, quase tudo se pode alcançar e, saúde, assim definida no seu sentido mais lato, é um bem não só pessoal mas também da comunidade. A saúde, é antes de mais uma tomada individual de consciência e um recurso pessoal da vida de todos os dias, entendida como a capacidade para viver a vida de um modo autónomo, reflexivo e socialmente responsável. Corresponde a um bem estar que é culturalmente definido, validado e praticado. A sua natureza e significado tendem a variar de uma cultura para outra. As culturas evoluem e interligam-se podendo ocorrer conflitos entre valores, crenças e estilos de vida. A constatação de diferenças entre culturas origina a necessidade de conhecer mais profundamente essas culturas, os seus valores, códigos e normas. Esse conhecimento poderá evitar choques, imposições e acções imprudentes. Reconhecer as diferentes culturas é um domínio recente na prática de enfermagem. Neste sentido, o conhecimento das crenças e valores é fundamental para construir o processo de cuidados de enfermagem (Collière, 1989), e para cuidar pessoas/famílias, é preciso perceber o significado que atribuem à saúde, na forma como se exprimem. A inclusão destes conhecimentos facilita a visão global do homem no seu ambiente ecológico. Os hábitos de vida, as crenças e os valores são transmitidos por herança cultural e constituem a base da cultura que liga as pessoas numa comunidade. Na sua abordagem histórica dos cuidados de enfermagem (Collière, 1989), afirma que é preciso identificar quais são as crenças e valores em que se baseia a prestação

dos cuidados de enfermagem, como elementos que participam na construção do processo de cuidados (para além de outros elementos, como os conhecimentos a que recorre e a tecnologia que usa). Ainda a este propósito, a autora declara que: *“a primeira fonte de conhecimento é a pessoa ou o grupo que se exprime sobre um problema”* (1989, p. 246), mas ao contactar a pessoa ou o grupo é necessário perceber os sinais de saúde/doença, o significado que atribuem à saúde e à sua situação. Para levar à prática esta perspectiva, os profissionais de saúde, necessitam conhecer a cultura e os valores das pessoas para poderem prestar cuidados culturalmente adequados. Promover este desenvolvimento, torna-se indispensável para que, os enfermeiros pratiquem cuidados de enfermagem culturais, a fim de promover cuidados de qualidade do ponto de vista holístico e humanístico, cuidados que sejam significativos, congruentes e que respeitem os estilos de vida e os valores culturais, tendo como finalidade o bem estar das pessoas.

Considerando a rapidez com que as sociedades se têm alterado, é necessário ter em conta que, dentro da mesma sociedade existem diferentes culturas, podendo estar presentes até numa mesma família. O homem desde muito cedo, concebe uma imagem mental de si próprio, que vai evoluindo ao longo do processo vital. Contudo, nem todos os indivíduos a percebem de igual modo. Uma das características mais evidentes do ser humano, parece ser a sua diversidade cultural, em termos de espaço, tempo e aspecto pessoal. Cada ser humano será sempre uma realidade diferente da de outro ser humano. E, quando falamos de cuidados ao ser humano, falamos de pessoas. As diferenças entre as pessoas, parecem estar relacionadas com a cultura em que se integram e com a pessoa que cada um é dentro dessa mesma cultura. Isto significa que cada cultura é específica, assim como o é cada pessoa nela integrada. Por conseguinte, os cuidados de saúde não podem ser uniformizados em todas as latitudes. O prestador de cuidados deve ter em conta e agir de acordo com o ambiente sociocultural onde se encontra inserido. Daí a importância de os técnicos de saúde conhecerem em que fase as pessoas se situam num contexto de cuidados. O profissional de saúde deverá ser perspicaz como observador das características mais elementares da sua população alvo (usos, costumes, crenças e linguagem utilizada). Isto é crucial no processo de PS. Significa ter em conta os

factores culturais e as histórias de vida das pessoas. Ter presente estes aspectos, é particularmente importante, quando se trabalha directamente com a comunidade no âmbito da PS, como é o caso dos enfermeiros em CSP. Nestas situações não deve existir um modelo de actuação universal para os profissionais de enfermagem. Os modelos devem ter em conta e estar de acordo com os aspectos culturais daquela população em particular. Estandarizar um modelo, onde existem várias culturas não é eficaz, resultando por vezes em consequências negativas, face à descontextualização do ambiente sociocultural. A atitude do profissional de saúde deve integrar-se na cultura onde esse profissional trabalha. Nesta ordem de ideias, os cuidados têm de estar relacionados com a cultura, tornando-se fundamental ter em conta este aspecto. Em intervenções de PS torna-se indispensável que as mesmas estejam relacionadas com os aspectos culturais e transculturais. Neste sentido, os profissionais de enfermagem, necessitam conhecer os valores culturais das pessoas que cuidam, para que na realidade possam cuidar. Também eles, como os outros, sofrem uma socialização, uma cultura que lhes é particular. Essa cultura determina a forma como os enfermeiros cuidam e agem. Ter estes elementos como orientação para a prática de enfermagem significa cuidar holisticamente tendo em conta a pessoa como um ser bio-psico-social, espiritual e cultural único.

Na pesquisa de outros estudos sobre a problemática da PS, além dos realizados em contexto académico, consultamos o trabalho *Projecto 2000* aplicado a enfermeiros da prática, professores e alunos de enfermagem, em 13 distritos de Inglaterra, no ano de 1989, tendo sido expandido a outras regiões em 1992. Segundo os objectivos daquele projecto, a formação dos enfermeiros, incidiu fundamentalmente sobre a saúde e sobre o seu papel como elementos promotores da saúde. Os resultados identificaram as concepções dos enfermeiros, relacionadas com os conceitos de PS e Educação para a Saúde (ES), indicando como é que os enfermeiros que participaram naquele estudo, se sentiam preparados para a PS. As conclusões mostraram ainda que os alunos de enfermagem estavam confusos sobre os termos: “saúde”, “educação” e “promoção”, embora a maioria sentisse que havia uma diferença entre eles. Os conceitos dos alunos mostraram abordagens individualizadas e mudanças a fazer

nos estilos de vida e comportamentos. Muitos reconheceram que a PS deveria ter uma aplicação mais vasta. Esta compreensão não era designada como PS ou ES mas incluía conceitos como “*holísmo*”, “*cuidados centrados no utente*” e “*autonomia*”. Paradoxalmente, os estudantes e os enfermeiros que participaram no projecto, referiram as mais variadas ideias acerca do conceito de PS e a maior confusão sobre essa terminologia e a sua relação com a prática. Nesta sequência de ideias, e face aos resultados do trabalho realizado pelos autores Maben e Macleod (1995), a PS tem sido descrita como um termo muito usado mas mal definido pelos enfermeiros. Este conceito é usado de diferentes modos para diferentes pessoas. A investigação realizada sobre a utilização dos termos de PS e ES pelos enfermeiros, confirmou esta falta de clareza (Gott & O’Brien, 1990; Macleod et al., 1992). Os autores comentaram ainda que, no “modo vivendis” dos enfermeiros, a interdisciplinaridade não é um termo muito utilizado e, apesar das percepções optimistas dos enfermeiros sobre os seus níveis da prática da PS, na globalidade pouca era praticada. Numa análise mais recente sobre o conceito de PS, os autores Maben e Macleod (1995), identificaram as características das percepções da PS inerente aos paradigmas tradicionais e mais recentes. Este estudo concluiu que a PS era um termo muito vago, compreendido como negociação em saúde. Por sua vez, Naidoo e Wills (1994), sugerem que é um termo corrente nas actividades empreendidas e nas estratégias de saúde, estando relacionado com a intervenção sócio - política. Outros argumentam ainda que, a PS para ser vista como um cuidado, necessita da colaboração de diferentes disciplinas. Cribb e Dines (1993), sugeriram que a questão principal não era a prática da PS mas a promoção das vias de saúde - dar os meios, as condições - às pessoas para que promovam a sua saúde. Macleod (1993), argumenta que a PS desenvolvida pela enfermagem, deve ser uma abordagem promotora da saúde, através dos próprios *cuidados de enfermagem*. Reforça ainda que, qualquer relação entre os enfermeiros e os clientes, devem ser potenciais momentos de PS no sentido de obter um “*ganho em saúde*”. Como descrito anteriormente estas conceptualizações mais recentes parece não terem sido transportadas para a prática dos enfermeiros (Gott & O’Brien, 1990, Macleod et al., 1992). Segundo Latter (1994), a forma como os enfermeiros compreendem o conceito de PS é crucial para que o mesmo seja aplicado. No estudo realizado pelos autores Lask et al. (1994), concluíram que a filosofia de saúde não está

suficientemente integrada nos currículos escolares e que a maioria dos alunos de enfermagem elegiam e davam preferência a modelos de PS física com pouco ênfase e aplicação na prática. Um outro estudo verificou que, apesar dos conceitos contemporâneos de saúde e PS e do modelo de atenção integral à saúde terem sido estabelecidos na formação académica dos cursos de enfermagem, sobretudo nos mais recentes, ainda não foram totalmente incorporados na prática desses profissionais. Alguns avanços foram observados, porém não muito significativos para garantir a formação de um profissional competente, que contribua para a melhoria do sector da saúde. Assim, verifica-se a necessidade de uma profunda reforma curricular e metodológica, baseando-se por exemplo, em directrizes curriculares dos cursos de enfermagem, que preconizem a formação de um profissional capaz de desenvolver actividades num modelo de cuidados integral à saúde.

O estudo - *Percepções dos estudantes de enfermagem sobre PS* - traduz os resultados sobre uma comparação entre estudantes de enfermagem do *Projecto 2000* e estudantes de enfermagem que seguiram um modelo de aprendizagem pelo treino (convencional). A pesquisa compara a sua percepção da PS com a percepção dos seus papéis como promotores de saúde. Os resultados mostraram que não havia diferença significativa entre os dois grupos excepto em duas áreas. Os estudantes convencionais concordaram mais fortemente do que os do *Projecto 2000*, que os seus papéis como promotores de saúde eram muito importantes. Os estudantes do projecto, eram capazes de nomear diferentes modelos/abordagens de PS que aplicaram, alguns deles na prática, enquanto que os estudantes convencionais não tinham conhecimento de modelos/abordagens de PS. O investigador recomenda que uma maior compreensão da PS deveria ser encorajada, e que os professores de enfermagem e o pessoal da prática deveriam trabalhar mais em conjunto para desenvolver uma abordagem consistente para a PS. Segundo Tannahil (1985), a PS é utilizada em tantos contextos que quase perdeu o significado. Pode ser utilizada em muitas medidas designadas para ajudar o indivíduo na melhoria do comportamento saudável ou medidas e actividades cujos objectivos é o encorajamento positivo da saúde. O termo tem também sido utilizado para a ES via mass média. Greene e Raebourn (1990), estabeleceram duas perspectivas teóricas, um pouco ideológicas da PS podendo

estar em contraste. Em primeiro lugar, ênfase na política ou factores sociológicos da saúde. Em segundo, ênfase no pequeno grupo de tomada de decisão pessoal, factores psicológicos e métodos de ES. Os mesmos autores continuam a referir que a combinação destas duas perspectivas parece ser o objecto da política actual da PS e sua prática. Bunton e Donald (1992), argumentam que as definições de PS utilizadas numa organização particular, podem ser determinadas pelo social e considerações teóricopolíticas, tornando quase impossível uma definição universal. Devido a esta dificuldade, Green e Raebourn (1990), estabeleceram que havia uma necessidade de conceitos e utensílios conceituais ou modelos que transcendam e integrem a grande variedade de pontos de vista relativos ao significado da PS. Downie et al. (1990), propõem um modelo de PS no qual são vistos como esforços para atingir uma saúde positiva e prevenir a doença, o desdobramento da ES, a prevenção e a protecção da saúde. Os referidos autores discordaram contudo dos termos primário, secundário e terciário, habitualmente utilizados para descrever os níveis de PD. Eles insistiram que não há concordância no significado desses termos e que essa classificação também foca mais a doença do que a saúde positiva.

Um outro estudo - *Reflexão sobre a aprendizagem da PS* - Conferência Europeia da Pesquisa Educacional na Finlândia (1999), em que os autores Donald (1998), Latter (1998) e WHO (1989), referem que os enfermeiros têm um papel chave na PS das pessoas que cuidam. As competências dos profissionais de saúde são baseadas na sua formação, nos conhecimentos e nas capacidades que possuem. Naidoo e Wills (1998), justificaram ainda que os enfermeiros da prática deveriam ser conhecedores e dominarem os conhecimentos de PS e dos valores implícitos na sua abordagem prática. Os enfermeiros do estudo consideraram capacidades de comunicação e qualidade de relação enfermeiro/utente como um contributo significativo para a PS. Os autores Latter (1998a), Naidoo e Wills (1998), propõem que os enfermeiros na PS devam pelo menos ser capazes de compreender os princípios éticos e as interacções promotoras de saúde efectivas, e demonstrar um grau de competência ao aplicar isso na prática. É importante distinguir a formação acerca dos princípios e conceitos para o estabelecimento de competências e práticas no campo da PS. A evidência baseada na prática da PS, segundo Tones (1998), é um desafio para todos os enfermeiros motivando e

avaliando o seu trabalho de PS. Contudo, muito pouca investigação tem sido levada a cabo na Finlândia, para saber como é que os conceitos teóricos de PS e capacidades foram transferidos para a prática. Ao contrário, muitos estudos foram explorados no *Projecto 2000* de formação do Reino Unido (Maben & Macleod 1998; May & Veitch, 1998; Robinson & Hill, 1995). Na formação de enfermagem o treino clínico dá a possibilidade de integrar conhecimentos de PS e o desenvolvimento de uma prática reflectida. Naidoo e Wills (1998), propõem que o conceito de Schon's (1983), da prática reflectida e o da experiência de aprendizagem de Kolb's (1984), são utensílios úteis também no campo da PS, facilitando o desenvolvimento de um promotor da saúde. Neste estudo, o foco da PS está na interacção da PS, o que quer dizer que em qualquer interacção com o utente, o nosso cuidado tem que ser levado a cabo como um meio de PS, isto é, promoção do holísmo, equidade, participação, colaboração, individualidade, negociação, facilitação e apoio (Latter, 1998).

A prática de enfermagem envolve muitas interacções com indivíduos e além disso, uma habilidade para entender e praticar o *empowerment* como uma aproximação necessária (Latter, 1998a,b). O *empowerment* na PS pode ser definido como o processo através do qual as pessoas obtêm um maior controlo sobre as decisões e acções que afectam a sua saúde (Nutbeam, 1998). A sua abordagem engloba dois elementos: a facilitação do processo individual de desenvolvimento e concomitantemente o desafio, combate à injustiça e opressão (Williams, 1995). O *empowerment* na PS tem as suas raízes na pedagogia crítica de Freire (1972), que coloca em ênfase os problemas do diálogo, designado para promover a reflexão crítica (Wallerstein & Burnstein, 1988; Williams, 1995). O modelo de ensino experimentado de Kolb's (1984), fornece um instrumento consistente à reflexão e envolvimento nas ideias do ensino de Freire. A reflexão é o pilar que suporta a teoria e a prática na PS, porque a construção em conjunto do passado e do presente determinam as futuras acções acerca da PS (Naidoo & Wills, 1998). Schon (1987) sugere que os componentes constituintes que fazem parte da prática reflectida são a "*reflexão na acção*" e a "*reflexão da acção*" pela qual os alunos reflectem sobre as suas próprias teorias e acções numa tentativa de criar teorias e ideias claras sobre o exame crítico, para integrar as diferentes fontes do conhecimento (Hokanson, 1992).

O modelo de Jonh's (1994), da reflexão estruturada, é um dos modelos desenvolvidos para promover a aprendizagem através da reflexão (Plazer et al., 1997). Assim, este modelo pode ser usado para ajudar os alunos a se auto-avaliarem no contexto da sua PS prática e para desenvolverem as capacidades e os conhecimentos base, o que caracteriza o envolvimento na PS. Originariamente Jonh's (1993), desenvolveu o seu modelo para ajudar os alunos a levar a cabo o trabalho terapêutico e intervenções benéficas para os utentes. Na perspectiva de River's et al. (1999), tem havido relativamente pouca investigação sobre a PS, educação e desenvolvimento profissional na PS. A integração da teoria na prática tem sido o problema da PS e ensino em enfermagem. Este estudo fornece informação relativamente aos conhecimentos e capacidades que os estudantes de enfermagem utilizam quando praticam a PS em contextos reais. O estudo é relevante para as orientações feitas a partir de estudos que exploram o desenvolvimento profissional na PS. Três aspectos chave foram identificados:

- A importância do desenvolvimento conceptual e da capacidade da reflexão crítica na prática;
- Integração coerente da teoria e prática utilizando mais frequentemente um processo de trabalho baseado no desenvolvimento profissional;
- A necessidade de especificar mais claramente o papel dos profissionais da saúde na PS no sentido de facilitar o desenvolvimento de métodos apropriados para o ensino inicial e contínuo (River's et al., 1999).

Como resultados e conclusões, foram identificadas cinco categorias do conhecimento como factores que influenciaram os estudantes de enfermagem, na tomada de decisão e situações de interacção: 1) Experiência prévia; 2) Conhecimentos da escola; 3) Conhecimentos da prática; 4) Utente; 5) Pensamento crítico.

1) Alguns estudantes e utentes tinham experiência prévia da prática de PS, enquanto que para outros alunos a situação era nova. Encontraram-se quatro elementos essenciais nas acções dos estudantes na PS, situações de interacção que eram baseadas na sua experiência. Esses elementos chave influenciavam a interacção da PS: O papel do estudante; O papel dos objectivos de aprendizagem dos estudantes nessas situações; As regras que os estudantes de enfermagem seguem na situação e a importância da reflexão.

2) Hislop et al. (1996), estudaram a relação entre o curso do *Projecto 2000* e as experiências dos estudantes durante o estágio. Descobriram o que era difícil para os estudantes ao integrar a aplicação de aspectos do curso na sua prática; a teoria perde significado fora do contexto. Além disso, Schon's (1983), argumentou que os praticantes tinham dificuldades em aplicar conhecimentos sem o contexto da prática actual. A dificuldade para transferir e aplicar os conhecimentos aprendidos na escola foi também identificado no presente estudo. Um dos estudantes tinha aconselhado uma situação relacionada com medicação na área da geriatria. Na entrevista referiu ter tido um curso de educação de utentes alguns meses antes, mas não se lembrava que a aplicação desses cursos o tivesse ajudado na sua prática. As aplicações do que se aprende na escola, que os alunos acharam úteis na prática, foi tratar das necessidades dos utentes e levar a cabo cuidados de enfermagem em intervenções técnicas.

3) Os estudantes tinham enfermeiros monitores durante o estágio clínico. O papel do monitor era variável. Alguns estudantes acharam que os monitores desempenhavam um papel crucial na sua aprendizagem de PS. Esses enfermeiros aconselharam, apoiaram e deixaram que fossem independentes, apesar de controlados com os utentes. Pelo contrário, alguns estudantes disseram que o papel dos monitores não tinha sido significativo na sua aprendizagem de PS. Houve ainda outros profissionais que ajudaram os alunos na PS dos utentes. Os diferentes serviços (contexto) influenciaram as decisões dos estudantes no aspecto promotor da saúde dos utentes, diferentemente. Por exemplo, os estudantes que estagiaram no hospital de reabilitação disseram que a filosofia, o ambiente de enfermagem e o papel multidisciplinar dos profissionais deram ideias e modelos para a prática da PS.

4) - Os utentes influenciaram as decisões dos estudantes de duas formas: Orientando a situação de PS, movimentando-se ou falando muito. Na entrevista muitos estudantes eram surpreendidos pela quantidade de doentes que falavam muito. Consideraram isto perturbador e disseram que interferia com o aconselhamento. Os que trabalharam com pessoas mais idosas, acharam que para essas pessoas era muito importante conversar com alguém, porque estavam muito sós. Apesar disso, os alunos sentiram-se culpados por só estarem a falar com os doentes, pois falar não era considerado um cuidado real nos serviços. A

personalidade dos utentes, os conhecimentos, iniciativa e características influenciaram especialmente as acções e decisões dos estudantes que estagiaram com pessoas mais velhas. Isto pressupõe que, os estudantes conheciam os seus utentes e tinham uma relação confidencial com eles.

5) - Neste estudo o pensamento crítico é entendido como parte do processo de tomada de decisão, no qual o aluno explora racionalmente e avalia ideias, conclusões, princípios, crenças e acções durante o seu estágio (Baudman & Baudman, 1988). Alguns estudantes criticaram a implementação de princípios de enfermagem e a prática da PS, pelo facto de, o pessoal se concentrar na saúde física dos utentes à custa da saúde social e emocional, a falta de tempo e de recursos durante os seus horários e actividades. Estes estudantes identificaram falhas na PS e deram ideias sobre como mudar a prática da PS, tentando agir diferentemente nas situações. Disseram que era fácil não valorizar as capacidades dos utentes em gerir os seus próprios problemas, fazendo as coisas por eles. Muitas vezes os utentes eram colocados numa atitude ou papel passivo como se fossem recipientes.

Os primeiros resultados constituem um desafio à aprendizagem da PS e ao ensino do treino clínico. As experiências e percepções dos estudantes são a base da aprendizagem e do ensino da PS reflectida. O papel do aluno de enfermagem, os objectivos do ensino, as regras nas situações de PS e o foco de reflexão foram elementos importantes que conduziram a situações de interacção no sentido do envolvimento, melhorando a relação, aproximando à abordagem pretendida. Além disso no modelo John's (1994), estes elementos podem ser utilizados na reflexão e no ensino clínicos. A PS, filosofia de enfermagem e o papel dos modelos de trabalho são também aspectos importantes na facilitação ou constrangimento da aprendizagem do envolvimento/relação no hospital. Os estudantes de enfermagem deveriam ser encorajados pelo pensamento crítico e a reflexão durante o seu estágio de forma a identificar os valores e práticas prestadas nos serviços. Eles deveriam ser capazes de agir com novos papéis de modelos de "empowerment" na PS. Este são alguns dos resultados primários sobre uma pesquisa de três anos de estudo.

Clarke (1991), sugeriu que o conceito que o enfermeiro tem como promotor de saúde e o papel como um modelo ganhou cada vez mais importância, porque os clientes esperavam uma maior participação na tomada de decisões acerca dos seus cuidados de saúde e também queriam aprender como manter e aumentar a sua saúde. O mesmo autor também assumiu que tais novas exigências para a PS aumentaram porque, o governo tentou encorajar as pessoas a olharem pela sua própria saúde, fazendo isto através de reformas. Pender (1987), considerou que devido à reconhecida experiência e frequente contacto continuado com os clientes, os enfermeiros tinham uma oportunidade única de liderar na promoção da melhor saúde aos indivíduos, famílias e comunidades. Muitas intervenções para a PS dizem respeito a mudança de estilos de vida desses grupos, relacionados com a identificação de factores de risco e com o dar a informação (Kelly, 1992). Outros autores têm citado factos que afectam o papel dos enfermeiros na PS. Naidoo (1986), argumentou que a passagem dos conhecimentos dos profissionais para os clientes não é em si suficiente para facilitar escolhas. Os meios para agir nessa informação também podem ser importantes. Macleod Clark et al. (1996), acharam que a articulação dos estudantes de enfermagem do *Projecto 2000* para a PS era mais implícita do que explícita, com aspectos do conceito embebido e entendido como cuidado holístico. While et al. (1995), acharam que estes estudantes de enfermagem atingiram um certo grau de compreensão com níveis mais altos de significado, comparados com o grupo de estudantes convencional, no que dizia respeito à PS e ensino de capacidades. Na opinião de Gott e O' Brien (1990), os enfermeiros experientes faziam uma distinção entre o que eles entendiam da enfermagem e do que sabiam sobre a PS. Muitos acharam que a enfermagem dizia respeito a dar injeções, lidar com feridas menores, fazer pensos, cuidados de cabeceira, técnicas e tratamentos prescritos pelo médico, como sendo o papel específico da enfermagem. O trabalho de PS era visto como aconselhamento de EV, não sendo considerada a parte da abordagem e envolvimento dos clientes, seu significado nas tomadas de decisão acerca dos cuidados e tratamentos.

Os objectivos da pesquisa pretendiam comparar os estudantes que seguiram o programa do *Projecto 2000* e os que seguiram o projecto convencional, no que dizia respeito a: Percepções dos estudantes sobre a PS; Percepções dos

estudantes sobre o seu papel como promotores de saúde; Se percebiam ou não alguma diferença entre actividades de enfermagem e actividades de PS; Se percebiam ou não uma formação particular aqueles que seguiram uma preparação para o seu papel na PS.

Como resultado ambos os grupos entenderam a PS como *dar informação* aos clientes, ou educá-los, aconselhando-os acerca dos estilos de vida e factores de risco. Os pontos de vista de ambos os grupos podem ser considerados como um conceito estreito de PS uma vez que não consideraram - capacitar a família nos cuidados e promover o autocuidado, autonomia e escolhas do cliente (French, 1990). Estes resultados são comuns a outros estudos de Gott e O' Brien (1990), Latter et al. (1992), em que para a enfermagem, PS era percebida principalmente como dar informação mais do que uma filosofia de promoção para envolver/promover os utentes e família a participar. Nenhum dos respondentes mencionou conceitos de envolvimento do utente ou família nos cuidados. Concordaram que a participação do utente e família pode ser considerada como PS, mas estabeleceram que estes conceitos não eram primordiais nos seus raciocínios em relação às suas percepções de PS. Os estudantes do *Projecto 2000*, contudo afirmam: "*é um grande problema envolver a família nos cuidados*". Por outro lado Caplan e Holland (1990), argumentaram que uma prática efectiva de PS depende de uma boa teoria. É essencial para os estudantes de enfermagem ter conhecimentos dos modelos de PS. A falta de conhecimentos nos estudantes convencionais pode limitar a sua eficácia como promotores de saúde. O grupo do *Projecto 2000*, embora tivesse conhecimentos dos modelos de PS, tinha alguma limitação na sua utilização na prática. Mais do que um termo referiram que não utilizavam nenhum modelo. As razões dadas às respostas dos questionários por não usarem os modelos de PS na prática variava. Mais de metade do grupo de estudantes convencionais concluíram que era por não terem conhecimento dos modelos de PS. Mas explicaram que a PS pode ser levada a cabo sem a utilização de modelos de PS e os do *Projecto 2000* concluíram que os modelos de PS não eram usados nas áreas clínicas, talvez devido à falta de um modelo apropriado de desempenho. Donoghue et al. (1990), em congruência com os estudantes do *Projecto 2000*, argumentaram que o papel dos modelos é um factor importante de motivação na PS. Outra razão apontada da não utilização do

modelo na prática, foi a de que não havia tempo para usar o modelo. Relativamente à percepção do papel na PS todos os estudantes de ambos os grupos concordaram com a afirmação : *“O meu papel na PS é muito importante”*. A oportunidade de realizar actividades de PS era rara e os estudantes acreditavam que a PS era uma parte integral do seu papel na enfermagem. Estes resultados confirmam o ponto de vista de outros investigadores em que a PS é uma parte importante do papel dos enfermeiros e que os enfermeiros deveriam reconhecer isto e levar a cabo a sua importante função (Close, 1988; Milde & Hein, 1991; Muir et al., 1992; Zylinski, 1993). Uma das afirmações dos estudantes foi: *“Obviamente pode-se ter PS sem fazer enfermagem, mas não se pode ter enfermagem sem PS”*. Estes resultados não são consistentes com os resultados de Gott e O’ Brien (1990), em que os enfermeiros experientes faziam uma distinção entre o que eles percebiam ser enfermagem e o que eles percebiam ser a PS. Os participantes deste estudo, viam a PS como aconselhamento dos estilos de vida. As razões para as diferenças nos resultados poderiam ser devido ao facto de que Gott e O’ Brien (1990), relataram que o pessoal de enfermagem experiente, talvez tivesse mais experiência e levasse mais em consideração o ponto de vista da enfermagem e da PS.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 – ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE

A Conferência Internacional sobre CSP, realizada em Alma Ata, na década de 70, *“reafirma enfaticamente que a saúde - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a acção de muitos outros sectores sociais e económicos, além do sector da saúde”*, citado por (Gentile, 1999, p.1). Embora centrada na organização dos CSP, o seu enunciado levanta a magnitude do processo de construção da saúde. Collière (2001, p. 231), refere que: *“a noção de saúde é relativamente recente no mundo ocidental, apareceu com a era industrial, com as novas possibilidades oferecidas pela aplicação das descobertas científicas e particularmente no domínio da medicina”*. Torna-se fundamental esclarecer noções básicas que o conceito de saúde engloba, para melhor compreender a sua abrangência e complexidade. Algumas definições, sublinham

que a saúde deve ser considerada um *“recurso para a vida”*, enquanto outras opinam que ela seja encarada como uma *“qualidade adaptativa”*. O conceito de manutenção de um sentido de *coerência* procura descrever a maneira como as pessoas enfrentam as mudanças externas ocorridas no seu meio ambiente, sendo essa qualidade de adaptação considerada fulcral para um estado de saúde. Este conceito adaptativo enquadra - se bem na moderna abordagem *ecológica da saúde*. É aplicável tanto a nível local como a nível da biosfera e está incluído no lema da OMS -*“pensar globalmente e agir localmente”*. Recentemente, esboçou-se a tendência para encarar a saúde em termos positivos, dinâmicos, holísticos e ecológicos. Do mesmo modo, a abordagem da PS exige assim que se ponderem as opiniões pessoais sobre saúde e que sejam submetidas a análise e reflexão. A saúde, poderá considerar-se essencialmente como um conceito estético, algo que se *deve sentir* em vez de se definir e, *sentir* em vez de conhecer. O termo *saúde* representa assim uma entidade ampla e complexa. Segundo Kérouac (1994), *“o conceito de saúde é definido de acordo com as orientações dos paradigmas que acompanharam as principais correntes de pensamento deste século, que evoluiu de uma vontade de utilização da capacidade individual para um valor de experiência, vivido segundo a perspectiva de cada pessoa e a realização do seu potencial criativo”*, citado por Bastos (2000, p. 50). Na sua perspectiva, o conceito de saúde dos enfermeiros e dos utilizadores, condiciona a prática dos cuidados de enfermagem e a procura dos mesmos. A percepção do estado de saúde, varia com a idade, decrescendo à medida que esta aumenta. A partir dos 45 anos, as pessoas, referem-se à sua saúde em termos negativos, Portugal (1997b), citado pela mesma autora.

Partindo da constatação das tendências evolutivas dos padrões de saúde/doença, e se fizermos depender o processo de prestação de cuidados, exclusivamente (ou maioritariamente) dos profissionais de saúde e/ou do avanço da ciência e tecnologia médicas, dificilmente conseguiremos responder às necessidades de saúde das pessoas. A própria evolução do conceito de saúde, tem reflectido a tentativa de acompanhamento destas mesmas tendências evolutivas, tendo passado de um conceito negativo – saúde como *“ausência de doença”*- pelo conceito positivo - *“saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social”* - para um conceito mais actual, surgindo assim segundo a (Carta de

Ottawa, 1986) PS como: “o processo que visa a criação das condições para que os indivíduos e grupos adquiram capacidades que lhes permitam controlar a sua saúde, a da família, amigos, vizinhos, responsabilizando-se por ela e agindo sobre os factores que a influenciam”, citado por Navarro (1995b, p.78). Sem dúvida que, a evolução do contexto de saúde e dos seus campos prioritários de actuação ao longo dos tempos, tem influenciado, não só as intervenções dos profissionais de saúde, a própria organização dos serviços, mas também as populações potencialmente utentes dos mesmos. Contudo, só muito recentemente, a saúde, se constituiu o foco privilegiado de intervenção das diversas áreas científicas. Este paradigma, só nas últimas décadas se alterou, passando-se de uma concepção orgânica/casuística para uma concepção sistémica da vida humana, mais abrangente e multidimensional. Este novo modelo, passa a ter em conta os factores biológicos, psicológicos e ecosociais, quando se investiga e teoriza acerca do homem. Por sua vez, a deslocação das preocupações dos “cuidados de saúde” para o “campo da saúde” terá constituído a mudança mais radical da Segunda Revolução da Saúde (Ribeiro, 1998). Mas, mais relevante ainda, parece ter sido a deslocação do foco de intervenção da doença para o da saúde, acontecimento que iria conduzir ao aparecimento de uma nova concepção de SP, não somente baseada na PD, mas sobretudo na PS e na conseqüente facilitação de estilos de vida compatíveis com a saúde. Nesta nova concepção de SP, a responsabilidade pela saúde, não é unicamente dos indivíduos, do estado ou de quaisquer organizações em particular, mas de todos em conjunto. Assim, leigos, profissionais de saúde e de outras áreas, devem cooperar e coordenar esforços no sentido de alcançar o mais elevado nível de saúde, para o maior número de pessoas, a um custo que a sociedade considere razoável. Como referia Dostoiewski (1992), in Rose - “*todos somos responsáveis por todos*”. A corroborar esta ideia Mahler (1981, p. 8), refere que: “*a saúde não é um bem que se possa distribuir às pessoas a nosso bel - prazer. É algo que tem de ser forjado por estas a partir de si próprias*”. Neste sentido a Carta de Ottawa consigna um certo número de medidas conducentes ao estabelecimento de políticas públicas “salutares” que poderão contribuir para a PS e para a promoção social dos cidadãos (conceitos, indissoluvelmente ligados) e em que é dado um ênfase muito particular à participação activa da comunidade na magna arena da saúde. Todavia, para que cada indivíduo possa responsabilizar-se pela sua

própria saúde, é necessário que adquira os saberes e as competências adequadas a esse respeito. Consideramos que, os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros que desenvolvem a sua actividade em CSP, têm um papel preponderante a desenvolver nesse âmbito.

Sem dúvida que, a pesquisa no âmbito da saúde tem sofrido grandes alterações nos últimos tempos, acompanhando a mudança evolutiva dos novos paradigmas saúde/doença. A Segunda Revolução da Saúde contribuiu particularmente para isso, introduzindo novos indicadores a ter em conta na avaliação da saúde e experiências da doença (Ribeiro, 1998). Essa avaliação deixou de se fixar apenas em dados bio - fisiológicos, passando a considerar outras perspectivas. No contexto do progresso das descobertas científicas no campo da medicina, na primeira metade do século XX, o conceito de saúde era em geral *“ausência de doença”*, passando pelo conceito clássico da OMS *“completo bem estar físico, mental e social”*, evoluindo para um conceito mais dinâmico, no final da década de 70, reconhecendo a importância dos aspectos sociais, dos problemas de saúde ligados aos estilos de vida e ao ambiente – estratégia de saúde para todos – que a OMS em 1986 com a Carta de Ottawa sobre a PS, pôs em evidência a perspectiva da *“saúde como um recurso para a vida”*. Numa perspectiva mais dinâmica, a saúde é encarada pela OMS (1999) como um equilíbrio dinâmico entre factores intrínsecos ao ser humano, de natureza biológica, psicoafectiva e comportamental e factores extrínsecos, próprios do meio físico e relacional que o rodeia. A evolução do conceito de saúde, deve-se não só às diferentes concepções sobre doença, mas fundamentalmente às possibilidades que os programas científico - tecnológicos, vieram oferecer à humanidade. Começou por ser um conceito redutor, como já referido - *“ausência de doença”* – OMS (1986), citado por Sousa (1995, p. 50) em referência a Ribeiro (1998) sendo recentemente conceptualizada como : *“a extensão em que o indivíduo ou grupo é, por um lado capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve”*. Saúde, é assim vista como um recurso para a vida de todos os dias, na dimensão da Qualidade de Vida (QV) e não como um objectivo de vida. Numa perspectiva ecológica, a saúde, incorpora os conceitos derivados da teoria dos sistemas. Para dar expressão ao conceito, hoje em dia tão falado de *“autoformação”*, significa

interpretá-lo numa perspectiva mais global, complexa e portadora de mais desafios. O sistema indivíduo, está estreitamente ligado, influencia e é influenciado, pelo sistema contexto em que está inserido. O contexto é um elemento fundamental a considerar na acção, e no desenvolvimento do indivíduo (relações das pessoas com o meio físico e sociocultural). Por sua vez as transformações verificadas na evolução social da saúde e a participação do cidadão no processo de desenvolvimento em saúde, constituem hoje contributos importantes para a concepção e prática da PS. A saúde é considerada actualmente como um componente importante do desenvolvimento social, económico e factor imprescindível ao bem estar do ser humano, constituindo de facto, uma meta a ser atingida. A evolução dos padrões de vida, do trabalho e dos tempos livres foram contributos importantes, com um impacto significativo nas questões relacionadas com a saúde. A saúde evoluiu ao ritmo dos progressos técnico - científicos, como já foi referido, mas sobretudo ela é tributária de valores sociais e culturais dum determinado ambiente. Nesta linha de pensamento, é essencial que os profissionais de saúde em geral e os enfermeiros em particular, desenvolvam e construam novas competências, comportamentos e convicções que lhes permitam fomentar e manter estratégias interventoras junto dos indivíduos, grupos e comunidade, enformados por um conceito social de saúde, concreto. O sector da saúde deve ter como "*objecto*" o fenómeno saúde/doença e como "*objectivo*" a produção da saúde. A saúde, considerada como uma noção negativa, tem vindo a ser posta em causa. Contudo, na prática, esta linearidade permanece ainda subjacente em algumas interacções. Actualmente, a saúde é vista como o resultado do equilíbrio dinâmico entre o indivíduo e o seu meio. Este equilíbrio refere-se ao desenvolvimento das possibilidades, de natureza biológica, psicológica e social de modo que cada um determine a sua funcionalidade, face ao seu contexto e projecto de vida, de modo a atingir a sua máxima competência.

Apesar do conceito de saúde ser definido actualmente, de forma positiva, a sua avaliação tem sido frequentemente limitada às situações de morbilidade ou de mortalidade. Do mesmo modo, os convencionais indicadores de saúde (morbilidade, mortalidade, factores de risco e incapacidade), estão a ser repensados por uma nova concepção de saúde mais construtiva, como seja a avaliação da capacidade dos indivíduos em se ocuparem das suas funções

personais, sociais e de trabalho, de tal forma que a pessoa saudável detenha um capital de reserva de energia capaz de enfrentar os constrangimentos cotidianos. Burry (1998) e Collière (1989), enfermeira que realizou alguns estudos de pesquisa sobre saúde. O seu conceito de saúde representa um bem estar dinâmico, que tem a ver com um desenvolvimento e uma mudança; com os bons cuidados prestados ao corpo; com o uso da mente de uma forma construtiva; com a expressão das emoções de forma efectiva; e com um envolvimento salutar com o meio. O conceito de saúde (OMS, 1948) como: “*completo bem estar físico, mental e social...*” reafirmado em 1978 em Alma Ata, é considerado por alguns teóricos da saúde, utópico. Houve necessidade de o reformular de forma a permitir uma melhor inter-relação da pessoa com o meio. Saúde vista como, a capacidade de cada indivíduo ou grupo se modificar constantemente, não só para viver melhor o momento presente, mas também para preparar melhor o seu futuro. A saúde é um direito humano fundamental e um valor universal que desde há muito preocupa o homem e que se deve assumir como um recurso ao alcance de todos. Este conceito tem vindo a sofrer reformulações várias, à medida que o padrão saúde/doença se vai modificando, interrelacionando os factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, com o bem estar. Em termos genéricos, os vários autores consideram positiva a visão holística do ser humano, quando relaciona as várias dimensões físicas, mentais e sociais que ligam o homem ao meio. Hill, citado por Ferreira (1990b), introduz ao conceito de saúde a ideia da reacção satisfatória do organismo humano às condições do meio ambiente em que vive. Esta reacção implica equilíbrio e harmonia ao nível da satisfação das necessidades humanas básicas e de adaptação, sempre posta em causa pelo homem, a um meio em constante mudança. Um outro ponto de vista é o de Dunn, citado pelo mesmo autor, que utiliza a frase de “*bem estar de alto nível*” em substituição da palavra *saúde* e considera que esse bem estar permite uma produtividade máxima, o que implica que a saúde é uma condição para que o indivíduo alcance as suas metas na vida, na globalidade. Consequentemente, no desenrolar das políticas de saúde nos últimos anos, alguns acontecimentos a nível internacional desempenharam um papel fundamental, não só pelas temáticas abordadas e discutidas como pelas consequências que obtiveram. Destacam-se a Conferência de Alma -Ata (1978), as Estratégias de Saúde para Todos (OMS, 1985) e a Conferência de Ottawa (1986) que ressalva o seguinte

princípio: uma boa saúde é um dos maiores recursos para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante da QV (MS, 1999). Assim, hoje, a saúde, considerada um estado natural para o indivíduo, é entendida como um recurso de vida que cada ser humano deve gerir no seu dia a dia. Segundo Noack (1987), o conceito de saúde, pode ser ainda ser visto em termos de duas dimensões, tanto ao nível do indivíduo como ao nível do grupo social, isto é, a *“health balance”* como a manutenção de um estado de equilíbrio dinâmico, físico/psico/afectivo e social, e ainda o *“health potencial”* onde a saúde é considerada como, a capacidade de lidar com os desafios e exigências do meio ambiente. Desta forma, a PS tem como objectivo principal a melhoria do *“health potencial”* e, ao mesmo tempo, contribui para a própria manutenção do *“health balance”*. Ainda no que se refere às questões da saúde, é indispensável mencionar os contributos da antropologia, da epidemiologia, da sociologia, da psicologia e as reflexões da OMS acerca deste conceito. Na sua base está a noção de que, o desenvolvimento do potencial de saúde de uma comunidade é uma responsabilidade social colectiva. Segundo Bennett e Murphy (1997, p. 39), *“a saúde e os comportamentos com ela relacionados ocorrem dentro de um complexo sistema de influências mutuas. Desta forma, uma promoção de saúde eficaz deve dirigir-se ao sistema e não apenas a indivíduos isolados dentro dele. Esta perspectiva exige intervenções a múltiplos níveis, centradas nos indivíduos, nas relações sociais, (...) nos processos ambientais e culturais”*. A saúde corresponde a um projecto social ligado a responsabilidades políticas. Por conseguinte, haverá que investir fortemente, envolvendo directamente os próprios cidadãos no enorme esforço que isto pressupõe, o que constitui tarefa gigantesca, atendendo à profunda reforma de mentalidades que uma mobilização geral desta amplitude e desta natureza implica. Como facilmente se compreende, o desenvolvimento desta ideia foi uma consequência directa da clara impotência dos meios tradicionais para darem solução aos graves problemas que, no campo da saúde, as sociedades modernas enfrentam. Na verdade, os sistemas de cuidados médicos (heurísticamente chamados - *cuidados de saúde*) revelam-se incapazes de contrariar uma evolução que cada dia se torna mais preocupante. Os seus custos tornaram-se proibitivos, os políticos e economistas pregam a sua falência e mesmo os países mais ricos chegam à conclusão de que não podem cuidar dos seus *velhos, pobres e excluídos*.

