



Universidade dos Açores

**NECESSIDADES DE FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA
A SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR**

CONTRIBUTOS PARA OS CURRÍCULOS DE ENFERMAGEM

Lúcia de Fátima Mota Ferreira Freitas

DOUTORAMENTO EM EDUCAÇÃO

Ponta Delgada

2013



Universidade dos Açores

**NECESSIDADES DE FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA
A SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR**

CONTRIBUTOS PARA OS CURRÍCULOS DE ENFERMAGEM

Tese orientada por:

Professora Doutora Margarida da Silva Damião Serpa

Professor Doutor Hélder José Alves da Rocha Pereira

Lúcia de Fátima Mota Ferreira Freitas

Ponta Delgada

2013



Universidade dos Açores

NECESSIDADES DE FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR

CONTRIBUTOS PARA OS CURRÍCULOS DE ENFERMAGEM

Tese apresentada à Universidade dos Açores para o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Educação, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Margarida da Silva Damião Serpa e do Professor Doutor Hélder José Alves da Rocha Pereira

Lúcia de Fátima Mota Ferreira Freitas

Ponta Delgada

2013

Ao Zé, ao Tiago, ao Gonçalo e à Teresa

O meu agradecimento

À Professora Doutora Margarida da Silva Damião Serpa, pela orientação deste trabalho, pela disponibilidade e apoio demonstrado, pela pertinência das suas observações e sugestões.

Ao Professor Doutor Hélder José Alves da Rocha Pereira, pela sua orientação, pelas reflexões, observações e sugestões pertinentes, pelo apoio, e disponibilidade demonstrada.

À Universidade dos Açores por me ter proporcionado uma aprendizagem tão enriquecedora.

À Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada da Universidade dos Açores pela abertura e facilidade concedida na elaboração deste estudo.

A todos os colegas pelo apoio incondicional e pela colaboração e apoio dado.

À Patrícia pelo apoio inestimável neste percurso e pela colaboração na formatação da tese.

À Ana Freitas pelo apoio prestado na revisão formal da tese.

Aos participantes deste estudo pela forma voluntária como colaboraram, empenho e prontidão demonstrada.

Aos colegas enfermeiros dos Centros de Saúde pela prontidão e receptividade demonstrada na colaboração da seleção dos participantes.

Ao Zé, ao Tiago ao Gonçalo e à Teresa pelos constrangimentos sofridos em consequência deste meu percurso e pelo apoio constante para que este trabalho se realizasse.

RESUMO

A educação para a saúde (EpS) em contexto escolar tem tido uma atenção crescente nas políticas públicas de educação e é reconhecida como uma área complexa e fundamental para o desenvolvimento de competências promotoras de saúde nas crianças e jovens. Esta área tem-se revelado num grande desafio para os profissionais de enfermagem. Deste modo, a formação em EpS, no quadro da formação inicial e/ou contínua em enfermagem, deverá ser construída de modo a que atenda às reais necessidades e às novas expectativas de desempenho profissional.

O presente estudo, de cariz qualitativo, pretende, por um lado, conhecer problemáticas e explicações teóricas patentes na definição de necessidades de formação e na abordagem à EpS, no quadro da formação em enfermagem. Por outro, visa compreender como diferentes atores implicados na EpS em contexto escolar a perspetivam, como definem o perfil desejado de educador para a saúde e como descrevem as suas práticas, dificuldades e preocupações neste âmbito, a fim de se determinarem necessidades de formação na área em estudo.

Para o efeito, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a enfermeiros, professores, pais e alunos da ilha de S. Miguel (N=38). No tratamento da informação utilizou-se a análise de conteúdo com o recurso ao software Maxqda 10.

Os resultados do estudo demonstram que os pais e os alunos revelam uma conceção de EpS do tipo mais transmissivo e os professores numa do tipo mais crítico e emancipatório. Os enfermeiros apresentam estes dois tipos com a mesma evidência. Os professores, pais e alunos consideram que EpS em contexto escolar é útil porque transmite conhecimentos e os enfermeiros porque promove a saúde. Enquanto os enfermeiros, professores e pais se revêm num perfil de educador para a saúde que apela ao desenvolvimento de características empático-relacionais (empatia, dinamismo, assertividade, entre outras), os alunos valorizam mais as competências didático/comunicacionais (capacidade de expressão e clareza na explicação). As estratégias de ensino mais referidas são a exposição com recurso ao *Data show* e os trabalhos de grupo. A área da saúde afetivo-sexual e reprodutiva é a destacada por todos como a prioritária a abordar. Os pais também priorizam a prevenção de consumos nocivos e os professores a prevenção da violência em meio escolar. A participação dos pais foi vista como reduzida. Estes consideram-na importante mas lastimam não serem mais solicitados. As preocupações mais apontadas pelos pais associam-se aos comportamentos de risco dos adolescentes e a dos professores e enfermeiros estendem-se à eficácia do ato formativo, independentemente da temática abordada. As dificuldades mais sentidas pelos enfermeiros e pais relacionam-se com a falta de formação, sobretudo ao nível da sexualidade, e as dos professores com as condições de trabalho. A análise de necessidades de formação seria, assim, uma operação prévia e imprescindível à determinação de objetivos de formação, capazes de estruturarem e melhor adequarem programas de formação.