Nas últimas décadas tem-se tentado inverter esta tendência (apesar de ainda não se ter conseguido) apontando as várias componentes ou dimensões do conceito de saúde. Pesquisando literatura sobre esta temática encontram-se várias definições, embora a maior parte de pouca utilidade prática, para a planificação de cuidados de saúde, dada a dificuldade em as conseguir operacionalizar. A concepção moderna de saúde, considera - a como um conceito dinâmico e multidimensional. Liberta-se da antiga concepção estática de saúde, surgindo esta cada vez mais ligada aos modos de vida e à capacidade de adaptação do homem aos factores do meio que afectam o comportamento e o bem estar. O conceito actual de saúde integra também o empenho e mobilização dos indivíduos na resolução dos seus problemas de saúde, o que implica uma dimensão social do desenvolvimento das pessoas e dos grupos e enfatiza o interesse pela compreensão dos problemas na sua relação com o contexto. Numa abordagem holística da saúde, poderemos dizer que a saúde possui várias dimensões e na prática, é impossível dissociá-las. Não é provável que nos encontremos fisicamente saudáveis, se não nos sentirmos bem connosco próprios e se não vivermos um ambiente que facilite a tomada de opções saudáveis. Todos sabemos ou temos uma ideia bastante clara do que representa a doença, porque já a experimentamos em alguma ocasião ao longo das nossas vidas. O problema encontramos-lo quando queremos definir o que é a saúde. As relações conceptuais que nós estabelecemos entre conceitos tais como a saúde, patologia orgânica, experiência de doença, cura, práticas de higiene e Saúde Pública (SP) e a distinção que fazemos entre condutas que promovem a saúde, que previnem da doença ou que facilitem a cura, não têm sido estabelecidas tão claramente ao longo da história. Na realidade, apesar das numerosas definições que se tem dado à *saúde*, de momento não detemos uma totalmente satisfatória. O poder da tecnologia médica actual, que é capaz de prolongar a vida com condições de capacidade muito reduzida, para levar a cabo as funções normais, tem transformado actualmente, o interesse pela definição de QV como uma globalidade.

Em suma, por tudo o que foi dito sobre o actual conceito de saúde, concluímos, partilhando a ideia expressa por Navarro (1995b, p.78) “(...) *o modelo que parece melhor respeitar as pessoas e as populações é o da capacidade e*

desenvolvimento comunitário, também conhecido por sócio - ecológico, que implica, por um lado, uma certa forma de relacionamento interpessoal, por outro, um trabalho participado permanentemente pela população". Quanto aos profissionais de saúde, não podem pretender "ensinar" as pessoas a serem fisicamente saudáveis, sem terem em conta as suas necessidades sociais e emocionais. No "caminho do futuro" tal como é referido em Bol of Sanit Panam (1987, p. 80), "a saúde cria-se e vive-se em cada momento da vida quotidiana; nos centros de formação, de trabalho e de recreio. A saúde é o resultado dos cuidados que cada um dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida e de assegurar que a sociedade em que cada um vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de um bom estado de saúde".

2.1.1 – Determinantes da saúde

Nos últimos 20 anos, tem-se assistido a um crescimento excepcional do campo da PS que tem tido um impacto profundo nas concepções e práticas de SP na actualidade. Este movimento tem originado ou fortalecido conceitos fundamentais do moderno campo sanitário, tais como as cidades saudáveis, os ambientes favoráveis à saúde, a articulação intersectorial pela saúde, vigilância à saúde e diversas práticas de reorientação de serviços (Buss et al.,1998; Ferraz,1996; Mendes,1996). A associação da PS com a actuação sobre os determinantes do meio ambiente e dos estilos de vida, veio, segundo Terris (1992), com a "*segunda revolução epidemiológica*" movimento de prevenção das doenças crónicas. A saúde é fortemente influenciada pelos estilos de vida, por factores sócio - económicos, pela disponibilidade/acessibilidade de assistência social e pelo ambiente. A constatação do papel fundamental dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, que veio qualificar a moderna PS, deve muito à actuação da SP canadense e à sua posterior influência internacional. O Informe Lalonde (1974), marco inicial da moderna PS no Canadá, é considerado por Terris (1992, p. 4), "*a primeira declaração teórica abrangente na saúde pública como resultado do desconhecimento da epidemiologia de doenças não infecciosas*". Utilizando o modelo de "*Campo da Saúde*", proposto por Laframboise em 1973, citado por

Carvalho (1996), afirmando o documento que a saúde é determinada por um conjunto de factores agrupáveis em quatro categorias:

- *Biologia Humana*, que envolve todos os factos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo a sua herança genética e seus processos de maturação;
- *Ambiente*, que agrupa os factores externos ao organismo, nas suas dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controlo;
- *Estilos de Vida*, em que o conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere por exemplo às suas actividades de lazer e alimentação, estão parcialmente sob o seu controlo;
- *Organização dos Cuidados de Saúde*, relacionados com a disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde (Carvalho, 1996; Ferraz, 1994).

Na Conferência Internacional em Jacarta (1997), são destacados o reforço da acção comunitária, o surgimento de novos actores e novos determinantes da saúde, como os factores transnacionais (globalização da economia e suas consequências, papel dos meios de comunicação e outros). Entre as conclusões desta última conferência, destacam-se a percepção de que os métodos da PS baseados na combinação das cinco estratégias preconizadas pela Carta de Ottawa, são mais eficazes que aqueles centrados em um só campo e a de que diversos cenários – cidades, comunidades locais, escolas, locais de trabalho – oferecem oportunidades para a execução de estratégias integrais (Buss et al., 1998). Entre os determinantes da saúde, atribui-se ao conjunto de factores, desde os estilos de vida (tabagismo, sedentarismo, stress), condições sociais (pobreza, fome), património genético até ao ambiente físico (qualidade do ar e da água) uma contribuição de 90% em impacto para o nível de saúde, (Wildavsky, in Stanhope & Lancaster, 1999). Daí, se poder inferir a importância da responsabilização pelo autocuidado para melhorar a saúde a nível dos estilos de vida. O nível de saúde do indivíduo é influenciado não só por factores de ordem sócio - política e cultural, mas sobretudo pelo meio ambiente, pela biologia humana, pelos cuidados de saúde e pelos estilos de vida (Lalonde, in Stanhope, & Lancaster, 1999). Considerando as necessidades humanas básicas do homem, são pré-requisitos para a saúde, as condições e recursos fundamentais tais como:

paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, conhecimentos sobre saúde, QV, percepção do nível de felicidade e satisfação da pessoa. Valorizar positivamente a QV, os conhecimentos, o nível de saúde, nível de informação, de formação, o equilíbrio físico, mental e social (homeostasia) e o bem estar, torna-se fundamental. Falar da responsabilidade sobre a saúde do próprio, significa valorizar positivamente a saúde, a vida e a QV. Traduz-se numa gestão crítica e tomada de decisões sobre o seu *“projecto próprio de vida”*, ter capacidade crítica, criativa e de pensamento reflexivo. Pressupõe dispor de um nível de suporte social (ligações pessoais próximas), estratégias para lidar com a vida do dia a dia (grau de racionalidade, flexibilidade e expectativas planificadas), numa participação activa e pessoal com uma QV percebida. É a tentativa constante de cada indivíduo se aperfeiçoar, sob todos os pontos de vista: científico, cultural, ético, social e profissional, fazendo escolhas nas suas formas de viver e bem estar. As estratégias de PS devem ter em conta o ambiente e as características humanas na sua evolução cultural e social. Estas estratégias apoiam-se nas quatro áreas prioritárias já referidas: biologia humana, estilos de vida, meio ambiente e cuidados de saúde. Neste enquadramento é visível um ênfase nos determinantes da saúde e a sua influência positiva ou negativa, sobre o nível de saúde. Têm início nas influências genéticas no período pré-natal e continuam com os comportamentos adquiridos ao longo da vida, conhecidos como os estilos de vida. Nesta estratégia salienta-se a mediação entre a componente da escolha pessoal e a responsabilidade social pela saúde. Estas estratégias combinadas com a ES, como ferramenta básica da PS, foram confirmadas na definição de estratégias -*“Saúde para Todos no Século XXI”*, (WHO,1999). A PS aposta prioritariamente na aprendizagem de estilos de vida saudáveis (EVS), promovendo escolhas adequadas.

Os nossos hábitos e comportamentos são influenciados não apenas pela informação a que temos acesso, mas também, como já referenciado, pelos nossos valores, crenças e atitudes que influenciam as decisões a nível individual. Os estilos de vida que favorecem a saúde, são aprendidos desde bastante cedo no ambiente familiar. A influência das crenças e valores no comportamento tem sido estudada em diversas abordagens. Para Ajzen e Fishbein, citados por

Pender (1996), as crenças constituem os blocos de construção fundamentais para a estrutura conceptual, sendo a intenção de determinado comportamento o determinante para esse comportamento. A maioria dos problemas de saúde na actualidade, resulta de complexas reacções psicológicas e físicas da população, face ao ambiente social e económico, pelo que as novas patologias surgem hoje cada vez mais associadas a modos de vida e hábitos em saúde. É no binómio saúde/doença que se insere o comportamento, fazendo com que o estado de saúde dependa em grande medida do estilo de vida, adoptado pelas pessoas no seu quotidiano. Se considerarmos o "*comportamento saudável*" como um esforço consciente empreendido pelo próprio indivíduo, no sentido de preservar e promover a sua saúde e a dos outros, compreendemos que isto pode ser conseguido através das práticas mais elementares da vida individual e colectiva, como por exemplo: uma alimentação equilibrada, exercício físico regular, etc, o que constitui um reforço para o bem estar. Também sabemos hoje que, o comportamento humano, é condicionado por inúmeros factores, considerando-se a motivação um aspecto de grande relevância para a satisfação das necessidades fundamentais do ser humano, tal como a teoria de Maslow sobre a motivação das necessidades humanas básicas. Recentemente, constatou-se a necessidade vital de considerar o indivíduo num contexto social, ambiental e político mais amplo, a fim de compreender a complexidade das influências que intervêm na determinação dos estilos de vida e que, de maneira inevitável fornecem os antecedentes, em relação aos quais se irá praticar a PS. Os estilos de vida tendem a resultar dos vários processos de socialização experimentados ao longo das diferentes etapas da vida. O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, no âmbito da PS e sobretudo na PD, tem como alvo os estilos de vida das pessoas /famílias/grupos e comunidade.

Entre as enormes mudanças que sofreu nos últimos anos, a prática quotidiana nos CSP, conta-se a abordagem dos estilos de vida relacionados com a saúde, que passaram a ser considerados como factores de risco e a ser alvo de um processo de avaliação semelhante ao do diagnóstico clínico e de uma intervenção ou aconselhamento educativo mais ou menos estandardizados. Para esta mudança contribuíram, fundamentalmente, os avanços registados nos modelos conceituais que nos permitem compreender o processo de adopção dos

comportamentos relacionados com a saúde - os determinantes - as crenças, atitudes, incentivos, obstáculos em que podemos exercer a nossa influência. Todavia, não foi só na compreensão dos determinantes comportamentais que se registaram avanços; também se conhece melhor o processo de comunicação entre o profissional e o utente, assim como os aspectos metodológicos que contribuem para o resultado. Consequentemente, começou-se a incorporar a alteração do estilos de vida dos utentes nos objectivos e principais finalidades para a PS e PD. Quando um indivíduo está de boa saúde e não está em risco, este tipo de intervenção visa o aperfeiçoamento do estilos de vida de modo a aumentar o bem estar, a melhorar o relacionamento com o meio ambiente e a diminuir a probabilidade de atingir um estado de doença. Trata-se de uma intervenção desenvolvimental. O que conta são os recursos de saúde, ou seja promover estilos de vida, associados a uma boa QV. Aceita-se hoje que, a saúde, é um fenómeno multidimensional e multideterminado, resultante de um equilíbrio dinâmico entre factores internos a cada indivíduo e factores externos, próprios do meio ambiente e das condições de vida que o rodeiam. Intervir para obter melhores níveis de saúde individual e colectiva, obriga a uma mudança do paradigma biomédico, de interpretação dos fenómenos de saúde/doença, para um paradigma sócioecológico, de compreensão e entendimento desses mesmos fenómenos. É indispensável que os enfermeiros se envolvam nessa mudança de paradigma. No sentido de complementar a problemática dos determinantes da saúde, consideramos importante abordar o desenvolvimento do conceito de *"literacia para a saúde"* e das suas inter-relações.

Ao longo dos últimos 30 anos, este conceito tem vindo a sofrer alterações sucessivas. Inicialmente este termo era aplicado no âmbito do *"Modelo Biomédico de Saúde"* e era usado para descrever e explicar a relação entre os níveis de literacia do doente e a sua capacidade de cumprir os regimes terapêuticos prescritos pelos médicos (Ad Hoc Committee on Health Literacy), referido por (Nutbeam, 2000). Esta noção de *"literacia para a saúde"*, se bem que relevante, é de alguma forma redutora, uma vez que não contempla o sentido mais profundo e significativo da literacia, do ponto de vista da pessoa em si. O campo de estudos da literacia encontra-se ainda em grande debate no que diz respeito aos tipos de literacia e das suas aplicações práticas no dia a dia. Existe, no entanto, algum

consenso de que estas classificações, somente identificam tipos de literacia, não como medidas de capacidade de leitura e de escrita, mas mais em termos do que a literacia nos permite fazer ou resolver no nosso quotidiano. De uma forma geral têm-se vindo a assumir três níveis de literacia (Nutbeam, 2000) :

- *Literacia básica ou funcional*, em que a pessoa tem competências básicas para a leitura e a escrita, de forma a poder funcionar eficientemente nas situações do dia a dia;

- *Literacia comunicativa ou interactiva*, em que a pessoa tem competências cognitivas e de literacia mais avançada, que em conjunto com competências sociais, lhe permite participar activamente nas actividades do dia a dia, seleccionar informação e dar-lhe significado e aplicar nova informação para a mudança de situações;

- *Literacia crítica*, em que a pessoa tem competências cognitivas e de literacia ainda mais avançadas, e que em conjunto com competências sociais, é capaz de analisar criticamente a informação que recebe e usar esta informação para exercer maior controlo sobre os mais variados acontecimentos nas diversas situações de vida. Desta classificação pode concluir-se que os níveis de literacia progressivamente mais elevados permitem uma maior autonomia e capacitação pessoal “*empowerment*”. Esta progressão não será apenas dependente do desenvolvimento cognitivo, já que a componente de exposição à informação ou comunicação, bem como a resposta a estas é importante e mediada pelas competências pessoais e sociais do indivíduo. Neste âmbito Nutbeam (1998), citado por Carvalho (2001, p. 6) refere-se ao conceito de “*Literacia para a Saúde*” da seguinte forma: “*Literacia para a Saúde representa as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos conseguirem o acesso, a compreensão e o uso da informação de forma a que promovam e mantenham uma boa saúde*”. Acrescenta ainda que: “*Literacia para a Saúde significa mais do que ser capaz de ler folhetos. Ao melhorar o acesso das pessoas à informação sobre saúde e a sua capacidade para a usar eficientemente, a literacia para a saúde torna-se crítica para o empowerment pessoal*”. Claramente, este conceito da OMS, apresenta profundas implicações nos métodos de ES desafiando a interacção, a participação e a análise crítica. É pois uma visão que se aproxima muito da educação para a “*consciência crítica*” proposta e desenvolvida por Freire (1972). Mas na prática, a ES tem-se limitado à

transmissão de informação em campanhas mediáticas direccionadas para as mudanças de comportamento dos indivíduos e a utilização correcta dos serviços de saúde. Assim, face ao exposto, consideramos que para se atingir a *“literacia para a saúde”*, como foi definida, devem ser tomadas importantes alterações nos métodos de educação, de forma que as tradicionais intervenções *“em favor”* das pessoas, que têm vindo a ser feitas *“nas”* e *“para”* as pessoas, passem a ser feitas *“pelas”* e *“com”* as pessoas (participação activa). Perante o pressuposto é fundamental que um educador para a saúde conheça, em que nível de literacia se encontram as pessoas com quem trabalha.

2.2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE : CONCEPÇÕES E PRÁTICAS

2.2.1 – Pressupostos Teóricos

A saúde é um potencial a desenvolver a partir de uma determinada herança genética e através de um processo de interacção entre a pessoa e o contexto sócio - ambiental em que vive. Promover a saúde, consiste em favorecer este binómio pessoa/ambiente, quer proporcionando melhores condições sócio-ambientais quer desenvolvendo comportamentos pelos quais a pessoa reforce a sua capacidade de responder aos desafios bio-psico-sociais que a interpelam ao longo da vida. Mas a saúde não é o objectivo último da vida das pessoas constituindo o centro e a meta das suas vidas. A saúde é uma das componentes fundamentais do desenvolvimento pessoal e comunitário, através do qual procuramos a realização do nosso ser. Torna-se pois absolutamente necessário que os cidadãos assumam uma responsabilidade cada vez maior no processo de PS, conscientes de que a saúde está antes de mais nas suas próprias mãos. Assim em determinado momento histórico e em determinado contexto sociocultural, o processo de desenvolvimento parte da tomada de consciência sobre o sentido de estar no mundo, identificando necessidades para satisfazer os obstáculos que se lhes opõem, e move-se no sentido das profundas aspirações de realização do homem, ser inacabado e a caminho. Há ainda um longo caminho a percorrer, até que os cidadãos tomem plena consciência do seu papel como sujeitos do processo de PS e que a comunidade se responsabilize pela construção do seu próprio modelo de desenvolvimento, até que os diferentes

serviços se capacitem para uma efectiva cooperação intersectorial em articulação com a dinâmica de desenvolvimento comunitário. É absolutamente necessário que existam profissionais de saúde habilitados e disponíveis para serem animadores destas mudanças. Por todas estas razões, é necessário criar uma nova alternativa: em vez de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), médico assistencial enriquecido com seguros/doença e utilizado por uma população com deficiente grau de consciência do seu papel em relação à saúde, é necessário um efectivo SNS que dê prioridade aos processos de PS e à cooperação intersectorial e comunitária para o desenvolvimento.

Um dos primeiros autores a utilizar a expressão “*promoção da saúde*” foi Sigerist (1946), ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a PS, a PD, a recuperação do doente e a reabilitação. É interessante notar que, ao listar os principais pontos de um programa a nível de saúde nacional destacou: a educação gratuita universal, boas condições de vida e de trabalho, oportunidades para descanso e recreação, como as mais importantes. Leavell e Clarke (1965), ao desenvolverem o modelo da história natural da doença e os seus três níveis de prevenção, incluem a PS na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem estar geral. As actividades a serem realizadas para promover a saúde, segundo estes autores, incluiriam uma boa nutrição, o atendimento às necessidades afectivas, educação sexual, orientação pré-nupcial e parental, boas condições de habitação, trabalho e lazer, além de exames periódicos e ES. Os principais marcos conceituais históricos da PS tiveram início na década de 70, com o conceito de “*campo da saúde*”, proposto por Lalonde (1974) afirmando-se hoje como um ponto aglutinador de novas perspectivas. Como conceito, inclui características que lhe conferem possibilidade instrumental, pois vincula a determinação das necessidades em saúde e a selecção dos meios para satisfazer essas necessidades, partindo da análise dos problemas de saúde. Na sua nova formulação de “*campo da saúde*”, propõe a inclusão de quatro amplos componentes: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e os serviços de saúde, já anteriormente abordados, detalhadamente. A Carta de Ottawa para a PS, foi um marco fundamental na história da SP. A PS foi conceituada como “*o processo de capacitação na comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no*

controle deste processo”. Segundo Buss et al. (1998, p.11), a Carta de Ottawa “assume que a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde, cujas acções objectivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população, e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável”. Para Carvalho (1996, p.117), o conceito de PS passa a ser a espinha dorsal da nova SP e é definido pela primeira vez em termos de política e estratégias, representando: “um avanço em relação à retórica genérica da Conferência de Alma - Ata (1978), que estabelecera a consigna - saúde para todos até ao ano 2000 -, através da expansão da prevenção primária”. Para Ferraz (1994, p.11), a Carta de Ottawa “significou a ampliação da concepção de promoção da saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões sócio - económicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde (...)”. A referida Carta tem sido o principal marco de referência da PS em todo o mundo, como comprovam documentos oriundos das diversas conferências internacionais. A identificação dos marcos na trajectória foi reconstruindo o conceito de PS, pela perspectiva do seu componente operativo.

Carol Buck (1996), dez anos após a publicação do *Informe Lalonde*, analisa as suas recomendações e a efectiva implementação, concluindo a ausência de mudanças profundas na expressão das políticas de saúde. Esta leitura analítica da realidade trouxe a proposição de uma nova perspectiva que se agrega ao conceito, denominada de *meio*, que faz ressaltar esta dimensão, que deverá ser apreendida nas relações que determinam a saúde. Salieta ainda a importância da satisfação das necessidades humanas básicas, como algo que contribui para uma vida agradável e para o desenvolvimento do potencial humano. Considerando que, sendo o homem um ser gregário por natureza, tem que ter a oportunidade de dar e receber afecto ajuda e informação. E não será possível melhorar os outros elementos do *campo da saúde* de Lalonde sem mudar o *meio*, pois todos eles estão inseparavelmente ligados a ele.

As transformações verificadas na evolução social da saúde e a participação do cidadão no processo de desenvolvimento em saúde, constituem hoje contributos importantes para a concepção e prática da PS. Sem dúvida que, os conceitos introduzidos pela *Segunda Revolução da Saúde* foram importantes para os países desenvolvidos, salientando-se dois conceitos centrais, específicos e inovadores, “*promoção da saúde*” e “*estilo de vida*”. O conceito de PS é relativamente recente,

tendo adquirido particular relevância na década de 80, com a publicação das estratégias para a PS pela OMS (1986), como expressão de um movimento com a finalidade de melhorar a saúde e o bem estar das pessoas, tendo em conta o impacto das dimensões sociais, económicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Este conceito, na perspectiva de Ribeiro (1998), tem implícita a ideia que esta deve desenvolver-se ao longo do ciclo de vida e que esta evolução, é qualitativa. A PS pressupõe a ideia de que a saúde, é um processo em vez de um estado. Conceptualizada como desenvolvimento, a PS *“não se propõe, dar mais anos à vida, o elemento essencial consiste em dar mais vida aos anos”* (Ribeiro,1998, p. 20). Por outro lado, houve ainda um reconhecimento de que, a PS não concerne exclusivamente ao sector da saúde, mas ela constitui-se numa intervenção essencialmente intersectorial. Ela é o resultado de acções intersectoriais, agindo nos determinantes gerais da saúde e da QV. Cada sector (educação, trabalho, lazer, cultura, meio ambiente, etc) deverá ter as suas estratégias de actuação coordenadas por *“políticas saudáveis”*. O sector da saúde propriamente dito, tem um papel importante a cumprir neste processo, que deve ir mais além do que a simples produção de serviços clínicos e assistenciais. Deve apoiar indivíduos e comunidades para uma vida mais saudável, articulando-se com os sectores sociais, políticos económicos e ambientais. Assim, um novo olhar como o que vinha a ser enunciado sobre a PS, poderia significar um potencial transformador das práticas dos profissionais de saúde ao lidar com as pessoas.

Os diversos princípios e estratégias que constituem o *corpo* da PS foram bem expressos através das Metas da Saúde para Todos até ao ano 2000, pela OMS (1985); na Conferência de Alma Ata, com o decorrente conceito de CSP (1986); nas Recomendações da Conferência Internacional de Adelaide (1988), entre outras conferências que se lhes seguiram. Nestes princípios e estratégias a OMS (1986), recomenda a aplicação do cuidar, o holismo e a ecologia. Esta perspectiva holística facilita, aos que prestam cuidados de enfermagem, a compreensão da visão de estar no mundo das pessoas, dando-lhes pistas para poderem intervir de forma ajustada, ao que, para a pessoa/família, é significativo (Benner & Wrubel, 1989). Esta nova concepção de saúde deverá fazer parte da filosofia dos serviços de saúde, em particular dos CSP, conforme consignado nas

recomendações já anteriormente referidas. Todavia, na perspectiva de Bastos (2000), estas propostas vieram influenciar as políticas de saúde nacionais, sem contudo terem provocado um grande impacto nas práticas quotidianas dos profissionais de saúde em Portugal. Na realidade a PS é um campo do conhecimento relativamente recente na história da SP. Encontra-se em plena e rápida expansão, tendo-se tornado actualmente, uma das áreas onde ocorre maior inovação e experimentação em saúde.

Ilona Kickbush (1996), promoveu estudos para compreender a PS, no que dizia respeito a programas e políticas. Elaborou para a Europa um documento discutindo tanto o conceito como os princípios da PS. Cinco pontos foram assinalados como princípios fundamentais na PS e cinco áreas temáticas com eles relacionadas. Esse documento afirma ser a PS: *“o processo que permite às pessoas adquirir maior controlo sobre a sua própria saúde e ao mesmo tempo melhorá-la”*, citado por (Gentile,1999, p. 3). Esta perspectiva deriva de se conceptualizar a *“saúde”* como a magnitude em que um indivíduo ou um grupo pode, por um lado, realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro, mudar o seu meio ou enfrentá-lo. Assim, a saúde, é considerada como um *“recurso”* aplicável à vida quotidiana e não como um objecto de vida, afirmando-se como um conceito positivo que se apoia nos recursos sociais e pessoais.

Foi sobretudo no último quarto do século XX e na sequência da escalada dos custos com os tratamentos médicos, que se começou a assistir ao surgimento do *“movimento por uma nova saúde pública”*, que apelava à mudança social e à acção política, que conduziu à realização em 1978 da *“Conferência Internacional sobre CSP”* em Alma Ata, fazendo referência a vários enunciados, nomeadamente sobre saúde, promoção, protecção da saúde das populações e a responsabilidade dos governos. Mas, só uma década mais tarde, em 1986, foram criadas as condições para a organização da *“Primeira Conferência Internacional sobre PS”*. A conferência reuniu participantes de todo o mundo, partilhando ideias e experiências sobre programas e políticas, centrando-se em cinco aspectos fundamentais: Construir políticas saudáveis; Criar ambientes favoráveis; Reforçar a acção comunitária; Desenvolver competências pessoais; Reorientar os serviços de saúde. Esta conferência trouxe a ampliação da concepção da PS,

incorporando a importância e o impacto das dimensões sociais, económicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Seguiram-se outras conferências que aprofundaram as discussões sobre os aspectos enunciados produzindo as seguintes declarações:

- *Adelaide* (Austrália) em 1988, que tratou - *as políticas públicas saudáveis*;
- *Sundsvall* (Suécia) em 1991, que teve como temas centrais - *ambientes favoráveis à saúde e o desenvolvimento sustentável à QV*;
- *Bogotá* (Colômbia) em 1992, que abordou - *a PS adequada às realidades dos países em desenvolvimento*;
- *Jakarta* (Indonésia) em 1997, sobre o tema - *a PS no século XXI*.

A 4ª Conferência Internacional sobre PS realizada em Jakarta (1997), ofereceu uma oportunidade sobre o que se aprendeu sobre PS, para reexaminar os determinantes da saúde e para identificar as direcções e as estratégias necessárias para enfrentar os desafios da PS no século XXI. Todas estas conferências internacionais vieram estabelecer consensos a respeito da PS. A partir das mesmas, a PS passou a ser cada vez mais considerada nas políticas de saúde dos diversos países. Não temos dúvidas sobre a importância e o significado que estas estratégias estruturais têm para uma efectiva PS, no entanto consideramos que a participação das pessoas é essencial, devendo constituir o centro da acção da PS e dos processos de tomada de decisão, de forma a conseguir um esforço sustentado. Neste sentido, o acesso aos meios locais, quer nos locais de trabalho quer nas escolas, é fundamental para que as pessoas possam contribuir e participar, como núcleos propícios à criação de condições para as práticas de implementação de estratégias globais de educação e PS. Vemos naturalmente as escolas como o elemento chave neste processo.

De acordo com Felício (1994), os princípios e estratégias que constituem o *corpo* da PS implicam o compromisso de lidar com os desafios relativos à redução das desigualdades, o alargamento do âmbito da prevenção e ajudar as pessoas a lidarem com as suas situações específicas. Isto constitui o incentivo da participação das pessoas, o fortalecimento dos serviços de saúde centrados na comunidade e a coordenação da política de SP, não esquecendo a criação de ambientes saudáveis nos quais as pessoas sejam mais capazes de tomar conta

de si próprias e de oferecer apoio umas às outras na resolução dos problemas de saúde colectivos.

A PS é um conceito muito utilizado, mas frequentemente mal definido. *“É um conceito multidisciplinar, do qual têm sido produzidas inúmeras definições e que inclui aspectos organizacionais, económicos, ambientais, a par de estratégias visando, em última análise, a mudança de comportamento conducente à adopção de um estilo de vida saudável”* (Breslow, 1987; Goodstadt, Simpson&Loranger, 1987; Kaplan, 1984; Noack, 1987; O'Donnell, 1986,1989; Rentmeester & Hall,1982), citado por Ribeiro (1998, p. 68). Uma das razões do êxito do conceito parecem ser as vantagens económicas directas (menos gastos com a doença) e indirectas (mais dias de trabalho e mais energia no trabalho). Os programas de PS implementados em empresas parecem ter igualmente vantagens económicas para os empresários (Shepard; Corey; Renzland & Cox,1982; Shepard,1983) referido pelo mesmo autor. Apesar de tudo, não se trata de um conceito novo, dado que, Sigerist em 1946, já afirmava que a saúde se promovia proporcionando um padrão de vida decente, passível de alcançar através da coordenação dos esforços de todos os grupos, homens do estado, do trabalho, da indústria, da educação e da saúde. Uma concepção perfeitamente actual que na época, não encontrava as condições adequadas à sua expansão.

A definição de PS que tem sido utilizada e adoptada na Carta de Ottawa (1986), é *“o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde, e para a melhorar”*. Na análise da definição Green e Raebourn (1990), consideram que a chave do sentido do conceito está na palavra capacitar. Esta palavra deriva do verbo to enable que, (no original) significa *“fornecer os meios e as oportunidades, tornar possível, prático, simples, e dar poder legal, capacidade ou autorização para”*, citado por Ribeiro (1998, p. 69). Em suma, a PS implica devolver à população o poder em matéria de saúde, retirando-o às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia. Assim o objectivo primordial da PS no futuro poderia ser o de facilitar a transferência de recursos importantes na saúde, tais como conhecimentos, técnicas, poder, e dinheiro, para a comunidade. O conceito de PS tem sido adoptado por todos os países desenvolvidos, embora com algumas divergências na sua interpretação. A concepção americana, privilegia a intervenção sobre o indivíduo, enquanto que a europeia privilegia o

nível comunitário e social. A definição do conceito na perspectiva da Carta de Ottawa, salienta dois objectivos principais para a PS:

- Melhorar a saúde;
- Dominar (por parte do cidadão) o processo conducente à melhoria da saúde.

Na perspectiva de Baudier (1987) PS é toda a intervenção, qualquer que seja o destinatário, tendo em vista a mudança de hábitos de vida nefastos à saúde, ou modificação do ambiente físico, ou sócio - económico a fim de tornar possível as mudanças de hábitos. Segundo a OMS (1986) na Carta de Ottawa, PS significa: *“o processo que visa a criação das condições para que os indivíduos e grupos adquiram capacidades que lhes permitam controlar a sua saúde, a da família, amigos, vizinhos responsabilizando-se por ela e agindo sobre os factores que a influenciam”*. Esta definição inclui o uso dos recursos sociais e pessoais no meio ambiente para promover o bem estar e a saúde das populações. Aparece assim a visão do indivíduo num contexto social, ambiental e político mais amplo. Pressupõe o desenvolvimento pessoal e social pelo acesso pleno e contínuo à informação e a oportunidade de aprendizagens sobre saúde.

Pensar em PS implica sempre a noção subjacente de um *“ganho em saúde”* (health gain) que pode ser definido como: *“uma melhoria do estado de saúde de um indivíduo ou de uma população, atribuível a uma intervenção prévia”* (Brambleby, 1995), citado por Carvalho (2001, p. 9) ou *“uma melhoria do estado de saúde e de bem estar social de um indivíduo ou de uma população, atribuível a uma intervenção prévia”* segundo o National Occupational Standards for Professional Activity in Health Promotion and Care (1997). O conceito de ganho em saúde, focaliza a atenção nos resultados de saúde e em diferentes opções ou prioridades, que podem ser comparadas tendo em conta a extensão dos seus efeitos. Os sectores da saúde e da acção social dão grande importância ao conceito de ganho em saúde, tentando demonstrar que as suas intervenções são eficientes e economicamente rentáveis. Exemplo (redução das listas de espera nos hospitais). Segundo Ribeiro (1998), o conceito de PS tem implícita a ideia de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, com uma evolução de forma qualitativa, considerando a saúde como um processo em vez de um estado. A Segunda Revolução da Saúde adoptou a expressão *“promoção da saúde”* que segundo Noack (1987), substituiu o conceito de higiene. O autor Kickbusch

(1986), citado por Ribeiro (1998, p.168) refere cinco princípios que devem ser considerados quando se intervém no âmbito da PS:

- *“Envolve a população como um todo no contexto da sua vida diária, em vez de focar indivíduos em risco para determinadas doenças;*
- *É dirigida para os determinantes ou causas da saúde;*
- *Combina métodos ou abordagens diversos, embora complementares;*
- *Visa uma participação pública concreta e eficaz;*
- *Os profissionais de saúde dos CSP têm um papel importante em capacitar e sustentar a PS”.*

O mesmo autor propõe ainda cinco áreas relacionadas:

- *“Acesso à saúde;*
- *Desenvolvimento de um ambiente conducente à saúde;*
- *Fortalecimento das redes sociais e de suporte social;*
- *Promoção de comportamentos de saúde positivos e de estratégias de coping apropriadas, um objectivo chave na PS ;*
- *A melhoria do conhecimento e disseminação relacionada com a saúde”.*

A PS concebida em sentido absoluto, aplica-se a todos os casos e a todas as situações em que se pretenda melhorar a saúde. É um conceito na sua essência centrado na saúde. Assim, a grande contribuição desta visão unificada é relacionar a determinação como parte do processo, na procura da melhoria das condições de saúde e a orientação promotora, uma nova perspectiva para a intervenção em SP. Este conceito tem subjacente alguns aspectos que o caracterizam, nomeadamente: Ideia de processo; Ideia da criação de condições; Ideia de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (evolução qualitativa); Ideia de desenvolvimento das capacidades de forma activa para todos os intervenientes (indivíduos e grupos); Ideia de crescimento no sentido da responsabilidade pela saúde, decorrente do desenvolvimento de capacidades; Ideia de intervenção sobre o ambiente (físico, político e/ou social). Incide em medidas gerais positivas tais como a educação para uma vida saudável e a promoção de condições ambientais favoráveis: o comportamento promotor de saúde, os hábitos de saúde, as práticas de saúde, os EVS e o comportamento do autocuidado. O comportamento promotor de saúde é definido como comportamento dirigido para atingir um elevado nível de saúde e bem estar. Trata-se de um: Processo de

desenvolvimento ao longo do ciclo vital; Processo de aprendizagem; Autocuidado e auto - responsabilização sobre a saúde; Enquadra-se na facilitação/estimulação dos processos de organização e construção pessoais.

As pessoas implicam-se como sujeitos do processo na PS. A PS abrange a população como um todo, no contexto da vida diária e não as pessoas em risco de doenças específicas - visa tornar as pessoas aptas para assumirem o controlo e a responsabilidade pela sua saúde, enquanto componente da vida diária. Combina métodos ou abordagens diversas, mas complementares, incluindo: comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário e actividades locais espontâneas contra as ameaças à saúde. A noção de QV tem estado ligada desde o início à de PS. Aponta para uma variedade de indicadores sociais e ambientais tais como: educação, individualidade, crescimento económico, saúde e bem estar. Os indicadores subjectivos (psicológicos), com carácter qualitativo, são mais difíceis de avaliar e os objectivos (social, económico, político e ambiental) têm um carácter mais quantitativo.

A investigação de Campbel, Converse e Rodgers (1976), citados por Ribeiro (1998, p. 96) pode considerar-se uma das mais importantes no âmbito da definição de padrões para o estudo da QV e da medição das suas componentes subjectivas. O modelo destes autores assentava nos princípios de que a avaliação que o indivíduo faz das características ou dos atributos de um domínio particular, depende da sua percepção desse atributo por comparação com os seus padrões pessoais. Segundo Diener (1984), citado pelo mesmo autor, o bem estar subjectivo engloba três características: Baseia-se na experiência pessoal; Recorre a medidas positivas, não se caracterizando apenas pela ausência de medidas negativas; Inclui a avaliação global de todos os aspectos da vida das pessoas. Face ao exposto, é notória uma inter-relação clara entre os diferentes conceitos. O bem estar é parte integrante da definição de saúde. A percepção do estado de saúde tem relações significativas com o estado de estresse negativo. Porém, a saúde, é a variável que melhor explica a QV. Felicidade é também um termo utilizado como sinónimo de bem estar. A saúde, pode ainda ser considerada uma medida de QV, num momento particular. Craner (1993), citado por Ribeiro (1998, p.101) apresenta como definição de QV, a definição da OMS,

parecendo assim que, QV relacionada com a saúde e saúde são sinónimos. A QV é considerada o objectivo e a saúde, o objecto de intervenção. Ou seja, intervindo sobre a saúde melhora-se a QV. Contudo, existem ainda relações não completamente clarificadas, entre os conceitos de QV, saúde e bem estar subjectivo. As medidas utilizadas para avaliar cada uma das variáveis mudaram nos últimos 30 anos, passaram de medidas centradas em critérios externos ao indivíduo avaliado, para medidas centradas na percepção pessoal, QV relacionada com a saúde e a PS.

A PS de uma forma global, faz apelo à participação de diversos sectores da sociedade para uma mobilização de esforços em estratégias para atingir melhores níveis de saúde (OMS, 1986). Para conseguir parcerias é extremamente importante a dinamização, o envolvimento e a participação da comunidade. Só assim é possível trabalhar em projectos de intervenção comunitária. Alguns projectos que têm o patrocínio da OMS e estão a ser desenvolvidos na Região Europeia e a nível do nosso país são, entre outros: *Redes de Escolas Promotoras de Saúde, Cidades Saudáveis; Promoção da Saúde no Local de Trabalho e o Programa Integrado de Apoio aos Idosos.*

A problemática da PS, como processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos a adoptar ou modificar condutas que permitam melhor saúde e bem estar, vem sendo objecto de uma reflexão crescente por parte das instituições, grupos profissionais e utentes, entre outros dos elementos envolvidos. Esta abrangência conceptual enquadra-se no conceito de PS, decorrente da Conferência de Ottawa (1986). Esta Conferência Internacional sobre PS, foi antes de mais, uma resposta à crescente procura de uma nova concepção de SP no mundo, no sentido de coadjuvar o alcance do grande objectivo: *“Saúde para Todos no ano 2000”*, tendo como ponto de partida os progressos alcançados em consequência da Declaração de Alma-Ata.

A PS definida como um novo conceito na Carta de Ottawa (1986), verifica-se que, não é um conjunto de actividades destinadas a evitar o aparecimento da doença, mas sim o processo utilizado para as desenvolver. Esse processo impõe-se que seja participativo na medida em que a sua função consiste, em criar as condições que permitam aos indivíduos e grupos actuarem como sujeitos do seu próprio desenvolvimento, pela mobilização da suas próprias motivações e no contexto do

meio sócio - cultural onde estão inseridos. Este processo é caracterizado pelos seguintes atributos:

- *O poder* (é partilhado e as decisões são negociadas entre a comunidade e os profissionais);
- *O papel dos intervenientes nos programas de desenvolvimento* (os indivíduos são agentes activos da acção). Os profissionais serão os apoiantes e dinamizadores das pessoas e grupos colocando à disposição de todos as suas competências;
- *O ponto de partida para a aquisição da informação* (a informação só é adquirida quando esta se pode relacionar com o que já se conhece);
- *A inter-relação* (relação a estabelecer deve ser de confiança mútua, aceitação das características de cada um e da certeza de que todos são capazes de progredir). A comunicação deve ser nos dois sentidos e de direcção horizontal (todos são capazes, em áreas diferentes, mas capazes – aproveitamento da diversidade);
- *A Dinâmica* (a estabelecer neste ponto é a da cooperação e interajuda de forma a proporcionar o crescimento no sentido de pertença, aumentar a confiança em cada um dos intervenientes e no respectivo grupo).

Acerca do conceito de PS, existe algum consenso. Com base na Carta de Ottawa, a PS pode ser vista como: um processo para se atingir um objectivo. *“Promoção da saúde é o processo que permite aos indivíduos aumentar o controlo sobre a sua própria saúde e melhorá-la”* (Navarro,1995; OMS,1986; Pender,1987; Stanhope et al.,1999). São os indivíduos, famílias, comunidades ou grupos que detêm o poder e a capacidade para gerir o potencial saudável. Os autores referidos concebem este processo de capacitação, através de intervenções ou actividades estruturadas a vários níveis (organizacional, ambiental, económico e social) que visam apoiar comportamentos que conduzam à saúde e aumentem o nível de bem estar.

Em Portugal, o MS (1997), reconhece que a grande aposta está na PS, entendida como o processo de capacitação que permite a cada um definir o projecto de vida, no seu contexto social e cultural. Ainda segundo a mesma fonte, em 1996, só 4% dos portugueses declararam estar muito satisfeitos com a vida que tinham. Assim, mais se acentua a necessidade de aproveitar ou potenciar as oportunidades de

PS, isto é, os vários contextos onde as pessoas vivem o seu dia a dia. A PS é considerada uma das componentes essenciais no âmbito dos CSP. A sua execução exige certas condições que envolvem alterações quer na política de saúde, quer na própria organização dos serviços de saúde, quer ainda nos valores da população em geral, incluindo os dos profissionais de saúde. Foi neste contexto, de mudanças rápidas, onde tudo é tecnologia, que a PS apareceu como forma de proporcionar respostas, aos enormes desafios e diversos problemas de saúde das populações, mas agora sob novas formas de abordagem dessas mesmas problemáticas. Neste sentido, torna-se indispensável que os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros reflectam, apurem e/ou revejam as suas formas de trabalhar as práticas quotidianas. Daqui depreendemos que o esforço para a PS, não deve ser desenvolvido isoladamente. Todos os profissionais, todos os serviços de saúde e toda a comunidade são chamados a participar no processo e a co - responsabilizar-se pela sua saúde, ou melhor, pela saúde de todos. Só com base num trabalho conjunto dos serviços de saúde, profissionais e comunidade, é possível que cada um de nós possa viver o seu potencial de saúde. Mais uma vez somos remetidos para a importância do envolvimento no trabalho em parceria, para que a saúde individual e comunitária, tenham lugar. A PS é tarefa que diz respeito a todos e se concretiza através da acção de cada um de nós nos diferentes contextos ambientais. É um processo que se faz com as pessoas, que parte dos seus problemas e necessidades e visa contribuir para a capacitação, para o desenvolvimento individual e colectivo no sentido da obtenção de melhores níveis de bem estar e QV. A complexidade dos fenómenos envolvidos na PS exige abordagens que tenham em conta os diferentes actores e organizações. O nível de saúde de uma população resulta de inúmeros e complexos factores. Em suma, a PS é um investimento valioso, sendo reconhecida cada vez mais como o elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. A saúde é um direito humano fundamental para o desenvolvimento social e económico. É vital que a PS evolua para fazer frente aos determinantes da saúde. As estratégias de PS podem provocar e modificar estilos de vida assim como as condições sociais, económicas e ambientais que determinam a saúde. A PS é um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde. Esta efectua-se *“pelas”* pessoas e *“com”* as pessoas, e não *“sobre”* e *“para”* as pessoas.

Para responder às ameaças emergentes à saúde, é necessário novas acções. O desafio para os próximos anos será destravar o potencial para a PS, inerente em muitos sectores da sociedade, nas comunidades e nas famílias. As estratégias e programas de PS deverão ser adaptados às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, sendo considerados os diferentes sistemas sociais, culturais e económicos. A política de saúde do MS tem como missão, reorientar o enfoque das acções e serviços de saúde baseada nos princípios da solidariedade, equidade, ética, cidadania e advogar por uma dinâmica de actuação que esteja sintonizada com a QV das pessoas, potencializando as acções desenvolvidas pelo sector da saúde e a procura pela realização do homem como sujeito da sua própria história.

2.2.2 – Contributo de alguns modelos

A maioria dos modelos de saúde tem em comum a afirmação do “social” na determinação do processo saúde/doença - procura da superação do modelo biomédico e o compromisso com a saúde enquanto um direito de cidadania. A ideia da enfermagem em relação à saúde dirige a natureza da sua prática, educação e pesquisa. A ideia de saúde observada na literatura existente, é consistentemente descrita como um conceito comparativo, permitindo o *mais* ou o *menos*, ou gradações, ao longo do *continuum* saúde/doença.

Segundo Smarti (1979), citado por Precioso (1992, p.112), “o *ex-ministro da saúde canadiano, Lalonde, em 1974 ao estudar as principais causas de morte prematura dos canadianos construiu um modelo que passou a ser clássico em Saúde Pública, modelo esse conhecido por - Determinantes da Saúde - segundo o qual o nível de saúde de uma comunidade é determinado pela interacção de quatro variáveis*”, já abordadas anteriormente:

- *Biologia humana* (genética e envelhecimento);
- *Meio ambiente* (contaminação física, química, biológica e sócio - cultural);
- *Estilo de vida* (adopção de comportamentos nefastos);
- *Sistema de assistência de saúde* (cobertura e acessibilidade).

Precioso (1992), apresentou de forma esquematizada a interacção dessas quatro variáveis conforme representado na figura 1. Dessas variáveis apenas a Biologia

Humana não pode ser modificada, sendo todas as outras passíveis de alteração e particularmente influenciadas por factores de ordem social.

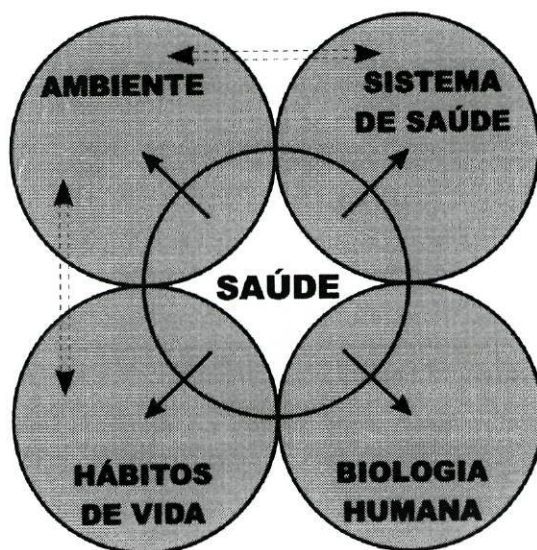


Figura 1 - DETERMINANTES DA SAÚDE

Fonte: PRECIOSO - Algumas estratégias de âmbito intra e extra-curricular, 1992.

O modelo concebido por Tannahill (1990), citado por Hartz (1994, p.17), apresentado na figura 2, mostra as três áreas principais que englobam a PS – “prevenção da saúde”, “protecção da saúde” e “educação em saúde”. Estes componentes sobrepõem-se e complementam-se, sendo cada um deles vital para a “PS” como um processo dinâmico. A PS acompanha a prevenção, a ES.e a protecção da saúde. Tones (1990), sugere que o sucesso da ES, neste modelo, é dependente das persuasões individuais para escolher opções saudáveis. Porém, na perspectiva crítica do autor este modelo ignora os aspectos sócio - económicos da saúde/doença.



Figura 2 - MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Fonte: DOWNIE, Fyfe e Tannahill, 1990.

Entre os contributos mais relevantes das correntes investigadas e no que concerne à PS, destacam-se noções como: *“campo da saúde”, “empowerment”, “participação comunitária”, “processo”* e o *“Modelo de Promoção da Saúde de Pender”*, conforme se pode observar na figura 3. Ao contrário de outros modelos, mais direccionados para mudanças comportamentais, tendentes a prevenir doenças, este modelo coloca a sua ênfase na PS. Na perspectiva de Pender (1987), seu autor, o indivíduo é o centro do modelo; define-se de forma única pelo seu padrão cognitivo/perceptual, compreende factores variáveis, concretiza-se em estilos de vida e hábitos de saúde, tais como: capacidade para o autocuidado, práticas nutricionais, actividade física, recreativa, padrões de sono, gestão do stress, comunicação com os outros e utilização dos cuidados de saúde. Admite ainda que, determinadas características pessoais, como a autoestima, facilitam a manutenção de comportamentos saudáveis. Há situações em que os comportamentos são inicialmente adoptados com o objectivo de prevenir determinada doença, mas criando sentimentos positivos na pessoa, motivam-na para a continuação posterior do mesmo comportamento. Tal como refere Pender (1987, p. 399), *“o que começou como um comportamento de prevenção de doença transformou-se em comportamento de promoção da saúde”*.

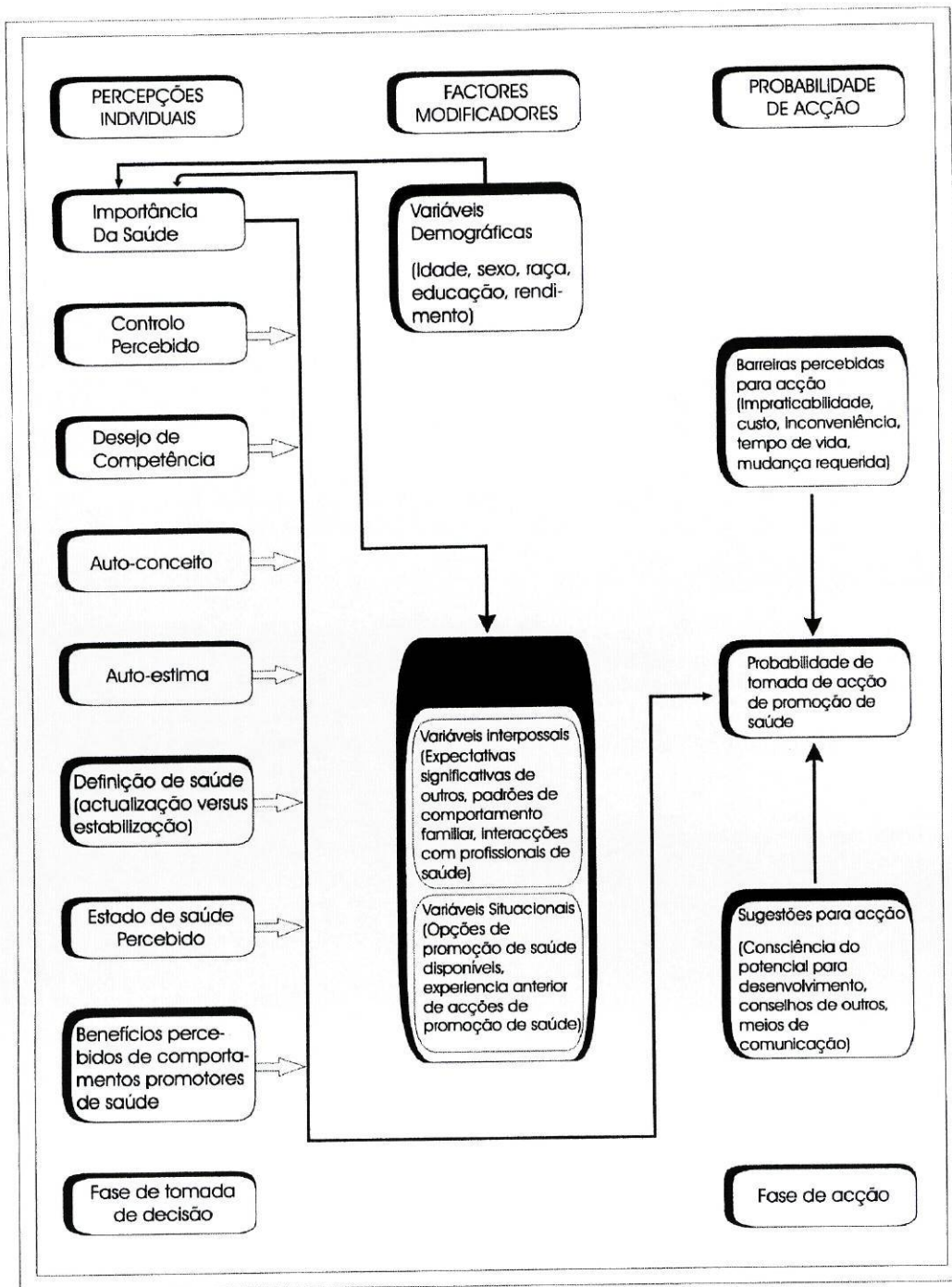


Figura 3 - MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PENDER

Fonte: Adaptado de ANDERSON et al.- *The teaching role in community health nursing*

Depois da saúde e da PS, o terceiro conceito mais relevante numa estrutura conceptual para a enfermagem comunitária, é a *comunidade*. A ênfase na comunidade, versus o indivíduo, como o foco da prática não é novo, mas tem recebido uma maior atenção desde a década de 70. O modelo de PS Comunitária, representado na figura 4, desenvolvido por Laffrey e Kulbock (1995)

in Stanhope e Lancaster (1999, p. 301) para orientar a prática de enfermagem, baseia-se em dois paradigmas complementares, o paradigma da saúde e o paradigma da doença (patogénico). O paradigma da saúde, incide na PS como uma QV dinâmica, positiva e criativa. O objectivo da saúde positiva envolve a promoção do bem estar. O paradigma patológico inclui quer o cuidado, quer a prevenção da enfermidade, doença, incapacidade e incide na redução dos riscos conhecidos e perigos para a saúde. Embora as estratégias clínicas existentes possam ser similares nos dois paradigmas, o objectivo último de cada paradigma contém diferenças fundamentais. Essas diferenças podem ser vistas no objectivo específico dos cuidados de enfermagem, quer seja dirigido para o indivíduo, família, agregado ou para a comunidade. O referido modelo inclui duas dimensões principais: O *sistema do cliente* e o *foco do cuidado*. O sistema do cliente refere-se ao nível do cliente, para o qual a enfermagem comunitária se dirige. É concebido a partir do seu alvo restrito, muito limitado, o indivíduo, no qual o ambiente é principalmente a família e estende-se ao grupo da população e à comunidade, enquanto estes afectam o indivíduo. O sistema do cliente pode também ser a família, o grupo populacional, ou agregado, toda a comunidade ou a sociedade. O foco do cuidado, dentro do modelo é o tratamento da enfermidade, prevenção da enfermidade ou da doença, ou a PS. Cada foco é apropriado para determinado aspecto dos cuidados de enfermagem comunitária. Ainda mais importante é a consciencialização de que o principal objectivo é uma comunidade mais saudável, atingido através das intervenções de PS. O modelo reflecte a continuidade e a expansão do sistema do cliente e do foco do cuidado. O âmago do modelo, representado pelo seu eixo central, é a PS. No seu foco mais restrito, o cuidado da enfermidade é prestado aos indivíduos. No nível mais vasto do modelo de cuidado, o enfermeiro comunitário trabalha com os líderes comunitários para planear condições comunitárias, no sentido da PS optimizada dos seus cidadãos. Os cuidados de enfermagem comunitária, dentro deste modelo, devem estender-se para além da resolução de uma enfermidade específica, no sentido de prevenir a doença e promover a saúde optimizada para o indivíduo, a família, o agregado e toda a comunidade. Todos os níveis são importantes para a saúde da comunidade e das suas populações.

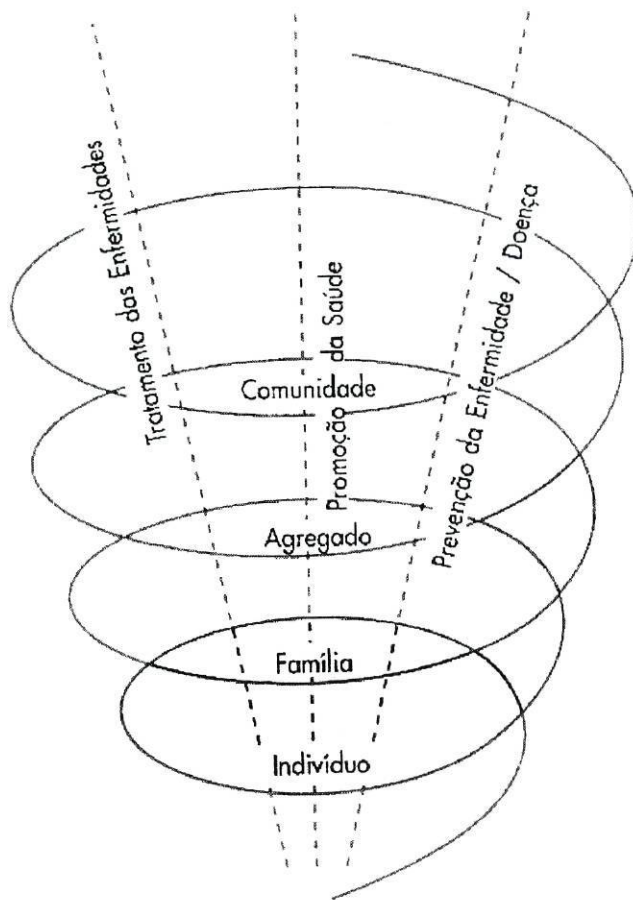


Figura 4 - MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COMUNITÁRIA

Fonte: Laffrey SC, Kulbok PA: An integrative model for community nursing, 1995 [revisito].

Na perspectiva de Navarro (1995b, p. 78), o modelo que melhor parece respeitar *as pessoas e as populações* é o da *capacidade e desenvolvimento comunitário* também conhecido por *sócio - ecológico* - que implica, por um lado, uma forma de relacionamento interpessoal, por outro, um trabalho participado pela população.

Na figura 5, representado em diagrama, o modelo designado por *ecossistema humano*, permite-nos observar todas as diferentes áreas que o constituem e as várias interações que o formam. Os modelos ecológicos da saúde de Hancock (1993) in OMS (1997), definem a ecologia como o estudo do organismo nas relações com o seu meio ambiente. Os conceitos destes modelos foram desenvolvidos na perspectiva dos autores, como sendo a saúde, fundamentalmente, uma função de ajustamento: as condições naturais do organismo são constantemente ajustadas ao seu meio ambiente. Hancock (1993), discutiu três modelos ecológicos da saúde: o modelo do *ecossistema humano*, aqui representado, o modelo do *desenvolvimento humano* e por último, o modelo do *desenvolvimento da comunidade*. Baseiam-se no modelo ecológico e não no biomédico. Os modelos ecológicos são dinâmicos e podem ser adaptados de

modo a incluírem o modelo de PS. Isso inclui diferentes objectivos de saúde/doença em constante evolução contínua, visão esta muito importante em termos individuais, como da comunidade para melhorar a sua saúde. Contudo, numa perspectiva crítica os objectivos dos modelos estão mal definidos e são vagos, não fazendo referência às mudanças que podem ocorrer na sociedade.

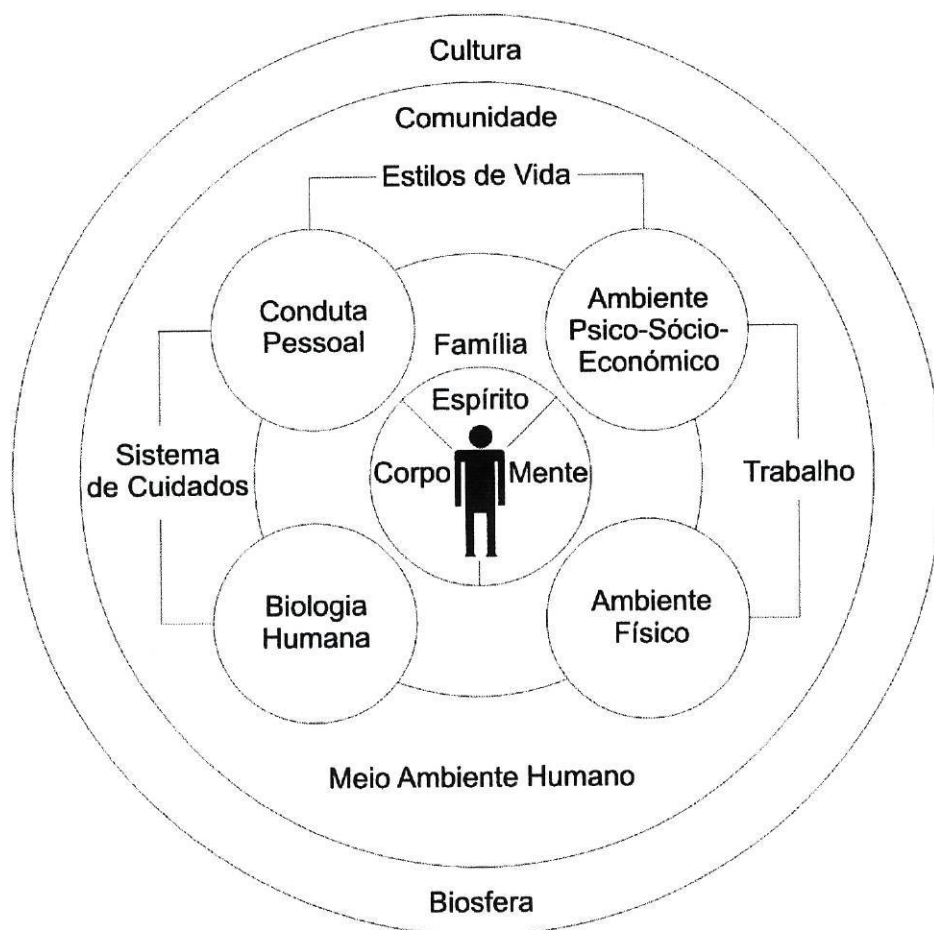


Figura 5 - MODELO DO ECOSISTEMA HUMANO
 Fonte: in T. Hancock, Canadá, 1986

Os modelos podem ajudar a distinguir uma área das outras, como o campo tão complexo da PS. No entanto, devemos lembrar que se trata de um diagrama conceptual e que pode, por vezes, simplificar demasiado as iniciativas e medidas. Os modelos podem ser úteis para organizar as áreas principais na estratégia da saúde na comunidade. Dão uma visão global do desenvolvimento da saúde humana relacionado com um meio ambiente sustentável.

Por último, com o objectivo de dar a conhecer outras perspectivas relacionadas com a PS, complementando a informação sobre esta temática, passamos à apresentação de cinco abordagens, conforme consta no quadro 1.

Quadro 1 - Promoção da Saúde : Cinco abordagens

Abordagem	Objectivo	Actividade de Promoção da Saúde	Valores Importantes	Exemplo: "Tabagismo"
Médica	Acabar com as doenças e deficiências medicamente definidas	Promoção da intervenção médica na prevenção ou melhoria da saúde	Cumprimento das medidas médicas preventivas	Objectivo: vencer as doenças derivadas do tabagismo Actividade: encorajar as pessoas ao tratamento precoce de doenças causadas pelo tabaco
Alteração do comportamento	Comportamento individual conducente a acabar com as doenças	Alteração de atitudes e comportamentos para a adopção de estilos de vida "saudáveis"	Estilo de vida saudável definido pelo Promotor de Saúde	Objectivo: mudança de comportamento de fumador para não-fumador
Educacional	Indivíduos com conhecimento e entendimento conducente à tomada de decisões bem informadas e assumidas na prática	Informação sobre as causas e efeitos dos factores de demora da saúde. Exploração de valores e atitudes. Desenvolvimento de competências para uma vida saudável	Direito individual da livre opção. Responsabilidade do Promotor de Saúde em identificar os conteúdos educacionais	Objectivo: os clientes devem compreender os efeitos do tabaco na saúde. Farão as suas opções sobre fumar ou não e actuar em conformidade Actividade: informar os clientes sobre os efeitos do tabaco. Ajudá-los a explorarem os seus próprios valores e atitudes e a chegarem a uma conclusão. Ajudá-los a aprenderem a deixar de fumar se assim tiverem optado
Centrada no Cliente	Trabalhar com os clientes em função deles próprios	Trabalhar em tópicos de saúde, opções e acções que os clientes tenham identificado. Responsabilizar (<i>empowering</i>) o cliente	Clientes vistos como iguais. Direito dos clientes de fazerem a agenda. Auto <i>empowerment</i> do cliente	Anti-tabagismo só é equacionado se os clientes assim o considerarem. Os clientes identificam o que consideram relevante ser abordado sobre o tabagismo
Alteração Social	Ambiente físico e social que permita escolha de estilos de vida mais saudáveis	Acção política e social para alterar o ambiente físico e social	Direito e necessidade de aumentara saúde ambiental	Objectivo: tornar o tabagismo socialmente inaceitável, tornando-se mais fácil não fumar do que fumar Actividade: política de não fumar em todos os lugares públicos. Acabar com a publicidade ao tabaco e venda menos acessível.

Fonte: Ewles e Simnett, 1999.

2. 2. 3 – Promoção da Saúde e Prevenção da Doença

As noções de PS e PD são complementares e não opostas, na perspectiva de Stanhope (1999). A PS e a PD são as grandes prioridades dos CSP no sistema de saúde. Nestes objectivos está bem patente a perspectiva global de saúde e a importância dada à participação comunitária e ao trabalho intersectorial. Em 1978, na reunião de Alma - Ata, *"os teóricos de saúde chegaram à conclusão de que a saúde não é uma finalidade em si mesma, mas um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades (...)"*(Navarro,1995b, p.78). A PS é um objectivo aceite da prática de enfermagem comunitária, embora raramente seja definida e não seja consistentemente diferenciada da PD ou da manutenção da saúde (Brubaker,1983) in Stanhope e Lancaster (1999, p. 289). Já tem sido observado segundo Breslow (1990), citado pelos mesmos autores, que a PS e a PD *"são duas faces da mesma moeda"*.

Leavell e Clarke (1965), influenciaram fortemente a evolução das estratégias de PS e PD. Eles apresentaram definições clássicas de níveis de prevenção primária, secundária e terciária que estavam enraizadas no modelo biomédico de saúde e de epidemiologia. A aplicação de qualquer medida preventiva, segundo os autores, corresponde à história de qualquer doença humana. Ainda que os níveis de prevenção tenham as suas origens no modelo médico, conceptualizaram a prevenção como dois componentes distintos: promoção e protecção específica da saúde. A PS incide em medidas gerais positivas, tais como a educação para uma vida saudável e a promoção de condições ambientais favoráveis. A protecção específica, inclui medidas para reduzir a ameaça das doenças específicas. Quando a PS e a protecção específica são descritas como subconceitos da *prevenção primária*, elas parecem oriundas de uma definição de saúde como a *ausência de doença*. Contudo as diferenças nas estratégias, sugere que não são o mesmo. Alguns termos para descrever a PS estão ligados a uma visão positiva da saúde, incluindo o comportamento de saúde, o comportamento promotor de saúde, os hábitos de saúde, as práticas de saúde, os EVS e o comportamento do autocuidado. Outros termos estão ligados a uma visão negativa da saúde, como a ausência de doença e incluem o comportamento preventivo, a PD ou enfermidade e a redução do risco segundo Kulbok & Baldwin

(1992), citados por Stanhope e Lancaster (1999, p. 286). A confusão na terminologia é aumentada quando as acções para promover a saúde, proteger a saúde e prevenir a doença, são usadas indiscriminadamente como indicadores de comportamento preventivo como referem (Coburn e Pope, 1974; Green, 1969; Langlie, 1977 & Kulbock, 1983), citados pelos mesmos autores. Os enfermeiros comunitários tentaram clarificar as definições de PS, PD e enfermidade por causa do seu objectivo de uma população e comunidade saudável. Kulbock (1983, 1985), in Stanhope e Lancaster (1999) propôs o *Resource Model of Health Behavior*, no qual os recursos sociais e de saúde eram vistos como correlativos dos comportamentos de saúde.

Estratégias para promover o bem estar incidem frequentemente na assistência aos clientes para praticar novos comportamentos saudáveis ou para mudar comportamentos não saudáveis. Uma intervenção bem sucedida é mais provável quando os enfermeiros percebem como os recursos sociais, individuais e de saúde estão relacionados com os seus comportamentos de saúde, e como os recursos pessoais e comunitários podem afectar as escolhas de comportamento. Laffrey (1985, 1986, 1990), in Stanhope e Lancaster (1999, p. 291) diferenciou a PS da PD. O comportamento de PS foi definido como comportamento dirigido para atingir um elevado nível de saúde e bem estar. Em contrapartida a PD foi definida como o comportamento para reduzir a ameaça da enfermidade, doença ou complicações. Uma terceira definição proposta por Laffrey (1990), foi o comportamento de manutenção da saúde, dirigido para a manutenção de um estado prevalente de saúde e bem estar. Estas definições requerem que se avalie não só o comportamento mas também a base na qual se faz a escolha de um dado comportamento. Pender (1987), também estabeleceu a diferença entre o comportamento de protecção da saúde e o de PS. O de protecção da saúde, refere-se a comportamentos que diminuem a probabilidade de se ficar doente, ao passo que o de PS, refere-se a comportamentos que aumentam o bem estar tanto do indivíduo como do grupo. Apesar de serem complementares, a PS é um conceito mais vasto que inclui indivíduos e grupos.

A PS combina estratégias individuais e da comunidade, incluindo a comunicação, a educação, a legislação, as mudanças organizacionais e o desenvolvimento comunitário. Para que os indivíduos ou as comunidades consigam o bem estar

físico, mental e social, devem ter consciência de aprender a usar os recursos pessoais e sociais disponíveis dentro do seu meio ambiente. O modelo de recursos da saúde de Kulbok (1985), citado por Stanhope e Lancaster (1999), a escolha de comportamentos de saúde de Laffrey (1990), e a definição de PS de Pender (1987), são congruentes com o processo de PS da OMS. A PS e o autocuidado são consistentes com os objectivos da enfermagem comunitária.

Kulbock et al. (1991), citados pelos mesmos autores, estudaram um grupo de especialistas de PS e encontraram diferenças entre os termos PS e comportamento promotor de saúde. O grupo definiu a PS como actividades levadas a cabo por profissionais de saúde para promover a saúde nos seus clientes. Exemplos destas actividades são a educação e o aconselhamento de saúde. O comportamento de PS, por outro lado, foi definido como o comportamento que o indivíduo tem para promover a sua própria saúde e bem estar. O acréscimo nos termos usados para descrever o comportamento de saúde pode ser visto como parte de um movimento para definir saúde numa perspectiva positiva (Pender, 1987). Contudo Reynolds (1988) in Stanhope e Lancaster (1999, p. 292) adverte que, apesar de cada vez mais os enfermeiros terem uma visão holística da saúde, o modelo biomédico continua a predominar e a ter um grande impacto na forma como os enfermeiros pensam e praticam a enfermagem. Os cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros comunitários e outros profissionais dos CSP, podem ser orientados para os indivíduos através da mudança nas crenças e comportamentos de saúde.

A partir de todas estas definições nós podemos compreender que a PS difere da prevenção ou das intervenções a nível da redução dos riscos por serem independentes e não específicas. A PS não tem como objectivo um só factor de risco ou doença, mas ao contrário tenta estabelecer a capacidade pessoal para promover a sua saúde. Procura criar um contexto no qual a saúde pode ser percebida e praticada espontaneamente; se as doenças são prevenidas, melhor, mas isto é mais um subproduto do que, um objectivo principal a atingir.

2.3 – A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO PROCESSO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

As organizações de saúde, através dos seus profissionais, têm um contributo importante a dar na PS das populações. Os cuidados de enfermagem são intervenções que se desenvolvem e se integram nos cuidados de saúde. Os enfermeiros, como elementos da equipa de saúde, são responsáveis perante a comunidade pela qualidade dos serviços que prestam. Tendo os enfermeiros como principal responsabilidade ajudar as pessoas, famílias e comunidade a viver o máximo das suas capacidades, segundo as variações do seu estado de saúde, a abrangência da sua actuação terá que se estender aos vários níveis e sectores dos cuidados – PS – protecção da saúde – PD – tratamento e reabilitação.

Embora os enfermeiros mantenham um discurso que privilegie uma abordagem holística do utente, como um ser bio/psico/social, cultural e espiritual que deseja ser respeitado e cuidado na sua globalidade, porém as suas práticas parecem, por vezes, um pouco afastadas deste ideal. Confrontar os enfermeiros com esta discrepância entre a teoria e a prática pode suscitar neles motivação para a mudança. Contudo, essa mudança deve ser desejada pelos próprios, fazendo-os reflectir sobre aquilo que fazem, como, e porque o fazem? Certamente que os enfermeiros já sabem qual é o ideal da sua prática, falta-lhes talvez saber, como é que a sua prática se pode aproximar desse ideal. A prática de enfermagem desenvolve-se num sistema complexo de interacções entre indivíduos e grupos com o ambiente, vivendo experiências de saúde, esperando-se da sua parte uma intervenção reflectida, que fomente comportamentos saudáveis e que contribua para a resolução dos problemas das pessoas. A necessidade de reflectir as práticas dos cuidados de enfermagem é posta em evidência por Rebelo (1998) que, ao analisar as práticas como objecto de interrogação, afirma que o trabalho dos enfermeiros, ao nível dos CS, tem por base o processo de vida das pessoas, no seu quotidiano. A postura dos enfermeiros *“terá também que transformar-se como se transforma o campo social no seu conjunto e mais particularmente o sentido social de saúde e de autocuidado”* (Santos,1993, p. 44). Numa perspectiva de evolução, só será possível melhorar alguma coisa se conhecermos o que pensam as pessoas, para se saber se é necessário mudar alguma coisa. Na sua prática diária, o enfermeiro, recorre a termos para nomear conceitos que

utiliza ao pensar e reflectir sobre os cuidados. O estudo e a interpretação dos cuidados ajudam à compreensão e melhoria dessas práticas. Que práticas e saberes em enfermagem, contribuem para a PS das pessoas? A prática dos enfermeiros é influenciada pela pessoa do enfermeiro, pelos modelos profissionais que adopta e pelo contexto em que desenvolve a acção, sendo este influenciado pelo contexto organizacional e as características dos utentes (Rebello, 1996). Segundo a mesma autora, as práticas dos enfermeiros podem ser analisadas no cruzamento de três contextos inseridos no contexto social mais geral: o *contexto do sujeito* (disposições, representações), o *contexto profissional* (modelos profissionais) e o *contexto organizacional ou da acção* (modelos organizacionais). Porque, por inerência da sua actividade, os enfermeiros permanecem bastante tempo junto das pessoas, podem ter uma acção mais interventora influenciando a promoção da QV e manutenção do bem estar das mesmas. Deste modo torna-se imprescindível priorizar este processo de intervenção, constituindo cada vez mais o núcleo essencial da filosofia e estratégia dos novos modelos dos serviços de saúde na actualidade. Concomitantemente, torna-se indispensável que outros profissionais da área da saúde, desenvolvam acções num modelo de cuidados integral à saúde, participando activamente na construção dos serviços de saúde. No entanto, o que se observa é que, desde a sua formação académica, essa prática não tem sido suficientemente contemplada, direccionando o campo de trabalho desses profissionais para actividades predominantemente curativas e reabilitadoras, não permitindo a prática de um modelo, baseado sobretudo, em acções de promoção e protecção da saúde, em paralelo com as de tratamento e recuperação.

Os técnicos de saúde que trabalham em CSP, têm na generalidade, uma maior percepção da realidade social das pessoas, desempenhando um papel particularmente relevante no âmbito da PS das populações que cuidam. Do mesmo modo, torna-se indispensável que os enfermeiros *comunitários*, examinem a sua concepção social de saúde/promoção, e reconheçam como a sua definição de saúde/promoção e os seus cuidados de enfermagem são orientados por essa mesma concepção. Um enfermeiro que define saúde como *ausência de doença* provavelmente foca em primeiro lugar os sinais físicos e biológicos e os sintomas da doença, dando uma atenção mínima à qualidade dos papéis e à evidência do

bem estar subjectivo. Um outro enfermeiro que, de um modo geral, define saúde como auto - actualização é mais propenso a considerar os indicadores de saúde física, saúde social e o potencial para maximizar o bem estar quando planeia os seus cuidados de enfermagem. A noção de bem estar é individualizada, deverá ser relativizada segundo o sector, o momento e a perspectiva (Bury, 1998).

O que determina as concepções individuais de saúde? Conceber a saúde não consiste apenas em saber o que ela é, ou teorizar acerca dela, mas verificar como se manifesta de uma forma sempre renovada, que em cada indivíduo assume um aspecto particular. Não passa só pelo saber (nível cognitivo) e sentir (nível emocional) mas também pela compreensão, atribuindo-lhe assim um significado. A concepção de saúde evolui com a experiência, é determinada pelo tempo e não pode ser explicitada em definitivo. A experiência de saúde é uma noção fluida, difícil de explicar, muda com o tempo e com as relações, tornando-a uma noção complexa (Honoré, 1996). *“A saúde é equiparada a bem estar, tem uma natureza dinâmica, é multifacetada e está continuamente sujeita a mudança”* (Bastos, 2000, p.15). Os profissionais de enfermagem, têm contribuído para o avanço da discussão da natureza da saúde nos indivíduos e comunidades, valorizando a saúde positiva e a PS, uma vez que reconhecem a importância da doença e da enfermidade. Historicamente, os enfermeiros comunitários têm sido líderes na prestação de CSP e na valorização do bem estar das populações (Stanhope & Lancaster, 1999). Têm tido tradicionalmente uma relação próxima com os indivíduos, familiares, grupos, organizações, tais como a escola e os locais de trabalho. Assim sendo, eles estão bem posicionados para dar contributos significativos para a PS. É importante que os enfermeiros comunitários desenvolvam e documentem programas de saúde e melhorias, destinadas às populações com quem eles interagem quotidianamente.

Para a produção da saúde é necessário a prevenção, a cura e a reabilitação, valorizando a utilização de tecnologias leves e a PS que inclua acções voltadas para o *“empowerment”*, a participação comunitária, a actuação intersectorial e a contribuição para a criação de ambientes sustentáveis e para a constituição de políticas públicas saudáveis. Edwards e Dees (1990) in Stanhope e Lancaster (1999), argumentam que a contribuição da enfermagem comunitária para os problemas do ambiente reside na sua capacidade para integrar conceitos de

saúde, doença, indivíduo, agregado, SP, enfermagem, PS e PD. Esta integração reflecte-se na relação entre as forças pessoais e ambientais que intervêm na saúde. Fazem-se escolhas acerca de várias práticas de saúde, mas o grau de liberdade nas suas escolhas pessoais é grandemente afectado por outros, nos seus grupos de pares, nas suas famílias, opções disponíveis no meio imediato e as normas e valores do meio. Tillich (1961), citado pelos mesmos autores, defendeu que os trabalhadores dos cuidados de saúde estão demasiado profissionalizados, dando a impressão de que as pessoas comuns não estão aptas a gerir a sua própria saúde e de que, os profissionais especializados, o podem fazer com a tecnologia médica e outros meios. Incorporar simplesmente a PS nos modelos tradicionais dos cuidados de saúde pode, violar as verdadeiras premissas nas quais a enfermagem comunitária se deve fundamentar. A OMS sustenta uma abordagem que considera quer a comunidade, quer os indivíduos dentro das comunidades, dando ênfase a uma participação (pública) total nas actividades de PS. Em PS é essencial a intervenção concreta e efectiva da comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as, através dos recursos materiais, financeiros e humanos de que dispõe, com vista a gerar condições de vida e de trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis.

A PS é um processo que tem como objectivo, o desenvolvimento das pessoas, aumentando os seus factores protectores (recursos gerais de resistência), através de um forte *sentido de coerência* que dá às pessoas a facilidade de ler a realidade interna e externa (entender), em encontrar recursos e em se envolverem na resolução dos problemas, o que leva à responsabilização pela sua saúde, pela saúde das suas famílias e de toda a comunidade de que fazem parte (Antonovsky, 1995). É, aos profissionais de saúde em geral e aos enfermeiros em particular, que compete desenvolver a sua componente educativa como acção promotora de saúde. A educação do indivíduo são ou doente constitui uma das competências dos enfermeiros, conforme consta na sua carreira profissional (Dec. Lei nº 437/91 de 8 de Novembro - artigo 7º).

A enfermagem como profissão do *cuidar*, dirige a sua acção ao ser humano, no seu todo biológico, psicológico, social, cultural e espiritual, prestando cuidados ao indivíduo em todas as fases da sua vida e nos diferentes contextos em que se

encontra. A finalidade da sua acção, inscreve-se assim no desenvolvimento das pessoas, estimulando a sua participação activa nos cuidados de saúde, na promoção da sua saúde. Os enfermeiros que trabalham nos CSP, têm neste âmbito um papel privilegiado a desenvolver. Confrontados na actualidade com as exigências cada vez maiores das sociedades, torna-se indispensável que os enfermeiros reflectam as suas práticas, como educadores na PS das pessoas, dando respostas cada vez mais eficazes em qualidade técnica, científica e relacional, traduzindo-se numa melhoria efectiva dos cuidados que prestam. Nesta linha de pensamento: *“o desempenho profissional de qualidade exige competência na utilização de teorias e capacidades, no contexto de trabalho, incluindo o domínio das capacidades afectivas, para além das capacidades críticas, criativas e de pensamento reflexivo”* (Fitzpatrick et al., 1992; Palmer et al., 1994) citado por Basto (1998, p.164).

Nos últimos anos tem-se assistido a grandes transformações ao nível da enfermagem sendo esta, hoje, considerada uma profissão com um vasto conjunto de saberes, possibilitando aos enfermeiros capacidades e competências técnicas e científicas para responder às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade (Collière, 1989). A postura dos profissionais de saúde, especificamente dos enfermeiros (profissionais visados neste estudo) terá também de se transformar. Os enfermeiros como membros da equipe da saúde, e por inerência da sua actividade, encontram-se numa situação privilegiada para desenvolver todo um processo de apoio aos indivíduos, famílias e comunidade. Nesta perspectiva, a actuação dos enfermeiros não pode consistir numa simples transmissão de informação científica, culturalmente neutra, mas sim basear-se numa intervenção autêntica, radicada na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos, valores e comportamentos. O objectivo dos cuidados de enfermagem em CSP é a PS, isto é, a autodeterminação das pessoas em matéria de saúde. Para atingirem este objectivo os enfermeiros devem evidenciar certas disposições, entre as quais, uma grande capacidade de adaptação, de autoconfiança, de criatividade e de um julgamento esclarecido.

A PS implica o desenvolvimento de habilidades tais como a autoconfiança e a criatividade. Com efeito, é através da autoconfiança que os enfermeiros assumirão maiores responsabilidades no nosso sistema de saúde e poderão criar

as condições que permitam aos utilizadores dos serviços fazer o mesmo. Por outro lado, a criatividade permite aos enfermeiros fazer evoluir a sua prática e adaptar as suas intervenções às diferentes necessidades. O conceito de cuidados de enfermagem e de saúde, as convicções que daí decorrem e a natureza dos serviços prestados pelos enfermeiros, bem como as suas responsabilidades como membros de uma equipa de saúde, reflecte-se na melhoria do nível de saúde das populações. Os enfermeiros podem contribuir para uma função mais adequada dos serviços de saúde, de acordo com a PS, quando tiverem integrado no seu conhecimento o âmbito conceptual da perspectiva salutogénica e quando nas suas práticas profissionais ela possa facilmente ser reconhecida.

Compete às escolas superiores de enfermagem, proporcionar aprendizagens neste domínio a nível da formação básica e de especialização. Em formação permanente, cada profissional, no contexto do serviço onde desenvolve a sua actividade, pode e deve realizar actividades neste domínio. Em qualquer dos casos, é indispensável conhecer a situação actual para identificar o ponto de partida para a acção formativa a empreender. Tendo em vista a formação permanente, há necessidade de conhecer o mais objectivamente possível a realidade conceptual e as práticas dos enfermeiros como possíveis dinamizadores da inovação nos serviços de saúde, rumo a serviços promotores de saúde. Tratando-se de uma profissão em que o sujeito dos cuidados é o homem, a enfermagem tem uma necessidade constante de recorrer ao subsídio de outras disciplinas como complemento dos seus saberes. Todavia, torna-se indispensável que invista nos seus recursos humanos, a sua matéria prima mais valiosa, reconstruindo novos conhecimentos fundamentados em bases científicas.

Os enfermeiros – educadores para a saúde - confrontam-se algumas vezes com questões como: porque sofrem as pessoas de doenças que poderiam ter sido prevenidas? Porque deixam de comportar-se de maneira a fomentar a sua saúde? Porque não utilizam todos os conhecimentos disponíveis sobre saúde? Estas e outras questões poderão servir de base a uma atitude reflexiva dos profissionais, na detecção de problemas educacionais e na escolha das metodologias mais adequadas a empreender.

A ES é uma dimensão do *cuidado da saúde* que se interessa em influenciar os factores da conduta positiva. Por conseguinte o enfermeiro, deve respeitar o ritmo

e as necessidades das pessoas, sem imposições porque são inúteis, orientando para condutas saudáveis, através do conhecimento de certas habilidades, fomentando certas atitudes ou condutas que serão um benefício para aquela pessoa. Deve tentar motivar para que as pessoas mudem as suas condutas não saudáveis. O educador deve ter em conta que as pessoas aprendem, considerando e analisando os seus próprios problemas. As decisões finais respeitantes às práticas da saúde, devem ser levadas a cabo pelos próprios. As pessoas, que o educador deseja “educar” são a fonte mais valiosa, já que sabem o que é importante para elas e porquê. Procurar que as pessoas se impliquem como “sujeitos” neste processo de ensino/aprendizagem desta investigação/acção é em si “ES – PS”. O autor Hesbeen (2000, p. 21), ilustra esta frase referindo que: *“a intervenção dos profissionais, na promoção da saúde, é equivalente, de certa forma, à de um jardineiro. Este cuida de uma planta utilizando todos os meios de que dispõe para, com muita paciência, permitir à flor desabrochar e mostrar toda a sua beleza”*. Os profissionais de enfermagem, enquanto educadores para a saúde, devem repensar os seus comportamentos e as suas metodologias de trabalho, de modo que a sua acção se traduza em autonomia das pessoas e dos grupos, considerando-os *sujeitos* do seu próprio desenvolvimento. Mobilizar as suas próprias motivações, pela acção das suas múltiplas potencialidades em torno da sua realidade sócio - cultural, torna-se um imperativo! A dinâmica que se estabelece neste processo de ES deve basear-se na cooperação, entreaajuda e confiança entre todos os intervenientes.