Palavras-chave – Necessidades de formação; Formação em enfermagem; Educação para a saúde em contexto escolar.

ABSTRACT

Health Education at schools has had a greater attention from public education policies and is considered a complex and fundamental area for the development of skills in the promotion of children and youth health. This area has posed a great challenge for nurses. Thus, nursing training (basic or specialized) programs should consider the inclusion of Health Education so as to meet the real needs and new expectations of professional performance.

This qualitative study aims to identify issues and theoretical explanations that are present in the definitions of training needs as well as in the approach to Health Education within nursing education. On the other hand, it aims to understand how different actors involved in Health Education at schools see it, how they define the aimed profile of a health educator as well as how they describe their activities, constraints and worries, in order to determine training needs for this area.

Thus, semi structured interviews were conducted, including nurses, teachers, parents and students of S. Miguel island (N=38). To treat the collected data, we used content analysis, through the use of Maxqda 10 software.

The results of this research have shown that parents and students view Health Education in a more informative way, whereas teachers prefer a more critical and emancipatory approach. As for nurses, they are equally divided amongst these two types. Teachers, parents and students find Health Education at school useful because it conveys knowledge, whereas nurses value mostly the promotion of health. Nurses, teachers and parents see the health educator as someone with strong empathy and relational skills (empathic, dynamic, assertive, amongst other skills), unlike students, who value didactic/communication skills in health care educators (easiness in expressing ideas and clarity of explanations). Most mentioned teaching strategies were explaining ideas using a *Data Show* and group work. All consider emotional-sexual and reproductive education as fundamental areas in Health Education. Parents also consider the area of drug abuse as important, whereas teachers prefer to invest in preventing violence at schools. Parents' participation in health education at schools was considered scarce. They see it as important, but regret not being more involved. They are mainly worried about risk behaviour amongst adolescents, whereas teachers and nurses are more focused in the efficiency of teaching strategies, no matter what the theme may be. Nurses feel constraints related to the lack of training, mostly in sexuality. As for teachers, they worry about working conditions when promoting health education at schools.

Therefore, previously analysing training needs is fundamental for the definition of training goals that can structure and improve training programs.

Key Words – Training Needs; Nursing Training; Health Education at Schools.

Siglas

AACN – Associação Americana de Faculdades de Enfermagem

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DRS – Direção Regional de Saúde

ECTS – Sistema Europeu de Transferência de Créditos

EPS – A Escola Promotora de Saúde

EpS – Educação para a Saúde

EPS – Escola Promotora da Saúde

ICN – Concelho Internacional de Enfermeiros

IOM – Instituto de Medicina

ME – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

NLN – Liga Nacional dos Enfermeiros

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

REEPS – Rede Europeia das Escolas Promotoras de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNEPS – Rede Nacional das Escolas Promotoras de Saúde

UIPES – União Internacional de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para as Crianças

WHO-ROE – World Health Organization - Regional Office for Europe

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Abreviaturas

Enf. – Enfermeiro

Prof. – Professor

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I PARTE - NECESSIDADES DE FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO QUADRO DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	13
CAPÍTULO I - A ANÁLISE DE NECESSIDADES COMO FUNDAMENTO ÀS INTERVENÇÕES FORMATIVAS	15
1.1. Perspetivas sobre as necessidades	15
1.2. Abordagens à análise de necessidades	23
1.3. Modalidades e técnicas de análise de necessidades de formação	31
CAPÍTULO II - FUNDAMENTOS CONCEPTUAIS NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	41
2.1. Formação em enfermagem	41
2.1.1. Perspetivas sobre a formação: enquadrando o conceito e sua utilização	42
2.1.2. Paradigmas de formação: da visão linear do mundo à descoberta do mundo como realidade complexa.....	45
2.1.2.1.Paradigma tradicional.....	47
2.1.2.2.Paradigma da complexidade.....	52
2.2. Evolução do pensamento em enfermagem: contributos para a compreensão da formação dos enfermeiros.....	56
2.3. Evolução dos currículos em enfermagem.....	65
2.4. Desafios e perspetivas no processo de formação em enfermagem.....	79
CAPÍTULO III - A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR	89
3.1. Uma abordagem multidimensional ao conceito de saúde	89
3.1.1. Compreender a saúde a partir da análise de seus determinantes	96
3.2. Promoção da saúde e educação: dois campos em interdependência	103
3.3. Educação para a saúde: um conceito evolutivo	109
3.4. Modelos em educação para a saúde.....	117
3.5. A escola como <i>locus</i> de promoção da saúde e da educação para a saúde.....	125
3.6. A educação para a saúde no contexto das Escolas Promotoras de Saúde	132
3.7. A influência política na educação para a saúde na escola.....	138