Responsabilidade e participação são dois conceitos actualmente muito mobilizados na área da saúde (Oakley, 1989; WHO, 1986, 1987; WHO, 1989, 1991) citado por Frasilho (1998, p.13). Isto consegue-se tendo acesso a informação clara, simples, mas rigorosa, que possam utilizar. Desenvolvendo todas as suas capacidades cognitivas, afectivas, psicomotoras e sensoriais e as competências sociais para controlarem a sua própria saúde. Quando as pessoas acreditam em si mesmas e exercitam as suas competências, tornam-se autónomas, intervenientes e responsáveis na concretização do *seu próprio projecto de vida*.

Todos os profissionais de saúde que pretendam melhorar as suas práticas de PS, deverão criar no seu quotidiano, um espaço de análise e reflexão profunda

dessas mesmas práticas. Para todos aqueles que desejam que os cuidados de enfermagem sejam portadores de vida, permitindo a quem os presta, bem como a quem os recebe, realizar-se plenamente no seu percurso de vida, será de primordial importância interrogar-se sobre: *“o seu sentido, o fundamento e o alcance social desses cuidados e construir assim a sua função de cuidar”*. Só quando o cuidar *“tem como horizonte a saúde da pessoa é que o profissional de saúde toma consciência de que há situações únicas, todas diferentes umas das outras e nas quais o prestador de cuidados, cuida”* (Hesbeen,2000, p.18). *“Vale a pena identificar o que são para nós cuidados de enfermagem e que valores lhes associamos, se queremos melhorar a qualidade dos cuidados”* (Bastos,1998, p. 81). Cada um destes esquemas conceptuais, contribui para a clarificação dos cuidados e procura preparar os enfermeiros para uma mudança no sistema de saúde, através de intervenções específicas em enfermagem que assumam o modelo do cuidar e reconheçam a sua contribuição para o bem-estar das pessoas. A prática dos enfermeiros, enquadrada numa visão holística do ser humano, insere-se no *continuum* saúde/doença ao longo do ciclo vital.

Cada país é responsável por promover a saúde, fornecer serviços curativos e preventivos que assegurem a saúde e remover todas as barreiras ao acesso da saúde e dos serviços sociais. Reflectindo sobre estes objectivos, o Departamento Regional da OMS para a Europa, em parceria com os 51 Estados Membros, desenvolveu a Saúde XXI - a Política Europeia da OMS, da Saúde para Todos no século XXI, aprovada em Setembro de 1998. A finalidade desta política é *“alcançar um potencial de saúde para todos”*, através da promoção e protecção da saúde dos indivíduos ao longo da vida e da redução da incidência dos danos relativos às principais doenças e lesões, assente numa estratégia fundamental que consiste no reforço dos CSP, através do desenvolvimento de serviços de saúde, orientados para a família e a comunidade. Na realização de mudanças estratégicas um novo e importante papel se espera do enfermeiro:

- Um prestador de cuidados que combina PS e a PD com a actuação e responsabilidades clínicas dirigidas aos membros das famílias;
- Ser para cada família a referência e o suporte qualificado na resposta às suas necessidades;
- Ser um efectivo elemento na equipa multidisciplinar de saúde;

- Ser gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção; ser interventor na elaboração de políticas locais e nacionais.

Assim, os enfermeiros têm muito a oferecer ao novo sistema de cuidados, que engloba as necessidades de toda a população, em vez de focar grupos limitados. Para tal terão de aceitar a comunidade como principal determinante dos cuidados de saúde e estimular os seus membros para que possam reconhecer e expressar as suas necessidades e expectativas, bem como participar activamente nos cuidados, como forma de aprofundamento do exercício de cidadania individual, familiar e colectivo.

Os enfermeiros, como membros da equipe de saúde, são co-responsáveis perante a população e a organização onde trabalham, pela qualidade dos serviços prestados. Isto significa que é necessário conhecer e compreender tanto os hábitos de saúde da população como os factores organizacionais, para dimensionar as práticas e a formação profissional, de acordo com as competências dos vários grupos de trabalhadores da saúde (Bastos, 2000). Em Portugal, a importância e prioridade conferidas à PS encontram-se bem expressas na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto). O grande esforço da PS envolve todos os profissionais de saúde a todos os níveis da prestação dos cuidados, todos os sectores da sociedade, em suma todas as pessoas. Embora no nosso país as iniciativas promotoras de saúde desenvolvidas pelos profissionais da saúde continuem a ser quase exclusivas dos CSP, a necessidade de imbuir também o quotidiano dos profissionais de saúde hospitalares de um "*espírito de promoção da saúde*" tem sido preocupação de alguns investigadores, como por exemplo Johnston (1988), com o seu trabalho - "*the promotion of healthy lifestyles by hospital based staff*" (Gott & O'Brien, 1990). Entre nós são pouco conhecidos trabalhos de pesquisa realizados neste âmbito e os que existem são desenvolvidos sobretudo em contexto académico.

2.3. 1. Serviços de Cuidados Primários de Saúde

Os CSP consistem essencialmente na prestação da assistência de saúde, baseada em métodos e técnicas práticas apropriadas, sob o ponto de vista

científico e aceitáveis socialmente, postas ao alcance de todos os indivíduos, famílias e comunidades, com a sua inteira participação (OMS, 1978). Estes serviços são considerados a base do SNS, proporcionando o primeiro nível de contacto com os cuidados de saúde. São prestados a nível das unidades designadas por CS, e na comunidade (escolas, locais de trabalho e domicílio), abrangendo todos os ciclos de vida das pessoas. Estes prestadores de cuidados ocupam uma posição particular na intervenção relacionada com a PS, por um lado, porque mantêm um contacto permanente com a maioria da população utilizadora dos cuidados de saúde, por outro, pelo conhecimento que detêm dos seus hábitos, crenças, atitudes e comportamentos (formas de ser e estar na vida) das pessoas, facilitando uma acção promotora de saúde dirigida à população. Os profissionais que trabalham nos CSP assumem um papel de grande significado, dada a natureza e filosofia dos cuidados que aí praticam, no âmbito da PS. É através da PS que é possível: *“contribuir para a elevação do mais alto nível de saúde das populações”*. Em suma, *“criar condições para que as próprias populações intervenham de forma consciente, empenhada e informada nos factores do meio físico e social que influenciam o seu bem-estar”* (Navarro, 1995b, p.78). Para a autora, os profissionais deverão desenvolver, dentro da sua especialidade, *“um corpo de conceitos, atitudes e práticas específicas e especializadas”* que constituirá a base da qual nasçam e se reconheçam todas as actividades que se realizam e a que chamaremos *educação para a saúde* - Hagan (1985), citado por Navarro (1995b, p. 78). Nesta linha de pensamento torna-se fundamental desenvolver serviços de saúde, que criem oportunidades para que as populações possam intervir na resolução dos seus próprios problemas e tomar decisões em liberdade, fundamentadas em conhecimentos adequados e indispensáveis, no sentido da sua responsabilização e autonomia. Os processos favorecedores deste desenvolvimento são todos aqueles que possam incluir-se na designação de *“participativos”*, que têm como função essencial *“criar as condições”* que permitam aos indivíduos e aos grupos actuarem como *“sujeitos”* do seu próprio desenvolvimento. Estes processos quando desenvolvidos em contexto de saúde, designam-se como *“Processos de Promoção da Saúde”* (Navarro, 1995^a, p. 4). *“Este ponto de vista tem cabimento seja qual for o serviço ou a entidade que desencadeie o processo de PS”*. Os CSP, especificamente:

- Reflectem as condições económicas e as características socioculturais, políticas do país, das suas comunidades e a partir delas evoluem;
- Necessitam da participação da população no planeamento e na execução dos seus cuidados de saúde;
- Devem ter em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção cura e reabilitação, conforme as necessidades, envolvendo todos os sectores relacionados com o desenvolvimento nacional e comunitário que devem ter os seus esforços coordenados.
- Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados para levar à melhoria dos cuidados gerais de saúde, priorizando os que têm maior necessidade.

A Carta de Ottawa teve como consequência o início de um processo de reorganização dos serviços de saúde, nomeadamente os CSP, os quais além de executarem as funções médicas, devem funcionar como mediadores entre os utilizadores e as administrações indo de encontro às necessidades sentidas e expressas das populações. Já em 1978, na Conferência Internacional sobre CSP, Alma – Ata, é afirmado que *“(...) é direito e dever dos povos participar individual e colectivamente no planeamento e execução dos seus cuidados de saúde, (...) que os governos são responsáveis pela saúde das populações”*, e estabelecem como meta da saúde para o ano 2000 que todos os povos *“atingam um nível de saúde, que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva”* (Declaração de Alma-Ata,1978) cabendo aos CSP a responsabilidade de ser o principal vector para atingir esta finalidade. Nesta conferência foi ainda afirmado que os CSP têm como objectivo resolver os principais problemas de saúde da comunidade, tendo em vista as suas necessidades, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação. É também requerida e solicitada a participação comunitária e individual nestes serviços. O cumprimento destas recomendações exige condições que passam por alterações na política de saúde, na organização dos serviços de saúde e ainda nos valores da comunidade em geral onde se encontram inseridos os profissionais de saúde. Se nos reportarmos à Estratégia Global de Saúde para Todos, bem como a Declaração de Alma - Ata, verificamos que assentam no princípio de que os sistemas de saúde devem basear-se nos CSP, devendo estes tornar-se na *charneira* do sistema global e

integrado, coordenando os serviços prestados por todos os sectores relacionados com a saúde (OMS, 1985). Parece-nos então que, a posição adoptada se coaduna com o anteriormente referido, enfatizando a importância dos CSP e sua responsabilidade, no desenvolvimento da PS, não menosprezando o papel dos CSD.

Actualmente, alguns países, predominantemente na Europa Ocidental, têm serviços de enfermagem centrados na comunidade e na família bem desenvolvidos, enquanto outros possuem pouco ou nenhum equipamento para a enfermagem dos CSP (Whyti, 2000) citado por (Teixeira, 2003, p. 6). No entanto a abordagem à enfermagem em CSP, mesmo em sistemas bem desenvolvidos é muitas vezes fragmentada, centrando-se mais na doença do que na saúde e restringindo-se a grupos de clientes específicos de preferência a uma orientação centrada na comunidade. Assim, para o século XXI, foram determinadas 21 metas que articuladas com a Política Regional, permitem responder aos diferentes problemas de saúde de cada país. A Saúde XXI procura realçar a equidade e a solidariedade em saúde, a luta contra os novos problemas de saúde, os problemas de cada etapa de vida, a acção multisectorial, o investimento no sector primário e nos determinantes sócio - económicos.

Na concretização das Metas de Saúde 21, os enfermeiros ao nível dos CSP, devem desenvolver o seu campo de acção pelas diferentes áreas de responsabilidade, na medida em que são considerados os elementos chave, para a implementação e coordenação das intervenções na comunidade, que tendo como núcleo a família, se traduzirá nos resultados e na visibilidade do seu trabalho, fora do contexto hospitalar e nos ganhos em saúde para a população em geral. Os enfermeiros ao colaborarem na construção dos programas, constituem-se como suporte de vigilância relativamente aos progressos em direcção às Metas da Saúde 21, devendo os mesmos ter em conta princípios relacionados com os cuidados de enfermagem. Assim:

- No campo da saúde os cuidados de enfermagem são aos níveis (formal e informal) uma mais - valia;
- Os cuidados de enfermagem orientam-se, necessariamente para as pessoas que deles apresentam maior necessidade;

- É fundamental que se avalie a eficiência e a eficácia dos cuidados de enfermagem;
- Cabe aos enfermeiros um papel de agente de mudança, sensibilização e realização de actividades de autonomização, suporte e educação dos indivíduos, famílias e grupos;
- É indispensável a aquisição de competências na área do trabalho em equipa interdisciplinar, tendo em vista agir em promoção, prestação e continuidade de cuidados;
- É necessário descrever o contributo específico dos enfermeiros na avaliação de necessidades, coordenação, gestão de cuidados e na actuação clínica;
- Finalmente é importante desenvolver o conceito de enfermeiro de família, que constitui um marco importante para a melhoria da saúde na Região Europeia.

Os enfermeiros de família, são identificados como detentores de um papel ao longo de todo o *continuum* de cuidados, desde o nascimento até à morte. Com o seu conhecimento das questões sociais, institucionais e de SP, estão capacitados para diagnosticar os efeitos dos factores sócio - económicos sobre a saúde da família e de a orientarem, assumindo a responsabilidade, quando as necessidades identificadas, reclamam expressamente cuidados de enfermagem (OMS, Saúde XXI). A família deverá ser o centro da dinâmica dos cuidados. A necessidade de centrar os cuidados na comunidade pressupõe trabalhar com o enfoque centrado na unidade familiar, como grupo ou conjunto e não como a soma dos seus membros. É na dimensão dialéctica da unidade familiar, que a enfermagem poderá contribuir para que a família alcance o nível mais elevado de saúde. A família deverá ser o centro de mobilização e articulação de recursos. O desenvolvimento do seu potencial, é reconhecido pela OMS, como a chave para a criação de uma sociedade sadia para o novo milénio. E, é a família que deverá ser considerada como o centro de desenvolvimento de competências científicas e relacionais. Aos grupos profissionais e sociais e, aos profissionais de saúde, incumbe a máxima responsabilidade enquanto “mediadores” entre os diferentes interesses da sociedade na prossecução da saúde.

2.3.2 - Conceito de autocuidado

O cuidar humano é um fenómeno universal, mas as suas expressões, processos e padrões variam entre as culturas. Cuidar, tem dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais que devem ser estudadas e praticadas para que se possam prestar cuidados holísticos. Cuidar é também compreender, ter empatia e respeito pelos pontos de vista do outro e ver as suas percepções e problemas de saúde com honestidade e integridade. A pessoa como ser cultural não pode ser vista à parte do seu passado cultural. A individualização dos cuidados em enfermagem, indispensável para assegurar a qualidade dos mesmos, só pode ser conseguida se for tida em conta a pessoa com a sua cultura (Abdullah,1995). Para esta autora, cuidar implica um compromisso de assistir e ajudar uma pessoa que esteja incapaz de desempenhar funções específicas associadas a necessidades de ordem física, psicológica ou psicossocial. Leininger (1991), sublinha que: “os enfermeiros integram os seus conhecimentos profissionais e os conhecimentos relativos a práticas de apoio ao cliente, para negociar e promover cuidados que reflectam os seus valores”, citado por Stanhope e Lancaster (1999, p.133). A mesma autora chama a atenção para o facto de que, a competência cultural é um processo contínuo que resulta da interacção de factores que motivam as pessoas para o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e técnicas de modo a cuidarem de indivíduos, famílias e comunidades.

O termo autocuidado tem influenciado muito a abordagem dos enfermeiros na PS. Orem (1995), citada por Stanhope e Lancaster (1999, p. 292), desenvolveu uma estrutura de enfermagem, na qual o *autocuidado* é utilizado para descrever actividades individuais a iniciar e a praticar em favor da manutenção de vida, da saúde e do bem estar. Segundo a mesma autora, os indivíduos nem sempre são capazes de ser completamente auto-suficientes no seu autocuidado. Consequentemente, apesar do autocuidado ser uma responsabilidade leiga, o cuidado profissional deve ser requerido para valorizar a capacidade do indivíduo para se autocuidar. Nesta estrutura, os cuidados de enfermagem dependem da capacidade dos indivíduos e podem ir desde o cuidado total até ao cuidado parcial, à educação e ajuda dos indivíduos, à ajuda na melhoria da sua

capacidade de autocuidado. O foco do autocuidado de Orem é o indivíduo. Contudo, a sua concepção de autocuidado inclui um leque de actividades que os indivíduos podem fazer por si próprios, numa diversidade de assuntos de saúde e de enfermidade. Estas actividades complementam os serviços de cuidados profissionais. Uma descrição mais alargada de autocuidado foi apresentada por Goepfing (1982), citado pelos mesmos autores, que observou que as actividades de autocuidado podem ser levadas a cabo por indivíduos, pela comunidade ou pela sociedade e são baseadas em influências científicas, religiosas, filosóficas e culturais. Numa perspectiva política e de SP, é importante que o autocuidado também acentue a responsabilidade comunitária e a mudança social. Por exemplo, a definição de PS da OMS, anteriormente mencionada, inclui o uso dos recursos pessoais e sociais, dentro do meio ambiente para promover o bem estar e a saúde. Contudo, um precursor importante para a utilização dos recursos da população é o desenvolvimento adequado dos recursos dentro do meio ambiente, para valorizar a saúde da população.

2.3.3 – O aconselhamento e as mudanças comportamentais

De um modo geral, as pessoas não gostam muito que lhes digam o que devem fazer para alterar os seus comportamentos e, muito menos, que as importunem para que o façam. Este fenómeno, frequente, quando se trata de convencer alguém a mudar, pode gerar a chamada resistência psicológica, isto é, o desejo de manter o comportamento inicial. Exceptuando determinados segmentos da população, a maioria das pessoas está informada quanto aos perigos da prossecução do mesmo tipo de comportamento. Mas, como sabemos, os factores cognitivos são necessários mas não suficientes para o alterar. Em linhas gerais, pode dizer-se que a decisão de alterar um comportamento depende, basicamente, de dois factores: a sensação de ameaça pessoal pelo facto de manter esse comportamento, ou seja, de que isso é prejudicial para si próprio e não somente para os outros (vulnerabilidade apercebida); por outro lado a confiança em ser capaz de conseguir mudar (auto eficácia ou expectativas e êxito) segundo Rosenstock (1988) in MS (2001, p. 8). É evidente que estes processos estão muito influenciados por factores ambientais e do meio envolvente, que dificultam e obstruem a tomada de decisão pessoal (Green,

1991) in MS (2001, p. 8). Então, pode dizer-se que as alterações comportamentais estão, basicamente, relacionadas com as atitudes pessoais, a influência do meio social envolvente e a disponibilidade de recursos pessoais ou auto eficácia (De Vries,1991) in MS (2001: 8). É muito importante que o utente verbalize a sua preocupação e a necessidade de fazer alguma coisa a esse respeito. Isto supõe que, deve ser o utente a optar por expressar os prós e os contras do seu comportamento, sendo de evitar a tentação de propor soluções, tentando, antes, que seja este a sugeri-las (princípio da participação). Numa perspectiva de PS, o aconselhamento foi definido como a vertente da ES vocacionada para motivar a adopção de mudanças voluntárias de comportamento com um impacto positivo na saúde (Green, 1980). No entanto, nos últimos anos, apareceram diversas críticas a esta abordagem para acentuar a responsabilidade individual associada aos estilos de vida pessoais, o que foi descrito como “*culpabilização da vitima*” (Jordan, 1984), ou “*a tirania da PS*” (Becker, 1986), in MS (2001, p. 8).

A partir deste debate, aprendemos a dar um maior relevo aos factores sócio - culturais, que determinam, em grande medida, os hábitos aparentemente individuais (Roberston, 1994). Em qualquer dos casos, é, actualmente aceite, que a integração das actividades de prevenção nos CSP, incluindo as recomendações preventivas e o aconselhamento, constitui uma estratégia fundamental para a melhoria da saúde da comunidade (Breslow, 1977; Lalonde, 1974; OMS, 1978;1986) in MS (2001, p. 8). Nos CSP, o aconselhamento acerca dos hábitos de vida debate-se com algumas dificuldades específicas, relativas à formação actual dos profissionais de saúde e à cultura de saúde da população em geral. Essas dificuldades foram sintetizadas por Demack (1987), in MS (2001, p. 8), em primeiro lugar o profissional espera *sucessos terapêuticos* a curto ou médio prazo, ao passo que o utente espera mais um *tratamento* do que conselhos; por outro lado, muitos utentes estão muito pouco predispostos a assumir responsabilidades sobre a sua própria saúde; finalmente, os profissionais receberam formação inadequada quanto à forma de *lidar* com questões respeitantes ao estilo de vida. Para além destes factores, os profissionais podem considerar decepcionante um índice de eficácia como o do aconselhamento antitabagismo, se não se considerarem o impacto que esta intervenção pode ter na SP (Glynn,1988), in MS

(2001, p. 8). O aconselhamento por parte dos profissionais de saúde em relação aos estilos de vida depende, em grande medida, da sua capacitação ou autoeficácia para este tipo de intervenção. Não se pretende *medicalizar* a vida quotidiana dos utentes, mas de facilitar e estimular as mudanças voluntárias em direcção a opções mais saudáveis. Porém, para muitos profissionais de saúde, a inclusão de aspectos comportamentais na rotina da sua intervenção continua a levantar alguns problemas e dificuldades. O aconselhamento sobre os hábitos de vida, choca às vezes, frontalmente, com as crenças - e também os hábitos - dos profissionais, por se afastar do clássico cenário de diagnóstico e tratamento de problemas *objectivos*. Por outro lado, a eficácia individual destas intervenções é limitada, ainda que o seu impacto seja enorme se as acções se generalizarem e, sobretudo, se ocorrerem num contexto global que promova e facilite, em todos os sentidos os hábitos saudáveis, sem se limitarem exclusivamente à educação dos utentes. Não esquecendo também que, o aconselhamento sobre os hábitos de vida ocorre no quadro de uma relação de assistência continuada entre o profissional de saúde e o utente, relação que deve ser reforçada e não comprometida pelo aconselhamento. Os guias orientadores, têm contribuído positivamente como um instrumento de trabalho, de forma a facilitar e sistematizar a intervenção educativa em alguns aspectos mais relevantes dos estilos de vida.

Uma das ideias básicas em educação - e, do mesmo modo, em ES - é a de que, o ponto de partida, devem ser as próprias pessoas em termos de conhecimentos por elas adquiridos, das suas atitudes ou valores e da sua percepção dos problemas de saúde. Com efeito, os sujeitos da ES, as pessoas, não se encontram sob a forma de recipientes vazios. Possuem já um grande somatório de aprendizagens anteriores, de tipo informal, que exercem uma grande influência na determinação do modo como irão receber os estímulos do educador. Esta experiência prévia é de grande importância visto que, uma boa saúde se gera em enquadramentos específicos, tais como o meio ambiente. Por conseguinte, tem que se ter em conta, tanto a experiência prévia da pessoa como as circunstâncias em que a mesma se situa. Do mesmo modo, o profissional trás consigo uma grande variedade de influências e experiências, assim como valores e atitudes que irão pesar na forma como irá trabalhar a ES. É importante que o educador

dispense algum tempo na análise destes aspectos antes de se entregar ao “*ensino da saúde*”.

O objectivo último da PS é, promover alterações positivas nos comportamentos de saúde das pessoas. Este processo apela a um dos principais papéis dos profissionais de saúde, o papel de promotores de saúde. Considerando o objectivo da saúde, traçado pela OMS (1986), ser um recurso para a vida, conjugado com o autocuidado, o trabalho dos enfermeiros a nível dos CS tem como principais linhas de orientação o investimento na PS. Nestas actividades, a WHO (2000), recomenda a utilização do método pedagógico de educação popular, proposto por Freire (1972), de forma a que a ES, promova uma participação genuína. O diálogo é essencial nesta metodologia. Nesta sua concepção, o diálogo permanente torna-se a essência da libertação e da solidariedade. Pelo contrário, os discursos estereotipados de *ensinar a fazer* e as intervenções não participativas, levam à imposição cultural e manipulação - atitudes características da opressão e de exercício do poder. Se não houver diálogo nem abertura para o conhecimento das crenças e valores dos utentes, em suma, do que faz sentido para as pessoas, os comportamentos dos profissionais de saúde caem no etnocentrismo e na imposição cultural. Todas estas recomendações estão em sintonia com os princípios do cuidado cultural no âmbito da PS. Tendo em conta que, o mundo em que vivemos é composto de unidade na diversidade e na intersubjectividade, o cuidado cultural é uma resposta que pretende traduzir uma prática de cuidados de enfermagem individualizados, tendo em conta o respeito por aqueles valores. As práticas de cuidados em enfermagem que se enquadrem nesta filosofia, poderão então vir a ser significativamente diferentes, mais ajustadas e com maior potencial de êxito em termos dos resultados, proporcionando maior satisfação e motivação, também aos profissionais de saúde. Dos enfermeiros esperam-se intervenções que fomentem comportamentos saudáveis dos indivíduos e grupos. Obviamente, a mudança dos hábitos de saúde depende em certa proporção de determinadas variáveis ambientais. O ser humano não se encontra totalmente determinado pelo seu ambiente e, neste sentido, é relativamente livre para se automodificar.

Os comportamentos de saúde foram definidos por Kasl e Cobb (1966) citados por Stanhope e Lancaster (1999, p. 290), como acções praticadas por indivíduos que

se percebem como saudáveis, com o objectivo de prevenir o surgimento de mal estar ou doença. Esta definição de comportamentos de saúde engloba apenas acções com objectivos preventivos. Para abranger outro tipo de acções, relativas ao tratamento ou à reabilitação, Ogden (1996) apresentou dois outros tipos de comportamentos relacionados com a saúde:

- "*Illness behaviour*"- comportamento de redução do mal estar: acções praticadas por indivíduos que se sentem de alguma forma perturbados por sinais ou sintomas de doença, que os levam a suspeitar do seu estado de saúde, com o objectivo de procurar soluções para o problema – (por exemplo, ir ao médico).

- "*Sick role behaviour*"- comportamento da redução da indisposição: acções praticadas por indivíduos que estão doentes, com o objectivo de recuperar um estado de saúde (por exemplo, tomar os medicamentos prescritos).

Os comportamentos de saúde surgem também classificados como comportamentos de saúde positivos e negativos. Os "*comportamentos de saúde positivos*" envolvem acções do tipo: usar cinto de segurança, dormir o número de horas adequadas, praticar exercício físico, etc (Ogden, 1996). Steptoe e Wardle (1996), referem que estes comportamentos envolvem actividades que contribuem para a PS. Alonzo (1993), sublinha igualmente que este conceito deverá ainda englobar acções comunitárias e sociais que têm como objectivo aumentar os níveis de controlo do risco. Os comportamentos de saúde positivos surgem também na literatura segundo Matarazzo (1984), citado por Albuquerque (2002: 18) com a denominação de comportamentos de protecção da saúde. Os comportamentos de saúde negativos segundo o mesmo autor, surgem também na literatura com a denominação de hábitos prejudiciais à saúde. Os "*comportamentos de saúde negativos*" envolvem acções do tipo: fumar, consumo excessivo de álcool, dieta com alto teor de gorduras, etc (Ogden, 1996). Este tipo de comportamentos são apresentados por Steptoe e Wardle (1996), como comportamentos de risco para a saúde e traduzem-se em qualquer actividade praticada por indivíduos, com frequência ou intensidade tal, que conduza a um aumento de doença ou acidente. Vários autores referem que, hábitos ou comportamentos associados à PS, parecem promover a saúde e prevenir a doença. Subjacente a esta constatação é o reconhecimento da existência de uma relação estreita entre os estilos de vida, o comportamento das pessoas e o seu estado de saúde. Poderá afirmar-se que as actividades desportivas constituem

uma importante medida no âmbito da PS. Os benefícios do exercício físico ao nível do bem estar físico, mental e social e da QV são apontados por alguns autores (Kaplan et al.,1993; Leal, 1991; Ogden, 1996; Wold, 1993), citados por (Albuquerque, 2002, p. 22). Poder-se-á referir que os hábitos ou estilos de vida constituem variáveis importantes nos processos de saúde/doença, ou seja, os estados de mal estar ou doença são influenciados por um estilo de vida não saudável. O comportamento do homem e as suas atitudes face à saúde apresentam variações socioculturais e, segundo Leininger (1995), os valores culturais e sociais podem contribuir para explicar diferenças nas respostas comportamentais perante situações idênticas. A componente cultural aprende-se nos processos de socialização na família, o que implica aquisição de conhecimentos e a interiorização de valores. Os valores da cultura têm grande influência no comportamento humano orientando as linhas de força internas e externas que lhe dão significado.

2.3.4 - Da promoção da saúde aos serviços promotores de saúde

A Carta de Ottawa teve como consequência o início de um processo de reorganização dos serviços de saúde, nomeadamente os dos CSP, os quais além de executarem as funções médicas, devem funcionar como mediadores entre os utilizadores e as administrações indo de encontro às necessidades sentidas e expressas das populações. Esta perspectiva permitirá a inovação dos serviços de saúde no sentido da sua transformação em serviços de saúde promotores de saúde. Um serviço promotor de saúde *“é o que se esforça por inovar permanentemente a sua organização e os seus processos de trabalho com vista à responsabilização, autonomia e participação das pessoas (profissionais e não profissionais) e da população nas decisões sobre tudo o que possa influenciar a saúde e o bem-estar”* (Navarro,1997, p.1). O caminho da mudança, já está delineado, é agora necessário começar a percorrê-lo nomeadamente no que respeita à PS, a qual deverá dar ênfase à saúde comunitária, valorizando e reconhecendo a competência dos não profissionais.

A Conferência de Alma -Ata, realizada em 1978, constituiu um momento chave para a transformação dos serviços de saúde. Na sua declaração final estipula,

como princípios organizativos dos serviços e saúde a acessibilidade, a adequação às necessidades da população, integração, quer no sistema de saúde, quer no desenvolvimento social e económico global da comunidade, baseados na participação comunitária, economicamente suportáveis e em colaboração intersectorial. Preconiza a aceitação de um conceito amplo de saúde, justiça social, autoresponsabilidade e solidariedade. Das várias conclusões desta reunião destacam-se o entendimento da saúde como um recurso universal, que deve estar ao alcance de todos, por forma ao progressivo desenvolvimento das comunidades, não podendo os serviços de saúde por si só resolver todos os problemas. A necessidade da reforma dos serviços de saúde levou à realização, em 1996, da reunião de Ljubljana (Eslovénia), patrocinada pela OMS e na qual foram definidos os princípios orientadores dessa reforma na Europa. Assim, segundo os trabalhos da mesma Conferência, no contexto europeu os sistemas de saúde, devem reger-se por princípios e valores, ter como objectivos os ganhos em saúde e ser centrados no cidadão. Como características, devem ser orientados para os CSP, garantindo a qualidade dos cuidados prestados e ser sustentados por um modelo de financiamento viável e transparente, sólido e equilibrado. Desta forma é necessário desenvolver serviços de saúde em que as populações possam colaborar melhor na resolução dos seus problemas (Navarro, 1995). Sendo a *Saúde para Todos* o objectivo principal da política social da OMS, tornou-se então, a partir daí, evidente um movimento por uma *Nova Saúde Pública* no mundo. Através da Meta nº14 a OMS (1991), considerou que “até ao ano 2000, todos os lugares da vida social, tais como a cidade, a escola, o local de trabalho, o local de residência e a habitação, deveriam fornecer as melhores oportunidades para a elevação do nível de saúde”. Esta meta configura a necessidade de se *investir* nos diferentes contextos sociais, através de processos de cooperação multidisciplinar e intersectorial, assentes na participação das pessoas e comunidades, enquanto sujeitos e agentes do seu próprio desenvolvimento.

O processo de transformação dos serviços de saúde em serviços promotores de saúde, deve ser desencadeado através de uma série de atributos, como sejam a cooperação intersectorial com todas as instituições da comunidade, organização do trabalho e da gestão, através do trabalho em equipa, baseado em estruturas participativas e flexíveis. É ainda condição importante o indivíduo estar integrado,

ser interveniente activo e coresponsável pela construção da comunidade onde está inserido. Os serviços de saúde como parte integrante desta comunidade, deveriam promover a participação, responsabilização e autonomia progressiva da população em relação à resolução dos seus problemas. Esta reorientação dos serviços é uma fase importante no processo de transformação dos serviços de saúde em serviços promotores de saúde. Torna-se então evidente a necessidade de repensar os CS nesta filosofia promotora de saúde, com base nos cidadãos e nas comunidades onde estão inseridos. Desta forma, os serviços de saúde, para além de contribuírem para a saúde de uma forma directa, também devem contribuir de uma forma indirecta, reforçando a autoestima, valorizando a autonomia e as capacidades das pessoas, aprofundando o sentimento de pertença com a comunidade e as suas instituições (MS, 1997).

A saúde é um conceito positivo, com destaque para os recursos sociais e pessoais, bem como para as capacidades físicas, pelo que, reconhecidamente, é demasiado importante para ser da exclusiva responsabilidade dos serviços de saúde. Reforça-se assim a ideia de que os serviços deveriam tornar-se mais acessíveis, humanizados e eficientes, trabalhando com as pessoas e intervindo de forma decisiva nas mudanças políticas e sociais conducentes à progressiva desmistificação da componente médica relativamente à sua capacidade de resolução dos problemas de saúde. Desta forma, os serviços de saúde poder-se-ão assumir como serviços promotores da saúde das populações. E, considerando a saúde, como uma condição para que o indivíduo alcance as suas metas de vida na globalidade, este conceito leva-nos a reflectir sobre o papel dos serviços de saúde, uma vez que tendo a saúde a ver com a capacidade das pessoas para a vida, estes têm que criar oportunidades de participação. Os processos favorecedores deste desenvolvimento são os chamados processos participativos. Só através destes processos será possível vir a formar novas gerações mais saudáveis e aptas a enfrentar os novos desafios do futuro.

Em Maio de 1998, no decorrer da 51ª Assembleia Mundial de Saúde, foi adoptada a Declaração Mundial de Saúde, onde os estados membros aceitaram desenvolver a *política de saúde para todos no século XXI*, através de políticas e estratégias regionais e nacionais apropriadas, através das 24 Metas, que em

termos globais criam condições que permitam a cada um a realização plena do seu potencial de saúde. As quatro grandes estratégias da *Saúde XXI* são:

- Estratégias multi-sectoriais;
- Programas e investimentos orientados para o desenvolvimento sanitário e dos cuidados de saúde;
- CSP integrados e orientados para a família e ao nível local, suportados por um sistema hospitalar flexível e apto a fazer face às diversas situações;
- Um processo participativo de desenvolvimento sanitário, ao qual se associam todos os níveis (habitação, escola, local de trabalho, colectividades locais e país) os parceiros que se interessem pela saúde e que favoreçam a tomada de decisões, a execução e responsabilização conjuntas” (OMS, 1999). Na sua Meta nº13 (condições favoráveis à saúde) a OMS estabelece que: até 2015, os habitantes da Região Europeia deveriam ter possibilidades acrescidas de viver num contexto físico social favorável à saúde, na sua habitação, na escola, no local de trabalho e no seu local de residência. Torna-se fundamental que os serviços de saúde promovam uma melhor adequação das práticas dos enfermeiros, considerando o seu contributo para a PS das populações como uma prioridade.

2.4 – OBJECTIVOS DO ESTUDO

A pesquisa no âmbito da saúde tem sofrido grandes alterações nos últimos tempos, acompanhando a mudança evolutiva dos novos paradigmas saúde/doença. Segundo Ribeiro (1998), a Segunda Revolução da Saúde contribuiu particularmente, introduzindo novos indicadores a ter em conta na avaliação da saúde e experiências da doença. Essa avaliação deixou de se fixar apenas em dados biofisiológicos, passando a considerar outras perspectivas. É também neste sentido que procuramos explorar as concepções que orientam as experiências dos enfermeiros no contexto das suas práticas em CSP, para dar resposta à questão que orienta a nossa pesquisa: *Quais as concepções, relacionadas com a promoção da saúde, que orientam as práticas dos enfermeiros em CSP?*

Em enfermagem, a investigação iniciou-se com Florence Nigthingale tendo uma lenta aceitação até aos anos 50, seguindo-se por uma rápida aceleração. Mas foi

sobretudo a partir da década de 70, que a ênfase na investigação sofre um grande incremento, passando a centrar-se nos problemas da actividade clínica dos cuidados. Esta mudança deu-se pelo facto dos enfermeiros passarem a ter necessidade de uma base científica, a partir da qual realizam a sua prática. Só a pesquisa permite alargar o campo dos conhecimentos na disciplina a que diz respeito e proporciona o desenvolvimento desta como ciência. Cada vez mais os enfermeiros estudam cientificamente problemas com interesse para a comunidade em geral, como a PS, PD, eficácia das intervenções de enfermagem e necessidades dos utentes, entre outros fenómenos. A pesquisa estimula os enfermeiros a apostar cada vez mais neste processo como motor dinâmico, à descoberta de saberes próprios que fundamentem as suas práticas e com efeitos positivos na saúde dos indivíduos.

Dada a extensão da problemática em estudo e numa tentativa de tornar mais objectiva a sua análise, traçamos alguns objectivos gerais e específicos.

Definimos como objectivos gerais:

- Identificar as concepções que orientam os enfermeiros em relação a aspectos inerentes à PS, no âmbito dos CSP;
- Explorar factores condicionantes ou facilitadores às práticas promotoras de saúde;
- Aprofundar conhecimentos teórico - práticos na área da investigação.

Delineamos como objectivos específicos:

- Relacionar os factores pessoais (sexo e idade), profissionais (formação profissional, escola de enfermagem frequentada, tempo de exercício e serviço onde desempenha funções) com as concepções e orientações para a prática na PS;
- Compreender as diferenças, relativamente ao conceito de PS, tendo em conta as variáveis pessoais e profissionais.

Para concretizar os objectivos delineados neste estudo, torna-se indispensável conhecer o ponto de vista dos profissionais de saúde, podendo a informação ser obtida através da interrogação directa das pessoas implicadas. Neste caso concreto, as pessoas a quem recorreremos foram os enfermeiros em CSP, da sub-região do distrito de Bragança, a fim de obter a informação de que necessitávamos. Um pesquisador vai do ponto inicial de um estudo (a colocação de uma indagação) até ao ponto final (a obtenção de uma resposta) em uma

sequência lógica de etapas. As respostas às indagações das pesquisas em enfermagem ajudam os enfermeiros a fornecer um atendimento mais eficiente e a documentar o seu papel desempenhado nos cuidados de saúde. Por outro lado, a pesquisa no domínio da enfermagem permite ampliar a base de conhecimentos e as respostas para determinados problemas. Esta expansão torna-se fundamental para o aperfeiçoamento contínuo da profissão, repercutindo-se na sua própria identidade.

3 – MÉTODO

Os processos metodológicos utilizados, foram seleccionados no sentido de dar consecução prática ao desenho da pesquisa preconizado. Foram usadas técnicas de documentação indirecta e directa extensiva. A primeira, através da recolha bibliográfica, teve como objectivo o conhecimento no âmbito das concepções de saúde, PS, entre outras áreas pesquisados. Todo o construto teórico apresentado, assim como a finalidade da metodologia que será usada, consiste em identificar quais as concepções, ou modelos subjacentes, que orientam os enfermeiros nas suas práticas em CSP, como instrumento de trabalho. Percrutando o perfil de cada um dos enfermeiros, a partir da sua percepção pessoal, procura-se que revele no final uma configuração, um perfil da sua concepção de saúde e PS. Neste sentido, utilizou-se a técnica de documentação directa extensiva, pela elaboração de um inquérito por questionário, construído para o efeito com duas finalidades: questões essenciais, para a caracterização da amostra e afirmações (itens), que tentam analisar a percepção pessoal de cada enfermeiro, relativamente ao seu nível de conhecimentos relacionados com a saúde, a PS e que orientam as suas práticas em CSP. Assim, os aspectos metodológicos que constituem este capítulo, estão estruturados em quatro pontos essenciais: a caracterização do estudo realizado, no que se refere às variáveis; os participantes do estudo e critérios de inclusão; o material utilizado, descrevendo e justificando a escolha do instrumento de recolha dos dados; e por último, a descrição e fundamentação dos procedimentos para concretizar a investigação, incluindo alguns constrangimentos.

O método científico é um processo que ajuda a compreender o mundo em que vivemos e a encontrar soluções para os problemas de ordem prática do dia a dia. Os dois métodos de investigação que concorrem para o desenvolvimento do conhecimento são o método quantitativo e o método qualitativo. Atendendo ao tipo de estudo que pretendíamos realizar, a nossa opção centrou-se numa abordagem quantitativa, utilizando o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS - versão 10.0). O método de investigação quantitativo, consiste num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Tem por finalidade contribuir para a validação dos conhecimentos (Fortin, 1999). Concretamente, nesta investigação, pretendemos sobretudo a globalidade dos fenómenos e a sua compreensão, isto é, o estudo de uma realidade que não se pretende fragmentar nem descontextualizar, partindo-se dos próprios dados e não de teorias para os compreender ou explicar. O objectivo desta abordagem de investigação é essencialmente descrever ou interpretar mais do que avaliar. Partindo de alguns pressupostos teóricos iniciais, procuramos manter-nos atentos ao emergir de novos elementos durante o estudo de forma a melhor compreendermos a manifestação do problema, as acções, as percepções, as concepções os comportamentos e as interacções das pessoas. O nosso estudo emerge das concepções das práticas dos enfermeiros sobre a PS em CSP, elementos importantes para a problemática em estudo.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A avaliação dos resultados dos cuidados de saúde e do impacto desses cuidados no utente, deve basear-se, essencialmente na percepção do sujeito alvo dos cuidados, mas também, no ponto de vista dos profissionais de saúde. A informação pode ser obtida através da interrogação directa das pessoas implicadas (Polit, & Hungler, 1995).

Considerando a natureza do nosso objecto de estudo – *concepções das práticas promotoras de saúde dos enfermeiros em CSP* – recorreremos a esta fonte de informação, utilizando como técnica principal o inquérito por questionário, aplicado a todos os enfermeiros participantes no estudo, procurando reunir um

conjunto de dados tão numeroso e detalhado quanto possível, tendo em vista apreender a totalidade da situação seleccionada.

Relativamente aos CSP, apesar da escassa tecnologia de que necessitam e os baixos custos que acarretam, são escassos os estudos no nosso país, realizados nesse âmbito, com o objectivo de avaliar a eficiência e eficácia das intervenções de enfermagem. Todavia, com a finalidade de tornar visíveis as práticas dos enfermeiros que podem contribuir para a PS da população e para melhorar a formação dos enfermeiros e a prestação de cuidados, foi levado a cabo um estudo de investigação no âmbito dos CSP, que passamos a referir.

Em síntese, o estudo permitiu descrever e analisar as *“práticas dos enfermeiros”* em interacção com os utilizadores individuais, mostrando que, apesar dos constrangimentos do contexto organizacional, as intervenções destes enfermeiros vão no sentido da PS, de acordo com os pressupostos da OMS. Permitiu ainda propor uma hipótese de classificação da *“orientação na prática”* dos enfermeiros (Bastos, 2000). Tradicionalmente, a avaliação dos cuidados, baseava-se fundamentalmente nos índices negativos de mortalidade, posteriormente nos de morbilidade, falando-se actualmente cada vez mais de promoção, de bem estar, QV entre outros indicadores de saúde positivos. É nesta perspectiva de orientação que foi encaminhado o presente estudo: focar as concepções dos enfermeiros, relacionadas com a PS e que orientam as suas práticas em CSP, recorrendo àqueles profissionais de saúde (promotores de saúde) das pessoas que cuidam, a fim de obter a informação, porque: *“se quisermos saber o que as pessoas pensam ou sentem, ou aquilo em que acreditam, o meio mais directo para obter tal informação é perguntar-lhes a respeito”* (Polit, & Hungler, 1995, p.170). Os mesmos autores referem que o estudo exploratório se traduz pela *“procura descritiva (...) que se encaminha principalmente na descrição dos fenómenos (...)”*, o que também se aplica neste estudo, já que, o que aqui se pretende estudar, é se um conjunto de construtos podem revelar uma realidade percebida e se existe uma relação entre estes construtos. Como já foi referido, tendo em conta o reduzido número de estudos no âmbito desta problemática, optamos por um estudo do tipo descritivo exploratório: procurando descrever os fenómenos em causa e *“proporcionar maior familiaridade”* com possíveis problemas (Gil, 1995).

De acordo com a classificação de Ribeiro (1999, p. 42), este tipo de investigação segue um desenho observacional/descritivo, em que “(...) o investigador não intervém. Desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, sem a sua intervenção, e quais os efeitos nos sujeitos em estudo”. Considera-se ainda um estudo do tipo transversal, uma vez que a amostra é constituída por um grupo da população em estudo “(...)e os dados são recolhidos num único momento” (Ribeiro, 1999, p. 42).

“As variáveis da investigação constituem o elemento central onde se estrutura a investigação” (Ribeiro, 1999, p.25). Consideramos neste estudo dois tipos de variáveis:

Variáveis principais: significados que os enfermeiros atribuem ao conceito de “promoção da saúde”;

Variáveis secundárias: sexo, idade, formação profissional, escola de enfermagem frequentada na formação básica, tempo de exercício na profissão, nos CSP e o serviço onde desempenham funções.

Na medida em que este estudo segue uma vertente descritiva, pretende-se fundamentalmente apresentar os dados que se encontram e não, necessariamente, encontrar relações causais entre variáveis, e porque “os estudos descritivos são normalmente estudos exploratórios que decorrem do facto de o investigador não ter necessariamente um conjunto de assunções bem desenvolvidas para formular hipóteses” Ribeiro (1999, p. 25), ideia que também é defendida por Gil (1995, p. 43) - “geralmente, naqueles estudos em que o objectivo é o de descrever determinado fenómeno ou as características de um grupo, as hipóteses não são enunciadas formalmente”. Razão pela qual não é colocada uma hipótese de forma explícita.

3.2 - PARTICIPANTES

Participaram no estudo 138 respondentes, sujeitos dos 12 centros de saúde da Sub-região de Saúde de Bragança, no período de 08 a 31 de Janeiro de 2003, no preenchimento dos inquéritos por questionário. Todos os enfermeiros daquela

Sub-região seriam potencialmente o universo ou a população da nossa investigação. *“A população, ou universo, é a totalidade das observações pertinentes que podem ser feitas num dado problema”* (Miaoulis, & Michener, 1976), citado por Ribeiro (1999, p. 52). No estudo realizado, e, na impossibilidade de incluir toda a população, foi utilizada uma amostra: *“que é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica em miniatura da população em estudo”* Fortin (1999, p. 202), a partir da qual se obtêm *“informações relativas às características dessa população”* (Ribeiro, 1999, p. 52). Assim, a amostra foi constituída pelos 148 enfermeiros dos 12 centros de saúde da Sub-região de Saúde de Bragança, que desenvolviam a sua actividade na prestação directa dos cuidados, no âmbito dos CSP. Tratou-se de uma amostra não probabilística do tipo de conveniência, escolhida pelo investigador, que poderá também ser considerada uma amostra accidental, uma vez que os participantes integrados no estudo, correspondem aos *“indivíduos que estão mais a jeito para a investigação”* (Polgar & Thomas, 1988) citado por Ribeiro (1999, p. 55). Pensamos que a amostra é representativa, uma vez que foi constituída por um total de 148 enfermeiros, número de sujeitos disponíveis no período em que foi programada a colheita de dados.

Condições de inclusão/exclusão no estudo

Em princípio, todos os enfermeiros(as) da Sub-região de saúde de Bragança, na prestação directa dos cuidados de enfermagem, no âmbito dos CSP, seriam incluídos no estudo, independentemente do tempo de serviço na actividade, excepto se apresentassem um dos seguintes critérios de exclusão:

- Ser enfermeiro (a) a desempenhar funções de gestão;
- Não ser português.

Durante o período da recolha de dados, encontravam-se 148 profissionais de enfermagem em exercício de funções, os quais obedeciam à premissa inicial. Constituíam por isso a totalidade de sujeitos que potencialmente poderiam ser incluídos na amostra.

Um aspecto de extrema importância na implementação de uma investigação, reside na obtenção do consentimento informado dos participantes. Com essa

finalidade utilizamos a folha de rosto do questionário, esclarecendo o que se pretendia dos mesmos, nomeadamente a carta de apresentação da investigação e do investigador, que mereceu algum cuidado e pormenor na sua elaboração, tendo sido por nós considerado um elemento fundamental para a motivação dos respondentes. Antes do início da aplicação dos questionários, os respondentes foram informados sobre os propósitos do estudo, assegurando-se a confidencialidade e o anonimato das suas informações.

Variáveis pessoais

Em primeiro lugar, foi efectuada uma análise descritiva dos resultados, tendo sido utilizados para o efeito, parâmetros de tendência central (média) e de dispersão (desvio - padrão). No quadro 2, apresentamos a caracterização do grupo em estudo, de acordo com as variáveis pessoais (ou demográficas) e profissionais, que pretendíamos estudar: sexo, idade, formação profissional, escolas de enfermagem frequentadas, tempo de exercício na profissão, nos CSP e o serviço onde desempenhavam funções.

Conforme se pode observar, o “sexo” feminino apresenta-se em número francamente superior ao sexo masculino. Por sua vez, a “idade” tem uma distribuição relativamente heterogénea. O valor mínimo é de 23 anos, com um valor máximo de 67 anos e com um desvio padrão de 10,98. A faixa etária com maior número de enfermeiros, situa-se nos 28 anos de idade, seguida pelas faixas etárias de enfermeiros com idades compreendidas entre os 37 e os 50 anos, respectivamente.

Quadro 2 - Caracterização demográfica e profissional do grupo em estudo

VARIÁVEIS		AMOSTRA N = 138			
		n	%	M	DP
SEXO	Feminino	126	91,3		
	Masculino	12	8,7		
IDADE				39,57	10,98
FORMAÇÃO PROFISSIONAL	C. G. Enfermagem	12	8,7		
	C. Bacharelato Enfermagem	67	46,6		
	C. Licenciatura Enfermagem	58	42		
	C. Mestrado	1	0,7		
ESCOLAS DE ENFERMAGEM FREQUENTADAS NA FORMAÇÃO BÁSICA	Ana Guedes	2	1,4		
	Ângelo da Fonseca	3	2,2		
	Bragança	66	47,8		
	Calouste Glubenkian	2	1,4		
	Farias Brito	1	0,7		
	Franciscanas Missionárias	1	0,7		
	Imaculada conceição	2	1,4		
	Jean Piaget	23	16,7		
	Lopes Dias	1	0,7		
	Ponta Delgada	3	2,2		
	S. João	5	3,6		
	S. Vicente Paulo	2	1,4		
	Técnica de Moçambique	1	0,7		
	Vila Real	3	2,2		
TEMPO DE EXERCÍCIO	Na profissão			185,32	122,49
	Nos C S P			149,33	117,4
SERVIÇO ONDE DESEMPENHA FUNÇÕES	SAP/SASU/CATUS	4	2,9		
	Serviço Internamento	8	5,8		
	Serviço Ambulatório	47	34,1		
	SASU + Internamento	21	15,2		
	SASU + Ambulatório	29	21		
	SASU + Ambulatório + Internam.	29	21		

Variáveis profissionais

Para além das variáveis referidas, consideramos as variáveis de natureza profissional, onde englobamos: a formação profissional; escolas de enfermagem

frequentadas na formação básica; tempo de exercício na profissão; nos CSP e por último, o serviço onde desempenham funções. Relativamente à “*formação profissional*”, verifica-se um predomínio do curso de bacharelato para 67 enfermeiros, com um valor bastante próximo de 58 enfermeiros, já detentores do curso de licenciatura. Com o curso de mestrado existe apenas um enfermeiro. No que se refere à “*escola de enfermagem frequentada na formação básica*”, encontramos uma maioria significativa de 66 enfermeiros, que frequentaram a escola superior de enfermagem de Bragança, seguidos por um número ainda elevado de 23 enfermeiros, que frequentaram a escola de Jean Piaget. As restantes escolas, apresentam valores pouco significativos, comparativamente com os valores referidos para as duas escolas. Quanto ao “*tempo de exercício na profissão*”, verifica-se que a primeira categoria de enfermeiros, dos 5 aos 100 meses, é a mais representativa do grupo, com um valor de 32,6 %, comparativamente com as restantes categorias. Quanto ao “*tempo de exercício nos CSP*”, pode observar-se um valor significativamente elevado de 48,6%, para a faixa de tempo dos 2 aos 100 meses, relativamente às outras faixas. No que concerne ao “*serviço onde desempenham funções*”, observa-se uma maioria significativa de enfermeiros que exercem funções no serviço de Ambulatório, seguida pelos serviços de Sasu/Ambulatório e Sasu/Ambulatório/Internamento, com valores exactamente iguais, para ambos os serviços.

3. 2.1 - Caracterização da amostra

A fim de caracterizar a amostra, foram utilizadas todas as variáveis consideradas secundárias, tendo sido submetidas a procedimentos estatísticos tal como a análise das frequências, por variável considerada, no sentido de melhor conhecer a amostra. Com o intuito de facilitar a leitura e análise das diferentes variáveis em estudo, passamos à sua apresentação sob a forma de figuras e quadros.

No quadro 3, podemos observar a distribuição dos enfermeiros por categorias de idade. A média de idades é de 39,57, com o valor mínimo de 23 anos e o valor máximo de 67 anos. A faixa etária mais representativa é a dos 28 anos de idade, com um valor de 8% para o total do grupo.

Quadro 3 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros por categorias de idade

Idade	N	%
23 - 30 anos	38	27,5
31 - 40 anos	38	27,5
41 - 50 anos	27	19,5
51 - 60 anos	19	13,8
> 61anos	5	3,7
Total	127	92

Como se pode verificar na figura 6, 48,6% dos enfermeiros possuem o curso de bacharelato e 42% são detentores do curso de licenciatura. Um único profissional possui o curso de mestrado.

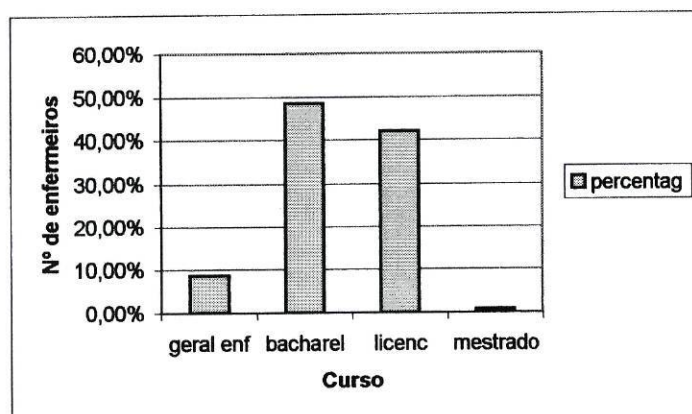


Figura 6 – Distribuição dos enfermeiros por formação profissional

No quadro 4, podemos constatar a distribuição dos enfermeiros pelas escolas de enfermagem frequentadas na formação básica. É significativo o valor para a escola de Bragança com 66%, seguido pela escola de Jean Piaget com 23%, comparativamente com os valores, pouco significativos, para as restantes escolas.

Quadro 4 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros por escolas de enfermagem

Escolas	N	%
Ana Guedes	2	1,4
Ângelo da Fonseca	3	2,2
Bragança	66	47,8
Calouste Glubenkian	2	1,4
F. Farias Brito	1	0,7
Franciscanas	1	0,7
Imaculada Conceição	2	1,4
Jean Piaget	23	16,7
Lopes Dias	1	0,7
Missionárias	1	0,7
Moçambique	1	0,7
Ponta Delgada	3	2,2
Saúde Militar	1	0,7
S. João	5	3,6
S. Vicente Paulo	2	1,4
Vila Real	3	2,2
Total	117	84,5

No quadro 5, apresentamos a distribuição dos enfermeiros por categorias de tempo na profissão, salientando-se a primeira categoria, dos 5 aos 100 meses, com 36,2% como a mais representativa.

Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros por categorias de tempo na profissão

Tempo	N	%
5 - 100 meses	50	36,2
101 - 200 meses	29	21
201 - 300 meses	26	18,9
301 - 400 meses	26	18,9
≥ 401 meses	5	3,6
Total	136	98,6

No quadro 6, podemos observar a distribuição dos enfermeiros por categorias de tempo nos CSP. É notório o valor de 48,6% para a faixa de tempo dos 2 aos 100 meses, comparativamente com as restantes faixas.

Quadro 6 - Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros por categorias de tempo nos CSP

Tempo	N	%
2 – 100 meses	67	48,6
101 - 200 meses	17	12,3
201 - 300 meses	30	21,8
301 - 300 meses	16	11,6
≥ 401 meses	2	1,4
Total	132	95,7

Na figura 7, podemos constatar a distribuição dos enfermeiros pelos serviços onde desempenham funções. O serviço com maior representatividade é o de Ambulatório, com 34,1%, seguido equitativamente, pelos serviços Sasu/Ambulatório e Sasu/Ambulatório/Internamento, com um valor de 21% para ambos.

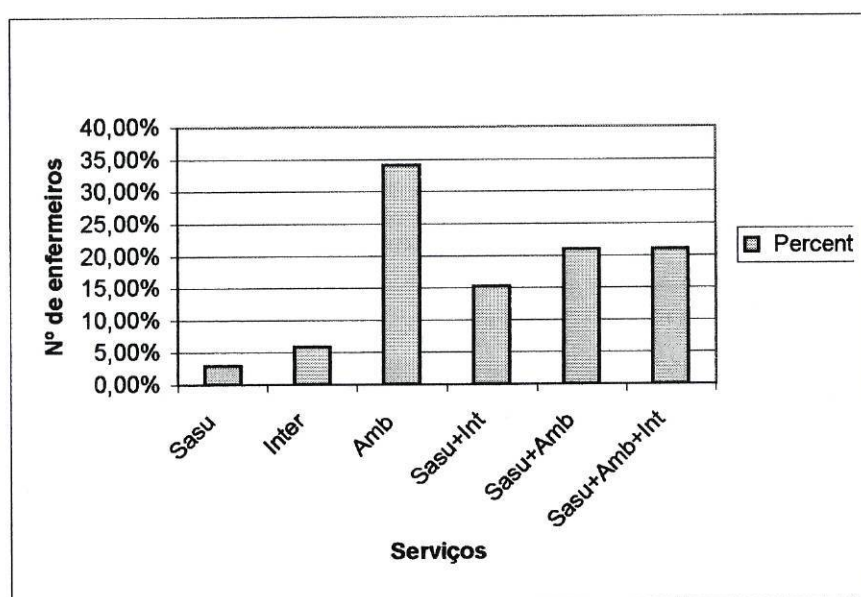


Figura 7 – Distribuição dos enfermeiros por serviços

Como já anteriormente referido, o nosso estudo incluiu um universo de 148 profissionais de enfermagem, em exercício no período de 08 a 31 de Janeiro de 2003, na prestação directa dos cuidados, tendo sido obtida uma amostra de 138 respondentes. No início do estudo não tínhamos a noção exacta do número de profissionais que poderiam ser incluídos e excluídos do grupo.

Em conformidade com os critérios de inclusão/exclusão previamente definidos, procedeu-se à exclusão da amostra, dos enfermeiros que: desempenhavam funções de gestão; que trabalhavam exclusivamente no serviço de esterilização e que não eram de nacionalidade portuguesa.

No quadro 7, podemos observar os dados relacionados com a inclusão/exclusão no referido estudo.

Quadro 7 – Distribuição numérica e percentual dos enfermeiros incluídos/excluídos da amostra

Sexo	Enfermeiros Incluídos		Enfermeiros Excluídos	
	N	%	N	%
Feminino	136	91,90	13	92,86
Masculino	12	8,10	1	7,14
Total	148	100	14	100

A caracterização do grupo será apresentada no capítulo seguinte, porque facilita a sequência da apresentação das variáveis e dos resultados do estudo.

3.4 – MATERIAL

Para levar a cabo o estudo previsto, tornou-se essencial obter a informação junto da população alvo. Devido à natureza do fenómeno em estudo, os objectivos da pesquisa e o tempo disponível para a concretizar, pareceu-nos adequado como instrumento de recolha de dados, o inquérito por questionário (construído de raiz), anónimo, de auto - preenchimento, a fim de sistematizar a informação a colher. Incluiu algumas variáveis de ordem demográfica, profissional e várias afirmações relacionadas com os conceitos de saúde, PS, cuidados de enfermagem e

diversos, permitindo-nos conhecer o tema de uma forma abrangente, tendo acesso às concepções dos enfermeiros, pelo conhecimento das suas opiniões, crenças e sentimentos, utilizando um questionamento tão directo quanto possível. *“A recolha de dados consiste na colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos”* (Polit & Hungler, 1995).

Embora as entrevistas não estruturadas, estejam mais indicadas quando se explora uma nova área de pesquisa, o tempo necessário para organizar e analisar os dados é mais longo, tendo-se considerado à partida, uma das razões para a rejeição desta técnica. As entrevistas são ainda mais adequadas em amostras pequenas e *“são de difícil análise, no caso de amostras grandes”* (Polit & Hungler, 1995). Por outro lado, a utilização de questionários estruturados permite quantificar e comparar as respostas, o que facilita a análise dos dados.

3.4.1 - Instrumento da recolha de dados

O material bibliográfico recolhido e tratado globalmente, no âmbito da saúde e PS, permitiu elaborar um instrumento de questões fechadas, que foi construído para o efeito, por não ter sido encontrado nenhum outro que servisse a finalidade do estudo. Foi organizado no sentido de obter respostas uniformes. O inquérito por questionário utilizado (Anexo 1), como instrumento de recolha dos dados, foi criado por nós para a concretização do estudo, como já foi referido, constituindo uma única fonte de informação dirigida aos profissionais de enfermagem. O documento, no seu todo, dividiu-se em duas partes. A *primeira*, era composta por 6 questões que tinham como objectivo caracterizar a amostra, ao nível das suas características pessoais e profissionais, propriamente ditas; e a *segunda*, era constituída por um total de 85 afirmações/expressões organizadas em quatro grupos distintos. Em cada conjunto, cada uma das afirmações devia ser respondida em termos do grau de acordo ou desacordo (1-5) em que as afirmações positivas tinham a pontuação mais elevada: (= 5), se o respondente assinala que «concorda totalmente»; se «concorda parcialmente» (= 4); se «não concorda nem discorda» (= 3), sendo as afirmações negativas pontuadas

inversamente; (= 2), se o respondente «discorda parcialmente» e (= 1) se o respondente «discorda totalmente».

O score total da escala é obtido através do somatório das pontuações conseguidas em cada um dos itens da referida escala. O score máximo que podia ser obtido pelos respondentes, relativamente a cada um dos itens, seria o valor 5. Por inerência, o score máximo que podia ser obtido no global da escala, seria o valor ($5 \times n^{\circ}$ de itens), sendo o score mínimo o valor ($1 \times n^{\circ}$ de itens). Tratou-se de um inquérito por questionário estruturado, constituído por vários itens, sendo os mesmos de dois tipos:

- Itens pertencentes à escala de crenças/concepções;
- Itens relativos à aquisição e domínio de conhecimentos sobre saúde, PS.

A escala construída foi do tipo Lickert, que constitui um dos processos mais utilizados. Trata-se de uma escala ordinal, relativamente simples de construir, que geralmente apresenta um bom grau de fiabilidade e nos permite medir não só a direcção (acordo ou desacordo), como a força (grau de acordo ou desacordo). Uma das regras para a construção de uma escala de Lickert, consiste na selecção dos itens de modo que, estes abranjam o mais possível o universo do conteúdo, evitando incluir demasiados itens referentes a qualquer dimensão particular. A forma encontrada para a recolha de dados com perguntas fechadas, seguidas da escala tipo Lickert (1- 5), foi preferida, por ter a vantagem de ser mais fácil de responder e de poderem ser submetidas a tratamentos estatísticos mais rigorosos. Apresenta, contudo dificuldades, no que diz respeito à validade e que podem ser minoradas através da :

- Aplicação anónima da escala, de modo a tornar as respostas o mais honestas possível;
- Alternância equilibrada da formulação, das diversas afirmações que compõem a escala, de modo a evitar-se as respostas consistentes e conformistas,
- Selecção de afirmações que suscitem reacções fortes por parte dos respondentes, de modo a facilitar o seu posicionamento claro em relação a cada uma delas.

A elaboração específica das diversas afirmações, que constituem a escala, obedeceu a alguns passos que não nos parece oportuno aqui referir pela sua morosidade. Por se tratar de um estudo exploratório, conferiu-se especial ênfase

à obtenção de dados qualitativos que permitissem aprofundar o conhecimento da realidade (Piovesan & Temporini, 1995).

Durante a fase de construção e para a sua validação, o instrumento de colheita de dados foi submetido à apreciação de enfermeiros, considerados peritos nesta matéria, devido ao seu perfil, (Goode & Hatt) citados por Felício (1994), solicitados a analisar a clareza, propriedades e forma das afirmações, bem como a opinar sobre a rejeição ou introdução de alguns itens previamente formulados. Com base na análise desses pareceres, foi elaborado o questionário definitivo e aplicado a seis enfermeiros, com características semelhantes aos da nossa amostra, como pré-teste, de forma a validar a globalidade do instrumento. As principais dificuldades surgidas na elaboração da escala foram, não só devido ao facto de a autora desconhecer escalas utilizadas noutros estudos com objectivos semelhantes, mas também, pela razão de as crenças/concepções face à saúde e PS apresentarem várias dimensões.

Não existindo outras alterações relevantes, procedeu-se à aplicação dos questionários no período de 08 a 31 de Janeiro de 2003, conforme previamente programado. Foram enviados para os 12 centros de saúde seleccionados, alguns pelo correio, outros entregues pessoalmente, conforme o plano pré-estabelecido. O acesso à população alvo, foi feito em estreita colaboração com os enfermeiros chefes, responsáveis pelas equipas de enfermagem, como elo de ligação entre o investigador e o grupo. Foram recolhidos sensivelmente um mês após a sua distribuição, tempo que consideramos ter sido suficiente para o seu preenchimento. No sentido de estabelecer uma maior interligação entre os participantes e o estudo, fizemos previamente alguns contactos informais com os mesmos. O único suporte de informação utilizado foi a folha de resposta do questionário. Dadas as particularidades da população em estudo, houve inevitavelmente aspectos éticos que se prenderam com este trabalho de pesquisa, nomeadamente:

- A autorização do estudo pelas entidades responsáveis da Sub-região de Saúde;
- A participação voluntária dos enfermeiros;
- Os esclarecimentos sobre o estudo, a dar aos participantes, garantindo o anonimato e a confidencialidade das suas declarações;

- O momento da colheita dos dados mais adequado ao desenvolvimento das actividades profissionais;

- A colaboração da equipa multidisciplinar, tendo em conta os códigos deontológicos que orientam as suas práticas.

Tendo por base estes princípios, foram respeitadas todas as formalidades éticas e normativas institucionais e ainda as relativas aos participantes que o estudo exigiu.

3.5 - PROCEDIMENTOS

Numa primeira fase, prévia à elaboração do projecto, estabelecemos contactos informais com enfermeiros e enfermeiros chefes dos centros de saúde a investigar, abordando as finalidades da pesquisa, procurando avaliar constrangimentos para a sua realização, sondando o interesse e disponibilidade para colaborarem no estudo. Na globalidade mostraram-se receptivos e disponíveis em participar.

Dada a natureza da investigação e a necessidade de utilizar a população de uma instituição de saúde, elaboramos um pedido formal, por escrito, dirigido à Coordenação da Sub-região de Saúde, (Anexo 2) explicitando onde e porque gostaríamos de desenvolver aquela pesquisa. Seguidamente, solicitamos a respectiva autorização, que só foi entregue após a aceitação do projecto pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS). No documento foram ainda especificados os objectivos do estudo, as datas previstas para a recolha dos dados, garantindo a sua confidencialidade, salvaguardando aspectos éticos e deontológicos relacionados com aquele contexto. O pedido foi deferido.

Com a finalidade de conhecer o número exacto da população alvo (amostra), solicitamos a colaboração dos enfermeiros chefes, no sentido de nos facultarem uma listagem completa e actualizada dos enfermeiros a exercer funções, na prestação directa dos cuidados, naquele período, em cada uma das instituições. Todos responderam afirmativamente, aderindo de imediato àquele pedido. Uma das razões desta iniciativa, deveu-se ao facto de ter havido recentemente, grandes alterações em termos de mobilidade dos profissionais de enfermagem. Por outro lado, esta medida foi mais uma oportunidade que permitiu fortalecer

uma relação mais estreita com os colegas, envolvendo-os mais directamente naquele projecto. Estamos convictos de que a boa adesão que obtivemos por parte dos participantes, deveu-se à colaboração conseguida com os enfermeiros chefes e à nossa relação informal já existente com a maioria dos colegas. Tendo por base cada uma das listagens fornecidas, foram enviados para cada centro de saúde os questionários, em número correspondente aos profissionais de enfermagem em exercício, conhecendo naquele momento o valor exacto da nossa amostra. Da população, ou seja, de todos os enfermeiros dos 12 centros de saúde da Sub-região de Saúde de Bragança, em funções naquele período, aderindo 138 respondentes, do total dos 148 questionários distribuídos. Assim, a amostra constituiu 93.24% do universo, o que representou uma adesão ao estudo, bastante significativa. Como já foi referido, a distribuição dos questionários foi feita no início do mês de Janeiro de 2003, em alguns CS (pessoalmente), no sentido de motivar os participantes ao seu preenchimento, tendo sido enviados os restantes questionários pelo correio. Em simultâneo com a distribuição e, por CS, foi entregue uma carta personalizada, dirigida ao enfermeiro chefe, enfatizando a importância do seu papel como mediador no processo de distribuição e recolha dos questionários, no período estipulado (final do mês), para a colheita dos dados. Aos participantes directos no estudo, foi pedida a sua colaboração na folha de rosto, após a apresentação do investigador e a finalidade do estudo, garantindo a confidencialidade e o anonimato das suas declarações.

Durante o período previsto para o preenchimento dos questionários, fizemos ainda alguns contactos telefónicos com os enfermeiros chefes, auscultando o momento mais propício para a recolha dos mesmos. Foram recolhidos sensivelmente na data preconizada, um mês após a sua distribuição. Terminada a recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento estatístico, (utilizando o SPSS - versão 10.0), passando seguidamente à interpretação e análise dos mesmos. Os dados foram analisados em função do objecto de estudo, conforme se tratasse de explorar e/ou descrever os fenómenos. Após a apresentação e discussão dos resultados do estudo à comunidade científica, será facultado o acesso e consulta dos dados obtidos, aos participantes no estudo, conforme acordado com os mesmos.

Problemáticas e Constrangimentos

Na consecução deste projecto, ocorreram algumas dificuldades, tanto a nível teórico como a nível prático. A nível teórico, constituiu principal constrangimento, a ausência de estudos específicos relacionados com a nossa problemática de pesquisa. A literatura em português encontrada, foi escassa, e a internacional em que é utilizado o idioma inglês, constituiu uma preocupação, pela terminologia utilizada para a definição de termos durante a elaboração do construto teórico, de forma a não existirem conflitos de interpretação. Relativamente às dificuldades na prática, prenderam-se com a aplicação dos questionários à totalidade da amostra pretendida para elaborar o estudo, já que os enfermeiros se encontravam dispersos: por um lado, pela localização geográfica das instituições, e por outro, pelas situações particulares em que se encontravam naquele período, nomeadamente, licenças de maternidade; atestados médicos; formação e, no meio de tanta tarefa simultânea se esquecerem de o fazer.

4. RESULTADOS

Tendo em conta o processo metodológico e o processo estatístico para dar cumprimento ao desenho do estudo, serão apresentados os resultados conforme as análises estatísticas seleccionadas. Após a aplicação dos questionários, recolha e organização dos dados, utilizamos o programa estatístico já referido, SPSS (versão 10.0) para proceder à análise univariada das variáveis, o que constitui o ponto fundamental deste capítulo. Iniciamos o capítulo tendo em consideração as variáveis pessoais (ou demográficas) e as variáveis profissionais, passando seguidamente à apresentação dos resultados, que vão de encontro aos objectivos propostos. Serão utilizadas figuras e quadros de modo a facilitar a leitura e a análise dos dados.

Variáveis relacionadas com a Saúde, PS, Cuidados de Enfermagem e Diversos

Considerando demasiado extenso, abordar individualmente e numa análise detalhada cada uma das afirmações contempladas no instrumento de colheita dos dados, seleccionamos oito das mais pontuadas, pertencentes a cada um dos conjuntos, por tema, já anteriormente mencionados.

Face aos resultados obtidos, e sobretudo, devido à natureza dos fenómenos tratados, pareceu-nos conveniente apresentá-los sob a forma de análise descritiva, na mesma sequência numérica, em que se encontravam organizados no inquérito por questionário. Procuramos abordar cada afirmação, fundamentando-a e relacionando-a com o apoio bibliográfico mais pertinente a que tivemos acesso. Antes de passarmos ao desenvolvimento específico de cada uma dessas afirmações, dando a conhecer os scores obtidos por parte dos respondentes, pareceu-nos mais elucidativo apresentá-las previamente, através de quadros síntese, para cada um dos temas abordados, permitindo uma leitura rápida e a visão do conjunto.

Quadro 8 - Afirmações relacionadas com a saúde

Nº afirm.	Itens - (a saúde...)	1 - DT	2 - DP	3-NCND	4 - CP	5 - CT	Total
7.6	é um factor essencial para o desenvolvimento social, económico e humano	0	1	8	30	99	138
7.9	não é unicamente da responsabilidade dos indivíduos, do estado ou das organizações, mas de todos em conjunto	2	29	7	0	100	138
7.11	ou bem-estar, é influenciada por inúmeros factores físicos, sociais e pessoais	2	0	3	39	94	138
7.13	e a doença são processos e estados que fazem parte da vida, que medeiam entre a concepção e a morte	3	9	10	28	88	138
7.15	utiliza recursos que são essenciais para promover estilos de vida saudáveis	2	6	15	43	72	138
7.16	não é uma finalidade em si mesma, mas um recurso que deve estar ao alcance de todos, para o desenvolvimento das comunidades	0	2	7	36	93	138
7.17	é um conceito dinâmico e multidimensional	0	4	9	23	102	138
7.18	pode ser considerada como o equilíbrio dinâmico e a harmonia de todas as possibilidades da pessoa humana, conferindo-lhe um potencial de vida	1	1	7	49	80	138

1-DT (Discorda Totalmente); **2-DP** (Discorda Parcialmente); **3 - NCND** (Não Concorda Nem Discorda) ; **4 - CP** (Concorda Parcialmente) ; **5 - CT** (Concorda Totalmente)

Quadro 9 - Afirmações relacionadas com a promoção da saúde

Nº afirm.	Itens - (a promoção da saúde...)	1 - DT	2 - DP	3-NCND	4 - CP	5 - CT	Total
8.2	não diz respeito exclusivamente ao sector da saúde	8	6	7	23	94	138
8.8	visa um "ganho em saúde"	2	3	5	24	104	138
8.10	abrange também a população em risco de doenças específicas	3	5	7	30	93	138
8.16	exige investigação em saúde e alterações na educação/formação dos profissionais de saúde para a mudança de atitudes	3	1	6	21	107	138
8.17	é um processo de aprendizagem ao longo da vida	1	3	7	26	101	138
8.25	visa a saúde em geral e as actividades que a promovem	2	1	4	45	86	138
8.26	é um processo globalizante, desenvolvimental e construtivista que permite a apropriação por parte das pessoas, de novas formas de estar e de pensar a saúde	0	4	9	36	89	138
8.28	e a prevenção da doença são duas prioridades ao nível da prevenção primária	2	5	4	15	112	138

1-DT (Discorda Totalmente); **2-DP** (Discorda Parcialmente); **3 - NCND** (Não Concorda Nem Discorda) ; **4 - CP** (Concorda Parcialmente) ; **5 - CT** (Concorda Totalmente)

Quadro 10 - Afirmações relacionadas com os enfermeiros

Nº afirm.	Itens - (os enfermeiros...)	1 - DT	2 - DP	3-NCND	4 - CP	5 - CT	Total
9.1	em CSP, por inerência da sua actividade, têm uma percepção real da situação social das pessoas	2	12	2	81	4	138
9.2	são responsáveis pelos níveis de saúde das comunidades que cuidam	5	13	14	74	32	138
9.3	desempenham um papel relevante no âmbito da promoção da saúde das populações	1	0	1	18	118	138
9.4	têm junto dos utentes uma acção interventiva na promoção da sua qualidade de vida	1	0	1	31	105	138
9.5	como profissionais de saúde, sabem melhor o que fazer e decidir sobre a saúde das pessoas	14	29	17	55	23	138
9.6	são promotores da saúde, desde que criem um ambiente relacional que permita o desenvolvimento das capacidades e competências das pessoas	3	1	11	44	79	138
9.7	nos novos modelos dos serviços de saúde, têm uma acção fundamental junto da comunidade	1	4	8	25	100	138
9.8	contribuem para a promoção da saúde, quando integram nos seus conhecimentos, o âmbito conceptual da perspectiva salutogénica	0	4	32	35	66	137

1-DT (Discorda Totalmente); 2-DP (Discorda Parcialmente); 3 - NCND (Não Concorda Nem Discorda) ; 4 - CP (Concorda Parcialmente) ; 5 - CT (Concorda Totalmente)

Quadro 11 - Afirmações diversas

Nº afirm.	Itens - (diversos)	1 - DT	2 - DP	3-NCND	4 - CP	5 - CT	Total
12	O campo da saúde é constituído por quatro pilares fundamentais: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização dos cuidados de saúde	0	3	10	46	79	138
19	A prevenção da doença refere-se a todas as acções específicas, implementadas com vista a evitar ou reduzir a doença e o seu impacto no indivíduo	2	2	9	51	72	136
20	Os cuidados de enfermagem integram-se na prestação dos CSP	1	8	4	31	94	138
21	Um serviço promotor de saúde, é aquele que se esforça por inovar a sua organização e as metodologias de trabalho, com vista à responsabilização, autonomia e participação das pessoas nas tomadas de decisão	1		9	24	103	137
22	A criatividade permite aos profissionais de saúde, fazer evoluir a sua prática e adequar as suas intervenções às necessidades das pessoas	1	2	5	38	91	137
23	Os processos educativos em geral são a via ideal para a concretização da promoção da saúde das pessoas	0	4	9	49	75	137
25	A prática dos enfermeiros é influenciada, pelas suas características pessoais, as dos utentes e, pelo contexto organizacional onde se desenvolve a sua acção	1	6	8	47	74	136
28	As principais estratégias de promoção da saúde encontram-se expressas nas metas da saúde para todos	1	1	12	45	77	136

1-DT (Discorda Totalmente); 2-DP (Discorda Parcialmente); 3 - NCND (Não Concorda Nem Discorda) ; 4 - CP (Concorda Parcialmente) ; 5 - CT (Concorda Totalmente)

Assim, a saúde:

7. 6 - é um factor essencial para o desenvolvimento social, económico e humano;

Relativamente a este item, foi obtido um score de 99 respostas, correspondendo a uma elevada pontuação na totalidade dos 138 respondentes, que referem concordar totalmente com a afirmação. Contudo, existe uma parte do grupo de 30 respondentes, um valor relativamente significativo, que referem concordar parcialmente (*quadro 8*).

A grande maioria do grupo considera a saúde como um fenómeno indispensável para o desenvolvimento e o bem estar do ser humano, encontrando-se este resultado em perfeita consonância com a literatura consultada. Todavia uma parcela do grupo ao referir concordar parcialmente com o exposto, poderá sugerir que desconhece um aspecto importante relacionado com a saúde, ou tem outro entendimento desta mesma questão, contrariando outras concepções, nomeadamente, defendidas pelo (MS,1999). Como acontecimento não normativo (Baltes; Reese & Lipsit, 1980), "*a saúde é um factor decisivo no desenvolvimento humano, um domínio fundamental na vida das pessoas ao longo de todo o ciclo de vida. Acompanha o desenvolvimento humano da concepção à morte*", citado por (Ribeiro, 1998, p.14). Tendo ainda por base a concepção da Carta de Ottawa, a saúde, é um recurso da vida quotidiana. É um conceito positivo que coloca sobre o mesmo plano os recursos sociais e pessoais. Um bom estado de saúde é uma condição essencial para o desenvolvimento social, económico e pessoal. É um factor determinante para a QV (OMS, 1986). A saúde, considerada actualmente como um componente importante do desenvolvimento social, económico e factor imprescindível ao bem-estar do ser humano, constitui de facto, uma meta a ser atingida. Promover o desenvolvimento pessoal e social que nos permita desenvolver "*um projecto de si*", activo e responsável na sociedade, é no fundo, não só promover os factores salutogénicos, mas também catalizar o desenvolvimento e o sentido de coerência, com vista à promoção do bem estar e do crescimento humano e enfim (...) à autonomia (Antonovsky, 1995).

7.9 - não é unicamente da responsabilidade dos indivíduos, do estado ou das organizações, mas de todos em conjunto;

Com um resultado bastante semelhante, nesta afirmação os 100 participantes referem concordar totalmente, numa totalidade de 138 respondentes. Do mesmo modo, como na afirmação anterior, uma parte do grupo de 29 respondentes, concorda parcialmente, considerando a afirmação provavelmente sob uma outra perspectiva (*quadro 8*).

Ao analisarmos os aspectos que se relacionam com esta afirmação, poderemos ser levados a pensar que o valor total obtido, poderá traduzir por parte do grupo, um conhecimento bastante actual e em sintonia com a pesquisa por nós realizada, no que concerne à responsabilidade relacionada com a saúde. Todavia, uma parte do grupo ao manifestar concordar parcialmente com a afirmação, poderá traduzir alguma indecisão nas respostas ao item, ou significar que detêm uma outra perspectiva relacionada com esta questão.

Numa nova concepção de Saúde Pública – a responsabilidade pela saúde, não é unicamente dos indivíduos, do estado ou de quaisquer organizações em particular, mas de todos em conjunto. Assim, leigos, profissionais de saúde e de outras áreas, devem cooperar e coordenar esforços no sentido de alcançar o mais elevado nível de saúde, para o maior número de pessoas, a um custo que a sociedade considere razoável. A saúde do indivíduo depende dele e da colectividade; depende da família em que vive, da comunidade onde está inserido, e do país a que pertence. *“Portanto, o grande esforço de promoção da saúde envolve todos os profissionais de saúde de todos os níveis de prestação de cuidados, todos os sectores da nossa sociedade, enfim, todos os indivíduos”* (Felício, 1994, p. 27).

7.11- ou bem estar, é influenciada por inúmeros factores físicos, sociais e pessoais;

Neste item, foi obtido um score de 94 respostas, para um total de 138 respondentes, que referem concordar totalmente com a afirmação, representando a grande maioria do grupo. Porém, não é de menosprezar, o número de certa forma elevado de 39 respondentes, que afirmaram concordar parcialmente (*quadro 8*).

Um aspecto a destacar nesta afirmação é que a grande maioria dos resultados, mais uma vez se encontram na mesma linha de orientação da bibliografia por nós consultada. Este facto poderá sugerir-nos que, o grupo conhece e domina esta temática, comungando da mesma opinião que os autores pesquisados.

Na saúde, conflui toda uma série de factores de índole muito variada: factores individuais, colectivos, biológicos, sociais, económicos, culturais, religiosos e políticos, entre outros. Assim, a saúde, a nossa e a dos outros, depende em grande parte da qualidade da relação connosco própria e com o meio em que vivemos. A saúde é equiparada a bem estar, tem uma natureza dinâmica, é multifacetada e está continuamente sujeita a mudança (Bastos, 2000). A noção de bem estar é individualizada, deverá ser relativizada segundo o sector, o momento e a perspectiva (Bury, 1998). Conforme referido na Carta de Ottawa (OMS, 1986), os factores políticos, económicos, sócio - culturais, biológicos, ambientais e comportamentais podem ser favoráveis à saúde ou pelo contrário, prejudiciais.

7.13 - e a doença são processos e estados que fazem parte da vida, que medeiam entre a concepção e a morte;

Relativamente a esta afirmação, observa-se perante os resultados que, 88 elementos afirmam concordar totalmente, num total de 138 respondentes. O restante grupo, encontra-se um pouco mais dividido, em que 28 elementos referem concordar parcialmente, manifestando 10 participantes grande incerteza nas respostas, situando-se no, não concordam nem discordam (*quadro 8*).

Tendo em conta o valor total das respostas, entre os que concordam totalmente e a relação com o restante grupo, os resultados são claros, traduzindo por parte do grupo uma grande dispersão no que concerne a esta afirmação e alguma indefinição nas suas respostas.

“Saúde e doenças são processos e estados que fazem parte da vida e que medeiam entre a concepção e a morte” (Ribeiro, 1998, p. 47). A saúde, tem sido considerada a *“ausência de doença”*, uma noção negativa, que tem vindo a ser posta em causa. Contudo, na prática, esta linearidade permanece ainda subjacente em algumas interacções. A saúde é um elemento fundamental na evolução das espécies vivas. É um processo em que o organismo está em equilíbrio e funcional. Este equilíbrio não pode excluir o meio ambiente. Como

afirmava Sigerist já em 1946, ser saudável é, ser bem equilibrado corporal e mentalmente e bem ajustado ao meio físico e social, é estar em controlo total dos recursos mentais e físicos, é adaptar-se às mudanças do meio. É contribuir para o bem estar da sociedade de acordo com a sua capacidade. *As doenças são processos em que o equilíbrio ecológico está perturbado* (Ribeiro, 1998, p. 47). Na generalidade associados às doenças encontram-se os comportamentos de risco, tratando-se de formas específicas de comportamentos que se associam de forma severa, a uma maior receptividade para uma doença determinada ou a um mau estado de saúde (Nutbeam, 1998).

7.15 - utiliza recursos que são essenciais para promover estilos de vida saudáveis;

No que concerne aos scores obtidos nesta afirmação, 72 respondentes referem concordar totalmente, num total de 138 participantes, embora 43 elementos só concordem parcialmente. Um valor de certo modo relevante no grupo, sobretudo porque, 15 elementos afirmam, não concordar nem discordar (*quadro 8*).

À semelhança da afirmação anterior, os resultados obtidos nesta questão têm características muito idênticas. Saliente-se que, na maioria das respostas e nas diferentes temáticas, os participantes manifestam grande indecisão relativamente aos aspectos abordados. Este facto pode levar-nos a pensar que, ou desconhecem os conteúdos, ou numa situação de indecisão optam pelo mais fácil, não comprometendo as suas respostas.

Uma das primeiras investigações que reflectiu, uma nova perspectiva quanto ao modo de conceber a saúde e o âmbito da sua intervenção, foi o Estudo Alameda, que teve como inovação, comparativamente com estudos anteriores, pretender explicar, não só os factores que estavam associados às doenças, mas também os que estavam associados à saúde. Os resultados do estudo surgiram no início da década de 70 evidenciando relações significativas, entre o estilos de vida das pessoas e a saúde (Ribeiro, 1998). A saúde é fortemente influenciada pelos estilos de vida, por factores sócio - económicos, pela disponibilidade/acessibilidade de assistência social e pelo ambiente. Por sua vez, a deslocação das preocupações dos “*cuidados de saúde*” para o “*campo da saúde*” terá constituído a mudança mais radical da Segunda Revolução da Saúde

(Ribeiro, 1998). Mas, mais relevante ainda, parece ter sido a deslocação do foco de intervenção da doença para o da saúde, acontecimento que iria conduzir ao aparecimento de uma nova concepção de SP, não somente baseada na prevenção das doenças, mas sobretudo na “*promoção da saúde*” e na consequente facilitação de estilos de vida compatíveis com a saúde. O estado de saúde depende em grande medida do estilo de vida, adoptado pelas pessoas no seu quotidiano. O que conta são os recursos de saúde, ou seja promover estilos de vida, associados a uma boa QV. Os estilos de vida que favorecem a saúde, são aprendidos desde bastante cedo no ambiente familiar. A influência das crenças e valores no comportamento tem sido estudada em diversas abordagens. Ajzen e Fishbein, citados por Pender (1996), referem que as crenças constituem os blocos de construção fundamentais para a estrutura conceptual, sendo a intenção de determinado comportamento o determinante para esse comportamento.

7.16 - não é uma finalidade em si mesma, mas um recurso que deve estar ao alcance de todos, para o desenvolvimento das comunidades;

A certeza demonstrada pelos 93 respondentes, que afirmaram concordar totalmente, numa totalidade de 138 participantes, é bastante elevada, comparada com a baixa pontuação do segundo grupo, com apenas 36 respostas, que referem concordar parcialmente (*quadro 8*).

Na globalidade das respostas, os valores obtidos apontam para uma unanimidade bastante significativa da parte do grupo, o que pode manifestar uma sintonia com o pensamento dos principais teóricos da saúde, sem menosprezar uma parcela de participantes que não comunga desta opinião.

Em 1978, na reunião de Alma - Ata, “os teóricos de saúde chegaram à conclusão que a saúde não é uma finalidade em si mesma, mas um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades (...)” (Navarro, 1995 b, p.78). O entendimento da saúde como um recurso universal, deve estar ao alcance de todos, não podendo os serviços de saúde por si só resolver todos os problemas. Na sequência de uma investigação realizada sobre “Modelos Teóricos Conceituais da PS Canadense e da saúde colectiva Brasileira”, o sector da saúde deve ter como objecto o fenómeno saúde/doença em sujeitos

individuais e colectivos e ter como objectivo a produção da saúde. Saúde, entendida como a capacidade para viver a vida de modo autónomo, reflexivo e socialmente responsável. Actualmente, a saúde é entendida como um conceito positivo, um recurso para a vida de todos os dias, um conjunto de potencialidades para construir bem estar, autonomia e cidadania. Considerada um estado natural para o indivíduo, é entendida como um recurso de vida que cada ser humano deve gerir no seu dia a dia. Na base deste conceito está a noção de que o desenvolvimento do potencial de saúde de uma comunidade é uma responsabilidade social colectiva.

Também para (Nutbeam, 1998) a saúde, é um recurso para o dia a dia, tratando-se de um conceito positivo que enfatiza os meios sociais e pessoais assim como as capacidades físicas.

7.17 - é um conceito dinâmico e multidimensional;

Os resultados obtidos nesta afirmação, apresentam valores bastante significativos, uma vez que, na totalidade dos 138 participantes, um grupo de 102 elementos concordam totalmente, e em que, apenas 23 respondentes, uma parte pouco representativa do grupo, concorda parcialmente. Perante os scores obtidos, é notória a certeza do grupo nas respostas dadas (*quadro 8*).

Também no que se relaciona com esta afirmação, a maioria significativa do grupo manifestou-se na mesma linha de pensamento que a bibliografia consultada.

Estes aspectos podem levar-nos a pensar que a nossa amostra possui uma concepção bastante actual e moderna de saúde.

A concepção moderna de saúde considera-a como um conceito dinâmico e multidimensional. Este conceito liberta-se da antiga concepção estática de saúde, surgindo esta cada vez mais ligada aos modos de vida e à capacidade de adaptação do homem aos factores do meio que afectam o comportamento e o bem estar.

7.18 - pode ser considerada como o equilíbrio dinâmico e a harmonia de todas as possibilidades da pessoa humana, conferindo-lhe um potencial de vida;

Nesta afirmação, obtiveram-se resultados relativamente elevados, com um score de 80 respostas para um total de 138 participantes, que referem concordar

totalmente, comparativamente com os 49 respondentes, que referem concordar parcialmente (*quadro 8*).

O grupo apresenta, uma maior dispersão nas suas respostas, talvez devido ao facto de se tratar de um domínio pouco conhecido da parte dos respondentes, traduzindo alguma dificuldade e indecisão relacionada com este item.

Numa perspectiva mais dinâmica, a saúde é encarada pela OMS (1999) como um equilíbrio dinâmico entre factores intrínsecos ao ser humano, de natureza biológica, psico - afectiva e comportamental e factores extrínsecos, próprios do meio físico e relacional que o rodeia. Por modo de vida, entende-se uma maneira de viver que assenta sobre esquemas de comportamentos claramente identificáveis, eles mesmos determinados pela interacção dos fenómenos individuais, as relações sociais assim como as condições sócio - económicas e ecológicas (Nutbeam, 1998).

A Promoção da saúde:

8. 2 - não diz respeito exclusivamente ao sector da saúde;

Nos valores obtidos para esta afirmação, constata-se uma diferença significativa, entre o primeiro grupo de respondentes, que concorda totalmente com 94 respostas, num total de 138 elementos, e o segundo, bastante inferior com 23 respostas em que os participantes afirmaram, concordar parcialmente (*quadro 9*). É de salientar o facto dos valores mais elevados serem particularmente significativos, comparativamente com os resultados para o segundo grupo, uma vez que manifestaram, concordar parcialmente. Mais uma vez nos pode levar a reflectir sobre qual a perspectiva desta parcela do grupo, ao responder daquela forma.

As condições básicas e as expectativas face à saúde não podem ser asseguradas unicamente pelo sector da saúde. Assim, houve um reconhecimento de que, a PS não concerne exclusivamente ao sector da saúde, mas ela constitui-se numa intervenção essencialmente intersectorial. Ela é o resultado de acções inter - sectoriais, agindo nos determinantes gerais da saúde e da QV. Cada sector (educação, trabalho, lazer, cultura, meio ambiente, etc) deverá ter as suas estratégias de actuação coordenadas por "*políticas saudáveis*". O sector da saúde propriamente dito, tem um papel importante a cumprir neste processo, que deve ir mais além do que a simples produção de serviços clínicos e assistenciais.

Deve apoiar indivíduos e comunidades para uma vida mais saudável, articulando-se com os sectores sociais, políticos económicos e ambientais. A PS de uma forma global faz apelo à participação de diversos sectores da sociedade para uma mobilização de esforços em estratégias para atingir melhores níveis de saúde (OMS, 1986). Requer a cooperação de sectores para além dos serviços de saúde, de modo a reflectir a diversidade de condições que influenciam a saúde. Os governos, tanto aos níveis local como nacional, têm a responsabilidade de actuar adequadamente, de modo a garantir, que o meio ambiente, que está fora do controlo dos indivíduos e dos grupos, seja promotor de saúde (Ribeiro, 1998). É a política de saúde: enunciado ou processo relevante das instituições (em particular do governo), que define as prioridades e os parâmetros de acção em resposta às necessidades sanitárias assim como os meios disponíveis ou outras condições políticas (Nutbeam, 1998).

8. 8 - visa um “ganho em saúde”;

Face aos resultados obtidos de 104 respostas, poderemos considerar esta afirmação uma das que apresenta valores mais positivos, para o grupo total dos 138 respondentes, que referem concordar totalmente, comparativamente com o grupo seguinte, em que apenas 24 participantes, concordam parcialmente (*quadro 9*).

À semelhança de outras afirmações anteriores, também nesta, a grande maioria do grupo demonstra conhecer o significado de “*ganho em saúde*” em virtude da constatação dos dados, encontrando-se assim a amostra na mesma linha de pensamento da pesquisa por nós efectuada.

Em 1986, a 1ª Conferência Internacional sobre a PS em Ottawa, promulgou uma carta que chama a atenção para a utilização de estratégias e programas para a PS. Os participantes da conferência, comprometeram-se a desenvolver uma política pública de PS, a reduzir as desigualdades no domínio da saúde no seio das suas próprias sociedades assim como proceder à reorientação de serviços sanitários e dos seus meios com o objectivo da PS (OMS, 1986). A PS implica sempre a noção subjacente de um “*ganho em saúde*” (health gain) que pode ser definido como: “*uma melhoria do estado de saúde de um indivíduo ou de uma população, atribuível a uma intervenção prévia*” Brambleby (1995), citado por

Carvalho (2001, p. 9) “*uma melhoria do estado de saúde e de bem estar social de um indivíduo ou de uma população, atribuível a uma intervenção prévia*” (National Occupational Standards for Professional Activity in Health Promotion and Care, 1997). O conceito de ganho em saúde, focaliza a atenção nos resultados de saúde e em como diferentes opções ou prioridades podem ser comparadas tendo em conta a extensão dos seus efeitos.

8.10 - abrange também a população em risco de doenças específicas;

Os dados recolhidos nesta afirmação apresentam, 93 respostas num total de 138 respondentes, que concordam totalmente, um valor significativo quando comparado com o segundo grupo, em que 30 participantes referem, concordam parcialmente (*quadro 9*).

Ao contrário do que era esperado e através dos resultados obtidos, poderemos ser levados a pensar que, a grande maioria do grupo ao estar de acordo com esta afirmação, está em contradição com a literatura consultada. Porém de alguma forma vem confirmar a ideia da relação que as pessoas continuam a estabelecer entre a PS e a PD específicas. Só uma pequena parte do grupo refere, concordar parcialmente, com esta perspectiva.

A PS abrange a população como um todo, no contexto da vida diária, e não as pessoas em risco de doenças específicas - visa tornar as pessoas aptas para assumirem o controlo e a responsabilidade pela sua saúde, enquanto componente importante da vida diária – e deve ser vista, simultaneamente, como acção espontânea e organizada, visando a saúde. Tal requer acesso contínuo e completo à informação sobre saúde para toda a população, recorrendo a todos os métodos disponíveis de divulgação (Ribeiro,1998). Combina métodos, ou abordagens diversas, mas complementares, incluindo: comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário e actividades locais espontâneas contra as ameaças à saúde.

8.16 - exige investigação em saúde e alterações na educação/formação dos profissionais de saúde para a mudança de atitudes;

Relacionados com esta afirmação, os dados traduzem que, na globalidade dos 138 participantes, 107 concordam totalmente, demonstrando um certo

distanciamento do restante grupo, em que apenas 21 respondentes referem, concordar parcialmente (*quadro 9*).

Os resultados são bastante significativos, quando o grupo reafirma comungar da ideia implícita nesta afirmação. Por um lado, é positivo e satisfaz-nos que a maioria se situe nesta perspectiva, por outro, leva-nos a pensar no grande percurso que temos ainda de percorrer para que de facto haja uma efectiva mudança de mentalidades da parte dos profissionais de saúde.

Hoje, os serviços de saúde exigem também que se dedique uma atenção especial à investigação em saúde e às alterações a introduzir na formação dos profissionais. Tal perspectiva deve conduzir a uma mudança de atitudes e de organização dos serviços de saúde, focalizando-os nas necessidades totais do indivíduo, enquanto pessoa, compreendida na sua globalidade. No âmbito de uma investigação levada a cabo pela Universidade Norte do Panamá (Londrina - PR/Brasil) sobre o tema "*Concepção de Saúde e PS: a visão dos formandos dos cursos das áreas da saúde*", concluiu que o sector da saúde necessita de profissionais aptos a actuarem nesse sistema. Todos os profissionais da área da saúde devem desenvolver acções num modelo de cuidados integral à saúde, participando activamente na sua construção. No entanto o que se observa é que, desde a sua formação académica, a prática dos profissionais de saúde não tem sido suficientemente contemplada, direccionando o campo de trabalho desses profissionais para actividades predominantemente curativas e reabilitadoras, não permitindo a prática de um modelo, baseado sobretudo, em acções de promoção e protecção da saúde, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação. O estudo verificou que apesar dos conceitos contemporâneos de saúde e do modelo de atenção integral à saúde terem sido estabelecidos, a formação académica dos cursos da área da saúde ainda não os incorporou de facto na prática desses futuros profissionais. Alguns avanços foram observados, porém não de forma significativa para garantir a formação de um profissional competente e que contribua para a construção do sector da saúde.

"O desempenho profissional de qualidade exige competência na utilização de teorias e capacidades, no contexto de trabalho, incluindo o domínio das capacidades afectivas, para além das capacidades críticas, criativas e de pensamento reflexivo" (Fitzpatrick et al., 1992; Palmer et al., 1994) citado por

Basto (1998, p. 164). Segundo, (Felício, 1994) seria útil o investimento na formação dos profissionais de saúde considerados em PS, segundo modelos de aprendizagem adequados que integrem e valorizem as experiências dos próprios profissionais e as necessidades de formação identificadas pelos mesmos. As áreas prioritárias de formação parecem ser as relativas à aquisição de conhecimentos sobre PS e a aquisição de atitudes nos domínios da partilha do poder e do “uso” da população como o principal recurso de saúde. Dada a pertinência e a prioridade actuais da PS, é necessário dar ênfase à formação dos profissionais de saúde (com vista à aquisição de conhecimentos, capacidades e atitudes), quer dos CSP, quer de todos os outros níveis de prestação de cuidados, devendo até iniciar-se com a inclusão desta temática nos próprios currículos das instituições de formação (Guilbert, 1987), citado pela mesma autora.

8.17 - é um processo de aprendizagem ao longo da vida;

Numa totalidade de 138 respondentes, 101 elementos concordam totalmente com a afirmação, o que traduz um resultado muito significativo, sobretudo quando comparado com 26 participantes, que referem concordar parcialmente, (*quadro 9*).

Mais uma vez a maioria predominante do grupo demonstrou, estar em perfeita sintonia com o pensamento da maioria dos autores na bibliografia por nós consultada.

O comportamento promotor de saúde é definido como comportamento dirigido para atingir um elevado nível de saúde e bem estar. Trata-se de um:

- Processo de desenvolvimento ao longo do ciclo vital;
- Processo de aprendizagem ao longo da vida;
- Autocuidado e autoresponsabilização sobre a saúde;
- Enquadra-se na facilitação/estimulação dos processos de organização e construção pessoais.

As pessoas implicam-se como sujeitos do processo na PS. Promover a saúde é uma técnica e uma arte. Na realidade a base está no bem estar de cada indivíduo, marcado desde a concepção, de forma especial pela genética, pela cultura, isto é, pela sua forma de pensar, sentir e agir e pelo meio ambiente em que vive.

8. 25 – visa a saúde em geral e as actividades que a promovam;

No que concerne aos resultados nesta afirmação, foram obtidas 86 respostas num total de 138 respondentes, que referem concordar totalmente, seguidos pelo grupo com 45 respostas, em que referem concordar parcialmente (*quadro 9*).

Embora a maioria do grupo se tenha manifestado em concordância com esta afirmação, não é de menosprezar o restante grupo, que detém uma outra perspectiva. Por conseguinte, podemos ser levados a pensar que os respondentes desconhecem ou tiveram alguma dificuldade em se posicionar relativamente às opções dos itens na escala de respostas.

A PS visa os determinantes ou causas da saúde. Conceber a PS em sentido absoluto, aplica-se a todos os casos em que se pretenda melhorar a saúde. Um meio promotor de saúde é um local ou um contexto social onde, no exercício das suas actividades quotidianas, as pessoas são sujeitas aos factores ambientais, pessoais ou de organização onde a interacção influencia positivamente sobre a sua saúde e o seu bem estar (Nutbeam, 1998). A PS está para além da prestação dos cuidados.

8. 26 - é um processo globalizante, desenvolvimental e construtivista que permite a apropriação por parte das pessoas, de novas formas de estar e de pensar a saúde;

Segundo os dados obtidos relacionados com esta afirmação, 89 dos participantes responderam concordar totalmente, num total de 138 elementos, considerando-se um score elevado pelo contraste com o segundo grupo, em que apenas 36 elementos afirmaram, concordar parcialmente (*quadro 9*).

O valor global das respostas aponta e leva-nos a pensar que, a maioria predominante do grupo, comunga da mesma perspectiva desta afirmação.

A PS visa, essencialmente, a participação pública concreta e eficaz, e requer o desenvolvimento de aptidões (*skills*) de resolução de problemas e de tomada de decisão, tanto individuais como colectivas (Ribeiro, 1998). Combina métodos, ou abordagens diversas mas complementares. Comportamento promotor de saúde corresponde a toda a actividade individual com o objectivo de promoção e preservação da saúde. Os comportamentos promotores de saúde e os

comportamentos de risco são muitas vezes associados em esquemas complexos de comportamentos, qualificados de modos de vida (Nutbeam,1998). Parece-nos essencial que os profissionais de saúde e nomeadamente os enfermeiros, desenvolvam e construam novas competências, comportamentos e convicções que lhes permitam fomentar e manter estratégias interventoras, junto dos indivíduos, grupos e comunidade, enformados por um conceito social de saúde, concreto.

8. 28 - e a prevenção da doença são duas prioridades ao nível da prevenção primária;

Nesta afirmação constata-se valores significativamente elevados de 112 respostas para o primeiro grupo, que refere concordar totalmente, quando comparado com o restante grupo com apenas 15 respostas, que refere concordar parcialmente, num total de 138 participantes (*quadro 9*).

Os resultados traduzem uma certeza notória da maioria predominante do grupo, ao tratar esta afirmação, o que demonstra mais uma vez que a amostra tem um conhecimento bastante actual sobre este domínio, comungando da mesma perspectiva dos autores por nós pesquisados.

Em Portugal a PS e a PD fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado - Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto). A PS e a PD são as grandes prioridades dos CSP no sistema de saúde. Nestes objectivos está bem patente a perspectiva global de saúde e a importância dada à participação comunitária e ao trabalho intersectorial. Já tem sido observado que a PS e a PD segundo Breslow (1990) "*são duas faces da mesma moeda*" citado por Stanhope e Lancaster (1999). As noções de PS e PD são complementares e não opostas (Stanhope & Lancaster, 1999). Os autores, Leavell e Clarke (1965) influenciaram fortemente a evolução das estratégias de PS e PD. A aplicação de qualquer medida preventiva, segundo os autores, corresponde à história de qualquer doença humana. A PS incide em medidas gerais positivas, tais como a educação para uma vida saudável e a promoção de condições ambientais favoráveis. Quando a PS e a protecção específica são descritas como sub - conceitos da "*prevenção primária*", elas parecem oriundas de uma definição de saúde como a "*ausência de doença*". Contudo as diferenças nas estratégias,

sugere que não são o mesmo. A PD compreende não somente as medidas destinadas a evitar que apareçam as doenças (diminuição dos factores de risco, por exemplo), mas também a evitar a sua progressão e reduzir as consequências. A prevenção primária tenta evitar o 1º aparecimento de um problema (Nutbeam,1998). A patogénese é o fundamento da prevenção. As suas interrogações são as seguintes: o que é que provoca uma doença? Quem são os portadores potenciais de riscos ou de sintomas? Como evitar ou bloquear pelo melhor os factores potenciais de uma doença? (Gutzwiller & Jeanneret,1996). Ao falar de factor de risco, pode tratar-se de um estrato social económico ou biológico, de tipos de comportamentos, ou de condições de vida que se formam ou se associam a uma maior receptividade para uma dada doença, a um mau estado de saúde ou a um risco de acidente (Nutbeam,1998). Ainda na perspectiva do mesmo autor a epidemiologia estuda as relações existentes entre as doenças ou outro fenómeno biológico e diversos factores susceptíveis de exercer uma influência sobre a sua frequência, distribuição e sua evolução nos grupos da população específica. Ela aplica os seus conhecimentos no controlo dos problemas de saúde.

Os enfermeiros:

9.1- em CSP, por inerência da sua actividade, têm uma percepção real da situação social das pessoas;

Relativamente a esta afirmação, obtiveram-se resultados em que, 81 dos respondentes concordam parcialmente, seguido pelo grupo de 41 participantes, sensivelmente metade do grupo anterior, que referem concordar totalmente, num total de 138 elementos (*quadro 10*).

Os dados obtidos nesta afirmação do nosso estudo, vêm contrariar os resultados esperados e, embora o segundo grupo se manifeste na mesma perspectiva que a encontrada na revisão bibliográfica, contudo é relevante que a maioria dos respondentes tenha referido só concordar parcialmente com esta afirmação.

Os técnicos de saúde que trabalham em CSP têm na generalidade, uma maior percepção da realidade social das pessoas, desempenhando um papel particularmente relevante no âmbito da PS das populações que cuidam. Do mesmo modo, torna-se indispensável que os enfermeiros “comunitários”,

examinem a sua concepção social de saúde, promoção, e reconheçam como a sua definição de saúde e os seus cuidados de enfermagem são orientados por essa mesma concepção de saúde

9. 2 - são responsáveis pelos níveis de saúde das comunidades que cuidam;

À semelhança das afirmações anteriores, num valor total do grupo de 138 elementos, a maioria refere concordar parcialmente com 74 participantes, e em que comparativamente com o grupo que concorda totalmente, apresenta valores significativamente baixos com 32 respondentes. Os restantes elementos distribuem-se pelo não concordo nem discordo, com 14 elementos e pelo, discordo parcialmente com 13 elementos (*quadro 10*).

Do mesmo modo que a questão anterior, os resultados obtidos poderão levar-nos a pensar, numa certa dificuldade ou incerteza manifestada por parte dos respondentes em tratar esta afirmação. Ou, talvez considerem que, a responsabilização do nível de saúde das populações compete às mesmas. Todavia, relativamente a esta questão, comungamos da opinião de que, os profissionais de saúde têm um papel fundamental a desenvolver neste domínio.

As acções de enfermagem devem delinear-se com base nos perfis epidemiológicos da população da área de abrangência pela unidade de saúde e na identificação de factores de risco potenciais. Torna-se indispensável que os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros reflectam, apurem e/ou revejam as suas formas de trabalhar as práticas quotidianas. Depreendemos que o esforço para a PS, não deve ser desenvolvido isoladamente. Todos os profissionais, todos os serviços de saúde e toda a comunidade são chamados a participar no processo e a co - responsabilizar-se pela sua saúde, ou melhor, pela saúde de todos. Só com base num trabalho conjunto dos serviços de saúde, profissionais e comunidade, é possível que cada um possa viver o seu potencial de saúde. O nível de saúde de uma população resulta de inúmeros e complexos factores.

O conceito de cuidados de enfermagem e de saúde, as convicções que daí decorrem e a natureza dos serviços prestados pelos enfermeiros, bem como as suas responsabilidades como membros de uma equipa de saúde, reflecte-se na melhoria do nível de saúde das populações. Particularmente, os profissionais que

trabalham nos CSP assumem um papel de grande significado, dada a natureza e filosofia dos cuidados que aí praticam, no âmbito da PS. É através da PS que é possível: “*contribuir para a elevação do mais alto nível de saúde das populações*”. Em suma, “*criar condições para que as próprias populações intervenham de forma consciente, empenhada e informada nos factores do meio físico e social que influenciam o seu bem-estar*” (Navarro, 1995b, p. 78). Numa política pública de PS, as decisões políticas e económicas têm um impacto sobre a saúde da população. Tem por objecto estudar as repercussões das decisões políticas sobre a SP e privada a fim de as recolocar dentro do seu contexto geral. Um dos pontos centrais da política pública de PS é o reconhecimento do facto de que a desigualdade social leva à desigualdade face à saúde.

9. 3 - desempenham um papel relevante no âmbito da promoção da saúde das populações;

Face aos resultados obtidos nesta afirmação, em que 118 dos 138 do total de respondentes, afirmaram concordar totalmente, traduzindo o valor um score dos mais elevados, relativamente ao conjunto das afirmações em análise. Só 18 respondentes afirmaram concordar parcialmente (*quadro 10*).

Os resultados obtidos nesta afirmação, estão directamente relacionados e resultam na sequência da questão anterior. Na globalidade, esta avaliação foi uma das que obteve uma das pontuações mais elevadas. Por outro lado, encontra-se em perfeita consonância com a pesquisa por nós realizada no que se relaciona com esta problemática.

Embora a PS seja, basicamente uma actividade da área da saúde e do social, e não um serviço médico, os profissionais de saúde – particularmente os dos cuidados de saúde primária - têm um papel importante no apoio à, e na criação de condições para a, PS (Ribeiro, 1998). Os enfermeiros como membros da equipe de saúde, e por inerência da sua actividade, encontram-se numa situação privilegiada para desenvolver todo um processo de apoio aos indivíduos, famílias e comunidade. Nesta perspectiva, a actuação dos enfermeiros não pode consistir numa simples transmissão de informação científica, culturalmente neutra, mas sim basear-se numa intervenção autêntica, radicada na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos, valores e comportamentos. Uma política

nacional de PS, necessita de uma estratégia comum visando os objectivos principais sobre os quais se interligam todos os actores da PS - uma sólida base conceptual com prioridades e responsabilidades claramente definidas (Promotion Santé Suisse, 2000). A missão da SP consiste em investir para a instauração de condições sociais e ambientais assim como uma previsão sanitária que permite à população levar uma vida saudável (Gutzwiller & Jeanneret, 1996).

9. 4 - têm junto dos utentes uma acção interventora na promoção da sua qualidade de vida;

Do mesmo modo nesta afirmação, num total de 138 respondentes, 105 afirmaram concordar totalmente, um score significativamente elevado e em que apenas 33 elementos referem, concordar parcialmente (*quadro 10*).

Também nesta questão os resultados apontam para uma maioria significativa do grupo que se mostra em sintonia com a linha de pensamento da pesquisa por nós realizada. Demonstrando mais uma vez serem detentores de uma perspectiva bastante actual relacionada com esta problemática.

Sobretudo porque, por inerência da sua actividade, os enfermeiros permanecem bastante tempo junto das pessoas, podem ter uma acção mais interventora influenciando a promoção da QV e manutenção do bem estar das mesmas. Deste modo torna-se imprescindível priorizar este processo de intervenção, constituindo cada vez mais o núcleo essencial da filosofia e estratégia dos novos modelos dos serviços de saúde na actualidade. A saúde, é assim vista como um recurso para a vida de todos os dias, na dimensão da QV e não como um objectivo de vida. Por outro lado, a saúde, é a variável que melhor explica a QV. Pode ser considerada uma medida de QV, num momento particular. Craner (1993), apresenta como definição de QV, a definição da OMS, parecendo assim que, QV relacionada com a saúde e saúde são sinónimos. A QV é considerada o objectivo, e a saúde, o objecto de intervenção. Ou seja, intervindo sobre a saúde melhora-se a QV. Esta perspectiva é orientada para a saúde. O que conta essencialmente são os recursos da saúde, ou seja, promover estilos de vida que a investigação como o (Estudo Alameda) tem demonstrado estar associados a uma boa QV (Ribeiro, 1998). Segundo Nutbeam (1998), a QV define-se como a percepção da sua própria situação na existência. Este conceito engloba a saúde física e

psíquica, o grau de autonomia, as relações sociais, as opções pessoais e as relações com o ambiente. Saúde e QV complementam-se. Os profissionais da área da saúde ao promover a saúde para a QV, é fazer com que os indivíduos se tornem actores eles próprios, se sintam co-responsáveis pela sua saúde e pela saúde da colectividade, isto é pela harmonia deles com os demais, e dos demais entre si.

9. 5 - como profissionais de saúde, sabem melhor o que fazer e decidir sobre a saúde das pessoas;

Na globalidade das respostas nesta afirmação, para um total de 138 participantes, observam-se resultados com valores bastante dispares, em que 55 respondentes afirmam concordar parcialmente, 29 discordam parcialmente e 23 elementos, um valor bastante considerável, afirmam concordar totalmente (*quadro 10*).

Apesar de diferirem bastante na ordem de importância, observando-se resultados pouco esperados, contudo é relevante o valor dos respondentes que estão de acordo com esta questão. Todavia, estes dados podem ainda sugerir que a maioria do grupo manifestou certeza nas respostas e comunga da mesma opinião que os autores consultados em termos de bibliografia.

Conforme consignado na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90) "(...)os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover". Torna-se fundamental que os enfermeiros deleguem o poder para a comunidade e reconheçam o saber da parte das populações em matéria de saúde. Na mesma linha de pensamento, Nutbeam (1998) afirma que a *entreeajuda*, no âmbito da PS, compreende a acção de leigos (pessoas que não são especialistas da saúde) em favor de recursos de certos indivíduos ou comunidades para a promoção da sua saúde, sua preservação ou a sua restauração. As populações, para tomarem decisões acerca da sua saúde apropriadamente têm que estar equipadas com os conhecimentos e capacidades necessárias para assumirem as responsabilidades individuais e comunitárias. Os enfermeiros como prestadores de cuidados, ocupam uma posição privilegiada na intervenção relacionada com a PS, por um lado, porque mantêm um contacto permanente com a maioria da população utilizadora dos cuidados de saúde, por outro, pelo conhecimento que detêm dos hábitos,

crenças, atitudes e comportamentos (formas de ser e estar na vida) das pessoas, facilitando uma acção promotora de saúde dirigida à população.

9. 6 - são promotores da saúde, desde que criem um ambiente relacional que permita o desenvolvimento das capacidades e competências das pessoas;

Em conformidade com os resultados obtidos, do total dos 138 respondentes, 79 elementos afirmaram concordar totalmente, 44 elementos concordaram parcialmente e 11 referiram, não concordar nem discordar (*quadro 10*).

Face aos resultados obtidos, parece-nos pertinente reflectir sobre os mesmos dado que, uma parte significativa do grupo de respondentes, considera-se detentor do poder relativamente às decisões sobre a saúde dos outros, o que parece indicar que existe ainda um longo e sinuoso caminho a percorrer pelos profissionais de saúde, no que diz respeito à partilha do poder. Por outro lado esta perspectiva contraria as concepções actuais da OMS, no que se prende com a participação da população e a partilha do poder.

Historicamente, os enfermeiros comunitários têm sido líderes na prestação de CSP segundo Stanhope e Lancaster (1999) e na valorização do bem estar das populações. Têm tido tradicionalmente uma relação próxima com os indivíduos, familiares, grupos, organizações, tais como a escola e os locais de trabalho. Assim sendo, eles estão bem posicionados para dar contributos significativos para a PS. É importante que os enfermeiros comunitários desenvolvam e documentem programas de saúde e melhorias, destinadas às populações com quem eles interagem quotidianamente. Os profissionais da área da saúde podem actuar e influenciar todos os campos de acção da PS que são: desenvolver políticas públicas saudáveis, criar ambientes saudáveis, fortalecer a acção comunitária, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde. No quadro da PS, designa-se por "*empowerment*" um processo que permite às pessoas adquirir um maior controlo nas acções e nas decisões que influenciam sobre a sua saúde (Nutbeam, 1998).

9.7- nos novos modelos dos serviços de saúde, têm uma acção fundamental junto da comunidade;

Neste item, foi obtido um score com um valor de 100 respondentes, que concordam totalmente, do total de 138 participantes e em que uma pequena parte do grupo com 25 elementos, referem concordar parcialmente (*quadro 10*).

Face aos valores obtidos, os dados poderão levar-nos a pensar que, a grande maioria do grupo se encontra na mesma linha de pensamento da bibliografia consultada em termos de orientação para a prática.

Torna-se indispensável que os enfermeiros e outros profissionais da área da saúde, desenvolvam acções num modelo de cuidados integral à saúde, participando activamente na construção dos serviços de saúde. Torna-se fundamental desenvolver serviços de saúde, que criem oportunidades para que as populações possam intervir na resolução dos seus próprios problemas e tomar decisões em liberdade, fundamentadas em conhecimentos adequados e indispensáveis, no sentido da sua responsabilização e autonomia. Os processos favorecedores deste desenvolvimento são todos aqueles que possam incluir-se na designação de "*participativos*", que têm como função essencial "*criar as condições*" que permitam aos indivíduos e aos grupos actuarem como "*sujeitos*" do seu próprio desenvolvimento. Estes processos quando desenvolvidos em contexto de saúde, designam-se como "*Processos de Promoção da Saúde*" (Navarro,1995). Este ponto de vista tem cabimento seja qual for o serviço ou a entidade que desencadeie o processo de PS. O objectivo da PS é o desenvolvimento de um processo que permite a cada um melhor controlar a sua saúde e de a reforçar. Indivíduos ou grupos devem poder satisfazer as suas necessidades, concretizar os seus desejos e realizar as suas esperanças. Eles devem também ter o controlo do seu ambiente e da sua evolução (OMS,1986).

9.8 - contribuem para a promoção da saúde, quando integram nos seus conhecimentos, o âmbito conceptual da perspectiva salutogénica;

Em virtude da dispersão constatada nas respostas relacionadas com esta afirmação, em que no total dos 137 respondentes, só 66 concordam totalmente, 35 concordam parcialmente e em que 32 elementos, um número bastante significativo refere, não concordar nem discordar (*quadro 10*).

Os dados obtidos podem fazer-nos pensar em alguma dificuldade por parte do grupo ao tratar as respostas relacionadas com esta afirmação. Face aos factos é provável que o grupo tenha tido problemas na análise e interpretação desta questão, particularmente com o significado da perspectiva salutogénica.

Os enfermeiros podem contribuir para uma função mais adequada dos serviços de saúde, de acordo com a PS, quando tiverem integrado no seu conhecimento o âmbito conceptual da perspectiva salutogénica e quando nas suas práticas profissionais ela possa facilmente ser reconhecida. Compete por sua vez às escolas superiores de enfermagem proporcionar aprendizagens neste domínio a nível da formação básica e de especialização. *“No entanto, é um facto que os modelos de aprendizagem a que os profissionais são expostos durante a sua formação, influenciam a integração dos conhecimentos nas atitudes e sua aquisição”* (Felicio, 1994, p. 32). Porém, em formação permanente, cada profissional, no contexto do serviço onde desenvolve a sua actividade pode e deve realizar actividades neste domínio. Dentro do modelo da salutogénese, a clivagem doença/saúde dá lugar a um continuum doença/saúde onde o ser humano se encontra momentaneamente localizado. A questão: O que é que provoca uma doença? Deve colocar-se em outros termos. Quais os factores que contribuem a manter pelo menos a sua posição sobre este continuum? (Antonovsky, 1995).

Diversos:

12 - O campo da saúde é constituído por quatro pilares fundamentais: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização dos cuidados de saúde;

No que concerne a esta afirmação, 79 dos respondentes de um total de 138 afirmaram concordar totalmente, seguidos por um grupo ainda elevado com 46 elementos, que referem concordar parcialmente (*quadro 11*).

Relativamente aos valores obtidos nesta afirmação, os dados apontam para um conhecimento razoável por parte da maioria do grupo no que se relaciona com este domínio do campo da saúde, situando-se na mesma perspectiva da literatura consultada. Todavia, contrariando o que foi exposto, é de salientar que, uma parte significativa do grupo manifestou, concordar parcialmente. Pelo que, poderemos

ser levados a pensar que uma faixa significativa dos participantes do nosso estudo desconhecem, ou têm uma outra perspectiva acerca desta temática.

O livro branco sobre a saúde dos canadianos publicado por Lalonde, defendia o estabelecimento de uma política nacional de saúde baseada nos quatro principais pilares, que constituíam o Campo da Saúde.

- *Biologia Humana*, que envolve todos os factos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo a sua herança genética e seus processos de maturação;

- *Ambiente*, agrupa os factores externos ao organismo, nas suas dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controlo;

- *Estilos de Vida*; o conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere por exemplo às suas actividades de lazer e alimentação, estando portanto parcialmente sob o seu controlo;

Organização dos Cuidados de Saúde, disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde (Carvalho, 1996 & Ferraz, 1994).

Com base neste modelo o autor defendia que se devia fazer uma distribuição equilibrada das verbas disponíveis para a saúde pelos referidos quatro pilares (Ribeiro, 1998). Este modelo foi utilizado para analisar a contribuição de cada um dos seus pilares para as 10 principais causas de morte.

19 - A prevenção da doença refere-se a todas as acções específicas, implementadas com vista a evitar ou reduzir a doença e o seu impacto no indivíduo;

Os resultados obtidos nesta afirmação, apontam para um score de 72 respondentes num total de 138, que referem concordar totalmente e com valores muito próximos no grupo seguinte, com 51 elementos que manifestam, concordar parcialmente (*quadro 11*).

Pela constatação dos resultados parece-nos que, a globalidade do grupo e, neste caso a maioria, teve alguma dificuldade relacionada com as respostas, traduzindo-se por um elevado nível de dispersão.

Face à grande representatividade do grupo que refere, concordar parcialmente, parece-nos preocupante que um número tão elevado de profissionais de enfermagem tenha ainda esta percepção relacionada com esta questão. Por outro

lado, leva-nos a reflectir sobre a necessidade da clarificação de determinados conceitos, nomeadamente o de PS e o de PD, pelos profissionais de saúde.

A PD foi definida como o comportamento para reduzir a ameaça da enfermidade, doença ou complicações. Podemos compreender que a PS difere da prevenção ou das intervenções a nível da redução dos riscos por serem independentes e não específicas. A PS não tem como objectivo um só factor de risco ou doença, mas ao contrário tenta estabelecer a capacidade pessoal para promover a sua saúde. Procura criar um contexto no qual a saúde pode ser percebida e praticada espontaneamente; se as doenças são prevenidas, melhor, mas isto é mais um subproduto do que um objectivo principal a atingir. Para a produção da saúde é necessário a prevenção, a cura e a reabilitação, valorizando a utilização de tecnologias leves e a PS que inclua acções voltadas para o “*empowerment*” e a participação comunitária, a actuação intersectorial e a contribuição para a criação de ambientes sustentáveis e para a constituição de Políticas Públicas saudáveis.

20 - Os cuidados de enfermagem integram-se na prestação dos CSP;

Em virtude dos resultados apontarem para valores representativos em que, 94 respondentes do grupo total dos 138 participantes, referem concordar totalmente, e em que o grupo seguinte com 31 elementos, referem concordar parcialmente (*quadro 11*).

Embora a grande maioria do grupo esteja de acordo com esta afirmação, parecem subjacentes nas respostas, algumas dúvidas e incertezas.

Tendo em conta que, a amostra do nosso estudo se enquadra no âmbito dos CSP, é de certa forma estranho que uma parte relativamente significativa do grupo refira ainda, concordar parcialmente.

Os cuidados de enfermagem integram-se e fazem parte dos CSP. Os enfermeiros, como elementos da equipa de saúde, são responsáveis perante a comunidade pela qualidade dos serviços que prestam. E, tendo os enfermeiros como principal responsabilidade ajudar as pessoas, famílias e comunidade a viver o máximo das suas capacidades, segundo as variações do seu estado de saúde, a abrangência da sua actuação terá que se estender aos vários níveis e sectores dos cuidados – promoção da saúde – prevenção da doença – tratamento e reabilitação.

21 - Um serviço promotor de saúde, é aquele que se esforça por inovar a sua organização e as metodologias de trabalho, com vista à responsabilização, autonomia e participação das pessoas nas tomadas de decisão;

Segundo os dados obtidos na totalidade dos 137 participantes, a grande maioria com 103 elementos, referiu concordar totalmente, embora uma parte do grupo com 24 respondentes tenha referido, concordar parcialmente (*quadro 11*).

A maioria significativa do grupo comunga da mesma opinião, por nós encontrada na bibliografia consultada.

Os resultados são bastante evidentes e esclarecedores, acerca do que pensam os enfermeiros e qual o significado que atribuem a um serviço promotor de saúde. Mas, não é de menosprezar a parte do grupo que refere, concordar parcialmente com a questão, demonstrando alguma dificuldade nas respostas, talvez por desconhecimento acerca desta problemática.

A Carta de Ottawa teve como consequência o início de um processo de reorganização dos serviços de saúde, nomeadamente os dos CSP, os quais além de executarem as funções médicas, devem funcionar como mediadores entre os utilizadores e as administrações indo de encontro às necessidades sentidas e expressas das populações. Esta perspectiva permitirá a inovação dos serviços de saúde no sentido da sua transformação em serviços promotores de saúde. Há necessidade de conhecer o mais objectivamente possível a realidade conceptual e as práticas dos enfermeiros como possíveis dinamizadores da inovação nos serviços de saúde, rumo a serviços promotores de saúde. Um serviço promotor de saúde -*“é o que se esforça por inovar permanentemente a sua organização e os seus processos de trabalho com vista à responsabilização, autonomia e participação das pessoas (profissionais e não profissionais) e da população nas decisões sobretudo o que possa influenciar a saúde e o bem-estar”* (Navarro, 1997, p.1). Esta reorientação dos serviços é uma fase importante no processo de transformação dos serviços de saúde. Torna-se então evidente a necessidade de repensar os centros de saúde nesta filosofia promotora de saúde, com base nos cidadãos e nas comunidades onde estão inseridos. Desta forma, os serviços de saúde, para além de contribuírem para a saúde de uma forma directa,

também devem contribuir de uma forma indirecta, reforçando a autoestima, valorizando a autonomia e as capacidades das pessoas, aprofundando o sentimento de pertença com a comunidade e as suas instituições (MS, 1997).

22 - A criatividade permite aos profissionais de saúde, fazer evoluir a sua prática e adequar as suas intervenções às necessidades das pessoas;

Numa totalidade de 137 respondentes, pode observar-se que 91 elementos, concordaram totalmente com esta afirmação e em que 38 dos participantes, concordaram parcialmente (*quadro 11*).

Face aos dados obtidos e ao analisarmos os aspectos relacionados com esta questão, facilmente podemos depreender que, a maioria predominante do grupo está em sintonia com a linha de pensamento da bibliografia consultada. Porém, paralelamente uma parte ainda representativa do grupo manifesta, concordar parcialmente com esta perspectiva.

O objectivo dos cuidados de enfermagem em CSP é a PS, isto é, a auto determinação das pessoas em matéria de saúde. Para atingirem este objectivo os enfermeiros devem evidenciar certas disposições, entre as quais, uma grande capacidade de adaptação, de autoconfiança, de criatividade e de um julgamento esclarecido. A PS implica o desenvolvimento de tais habilidades. Com efeito, é através da autoconfiança que os enfermeiros assumirão maiores responsabilidades no nosso sistema de saúde e poderão criar as condições que permitam aos utilizadores dos serviços fazer o mesmo. Por outro lado, só a criatividade permite aos enfermeiros fazer evoluir a sua prática e adaptar as suas intervenções às diferentes necessidades.

23 - Os processos educativos em geral são a via ideal para a concretização da promoção da saúde das pessoas;

Foi obtido nesta afirmação do total de 137 participantes, um score de 75 respondentes que referem concordar totalmente, e em que o grupo seguinte com 49 elementos relativamente significativo, referem concordar parcialmente (*quadro 11*).

Este facto poderá chamar a atenção para as dificuldades sentidas pelo grupo em se situar na escala, face à grande variabilidade observada e incerteza nas

respostas. Todavia, aproximadamente metade dos participantes do nosso estudo, manifestaram estar de acordo com esta abordagem.

A educação é uma dimensão do homem, fazendo parte intrínseca da sua vida. Isto significa que, a educação acompanha todo o seu processo de desenvolvimento, não se encontrando circunscrita à sua infância, mas também nas diferentes fases do ciclo vital. Assim surge a emergência de um novo conceito de educação que questione a *“instrução/ensino”* e se configure com um processo de aprendizagem ao longo de toda a vida, baseado em: *“aprender a conhecer”*; *“aprender a fazer”*; *“aprender a viver com os outros”*; e *“aprender a ser”*...

Educação formal, informal, de infância e de adultos fundem-se num conceito global de educação permanente e comunitária, em que a sua *“missão”* é criar as condições para que o homem harmoniosamente desenvolva todas as suas potencialidades, colocando-as ao seu serviço e da comunidade. Todas as pessoas têm de assumir um certo grau de responsabilidade pela escolha em relação à maneira de viver e às implicações dessa escolha na sua saúde e bem estar. Trata-se afinal de reconhecer e dar expressão ao conceito, hoje tão falado, de *“auto-formação”* aqui tomado na sua perspectiva mais global, mais complexa e portadora de mais desafios. A PS enquanto vector prioritário, em meio e na comunidade escolar, das políticas nacionais de educação e saúde pelas repercussões que proporciona em termos de desenvolvimento de competências para o exercício da cidadania e de ganhos em saúde. A PS é entendida como um processo de desenvolvimento permanente. O processo educativo em geral e a PS contribuem para o desenvolvimento de capacidades e aquisição de competências de cada indivíduo para poder confrontar-se positivamente consigo próprio e com o meio, construir um projecto de vida e desenvolver hábitos saudáveis. É aos profissionais de saúde em geral, e aos enfermeiros em particular, que compete desenvolver a sua componente educativa como acção promotora de saúde das pessoas.

25 - A prática dos enfermeiros é influenciada, pelas suas características pessoais, as dos utentes e, pelo contexto organizacional onde se desenvolve a sua acção;

Do mesmo modo, nesta afirmação podem observar-se valores bastante idênticos aos anteriores, em que para um total de 136 respondentes, 74 concordam

totalmente e em que 47 elementos, aproximadamente metade do grupo, referiu concordar parcialmente (*quadro 11*).

Embora os resultados obtidos apontem que a maioria do grupo, manifestou estar de acordo com esta afirmação, e em sintonia com a concepção da maioria dos autores por nós pesquisados, é de realçar que, sensivelmente metade do grupo, referiu concordar parcialmente com esta perspectiva.

Não obstante, este facto faz-nos pensar que a concepção predominante dos enfermeiros, relativamente a este assunto se encontra bastante afastada da dos teóricos da saúde.

O sistema indivíduo, está estreitamente ligado, influencia e é influenciado, pelo sistema contexto em que está inserido. O contexto é um elemento fundamental a considerar na acção, e no desenvolvimento do indivíduo (relações das pessoas com o meio físico e sociocultural).

A prática dos enfermeiros é influenciada pela pessoa do enfermeiro, pelos modelos profissionais que adopta, pelo contexto da acção, organizacional e as características dos utentes (Rebelo, 1996).

28 - As principais estratégias de promoção da saúde encontram-se expressas nas metas da saúde para todos.

Por último, com valores bastante semelhantes à afirmação anterior, obtiveram-se 77 respostas em que os participantes referem concordar totalmente, numa totalidade de 136 respondentes, e, em que 45 dos participantes concordam parcialmente, o que traduz por si só um valor representativo (*quadro 11*).

Os resultados poderão significar que, embora a maioria do grupo esteja de acordo com esta afirmação, uma parte bastante significativa, sensivelmente metade do grupo desconhece que, as principais estratégias de PS se encontram expressas nas metas de saúde para todos, contrariando o que deveria verificar-se e tudo aquilo o que se encontra fundamentado em termos de apoio bibliográfico global da OMS.

Os diversos princípios e estratégias que constituem o “*corpo*” da PS foram bem expressos através das Metas da Saúde para Todos até ao ano 2000 (OMS, 1985); na Conferência de Alma-Ata (1986), com o decorrente conceito de CSP; com as Recomendações da Conferência Internacional de Adelaide (1988), e por

último em Jacarta (1997), entre outras conferências. A *“Primeira Conferência sobre Promoção da Saúde”*, lança a tão conhecida Carta de Ottawa, onde são apresentados os principais conceitos e princípios da *“Saúde para Todos no Ano 2000 e Seguintes”*- OMS (1986), enfatizando a necessidade da PS. A conferência reuniu participantes de todo o mundo, partilhando ideias e experiências sobre programas e políticas, centrando-se em cinco aspectos fundamentais: Construir políticas saudáveis; Criar ambientes favoráveis; Reforçar a acção comunitária; Desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde. Sendo a *“Saúde para Todos”* o objectivo principal da política social da OMS, tornou-se então, a partir daí, evidente um movimento por uma *“Nova Saúde Pública”* no mundo. Através da Meta nº14 a OMS (1991) considerou que *“até ao ano 2000, todos os lugares da vida social, tais como a cidade, a escola, o local de trabalho, o local de residência e a habitação, deveriam fornecer as melhores oportunidades para a elevação do nível de saúde”*. Esta meta configura a necessidade de se *“investir”* nos diferentes contextos sociais, através de processos de cooperação multidisciplinar e intersectorial, assentes na participação das pessoas e comunidades, enquanto sujeitos e agentes do seu próprio desenvolvimento.

5 – DISCUSSÃO

Uma vez chegado ao fim o percurso da apresentação dos resultados no capítulo anterior, deixou em aberto aspectos e questões sobre as quais nos propomos reflectir. A interpretação dos resultados seguirá a orientação adoptada na sua apresentação, para melhor compreensão e comparação dos mesmos, dando a conhecer as reflexões que estes nos poderão proporcionar. Começando por abordar os aspectos de ordem metodológica, poder-se-á discutir o facto de se ter optado por um questionário com respostas através de uma escala de tipo Lickert e não por outro dos múltiplos instrumentos de recolha de dados e técnicas existentes. Tendo em vista o objecto e as características da variável principal em estudo, optou-se por este tipo de instrumento, pelas seguintes razões:

- É considerado o método mais utilizado e, aquele com que os investigadores têm tido mais experiência;
- É relativamente fácil de construir;
- Pode ser pontuada de uma forma objectiva;

- É, geralmente fiável e, bastante potente;
- É fácil de interpretar;
- Não exige a obtenção de um elevado grau de unidimensionalidade da escala, o que vai ao encontro das características multidimensionais da variável em estudo (Moser, 1972; Polit & Hungler, 1985; Rezler, 1973) citado por Felício (1994, p. 31). O valor total de pontuação das respostas ao questionário, podia ascender a um valor máximo de 425, partindo de 85 como o valor mínimo possível, determinando-se os scores mínimo e máximo (relativamente à escala de frequência: 1-5). Essa curva de distribuição para cada variável, será analisada situando esses valores de distribuição (mínimo e máximo), (1-5) na escala de tipo Lickert) na frequência de concordância correspondente desde: *“não concorda”*; *“concorda parcialmente”*; *“não concorda nem discorda”*; *“concorda parcialmente”* e *“concorda totalmente”*.

Em relação aos valores obtidos, consideramos dois aspectos que podem ter influenciado os resultados individuais. O primeiro aspecto pode estar relacionado com o significado de alguns termos (ex: salutogénese) e conteúdos relacionados com a PS, como Declarações, Conferências e Recomendações da OMS, provavelmente, pouco conhecidos dos sujeitos do nosso estudo, podendo ter sido alvo de diferentes interpretações, dificultando o posicionamento dos mesmos na escala de avaliação. O segundo aspecto pode relacionar-se com o elevado número de itens, para os quais os respondentes apontaram a opção *“não concordo nem discordo”*, o que pode traduzir por si só, alguma indecisão nas respostas e um mecanismo de defesa por parte dos enfermeiros em situações de dúvida. Esta opção e, aliás, incluída neste tipo de escala para permitir este escape.

No nosso estudo planeamos obter os dados unicamente a partir da aplicação dos questionários, o que na realidade assim aconteceu. Poder-se-á concluir que os profissionais de saúde considerados, demonstraram uma boa adesão ao estudo. O instrumento utilizado para a recolha de dados demonstrou ter um nível aceitável de fiabilidade e validade, embora com limitações decorrentes da sua multidimensionalidade. Globalmente, os resultados encontrados no nosso estudo apontam para um nível moderado de conhecimentos, por parte dos enfermeiros sujeitos da amostra, relacionados com a concepção da OMS sobre a saúde e PS,

não se afastando muito do construto teórico. Assim é possível, fazer algumas referências relativamente à configuração ou ao perfil dos enfermeiros que constituíram a amostra respondente. Ao analisarmos as componentes das afirmações na sua globalidade, abordamos os aspectos considerados mais relevantes tendo em conta os pressupostos teóricos na população estudada. Todos estes dados são tratados de uma forma analítica, tendo sempre em conta a globalidade do estudo e a interligação das variáveis, pois só desta forma se pode efectuar uma discussão coerente no sentido de ser apresentada uma proposta teórica para as semelhanças, diferenciações e por vezes contradições encontradas nos resultados. Os mesmos, são apreciados tendo em conta os pressupostos teóricos que suportam a investigação, no sentido de que forma os mesmos traduzem a realidade, e também de que forma esta faz sentido relativamente ao construto. Após este procedimento, a variável principal, será analisada através das respostas obtidas que indicarão a proporção de variação total das concepções dos enfermeiros explicada por todas as outras variáveis. Uma vez conhecida a relação que se estabelece entre as várias variáveis, procurar-se-á averiguar, quais são as razões percebidas pela amostra. Assim, será realizada para o efeito uma análise descritiva global, em que todas as variáveis mencionadas, incluindo as relativas à caracterização da amostra, serão consideradas neste procedimento como variáveis secundárias. Estas variáveis revelam pelos resultados que explicam, através dos valores e percentagens obtidos a sua variância global, ou seja, a sua significância estatística.

Partindo do pressuposto teórico que esta pesquisa expõe, de que, como defende a OMS (1997), o objectivo da PS é aumentar o nível de saúde na "comunidade", melhorando a compreensão sobre factores de risco e encorajando a adopção de modos de vida e comportamentos propícios à saúde. Isto consegue-se através do desenvolvimento de competências pessoais. Compete aos enfermeiros em particular, como elementos dinamizadores e promotores da saúde, essa função neste âmbito. A SP, cada vez mais, exige orientações e dá ênfase ao papel do enfermeiro no futuro, como promotor da saúde, o que sugere que seria útil clarificar este conceito. De um modo geral, os enfermeiros da nossa amostra reconhecem-se e percebem-se, na sua maioria, como promotores de saúde/educadores para a saúde, desempenhando um papel relevante no âmbito

da PS no contexto dos CSP. Nesse domínio, foi desenvolvido um estudo designado por - Projecto 2000 – que tinha como finalidade identificar as concepções dos enfermeiros relacionadas com *saúde, PS, ES* e o seu *“papel como promotores de saúde”*. Os resultados mostram abordagens individualizadas dos conceitos, relacionando-os com mudanças a fazer nos estilos de vida e comportamentos. Grande confusão entre os conceitos, particularmente o de PS e a sua relação com a prática. A corroborar esta ideia Maben e Macleod (1995) referem que a PS tem sido descrita como um termo muito usado mas mal definido pelos enfermeiros. Investigação realizada por (Gott & O’ Brien, 1990, Macleod et al., 1992) confirmou esta falta de clareza na utilização dos termos. Acrescentam ainda que as conceptualizações mais recentes parecem não ter sido transportadas para a prática dos enfermeiros. No *“modos vivendis”* dos enfermeiros, apesar das suas percepções optimistas acerca da PS, na sua globalidade pouca era praticada. Apesar dos conceitos contemporâneos de saúde e PS, num modelo integral à saúde, terem sido estabelecidos na formação académica dos cursos de enfermagem, sobretudo nos mais recentes, ainda não foram totalmente incorporados na prática desses profissionais. Lask et al., (1994), contrariando esta opinião, concluíram que a filosofia de saúde não está ainda suficientemente incorporada nos currículos escolares. A maioria dos sujeitos do estudo davam preferência a modelos de PS física com pouco ênfase e aplicação na prática. Macleod (1993), identificou as percepções da PS, inerentes aos paradigmas tradicionais e mais recentes, concluindo que o termo (vago) de PS, era compreendido como negociação em saúde. Face à grande dispersão das respostas da nossa amostra, no que se relaciona com estes aspectos, poderemos ser levados a pensar que existe ainda muita confusão nestes domínios. Cribb e Dines (1993) sugerem que a questão principal não é a prática da PS, mas a promoção das vias da saúde – dar os meios, as condições às pessoas - para que promovam a sua saúde, o que vai de encontro à concepção global da OMS (1997). Os autores Naidoo e Wills (1994) referem ainda que, é um termo corrente nas actividades e estratégias de saúde, relacionando-o com a intervenção sócio – política. Corroborando esta ideia, Bunton e Donald (1992) argumentam que as definições de PS, podem ser determinadas pelo social e considerações teórico – políticas. Macleod (1993) argumenta que a PS desenvolvida pela enfermagem, deve ser uma abordagem promotora da saúde através dos próprios cuidados de

enfermagem. Neste ponto os dados obtidos sugerem que, os enfermeiros, entendem a PS como um processo integrado e desenvolvido através dos próprios cuidados de enfermagem. Do mesmo modo, Caplan e Holland (1990) argumentam, perante os resultados encontrados no seu estudo que, a PS é uma parte integral do seu papel na enfermagem. Estes dados corroboram ainda o ponto de vista de outros investigadores, ao reafirmarem que, a PS é uma parte importante do papel dos enfermeiros e que os enfermeiros deveriam reconhecer isto e levar a cabo a sua função (Close, 1988; Milde & Hein, 1991; Muir et al., 1992; Zylinski, 1993). Booth (1992) e Wilson-Barnette (1983) citados por Ward (1997) e Close (1988), concluíram que os enfermeiros não tinham compreendido a PS, apesar de ter um papel dentro do contexto da enfermagem, mas devido à falta de: conhecimentos; capacidades de comunicação e capacidades de ensino, a PS tinha pouca prioridade e os utentes não reconheciam os enfermeiros como uma fonte de informação. Porém, os resultados de Gott e O' Brien (1990) não suportam esta perspectiva, argumentando que os enfermeiros experientes, faziam distinção entre o que entendiam ser a enfermagem e a PS. Enfermagem, dizia respeito a cuidados e actividades técnicas. O trabalho de PS era visto como aconselhamento de EV, não sendo considerada a importância do "empowerment". A PS era assim entendida como dar a "informação aos clientes". Esta perspectiva poderá ser considerada como um conceito estreito de PS, uma vez que não considera: capacitar a família nos cuidados e promover o autocuidado, autonomia e escolhas do cliente (French, 1990). Consideravam que as diferenças nos resultados, poderiam ser devido ao facto do pessoal experiente levar mais em consideração o ponto de vista da enfermagem e da PS. Na nossa amostra não nos é possível fazer este tipo de leitura a partir dos dados de que dispomos.

A PS pode ser vista como um cuidado, um campo interdisciplinar que necessita da colaboração de diferentes disciplinas. Nesta perspectiva, Bunton (1992) e Seedhouse (1997) in Nettleton (1997), sugerem que a PS é uma disciplina ecléctica que incorpora áreas dominantes, partindo de outras disciplinas para formar a sua base de conhecimentos tais como: a sociologia; a psicologia; biomedicina; epidemiologia; educação; etc. A interligação das disciplinas dentro da PS demonstra a forma como cada uma é utilizada. Deste modo, torna-se então possível a análise crítica da PS dentro dela própria. Poder-se-ia argumentar que,

as disciplinas criam conflitos epistemológicos. Este aspecto é fundamental para a compreensão de como a PS deve ser orientada nas actividades de SP. Segundo Nettleton (1997) existem contradições entre as diversas áreas. A confusão associada à PS não se limita às perspectivas dos actores políticos. Também pode ser resultado da confusão organizacional, que decorre das dificuldades conceptuais não resolvidas no discurso da PS propriamente dito. Devido a esta dificuldade, Green e Raeburn (1990), sentiam que havia necessidade de conceitos ou modelos conceituais que transcendessem e integrassem a grande variedade de pontos de vista relativos ao significado da PS. Nesse sentido estabeleceram duas perspectivas teóricas:

- Uma com ênfase na política ou factores sociológicos;
- Outra com ênfase no pequeno grupo da tomada de decisão pessoal, factores psicológicos e metodologias de ES. A combinação destas duas perspectivas parece ser o objecto da política actual da PS e sua prática. Tannahil (1985), entende que a PS é utilizada em tantos contextos que quase perdeu significado. Tem sido muito utilizada na ES via mass média. Pode ser utilizada em muitas medidas, designadas para ajudar o indivíduo na melhoria de hábitos saudáveis, cujo objectivo é o encorajamento dos comportamentos positivos de saúde. Também o grupo respondente do nosso estudo refere utilizar como estratégia de desenvolvimento da PS a ES individual ou em grupo. Os autores (Donald, 1998; Latter, 1998; WHO, 1989), consideram que os enfermeiros têm um papel chave na PS. “*As competências dos profissionais de saúde*” são baseadas na sua formação, nos conhecimentos e nas capacidades que possuem. Naidoo e Wills (1998) reforçam esta ideia, ao expressarem que os enfermeiros da prática deveriam ser conhecedores e dominarem os conhecimentos de PS e dos valores implícitos na sua abordagem prática.

Os enfermeiros do nosso estudo consideraram capacidades de comunicação e qualidade da relação enfermeiro/utente, como um contributo significativo para a PS. Macleod (1990), reforça este pensamento ao referir que, qualquer relação enfermeiro/utente devem ser potenciais momentos de PS, no sentido de obter um “*ganho em saúde*”. Em virtude da constatação dos dados, a amostra respondente demonstra conhecer o significado daquele termo, no seu sentido lato. Tones (1997) considera que, a evidência baseada na prática da PS, é um

desafio para todos os enfermeiros, motivando e avaliando o seu trabalho de PS. Contudo, muito pouca investigação tem sido realizada, para saber como é que os conceitos teóricos de PS e capacidades dos enfermeiros foram transferidos para a prática. A corroborar esta ideia River's et al. (1999) afirmam que tem havido relativamente pouca investigação sobre a PS e o seu desenvolvimento profissional. Caplan e Holland (1990) argumentam que uma prática efectiva de PS, depende de uma boa teoria. Alertam ainda que a falta de conhecimentos pode limitar a sua eficácia como promotores para a saúde. E a interligação da teoria na prática tem sido a maior dificuldade no ensino e na PS. Como resultados no seu estudo, foram identificadas cinco categorias do conhecimento, como factores que influenciam os enfermeiros na tomada de decisão e situações de interacção: Experiência prévia; Conhecimentos da escola; Conhecimentos da prática; Utente e pensamento crítico. Nesta linha de pensamento Hislop et al. (1996) referem que, era difícil para os sujeitos do estudo integrar a aplicação de aspectos teóricos do curso na prática. *“A teoria perdia significado fora do contexto”*. Por outro lado, os diferentes serviços (contextos) influenciaram as decisões nos aspectos promotores de saúde. A filosofia, o ambiente e o papel multidisciplinar deram-lhes ideias e modelos para as práticas da PS. Por sua vez as características, os conhecimentos e iniciativas dos utentes influenciaram as acções e decisões dos estudantes. Esta linha de pensamento corrobora a perspectiva defendida por Rebelo (1996), já referida anteriormente. Na formação em enfermagem, o treino clinico dá a possibilidade de integrar conhecimentos de PS e o desenvolvimento de uma prática reflectida. Segundo Naidoo e Wills (1998), a prática reflectida e a aprendizagem pela experiência são utensílios úteis na PS, facilitando o desenvolvimento de um promotor de saúde. Os autores consideram ainda que a reflexão é o pilar que suporta a teoria e a prática da PS, porque a constatação em conjunto do passado e do presente determina as futuras acções na PS. Os componentes constituintes da prática reflectida são segundo (Hokanson, 1992): a *“reflexão na acção”* e a *“reflexão da acção”* (exame crítico), sobre as suas próprias teorias e acções para integrar as diferentes fontes do conhecimento. As experiências e percepções são a base da PS reflectida. Os profissionais de saúde devem ser encorajados pelo pensamento crítico e a reflexão nas suas intervenções, de forma a identificar os valores das suas práticas. Devem ser capazes de agir com novos papéis de *“empowerment”* na PS.

Na globalidade, o nosso estudo prende-se com estes aspectos, pretendendo sensibilizar a nossa amostra para a importância de alicerçar as suas práticas nesta dimensão do pensamento crítico. A prática de enfermagem envolve muitas interações com indivíduos, grupos e comunidade, além disso, uma habilidade para entender e praticar o “*empowerment*” como a aproximação necessária (Latter, 1998a,b).

Clarke (1991) evidencia que o conceito que o enfermeiro tem como promotor de saúde e o seu papel como um modelo, ganhou cada vez mais importância. Na opinião de Latter (1994) a forma como os enfermeiros compreendem o conceito de PS é crucial para que o mesmo seja aplicado. Bastos (2000) reforça esta ideia referindo que, o conceito de saúde dos enfermeiros e dos utilizadores condiciona a prática dos cuidados de enfermagem e a procura dos mesmos. Ao autores Naidoo e Wills (1998), Latter (1998a) propõem que, os enfermeiros na PS devam pelo menos ser capazes de compreender os princípios éticos e as interações para a PS efectiva e, demonstrar um grau de competência ao aplicar isso na prática. Pender (1987) considerou que devido à experiência e frequente contacto continuado com os utentes, os enfermeiros, tinham oportunidade de liderar na promoção da melhor saúde dos indivíduos, família e comunidade. Enquanto detentores desse papel, devem repensar os seus comportamentos e as suas metodologias de trabalho, de modo a que a sua acção se traduza em autonomia das pessoas e dos grupos considerados como *sujeitos* do seu próprio desenvolvimento.

Pelos resultados obtidos no estudo consideramos que os enfermeiros, percebem o processo educativo como uma estratégia indispensável e um instrumento essencial para que a PS tenha lugar. Processo que deve utilizar a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aquisição de competências que habilitem e motivem os indivíduos para a realização de escolhas saudáveis, de modo informado, consciente, responsável e autónomo, em suma, a estratégia de ES, como defende Navarro (1995), cujos processos designa por *participativos*. Tal como acontece com os utentes, a falta de motivação e sensibilização dos profissionais de saúde, constitui um factor condicionante à prática da PS, assim como a relação que se estabelece entre ambos. É que, também estes, estão ainda mais orientados para os cuidados inerentes ao tratamento da doença do

que para a realização da PS/ES. Pensamos que esta postura e situação poderá estar relacionada, quer com o modo de execução das práticas educativas, quer ainda com o facto de estas não serem ajustadas às características culturais e modos de vida das pessoas. O pressuposto de que o educador deve dar alternativas, assume aqui grande significado. Constatamos que os factores que influenciam estas intervenções se encontram centrados quer no educando, quer no educador, quer ainda na própria organização.

Do processo relacional educativo ao processo educativo salutogénico vai um istmo de diferença, que se traduz por considerar também a saúde psicosocial como um recurso para a vida, do ponto de vista de qualidade adaptativa (Antonosky, 1995) no sentido de criar e lutar pelo seu projecto de vida. Mas, se tal qualidade adaptativa se manifesta, por norma, ao nível emocional de quem orienta o processo, como acreditar no pressuposto de que, os enfermeiros possam desencadear em outros o fenómeno, ao ponto de criar e lutar pelo seu projecto de vida, nomeadamente nas pessoas que cuidam? A relação significativa entre as crenças e as estratégias percebidas pelos enfermeiros, traduz-se nos resultados obtidos, que corroboram com o construto teórico, no que se relaciona com a partilha da responsabilidade, em que a maioria da amostra se refere à responsabilidade da comunidade na PS, refutando a ideia de esta pertencer exclusivamente aos profissionais de saúde. Tendo em conta o exposto, estes enfermeiros, conseguem, ou pelo menos sentem que conseguem frequentemente, partilhar o poder atrás descrito. E como é possível repensar, colocando na pessoa do enfermeiro, o eixo central da PS, se esta não parece ocorrer frequentemente dentro do próprio eixo, dificultando ser reproduzida? E como pensar em serviços e escolas de enfermagem promotores de saúde, através da horizontalidade relacional ainda inexistente?

As expectativas, que acompanharam em alguns momentos este estudo, ao pensar que algumas variáveis fossem significativamente influentes, como por exemplo as de caracterização pessoais e profissionais, na relação entre os conceitos de saúde e PS, não foi confirmado estatisticamente. De facto, essas variáveis interferem, de algum modo, nas concepções e ao nível dos comportamentos que as constituem, mas não se revelaram influentes ou preditivas na configuração daqueles conceitos. Outras variáveis, mais ou menos,

estarão a influenciar ao nível das orientações para a prática dos enfermeiros, mas na globalidade não se revelaram significativamente influentes nesta amostra e neste estudo. Face aos objectivos que inicialmente formulamos, este estudo tinha como finalidade conhecer/identificar as concepções sobre a PS, que na percepção dos enfermeiros orientam as suas práticas em CSP.

Foi reunida uma amostra de enfermeiros, dos CS da sub-região de saúde de Bragança, onde foi aplicado um questionário, constituído por várias afirmações estruturadas numa escala de tipo likert, com o objectivo de recolher aquela percepção e cuja metodologia de apuramento final é descrita no texto. A análise das variáveis e das suas componentes principais, conduziram-nos a algumas conclusões, que evidenciam áreas problemáticas das práticas dos enfermeiros relacionadas com a PS no contexto dos CSP. Os resultados não confirmam este domínio de uma forma tão clara, apresentando outras relações positivas e significativas. A metodologia desta pesquisa desenvolveu-se partindo do princípio das ideias defendidas e preconizadas pelos vários autores no construto teórico, comparando se se relacionam positiva e significativamente com os resultados obtidos.

O estudo realizado parece confirmar a necessidade já expressa em outros estudos, de se continuar a trabalhar no sentido de uma melhor definição conceptual e operacional do *corpo* da PS e papéis correspondentes, dos profissionais de saúde. Considera-se ainda útil a realização de estudos que comprovem estes pressupostos em outras populações, quer no âmbito da PS, ou fora dela. Seria pertinente alargar este estudo aos profissionais de outros níveis de prestação de cuidados, comparando os aspectos semelhantes e as diferenças nas concepções encontradas. São as concepções adquiridas durante a formação profissional que persistem. Um profissional de saúde não pode prestar bons cuidados de saúde, se não possuir concepções e crenças que o levam a usar adequadamente e sabiamente os conhecimentos de que dispõe. Assim, os serviços de saúde devem investir na construção de ambientes e contextos de trabalho, favoráveis ao desenvolvimento de competências favorecedores da PS por parte dos seus profissionais. Esta será a intervenção necessária e ajustada ao mundo multicultural e em rápida transformação em que vivemos na actualidade.

Em conclusão mais específica, os resultados foram sugerindo, que os conceitos de “Saúde e PS”, é um construto que integra vários domínios que se distribuem de forma não regular.

A amostra está perfeitamente consonante com esta ideia, ou seja, há dimensões em que a amostra é claramente inferior aquilo que se esperava (segundo os pressupostos teóricos), em outras superior, e é desse desequilíbrio das várias dimensões, que naturalmente emergem os conceitos. Assim, não é de esperar deste construto, homogeneidade ou linearidade, como não seria de esperar em matéria do ser humano, que naturalmente é constituído de desorganizações que se organizam. Sob o ponto de vista dos conceitos a amostra vem corroborar esta ideia: os conceitos não são conceitos de homogeneidade dos seus constituintes, mas sim de uma diversidade, que no seu conjunto poderão revelar um sentido de coerência e competência, ou não, a quem os expuser naturalmente na prática.

A ideia subjacente que serviu de fio condutor a este estudo, confirmou-se de um modo geral, nas respostas da amostra, mas a sua confirmação revela sistemas de influências, que interagem no sentido de abrir novas questões a serem estudadas. Assim, fica a sugestão de que um determinado perfil que confere ao seu detentor características específicas, não pode ser comprovado no processo, na relação causa/efeito e somente que se correlacionam significativamente entre si, e em geral, com o objecto de estudo. Relevante é também, que ao expor-se esse perfil, não se pode pressupor a inexistência de qualquer outro. De facto a recusa, ou a atribuição de menor importância a outros, não é por si só determinante na rejeição, tendo em conta o instrumento de recolha dos dados e a sua análise, o que poderá indicar, antes de mais, que há nesta área todo um campo de interacções a estudar. Seria conveniente repetir todos os pressupostos e processos metodológicos, nesta ou em outras populações, nesta ou em outras áreas de trabalho, desde que as variáveis fossem consideradas importantes. De momento, estes resultados não podem nem pretendem esgotar-se aqui. Ao contrário, constituem apenas um pequeno contributo, num universo vasto como é esta área de influências e contextos. Constitui assim um ponto de partida dessa realidade. Considera-se ainda que o presente estudo, poderá contribuir para uma reflexão pertinente e análise essencial, relativamente às necessidades formativas de todos quantos intervêm directamente no processo de PS, e particularmente

dos enfermeiros em contexto dos CSP. Torna-se necessário a reflexão sobre as nossas práticas de cuidados e formação em cuidados culturais, de forma a evoluir para a aquisição de competências culturais dos cuidados de enfermagem. Isso irá reflectir-se nas práticas, baseadas no conhecimento das crenças e valores das pessoas naquela comunidade. Esta medida poderá motivar para uma verdadeira participação comunitária, que até agora tem sido bastante difícil de conseguir. As nossas práticas de cuidados de enfermagem, poderão então vir a ser desejável e significativamente diferentes, mais ajustadas e com maior potencial de êxito em termos de resultados e maior satisfação dos profissionais de saúde.

O desafio actual colocado às escolas de enfermagem, é o de formar profissionais com competências a todos os níveis de desenvolvimento bio-psico-social e cultural, capazes de responder às necessidades actuais das pessoas, numa perspectiva global de saúde. A escola tornou-se a protagonista do conceito de formação em autodesenvolvimento, ao qual o conceito de literacia não é alheio. O mesmo conceito integra também, a noção salutogénica (Antonovsky, 1995) de vida, em todas as dimensões do *"ser humano"*, como qualidade adaptativa, *"como um modo vivendis"*, que precisa de ser aprendido nesse processo educativo. Os resultados, ao revelarem o perfil de cada enfermeiro ao nível das suas concepções relacionadas com a saúde e a PS, poderão constituir matéria prima de reflexão, fundamental a este processo formativo. De facto, e retomando os conceitos apresentados no construto teórico, a *"construção do projecto de si"* (Djours, in Navarro 1995a) exige um sujeito capacitado, no sentido de saber tomar decisões em liberdade, responsabilidade e autonomia. Competências estas implícitas ao *"Processo de Promoção e ES"*. Mas estas são, como Lesne (1976), citado por (Navarro 1995a, p. 2) explicita, competências de carácter afectivo, cognitivo, e social que *"permitem ao indivíduo relacionar-se positivamente com o meio"*,

Mas se a responsabilidade da PS, segundo vários autores, deixou de estar centralizada nos agentes da saúde, para se centralizar (conceptualmente e na prática) nos sujeitos: formando, educando, civil, cidadão, e enfim (...) pessoa capacitada para construir o *"projecto de si"*, cabe a ele como sujeito singular, tornar-se detentor dessas capacidades/competências. É aqui que os conceitos de competência emocional e salutogénese se encontram e se fundem. Então, é

também aqui, que importa compreender que são as mesmas matérias, as necessárias para pôr em prática a formação, o desenvolvimento e a realização destes conceitos. A finalidade é que, o profissional/formador se construa, ao desenvolver-se como emissor/receptor de todo um património de destrezas interactivas, (intrínsecas e extrínsecas), no sentido do *“bem estar salutogénico”*, a nível pessoal e profissional. É neste contexto, que os resultados têm importância, porque traduzem a percepção de uma realidade, relativamente a alguns pressupostos citados na fundamentação teórica. Partindo deste pressuposto, pode apresentar-se a seguinte proposta: *“Consideram-se as escolas”*, desde que envolvidas na concepção da promoção *para a saúde*, como *os órgãos alvo* – enquanto promotoras da saúde biológica, psicológica, social e cultural – para dinamizar novos e abrangentes programas, *“para formar em salutogénese, biológica, psicoafectiva e sócio-cultural”*. A escola deveria ser chamada a dar resposta às necessidades de tornar salutogénicos os princípios da filosofia de vida de todos os que a constituem, mas conferindo aos futuros agentes educativos/profissionais, de saúde em particular, o polo central da condução e intencionalidade deste processo. Esta, como espaço/tempo institucional, não deixaria perder de vista os aspectos da aprendizagem de formação geral, o que seria reforçado e repensado, era *“uma nova atitude”* de fazer confluir no tecido educativo/formativo, as noções de *“literacia emocional e educacional para a PS”*, cumprindo assim a concepção do paradigma salutogénico. A integração destes componentes depende do modelo de aprendizagem utilizado e da própria *“filosofia”* da instituição de formação. Nesta possibilidade formativa, o objecto de atenção é o desenvolvimento emocional e relacional dos formandos, sobretudo enquanto pessoas. Estes sujeitos, o capital humano essencial, para levar a cabo as medidas equacionadas nesta proposta. Então há que investir em alterações profundas, nomeadamente ao nível curricular dos conteúdos programáticos das escolas de enfermagem, uma vez que, e face aos resultados obtidos, algumas das concepções de saúde e PS, da nossa amostra respondente, a maioria com poucos anos de experiência profissional, se encontram ainda numa perspectiva conceptual de *“ausência de doença”* orientada para o domínio da prevenção. A corroborar esta ideia, alguns autores identificaram que os modelos de aprendizagem a que os profissionais são expostos durante a sua formação, influenciam a integração dos conhecimentos, as suas aquisições e

comportamentos. Contrariamente ao modelo de aprendizagem clássico (pedagogia), a que, provavelmente, a maioria dos profissionais considerados foram expostos, a (andragogia), é um modelo de aprendizagem baseado na importância que os adultos dão às suas experiências, como um recurso valioso de aprendizagem, centrando-a portanto, no desempenho e na consciência que os mesmos têm de necessidades de formação específicas geradas pelos problemas da vida real (Koppel & Pietroni, 1991). Este modelo explicaria assim, a maior influência das experiências reais diárias, na aquisição das concepções dos profissionais do que propriamente da sua formação básica.

Por conseguinte, seria pertinente o investimento na formação dos profissionais considerados em PS, segundo modelos de aprendizagem adequados que integrem e valorizem as experiências dos próprios e as necessidades formativas identificadas pelos mesmos. As áreas prioritárias de formação parecem ser as relativas à aquisição de conhecimentos sobre a PS, papel promotor de saúde dos profissionais, nos domínios da partilha do poder e do uso da população como o principal recurso de saúde, segundo os princípios e orientações da OMS. Levanta-se agora a questão: como é que o papel do "promotor de saúde", que todos devemos ter, se operacionaliza para cada um dos grupos profissionais, dentro das características das nossas intervenções e contextos de trabalho dos serviços de saúde?

Face aos resultados obtidos relacionados com a participação comunitária é de salientar, a pouca importância dada pelos profissionais de saúde às populações como o principal recurso a utilizar em saúde, o que revela uma abordagem da saúde ainda bastante centrada nos profissionais e nos serviços. O facto dos enfermeiros concordarem com a afirmação, de que os profissionais de saúde, não têm o monopólio em relação à dimensão da partilha do poder, todavia, parece revelar uma contradição quando se referem às decisões sobre saúde de uma comunidade, distribuindo-se as suas respostas de forma muito dispersa. A partilha do poder com o utilizador na maioria das interações, é um comportamento essencial para facilitar a PS de acordo com o preconizado (Navarro, 1995; OMS, 1985; Pender, 1987). Da análise dos 138 enfermeiros, embora com algumas diferenças permite referir que os sujeitos do estudo percebem, os conceitos de saúde e PS, essencialmente em termos de bem

estar relacionando-os com menor frequência com a doença. Porém, não é de menosprezar os resultados obtidos em algumas afirmações, ao revelarem que, as suas concepções estão ainda imbuídas de uma abordagem tradicional, na medida em que continuam a estabelecer uma relação entre PS e prevenção de doenças específicas. De facto algumas respostas são contraditórias, relativamente a outras. Consideramos que há ainda um longo e sinuoso percurso a fazer, no sentido de uma viragem efectiva para uma moderna abordagem da PS. No que se relaciona com os cuidados de enfermagem, estão significativamente centrados no próprio enfermeiro e só em parte em função dos seus utilizadores, o que vem corroborar a ideia já expressa anteriormente. Comparando com outros estudos, apercebemo-nos de que o programa do Projecto 2000, que dá ênfase à PS, é um conceito fundamental e a estratégia global da OMS, da saúde para todos no ano 2000, que promove mais PS do que a PD, mudou o ensino de enfermagem. O governo do UK, estabeleceu uma estratégia para promover a saúde das populações, contida no documento da saúde da nação (DOH,1992). No que se relaciona com a PS no centro do currículo – foram designadas barreiras que eram ensinadas e que se pensava existirem na compreensão dos estudantes do programa do ensino convencional. O objectivo do programa é preparar profissionais flexíveis, autónomos e com capacidade crítica, que compreendam as necessidades cada vez mais complexas da sociedade em termos de cuidados de saúde nos anos 1900 e posteriores (Dolan, 1993). O UK publicou as suas recomendações no projecto 2000 - nova preparação para a prática. Os pré-programas, antes da introdução do projecto propriamente dito, foram baseados num modelo de aprendizagem pelo treino. As necessidades de formação foram subordinadas às necessidades do serviço (Dolan,1993).

No desenvolvimento de uma análise conceptual da PS, o processo desenvolvido por Rodgers (1989), em que os atributos, antecedentes, consequentes e referências são descritos segundo um exame do debate subsequente na literatura que aborda o significado do conceito. O modelo de PS, alarga o campo das possibilidades para as condições de manutenção e protecção da saúde em esferas abrangentes. Dá ênfase às estratégias de ES, influencia os comportamentos pela positiva, dirige-se a ajudar os indivíduos, grupos ou

comunidades, de forma a desenvolverem atributos que são fundamentais para o alcance do bem estar. Porém, na realidade, a maioria das medidas designadas de PS são ainda de natureza preventiva embora pretendam dar autonomia aos indivíduos de forma a adoptarem EVS. A PS visa os estilos de vida que promovem a saúde, assim como os esforços para recorrer a serviços e cuidados promotores. É relevante no estabelecimento de cuidados primários, em que a in(formação) é dada individualmente e a formação se relaciona com as causas particulares da saúde.

O presente estudo contribui essencialmente para clarificar as concepções dos enfermeiros acerca da PS no contexto das suas práticas em CSP e para dar a conhecer necessidades formativas dos mesmos, permitindo melhorar a sua in(formação) posteriormente. Ao fazê-lo levanta questões que necessitam posterior clarificação através da investigação. Por último, contudo, permanece a questão de saber em que medida o exposto nos questionários (sujeitos do estudo) coincide com a realidade existente, sobretudo naqueles aspectos para os quais, os respondentes, podem não ter tido ainda perfeita consciência.

A consecução do mais alto nível de saúde é a mais importante meta social mundial. Os *“determinantes da saúde”* - conjunto de factores pessoais, sociais, económicos e ambientais, determinam, o estado de saúde do indivíduo ou de uma população. A *“PS”* - é essencial para criar e assegurar o desenvolvimento desses factores, contribuir para uma melhor QV e a paz no mundo. Trata-se de um conceito vasto e de um investimento valioso.

A *“saúde”* ou *“bem estar”* é assim um conceito dinâmico, um factor indispensável para o desenvolvimento das comunidades, que necessita da intervenção de outros sectores, além do sector da saúde. Não é uma finalidade em si mesma, mas um *recurso* do dia a dia, que deve estar ao alcance de todos. É da responsabilidade *“conjunta”*, visa sempre um *“ganho em saúde”* e relaciona-se com todas as actividades que a promovam. Trata-se de um processo de aprendizagem ao longo da vida, que exige investigação e mudança na educação/formação dos profissionais de saúde, ao nível das suas competências, cada vez mais inovadoras e interventoras. O *“empowerment”* para a saúde é fundamental como - processo mediante o qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e acções que afectam a sua saúde. Os cidadãos têm

ainda o direito e o dever de participar individual e colectivamente, no planeamento e implantação dos cuidados de saúde. Só com base num trabalho conjunto de participação activa, “com” e “pelas” pessoas, serviços de saúde, e profissionais, é possível que cada um possa viver o seu potencial de saúde. A comunidade tem de ser vista como o principal determinante dos cuidados de saúde. O desenvolvimento do seu potencial, é reconhecido pela OMS, como a chave para uma sociedade sadia no novo milénio. É fundamental, que os enfermeiros acompanhem as mudanças de paradigma do fenómeno saúde/doença e que os serviços de saúde se transformem em verdadeiros serviços promotores de saúde. Os CSP são o elemento chave para atingir os objectivos (Saúde para Todos no ano 2000) e o desenvolvimento do espírito de justiça social. A PS é a grande prioridade nesta área do sistema de saúde. Constituem o 1º nível de contacto do SNS com os indivíduos, famílias e comunidade.

Na fundamentação do nosso estudo, foi indispensável, compreender a evolução do conceito de saúde até ao de PS. O conceito de saúde, decorrente da Declaração de Alma-Ata (1978), como um “estado de bem estar físico, mental e social, e não somente ausência de doença ou enfermidade” - conceito estático da saúde – passando pelo conceito da 1ª Conferência Mundial da PS – Carta de Ottawa (1986), como “um processo que visa criar as condições para que as pessoas aumentem a capacidade de controlar os factores que a determinam, no sentido de a melhorar” – (saúde interpretada não como um objectivo em si própria, mas como uma fonte de riqueza na vida quotidiana) – conceito positivo – até à 2ª Conferência Mundial da PS – Declaração de Adelaide (1978), em que nas Recomendações emanadas, o valor da saúde foi considerado como um “direito humano fundamental e sólido investimento social” - e por último, na 4ª Conferência Mundial de PS – Declaração de Jacarta (1997), a PS é apontada como um investimento valioso. Outros domínios foram ainda abordados e analisados como reflexão conjunta: a pobreza surge como a maior ameaça à saúde; novos desafios sobre os determinantes da saúde; algumas estratégias essenciais; prioridades para a PS no Séc. XXI e prioridades da aliança mundial para a PS. O cumprimento destas orientações exige condições que passam por alterações: na política de saúde; na organização dos serviços de saúde e ainda nos valores da comunidade em geral onde se encontram inseridos também os profissionais de saúde.

No entanto, tendo este trabalho como finalidade, contribuir de algum modo, para o estudo de um campo ainda pouco explorado e também para a melhoria das práticas promotoras de saúde dos enfermeiros em CSP, ficaria incompleto se não delineássemos algumas propostas/sugestões.

Tendo por base os resultados obtidos e partindo do pressuposto de que, a função educativa dos enfermeiros, no âmbito da saúde, é inerente ao seu desempenho profissional, estes não podem renunciar ao seu papel promotor de saúde como agentes de mudança e suporte dos indivíduos, família/comunidade. Perante as exigências actuais, espera-se dos enfermeiros respostas, cada vez mais eficazes em qualidade técnica, científica e relacional, traduzindo-se numa melhoria efectiva dos cuidados de enfermagem. Mas para tal, necessitam desenvolver cada vez mais novas competências específicas, ao nível da concepção e prática dos cuidados de saúde.

Pensamos ser de extrema importância, numa primeira etapa, a divulgação dos resultados da pesquisa aos enfermeiros que colaboraram neste estudo. Os dados podem ser úteis à reflexão, sobre as acções realizadas, conceitos e valores centrais subjacentes à prática dos cuidados, desses enfermeiros nos CS onde o estudo se realizou, para tomarem decisões no estabelecimento de prioridades dos cuidados. Ao sensibilizar os enfermeiros numa interpretação e relação teórico/prática, pode suscitar neles motivação para a mudança, e conseqüente melhoria das práticas, levando - os a repensar sobre aquilo que fazem e porque o fazem?

Tudo isto só será possível se os mesmos dispensarem, no seu quotidiano, um espaço de reflexão profunda sobre as suas experiências, concepções, atitudes e comportamentos, que irão influenciar particularmente a "forma" como irão orientar essas práticas. Neste ponto, (Collière, 1989) reafirma que o conhecimento das crenças e valores é fundamental para construir o processo de cuidados de enfermagem. Promover este desenvolvimento é indispensável, para que os enfermeiros pratiquem cuidados de enfermagem culturais de qualidade, do ponto de vista holístico e humanístico, tendo em vista o bem estar das pessoas, sendo isto crucial no processo de PS.

Considerando que o objectivo dos cuidados de enfermagem nos CSP é a PS, isto é, a autodeterminação das pessoas em matéria de saúde, os enfermeiros podem por excelência, contribuir para uma função mais adequada dos serviços de saúde, transformando-os em serviços promotores de saúde, quando tiverem integrado no seu conhecimento o âmbito conceptual da perspectiva salutogénica, e, quando na sua prática profissional ela possa ser reconhecida. A visibilidade deste trabalho é possível, dando a conhecer o seu papel de animadores, as suas intervenções a outros profissionais de saúde e às populações com quem trabalham, utilizando metodologias de marketing. A dinâmica que se estabelece neste processo de interacção, deve basear-se na cooperação, entreajuda e confiança entre todos os intervenientes. Realçando-se aqui a importância de um trabalho multidisciplinar, essencial para a obtenção dos melhores resultados em termos globais de ganhos em saúde.

Sendo a enfermagem, uma profissão em que o sujeito dos cuidados é o homem, tem necessidade constante de recorrer ao subsídio de outras disciplinas, como complemento dos seus saberes, tornando-se indispensável que invista nos seus recursos humanos, matéria prima valiosa, reconstruindo novos conhecimentos fundamentados em bases científicas. Os utilizadores esperam que os enfermeiros sejam competentes ao nível pessoal e profissional.

O estabelecimento de relações regulares entre docentes e enfermeiros da prática, numa reflexão conjunta, a partir de questões que emergem da prática dos cuidados, ganha aqui todo o significado. Consideramos que, a criação de parcerias entre os CS e as escolas de enfermagem seria uma mais valia em termos de desenvolvimento profissional conjunto, permitindo realizar acções de investigação/formação e estabelecendo melhores relações de confiança.

Existe ainda um longo caminho a percorrer, para melhorar a prática dos cuidados de enfermagem nos CSP. É necessário criar oportunidades de formação continua quer em cursos formais regulares, quer nos locais de trabalho para que os enfermeiros possam evoluir para uma competência profissional efectiva.

O principal aspecto da PS é indubitavelmente a importância da política de saúde e de todo o seu potencial para a execução de uma mudança social, através de

legislação, fiscal e económica, e mediante outras formas de “*envolvimento do meio*” (Naidoo e Wills, 2000).

Em síntese o estudo permitiu, descrever e analisar as concepções dos enfermeiros, mostrando que apesar de alguns constrangimentos, no conjunto as intervenções dos enfermeiros vão no sentido da PS de acordo com os pressupostos da OMS.. Apesar das inferências que retiramos a partir dos resultados, temos plena consciência de que muitos aspectos e questões ficaram ainda por responder. Por outro lado, dada a multiplicidade e complexidade dos factores que interferem na concepção de um modelo profissional e consequente prática de cada enfermeiro, sabemos que o seu estudo só poderá ser faseado e dificilmente contemplará o todo. Se o nosso estudo levanta questões que vêm alargar o leque da investigação na área da saúde e sugere novas formas de intervenção dos enfermeiros, para promover a saúde, então sentimo-nos compensados por termos dado forma, de alguma modo, a este projecto.

Gostaríamos de salientar que o presente trabalho constitui uma etapa fundamental na nossa formação, não só pela possibilidade de aprofundar uma área que nos interessa particularmente, cada vez mais indispensável pôr em prática, mas também pela aprendizagem de metodologias de investigação e seu rigor científico. A aprendizagem que retiramos ao longo deste estudo, não pode ser traduzida em valores nem quantificada, esperamos todavia que se reflecta no nosso desempenho profissional futuro, como uma mais valia.

6 REFERÊNCIAS

- Abdullah, S. N. (1995). Towards and individualized clients' care: implication for education. The transcultural approach – Journal of Advanced Nursing, 22, (4), 715 - 720.
- Albuquerque, C., & Oliveira, C. (2002). Comportamentos de Promoção da Saúde. Revista Pensar Enfermagem, 6, (1), 17- 27.
- Alonzo, B. (1993). Factors associated with participation or non participation in Workplace Wellness center. New York: Plenum Press.
- Antonovsky, A., (1997). Salutogénese; démystification de la santé. Tubinger: Deutsche Gesellschaft für. Verhaltenstherapie (DGUT).
- Antonovsky, A., (1995). Orientação Salutogénica da Promoção da Saúde. Traduzido e adaptado de: Health Promotion International, 11, (1), 15.
- Arnal, R. (1997). Introduccion a la Psicologia de la Salud: Aspectos conceptuales. Valencia: Promolibro.
- Baudman, E., & Baudman (1988). Critical thinking in nursing. Connecticut: Appleton & Lange.
- Basto, M.L. (2000). Contributo da enfermagem para a promoção da saúde da população. Lisboa: MS.
- Basto, M.L.(1998). Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras. Lisboa: Rei dos Livros.
- Basto, M.L., & Magão, M.(2001). Práticas de enfermagem: algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação. Revista de Investigação em Enfermagem. Coimbra: Sinais Vitais, 4, 3 -11.
- Baudier, F. (1987). Education pour la Santé – Guide Pratique. CDES. ADEESSE.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). The Primacy of Caring: Stress and coping. In health and illness. Merlo Park: Adison. Welley Publishing Company, 25.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1997). Psicologia e promoção da saúde. Manuais Universitários, 14. Lisboa: Climepsi.
- Bol of saint Panam (1987), 103, (1), 80.
- Booth, R. (1992). Working for patients; further implications for nurse education. Nurse Education Today, 12, 243 – 251.

- Buck, C. (1996). Depois de Lalonde: a criação da saúde. In Organização Panamericana de Saúde. Promoção da Saúde: uma antologia. Publicação científica, 557. Washinton, DC, 6 – 14.
- Bunton, R., & Macdonald, G. (1992). Health Promotion: Disciplines and Diversity. London: Routledge.
- Bury, J. (1998). Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications. 4ª ed. Bruxelles: De Boeck- Wesmae.
- Buss, P. et al. (1998). Promoção da Saúde e Saúde Pública: contribuição para o debate entre as escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro: ENSP/ Fioeruz.
- Caplan, R., & Holland, R. (1990). *Rethinking health education theory*. Health education Journal, 49, (1).
- Carvalho, A. (1996). Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis: saúde e cidadania na pós - modernidade. Ciência e Saúde Colectiva, 1, (1).
- Carvalho, G. (2001). Literacia e Educação para a Saúde no virar do Século. Oração de Sapiência proferida no XXVII aniversário da Universidade do Minho. IEC, 1 - 15.
- Ceia, C. (2000). Normas para apresentação de trabalhos científicos. 3ªed. Lisboa: Presença.
- Clarke, A. (1991). Nurses as role models and health educators. Journal of Advanced Nursing, 16, 1178 – 1184.
- Close, A. (1988). Patient education: a literature review. Journal of Advanced Nursing, 13, 203 – 213.
- Coelho, M. (1997) A saúde pública no limiar do século XXI. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa: 15, (3), 5 -10.
- Collière, M.F. (2001). Soigner: accompagner les grands passages de la vie. Origine de la nature des soins. Paris: Masson.
- Collière, M.,F.(1989). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cribb, A., & Dines, A. (1993). Part one: health promotion: concepts. In Dines, A. & Cribb, A.(eds). Health Promotion: concepts and Practice. Blackwell Scientific Publications. Oxford.
- DGS. (1986). Projecto Vida Activa Saudável no Local de Trabalho. Carta de Ottawa para a PS. 1ª Conferência Internacional sobre PS. Canadá, 1 - 6.

- Dias, J. (1996). *A Educação de Adultos em Portugal no contexto da Educação ao longo da Vida*. Lisboa : Conselho Nacional de Educação.
- Dias, J. (1998). Filosofia da educação. Temas e problemas. 1º Encontro Nacional de Filosofia da Educação. Braga: Universidade do Minho, 9 -21.
- Dias, J. (1997). Abertura a uma reflexão sobre as metamorfoses da pedagogia. Revista Portuguesa de Educação. Braga : I E P - Universidade do Minho, 10, (2), 1 - 7.
- Dolan, B. (1993). Reflection and celebration. In Dolan, B. (ed) Project 2000. London: Scutari Press.
- DOH (1992). The Health of the Nation. Department of Health, HMSO. London.
- Donoghue, J., Duffield, C., Pelletier, D., & Adams A. (1990) Health promotion as a nursing function : perceptions held by university students of nursing.
- Downie, R., Fyfe C., Tannahil, A. (1990).– Health Promotion – Models and Values. Oxford, Oxford University Press,
- Ewles, L., & Simnet, I. (1999). Promotion health – A practical guide. London: Ballière Tindal.
- Felício, M. (1994). Atitudes dos Profissionais de saúde face à promoção da saúde em saúde materna. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa: 12, (1), 25 - 33.
- Fernandes, O., & Lopes, M. (2002). Corpo, saúde e doença: que representações dos enfermeiros? Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra, 6, 4 -17.
- Ferraz, S. (1996). Bases conceituais de Promoção da Saúde. Brasília: OPS.
- Ferraz, S. (1993). Estratégia para adopção de cidades saudáveis no Brasil. Brasil: S/local.
- Ferreira, G. (1990). Moderna Saúde Pública. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fortin, M.F. (2000). O contributo da investigação no desenvolvimento dos conhecimentos em Ciências de Enfermagem. Revista de Investigação em Enfermagem. Coimbra: Sinais Vitais,1, 61- 68.
- Fortin, M.F. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Frada, J. (2001). Guia prático para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos. 11ª ed. Lisboa: Cosmos.

- Frasquilho, M. (1998). Estilo de vida, comportamentos e educação para a saúde. Comportamento problema e comportamento saudável segundo os adolescentes. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa, 16, (1), 13 -14.
- Freire, P. (1972). Pedagogia do Oprimido. 2ª ed. Porto: Afrontamento, 63 - 85.
- French, J. (1990). Boundaries and horizons, the role of health education within health promotion. Health Education Journal.
- Germano, M., I., & Temporini, E. (2001). Promoção da Saúde em AIDS: Percepção da equipe escolar 19, (2), 45- 54.
- Gil, A.C. (1995). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 4ª ed. São Paulo: Atlas S.A.
- Gentile, M. (1999). Promoção da Saúde. Revista Promoção da Saúde, 1, (2), 1-5.
- Gott, M., & O' Brien, M. (1990). The Role of the Nurse in Health Promotion: Policies Perspectives and Practice. Report of a 2 year project funded by the Department of Health.
- Grande, N. (2000a). Ética e Investigação. Revista de Investigação em Enfermagem. Coimbra: Sinais Vitais, 2 , 49 - 53.
- Grande, N. (2000b). Forum de economia da saúde : cuidados de saúde primários pedra angular dos sistemas de saúde. Porto: Departamento de Clínica Geral e Instituto Superior de Estudos Empresariais da Universidade do Porto, 77 - 87.
- Greene, L., & Raeburn, J. (1990). Contemporary developments in health promotion: definitions and challenges. London: In Bracht N. Health Promotion at de community Level. Sage.
- Greene, W., & Simons-Morton, B. (1991). Educacion para la salud. México: Interamericana. Mac Graw-Hill.
- Gutzwiller, F., & Jeanneret, O. (1996). Médecine préventive et sociale : Public Health. Bern : Huber.
- Hartz, C. (1994). *O que é a promoção de saúde?* Nursing, 72, 17 - 19.
- Hesbeen, W. (2001). Qualidade em enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar. Camarate: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva do Cuidar. Loures: Lusociência.
- Hill, M., & Hill, A. (2000). Investigação por Questionário. 1ª ed. Lisboa: Sílabo, Lda.

- Hislop, S., Inglis, B., Cope, P., Stoddart, B., & McIntosh, C. (1996). Situating theory in practice: student views of theory – practice in Project 2000 nursing programme. Journal of Advanced Nursing, 23, 171 – 177.
- Hokanson, H. (1992). Empowerment in nursing education: concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. Journal of Advanced Nursing, 17, 609-618.
- John's, C. (1994). Guided reflection. In A. Palmer & S. Burns & C. Bulman. *Reflective Practice in Nursing. The growth of the professional practitioner*. Cornwall: Blackwell Science Ltd., 110 -130.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F., & Patterson, T. L. (1993). Health and human behaviour. New York : MacGraw -Hill.
- Kelly, M. (1992). Health promotion in primary care: taking account of the patient's point of view. Journal Advanced Nursing:Vol. 17, pp. 1291-1296.
- Kérouac, S. et al. (1996). El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, S.A.
- Kolb, D. (1984). Experimental learning. New Jersey: Englewood Cliffs.
- L'abbate, S. (1994). Educação em Saúde: uma Nova Abordagem. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 481-490.
- Lalonde, M. (1974). A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Health and welfare Canada.
- Lask, S., Smith, P., & Masterson, A. (1994). A Curricular review of the Pre-and Pro-Registration Education Programmes for Nurses, Midwives and Health Visitors in relation to the Integration of a Philosophy of Health: Developing a Model for Evaluation. English National Board, London.
- Latter, S. (1998a). Nursing, health education and health promotion: lessons learned, progress made and challenges at health. Health Education Research, 13, (2), I-V.
- Latter, S. (1998b). Health promotion in the acute setting: the case empowering nurses. In Kendal S. London: Health and empowerment. Arnold, 11 - 37.
- Later, S. (1994). Health education and health promotion: perceptions and practice of nurses in acute care settings. Unpublished PhD Thesis. King's College, University of London.
- Latter, S., Macleod, C., Wilson, J., Barnett, J., & Malben, J. (1992). Health education in nursing : perceptions of practice in acute setting. Journal of Advantage Nursing, 17, 164 -172.

- Kickbusch, I. (1996). Promoção da Saúde: uma perspectiva mundial. In: Organização Panamericana de Saúde. Promoção da Saúde uma antologia. Publicação científica, 557, Washinton, DC, 15 – 24.
- Leavell, H., & Clarck, E. G.(1965). Preventive Medecine for the Doctor in his Community. New York: Mac Graw–Hill.
- Leininger, M. (1995). Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practices. 2ª ed. New Work: McGraw- Hill. Inc. College Custom Series.
- Liimatainen, L., Poskiparta, M., & Sjogren, A. (1999). Student Nurse and Reflective Health Promotion Learningin Hospital, Finland Paper Presented at the European Conference on Educational Research, Lahti, Finland: Department of Health Siences University of Jyaskyla, 1 -10.
- Maben,J., Macleod, C. J. (1995). Health Promotion: a concept analysis, 22, (6), 1158.
- Macdonald, E. (1998). *The role of Project 2000 educated nurses in health promotion within the hospital setting*. Nurse education today,18 (3), 213 - 220.
- Macleod, C., & Maben, J. (1998) *Health promotion: perceptions of Project 2000 educated nurses*. Health Education Research Theory & Practice, 13 (2), 185-196.
- Macleod, C., Maben, J., & Jones, K. (1996). *Project 2000 :perceptions of the philosophy and pratice of nursing*. Research Highligths. London: English National Board, 17.
- Macleod, C. (1993). From sic nursing to health nursing. Evolution or revolution? In Wilson Barnette, J., & Macleod, C. J. (ed.). Research in Health Promotion and Nursing. Macmillau. London.
- Macleod, C. J., Wilson-Barnett, J., Latter, S., & Maben, J. (1992). Health Education and Health Promotion in Nursing: A Study of Pratices in Acute Areas. Report of a 2 year. Department of Health funded project.
- Malher, H. (1981). Que signifie la santé pour nous tous d'ci l'an 2000 ? Forum Mondiale de la Santé, 2, (1), 5 - 26.
- May, N., & Veitch, L. (1998). Working to learn and learning to work: Placement experience of project 2000 nursing students in Scotland. Nurse Education Today,18, 630 - 636.
- Marques, A. M. (1997). Promover Saúde: Dramatização em Educação para a Saúde. Lisboa: DGS.

- Matarazzo, J. (1990). Behavioral health: a challenge for health services professions. In JD. Matarazzo, J., Herd. N. E., Miller, & Weiss S. M. (1984) New Work: Behavioral Health. John Willey and Sons, 30 - 40.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C., & Canha, L. (1998). A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/ OMS. Faculdade de Motricidade Humana - Programa de Educação para Todos - Saúde.
- Mendes, E. (1998). Uma Agenda para a Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco.
- Milde, F., & Hein, C. (1991). Competence to provide health education: perception of nursing students and faculty. Journal of Nursing Education, 30, 9.
- Muir, D., Proffit, P., & Clark, M. (1992). *Role and function of professional nursing*. Nursing Standard, 6 (40), 28 – 29.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2000). Health Promotion. Fondation for Praticce. London: Ballière tindal, Royal College of Nursing.
- Naidoo, J., & Wills, J. (1998). Practising Health Promotion. Dilemmas “Student Nurse and Reflective Health promotion Learning in Hospital” and Challenges. London Baillie’re : Tindall.
- Naidoo, J., & Wills, J. (1994). Health Promotion. Foundations for Parctice. Balliere Tindall. London.
- Naidoo, J., & Wills, J. (1986). Limits to individualism. In Rodnell, S., Watt A (eds). *The Politics of Health Education*. London. Routledge.
- National - Occupational Standards for Professional Activity in Health Promotion and care (1997), 30.
- Navarro, M. F. (1996/97). Modelos de intervenção em saúde na educação pré - escolar e nos ensinos básico e secundário. Curso de formação para formadores no âmbito do PES.
- Navarro, M. F. (1995a). Educação e Saúde. Modelos de intervenção em saúde na educação pré - escolar e nos ensinos básico e secundário. Programa de Promoção e Educação para a Saúde. PES. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa: DGS, 38, 2-10.
- Navarro, M. F. (1995b) Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa, 4, 77 - 83.
- Nettleton, S., & Burows, R. (1997). Knit Your Own Withut a Patern: Health Promotoin Specialists in an internet Market, *Social Policy and Administration*, 31 (2), 191- 201.

- Noack, H. (1987). Concepts of Health Promotion. In Abelin, T et al. *Mesurement in Health Promotion and Protection* Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe, 5 - 28.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21^o century. Health Promotion Inter,15, 259 - 267.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. Health Promotion Inter,13, 349 - 364.
- Ogden, J. (1996). Health Psychology: A Texbook. Buckingham : Open University Press.
- Office Fédéral de la Santé Publique (1997). Lignes directrices pour la planification de l'évaluation de projects et des programmes. Berne.
- OMS (1995). La Participacion Social en el Desarrollo de la Salud: experiencias Latinoamericanas. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. IISP/SILOS –35. Washinton, DC.
- OMS - Organization Mondiale de Santé (1986). Ottawa Charta for Health Promotion.
- OMS (1985). As Metas de Saúde para Todos – metas de estratégia regional europeia da saúde para todos. Geneve: OMS.
- OMS (1978). Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre CSP. Alma-Ata. URSS : Fundo das Nações Unidas para a Infância, 6 -12.
- OPS/OMS (1999). Municipios Hacia la Salud:Experinencia Venezolana. Tomo II, Caracas, Venezuela, 85 – 92.
- OPS/OMS (1997) A Declaração de Jacarta sobre PS no Século XXI - (Adoptado na 4^a Conferência Internacional sobre PS. Jacarta. República da Indonésia, 1 - 8. (Tradução da Washinton, DC).
- Paul, C., & Fonseca, A. (2001). Psicosociologia da saúde. 1^a ed. Lisboa: Climepsi.
- Pender, N.(1996) Health Promotion Nursing in Praticce .Stanford CT: Appelaton & Lange p. 24.
- Pender, N. (1987). Health Promotion Nursing Praticce. *Stanford CT*: Appelaton & Lange.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J. (1998). Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS. 1^oed. Lisboa: Sílabo, Lda.

- Pereira, A. (2002). Guia Prático de Utilização do SPSS – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia. 3ª ed. Lisboa : Sílabo, Lda.
- Piovesan, A., & Temporini, E. R. (1995). Pesquisa exploratória: Procedimento metodológico para o estudo de factores humanos no campo da Saúde Pública. Revista de Saúde Pública, 29, (4), 318 - 325.
- Plazer, H., Snelling, J., & Blake, D. (1997). Promotion Reflective Practitioners in Nursing: a review of theoretical models and research into the use of diaries and journals to facilitate reflection. *Teaching in higher education*, 2, (2), 103 – 121.
- Polit, F., & Hungler, P. (1995). Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portugal, MS./ ME. (2001). O que é a saúde na escola: Guião orientador escolas promotoras de saúde. 2ª ed. ME.
- Portugal, MS. (2001). Guias de Educação e Promoção da Saúde. PAPPS. Lisboa : DGS.
- Portugal, MS. (1999). A saúde dos Portugueses. DGS. MS. Portugal, MS. (1999). Contornos de uma reflexão – R N E P S. Excerto de um texto produzido num dos debates temáticos do Encontro Nacional e Internacional.
- Portugal, MS. (1999). Saúde: um compromisso - a estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002. Lisboa: MS.
- Portugal, MS. (1998). Carta dos direitos e deveres dos utentes. Lisboa: DGS. RISCO. 1º Sem. 2000.
- Portugal, MS. (1997). Promoção da Saúde: Carta de Ottawa (1986), Declaração de Adelaide (1988), Declaração de Sundsvall, (1991) Declaração de Bogotá (1992). Brasília: MS.
- Portugal, MS. (1997). Programas de saúde. <http://www.ars-algarve.pt/prosm.html>.
- Portugal, MS. (1995). Promover a Saúde da Juventude Europeia: Educação para a Saúde nas Escolas. Manual de formação para professores e outros profissionais que trabalham com jovens: cofinanciada pela Comissão das Comunidades Europeias no âmbito do Projecto R N E P S.
- Portugal, MS. (1991). Dec. Lei nº 437/91 – Aprova o regime legal da Carreira de Enfermagem. DR – I – Série A (257) de 8 de Novembro.
- Portugal, MS. (1990). Lei de Bases da Saúde - Lei nº 48/90 de 24 de Agosto.

- Precioso, J. (1992). Algumas estratégias de âmbito intra e extra-curricular para promover e educar para a prática de uma alimentação racional. Revista Portuguesa da Educação. Braga, 5, (2), 111 -113.
- Promotion Santé Suisse (2000). Politique de Promotion de la Santé. Lausanne : Rapport annuel 1999.
- Rebelo, T. (1997a). Enfermagem agora. Do fazer ao dizer enfermagem: Que obstáculos? Revista de Enfermagem. Trabalho apresentado no IVº Colloque du reseau Praqsi. Lisboa, 10, 14 - 19.
- Rebelo, T. (1997b). Sobre a Noção de Prática. Pensar Enfermagem: Lisboa, 1, (0), 3 - 4.
- Rebelo, T. (1996). Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem, contributo para a análise das representações sociais. Dissertação no âmbito de Mestrado em Ciências da Educação Coimbra: Sinais Vitais, 9, 17-21.
- Ribeiro, L.F. (1995). Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Lisboa : Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Ribeiro, J. L. (1999). Investigação e avaliação em psicologia e saúde. 1ªed.Lisboa : Climepsi.
- Ribeiro, J. L. (1998). Psicologia e saúde. Lisboa : ISPA.
- Ribeiro, J.L. (1996). Saúde e Desenvolvimento – Análise Psicológica, 2, (3), (XIV),177- 190.
- Ribeiro, J. L. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde – Análise Psicológica, 2, (3) - (XII), 179 - 191.
- Robinson, S., & Hill, S. (1995) Miracles take a little longer: Project 2000 and the health promotion nurse. International Journal of the Nursing Studies, 32, 568 – 579.
- Rivers, K., Aggeleton, P., & Whitty, G. (1999). Professional preparation and development for health promotion: a review of literature. Health Education Journal, 57, 254 – 262.
- Rochon, A. (1996) Educacion para la salud: un guia práctico para realizar un proyeto. Barcelona: Masson.
- Rodrigues, C. (1998) Manual de psicologia 2 : a motivação. Porto: Contraponto.
- Sanches, M. A. (1993). Estudiantes de Enfermería Y promocion de la salud. Rol de Enfermería,184, 33 - 34.

- Santos, F.(1999): O formador e os Outros. Formar. Revista dos Formadores, 33, 43 - 49.
- Serrão, D., & Nunes, R. (1998). Ética em Cuidados de Saúde. Porto: Porto Editora, Lda.
- Silva, A., & Pinto, J. (1986). Metodologia das Ciências Sociais. 5ª ed. Porto: Afrontamento.
- Sigerist, H. (1946). The University at the Crossroads. New York: Henry Schumann Publishers.
- Sousa, M. (1995). A educação para a saúde na prática da saúde escolar: diagnóstico da situação de um concelho do distrito de Lisboa. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 13, (1), 39 - 52.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. 4ª ed. Lisboa :Lusociência.
- Stephoe, A. , & Wardle, J. (1996). The European Health and Behaviour Survey. The development of an International study in health psychology. Psychology of Health,11, 49 –73.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D. R. (2002). Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo humanista.2ª ed. Loures: Lusociência.
- Tannahil, A. (1990). Health Promotion – Models and Values. Oxford. Oxford Union Sity Press.
- Tannahil, A. (1985). What is health promotion? Health Education Journal, 44, (4).
- Teixeira, L.S. (2003). O enfermeiro de família no contexto da saúde XXI – OMS. Nursing.Ed Portuguesa, 177, (15), 6 - 9.
- Trigo, M. (2000). Modelos em saúde: perspectiva crítica sobre as origens e a história. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 18, (2), 5 -22.
- Terris, M. (1992). Conceptos sobre Promocion de la Salud - Dualidades en la Teoria de la Salud Pública. Washinton: OPAS/OMS.
- Tones, K. (1998). Health education behaviour change and the public health. Oxford: textbook of public health, 2: Oxford Universit T. Press, 1-16.
- Tones, K., Tilford, S., & Robins, Y. (1990). Health Education: Effectiveness and Efficiency. Chapman & Hall. London.
- Universidade Norte do Panamá, Fernandes, T. A., Lazzarotto, E., & Anselmo, J. – Concepção da Saúde e Promoção da Saúde: a visão dos Formandos dos Cursos

da Área da Saúde, 1-2. (<http://hygeia.fsp.usp.br/cepedoc/trabalhos/Trabalho%20437.htm>.)

Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freir's ideas adapted to health education. Health education quarterly, 4, 379 - 394.

Ward, M. (1997). Student nurses' perceptions of health promotion: a study. Nursing Standard, 11, (24), 34 - 40.

Watson, J. (2002). Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem. Loures: Lusociência.

William, J. (1995). Education empowerment: Implications for professional development and training in health promotion. Health Education Journal, 54, 37-47.

While, A., Roberts, J., Fitzpatrick, J. (1995). A Comparative Study of out comes of pre-registration nurse education programmes. Research Highlights, 10. London: English National Board.

WHO (1978). Declaration of Alma-Ata. Internacional Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS.

WHO (1984). Health Promotion: a WHO discussion document on the concepts and principles. Reprinted in Journal of the Institute of Health Education, 23, (1).

WHO (1986). Ottawa charter for health promotion. An International conference on health

promotion. The move towards a new public heath, Ottawa, Canada.

WHO (1989). Nursing Leadership for health for all Geneva: WHO

WHO (1999). Health for all in the twenty-first century. Geneva: WHO.

WHO (2000). Fifth Global Conference on Health Promotion. México City: WHO.

WHO (2002). The American Journal of Health Promotion, 1 - 4.

Zylinski, J. (1993). Patient Education : Post operative needs. Nursing Standard 8, (6), 31- 35.

ANEXOS

ANEXO I - Questionário de colheita de dados

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

IX CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO

PROMOÇÃO DA SAÚDE:

*CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS
EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS*

Porto, Dezembro, 2002

Maria de Fátima Evaristo Matias Travassos

Apresentação:

Colega.

Chamo-me Fátima Travassos, e encontro-me a frequentar o 2º ano do curso de mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar no Porto, no âmbito do qual desenvolvo um estudo sobre ***“Promoção da Saúde em Cuidados de Saúde Primários”***.

Procuro conhecer quais as concepções que orientam a prática dos enfermeiros em cuidados de saúde primários e se elas podem contribuir para a promoção da saúde das populações e para o desenvolvimento de conhecimentos nas intervenções de saúde.

Assim, venho solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Ele incide sobre as suas experiências como profissional de enfermagem em cuidados de saúde primários. Os dados são confidenciais, não requerendo qualquer identificação.

Para conhecer os resultados do estudo poderá contactar-me a partir de Dezembro de 2003, momento em que projecto terminar este trabalho.

Maria de Fátima Evaristo Matias Travassos
Centro de Saúde de Torre de Moncorvo
Rua: Estrada Nacional – 5360 Torre de Moncorvo
Telefone: 279200290 – Fax 279...
Email: fatima_travassos@hotmail.com

A Colega

F. Travassos

QUESTIONÁRIO

Assinale com uma cruz (X) no interior dos quadrados a opção pretendida, sobre cada assunto.

1. SEXO

Masculino

Feminino

2. IDADE (anos)

3. FORMAÇÃO PROFISSIONAL (assinale o nível mais elevado de formação que possui)

Curso Geral de Enfermagem ou equivalente legal

Curso de Bacharelato em Enfermagem

Curso de Licenciatura

Curso de Especialização em _____

Curso de Mestrado

4. ESCOLA DE ENFERMAGEM ONDE FREQUENTOU A FORMAÇÃO BÁSICA

5. TEMPO DE EXERCÍCIO

Na profissão: anos meses

Nos Cuidados de Saúde Primários: anos meses

6. SERVIÇO ONDE DESEMPENHA FUNÇÕES

SAP/SASU/CATUS

Serviço de Internamento

Serviço de Ambulatório

Assinale no interior dos quadrados, o número que corresponde à sua opinião, como resposta a cada afirmação, baseando-se na escala de 1 a 5, em que:

- 1 = Discordo totalmente
- 2 = Discordo parcialmente
- 3 = Não concordo nem discordo
- 4 = Concordo parcialmente
- 5 = Concordo totalmente

7. A Saúde:

- 7.1. é uma tomada de consciência individual
- 7.2. é um recurso da vida das pessoas com interações feitas no dia a dia
- 7.3. depende da qualidade da relação connosco próprios
- 7.4. depende da qualidade da relação dinâmica com o meio em que vivemos
- 7.5. define-se por uma configuração de bem-estar resultante da auto-percepção
- 7.6. é um factor essencial para o desenvolvimento social, económico e humano
- 7.7. é concebida como um cuidado que se dispensa a si mesmo e aos outros
- 7.8. como “ausência de doença” e como “estado de completo bem estar físico, mental e social” são o mesmo conceito dito de forma diferente
- 7.9. não é unicamente da responsabilidade dos indivíduos, do estado ou de organizações, mas de todos em conjunto
- 7.10. é uma forma de educação, é um factor de sucesso, é uma responsabilidade a partilhar .
- 7.11. ou bem-estar é influenciada por inúmeros factores físicos, sociais e pessoais
- 7.12. e a doença são dois domínios distintos
- 7.13. e a doença são processos e estados que fazem parte da vida, que medeiam entre a concepção e a morte
- 7.14. promove-se, proporcionando um padrão de vida decente, boas condições de trabalho, educação e cultura física
- 7.15. utiliza recursos que são essenciais para promover estilos de vida
- 7.16. não é uma finalidade em si mesma, mas um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento das comunidades
- 7.17. é um conceito dinâmico e multidimensional
- 7.18. pode ser considerada como o equilíbrio dinâmico e a harmonia de todas as possibilidades da pessoa humana, conferindo-lhe um potencial de vida
- 8. A concepção de que a evolução humana resulta da interacção do indivíduo com o meio deverá fazer parte da filosofia dos serviços em cuidados de saúde primários (CSP)
- 9. Os principais objectivos dos cuidados de saúde primários são: promover a saúde através da responsabilização das pessoas pelo processo conducente à saúde

10. A Promoção da saúde:

- 10.1. é “o processo que permite aos indivíduos aumentar o controlo sobre a sua própria saúde e melhorá-la”
- 10.2. não diz respeito exclusivamente ao sector da saúde
- 10.3. das populações é influenciada pelas concepções, crenças, atitudes e comportamentos que orientam a prática dos enfermeiros em CSP
- 10.4. é a prática quotidiana dos profissionais de saúde
- 10.5. realiza-se através de processos participativos que pretendem criar condições para que os indivíduos e os grupos actuem como agentes do seu próprio desenvolvimento
- 10.6. passa pelo estabelecimento de objectivos e por uma intervenção reflectida, por parte dos enfermeiros
- 10.7. tem implícita a ideia de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, numa evolução qualitativa, considerando a saúde como um processo em vez de um estado
- 10.8. pretende um “ganho em saúde”
- 10.9. pretende a “manutenção da saúde”
- 10.10. abrange também a população em risco de doenças específicas
- 10.11. ou educação para a saúde são conceitos com o mesmo significado
- 10.12. é um vector do processo educativo em geral
- 10.13. utiliza estratégias directivas e persuasivas
- 10.14. tem em conta a protecção e a conservação dos recursos dos ambientes naturais e artificiais
- 10.15. é um conceito que tem subjacente a noção de multidisciplinaridade
- 10.16. exige investigação em saúde e alterações na educação e formação dos profissionais de saúde para a mudança de atitudes e concretização dos objectivos
- 10.17. é um processo de aprendizagem ao longo da vida
- 10.18. não é um conceito novo
- 10.19. veio substituir o conceito de higiene
- 10.20. sobrepõe-se parcialmente ao conceito de prevenção da doença
- 10.21. através de programas, desenvolve uma variedade de propostas para ajudar as pessoas na resolução dos seus problemas
- 10.22. pode ser generalizada a situações de doença, de tratamento e de reabilitação
- 10.23. é um conceito da segunda revolução da saúde centrado na saúde
- 10.24. é uma intervenção que pode ser orientada para a doença, para os factores de risco e para a saúde
- 10.26. visa a saúde em geral e as actividades que a promovam
- 10.27. é um processo globalizante, desenvolvimental e construtivista que permite a apropriação por parte das pessoas, de novas formas de estar e de pensar a saúde
- 10.28. é uma interacção enfermeiro/utente que contém uma comunicação terapêutica.

- 10.29. e a prevenção da doença fazem parte das prioridades ao nível da prevenção primária
- 10.30. não é um conjunto de actividades para evitar o aparecimento da doença, mas sim o processo para desenvolver essas actividades
- 10.31. corresponde à expressão de um movimento com a finalidade de melhorar a saúde e o bem estar das pessoas
11. A resposta às necessidades de saúde das pessoas depende exclusivamente do recurso às melhores condições técnicas
12. Os cuidados de enfermagem integram-se na prestação dos cuidados de saúde
13. Não atingindo a comunidade o nível de saúde esperado, os enfermeiros são responsáveis por isso
14. Os enfermeiros em CSP têm percepção da realidade social das pessoas
15. Os enfermeiros em CSP desempenham um papel relevante no âmbito da promoção da saúde das populações
16. Os enfermeiros têm junto dos utentes uma acção interventiva na promoção da sua qualidade de vida
17. Nos novos modelos dos serviços de saúde o mais importante é a acção interventiva dos enfermeiros junto da comunidade
18. Pela compreensão do conceito de “*promoção da saúde*” o enfermeiro aplica-o na sua prática
19. Os meios locais podem constituir um obstáculo à implementação de estratégias globais de educação e promoção da saúde
20. A promoção dos riscos da doença visa os interesses da sociedade de consumo
21. Os conhecimentos em saúde estão estreitamente relacionados com a acção dos indivíduos na promoção da saúde
22. Uma intervenção promotora da saúde incide sobre os aspectos positivos da existência
23. A conceptualização da saúde é também uma dimensão da doença. São fenómenos afins
24. Doença num sentido estático, é um estado
25. Intervir na saúde não é o mesmo que intervir na doença
26. A deslocação das preocupações dos cuidados de saúde para o campo da saúde, constitui a mudança mais radical da segunda revolução da saúde
27. O campo da saúde é constituído pelos quatro pilares fundamentais: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos cuidados de saúde
28. Os profissionais de saúde sabem melhor o que fazer sobre a saúde das pessoas
29. A qualidade de vida relacionada com a saúde, não é mais do que a promoção da saúde de pessoas que têm uma doença
30. Prevenção da doença é um conceito da primeira revolução da saúde, centrado na doença, que salienta o papel das organizações médicas tradicionais
31. A prevenção das doenças refere-se a todas as acções específicas implementadas, com vista a evitar ou reduzir o seu impacto no indivíduo

32. Um serviço promotor de saúde, é aquele que se esforça por inovar a sua organização e os processos de trabalho com vista à responsabilização, autonomia e participação das pessoas nas decisões
33. A criatividade permite aos profissionais fazer evoluir a sua prática e adaptar as suas intervenções às necessidades das pessoas.
34. O enfermeiro é um promotor da saúde, desde que crie um ambiente relacional que permita o desenvolvimento das capacidades e competências das pessoas
35. A prática dos enfermeiros em promoção da saúde não pode utilizar estratégias transmissoras, em que o destinatário é um receptor passivo, realizada de forma episódica, sem a identificação de necessidades, o planeamento e a avaliação da mesma .
36. Os enfermeiros podem contribuir para a promoção da saúde, quando tiverem integrado no seu conhecimento, o âmbito conceptual da perspectiva salutogénica
37. Compete às escolas de enfermagem, proporcionar aprendizagens neste domínio a nível da formação básica e pós-básica
38. Os sistemas educativos são uma via ideal para a concretização da promoção da saúde . .
39. A prática dos enfermeiros é influenciada pelas suas características pessoais, pelas características dos utentes e pelo contexto organizacional onde se desenvolve a acção . .
40. Cada profissional de enfermagem compreende e pensa o conceito de promoção da saúde de forma pessoal. Essa concepção influencia a sua prática em CSP.
41. O tempo de exercício profissional influencia o pensamento e a acção do enfermeiro . . .
42. As principais estratégias de promoção da saúde encontram-se expressas através das metas da saúde
43. A concepção de saúde evolui com a experiência; ela é determinada pelo tempo e não pode ser explicada em definitivo

Obrigado pela sua colaboração ao preencher este questionário

ANEXO II - Pedido de autorização para a realização do estudo

Ex. Sr. Coordenador
da Sub-região de Saúde de Bragança

Maria de Fátima Evaristo Matias Travassos, enfermeira, a exercer funções no Centro de Saúde de Torre de Moncorvo, e aluna a frequentar o 2º ano do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar no Porto, vem por este meio solicitar a V.ª Ex.ª o seguinte:

- no âmbito do trabalho de investigação (tese) pretende realizar um estudo com a finalidade de conhecer qual o significado que os enfermeiros da Sub-região de Saúde de Bragança, atribuem ao conceito de “*Promoção da Saúde*” no contexto da sua prática em Cuidados de Saúde Primários.

Por conseguinte, necessita da sua autorização formal para a abordagem dos referidos profissionais, nos doze Centros de Saúde que V.ª Ex.ª dirige, para a colheita dos dados (através de inquéritos), para a concretização daquele projecto.

Tornando-se indispensável a sua colaboração, que desde já agradece, fica a aguardar uma resposta ao seu pedido.

Com os melhores cumprimentos.

Torre de Moncorvo, 04 de Novembro de 2002

Maria de Fátima Evaristo Matias Travassos

Maria de Fátima Evaristo Matias Travassos

ANEXO III - Pedido de colaboração dos enfermeiros chefes no estudo

Olá colega.

Como combinado telefonicamente, junto envio ao seu cuidado, os questionários relacionados com o estudo sobre “*promoção da saúde*”, que fará o favor de distribuir por cada um dos enfermeiros (as), que à data actual, exercem funções nessa instituição, em qualquer situação de contracto de trabalho, mas de nacionalidade portuguesa.

Anexo ainda a autorização dada pela Coordenação da Sub-Região de Saúde de Bragança, para quem pretender consultar, permitindo-me proceder à colheita de dados junto dos colegas que queiram participar, nos doze Centros de Saúde da referida Sub-Região.

Sem pretender abusar da sua disponibilidade, solicito ainda a sua colaboração para a recolha dos referidos questionários, (uma semana após, sensivelmente), quando preenchidos por todos os colegas, participantes neste estudo.

Decorrido esse tempo, contactá-la(o)-ei pessoalmente ou por outra via, para combinar consigo a melhor forma para a entrega dos mesmos.

Obrigada pela sua colaboração, indispensável neste trabalho, pelo apoio e ajuda que me dispensou.

Com os melhores cumprimentos, *peço*

A colega

Travassos

Maria de Fátima E. M. Travassos

Centro de Saúde de Torre de Moncorvo
Rua: Estrada Nacional
5360 – Torre de Moncorvo
Telefone: 279200290 – Fax: 279252906

Dezembro de 2002