II PARTE - QUATRO OLHARES SOBRE A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR PARA UMA ANÁLISE DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO.....	145
CAPÍTULO IV – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	147
4. 1. Objetivos do estudo.....	147
4.2. Opções metodológicas	147
4.2.1. Participantes	149
4.2.2. Procedimentos e métodos da recolha de dados	153
4.2.3. Procedimentos e métodos do tratamento de dados.....	157
4.2.4. Estrutura e organização do sistema de categorias adotado.....	161
4.3. Considerações éticas	183
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	185
5.1. Educação para a saúde: concepções, utilidade e perfil do educador.....	186
5.1.1. Concepções de educação para a saúde.....	187
5.1.2. Utilidade da educação para a saúde em contexto escolar.....	195
5.1.3. Perfil do educador para a saúde.....	201
5.2. Relato de práticas de educação para a saúde em contexto escolar	207
5.2.1. Modos de identificação de necessidades formativas em educação para a saúde	208
5.2.2. Áreas da educação para a saúde abordadas na escola.....	211
5.2.3. Áreas da educação para a saúde consideradas prioritárias a abordar na escola.....	219
5.2.4. Estratégias utilizadas.....	226
5.2.5. Recursos mobilizados.....	229
5.2.6. Avaliação efetuada.....	232
5.2.7. Envolvimento dos pais.....	235
5.2.8. Papel dos diplomas legais sobre a educação para a saúde na escola.....	238
5.2.9. Evolução das práticas de educação para a saúde.....	240
5.3. Preocupações e dificuldades ligadas à educação para a saúde.....	242
5.3.1. Preocupações.....	242
5.3.2. Dificuldades.....	245
5.4. Fonte de competências em educação para a saúde e formação desejada.....	253
5.4.1. Fonte de competências.....	253
5.4.2. Formação desejada.....	257
5.5. Sugestões no âmbito da educação para a saúde	259
5.6. Necessidades de formação em educação para a saúde em contexto escolar.....	262
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES.....	269
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	283
ANEXOS	309
ANEXO I – Guiões de entrevista	
ANEXO II – Formulário de Consentimento Informado	

Índice de Figuras

Figura 1.	Campos de práticas e sequência lógica dos diferentes níveis de objetivos indutores de formação.....	30
Figura 2.	Conceito de Campo da Saúde.....	97
Figura 3.	Modelo PRECEDE-PROCEED.....	121
Figura 4.	Educação para a Saúde: concepções, utilidade e perfil do educador..	187
Figura 5.	Concepções de educação para a saúde mais evidenciadas.....	188
Figura 6.	Perfil do educador desejado.....	201
Figura 7.	Componentes das práticas relatadas de educação para a saúde em contexto escolar.....	207
Figura 8.	Áreas de educação para a saúde mais abordadas na escola.....	212
Figura 9.	Posicionamento entre as áreas da educação para a saúde abordadas e as consideradas prioritárias a abordar na escola.....	223
Figura 10.	Estratégias mais utilizadas em educação para a saúde.....	226
Figura 11.	Preocupações e dificuldades ligadas à educação para a saúde.....	242
Figura 12.	Fonte de competências em educação para a saúde e formação desejada.....	253
Figura 13.	Relação dos eixos de análise para a formulação de necessidades de formação.....	263

Índice de Quadros

Quadro 1.	Tipologia de necessidades formativas.....	23
Quadro 2.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo das conceções de educação para a saúde	163
Quadro 3	Subcategorias e exemplos das unidades de registo sobre a utilidade da educação para a saúde em contexto escolar.....	164
Quadro 4.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo sobre o perfil do educador para a saúde.....	166
Quadro 5.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo sobre os modos de identificação de necessidades formativas em educação para a saúde.....	167
Quadro 6.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo das áreas da educação para a saúde abordadas na escola.....	168
Quadro 7.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo das áreas da educação para a saúde consideradas prioritárias.....	169
Quadro 8.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo das estratégias utilizadas em educação para a saúde.....	170
Quadro 9.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo dos recursos mobilizados em educação para a saúde.....	171
Quadro 10.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo da avaliação efetuada.....	172
Quadro 11.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo relacionados com o envolvimento dos pais.....	172
Quadro 12.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo relacionados com o enquadramento legal em educação para a saúde	173
Quadro 13.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo relativamente evolução das práticas em educação para a saúde	174
Quadro 14.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo relativamente às preocupações manifestadas.....	175
Quadro 15.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo relativamente às dificuldades expressas.....	176
Quadro 16.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo relativamente à fonte de competências adquiridas.....	178
Quadro 17.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo relativamente à formação desejada.....	179
Quadro 18.	Subcategorias e exemplos das unidades de registo relativamente às sugestões no âmbito da educação para a saúde	181
Quadro 19.	O mais relevante dos quatro olhares sobre a educação para a saúde em contexto escolar.....	264

Índice de Tabelas

Tabela 1.	Concepções de educação para a saúde segundo os diferentes atores....	188
Tabela 2	Utilidade da educação para a saúde em contexto escolar segundo os diferentes atores.....	196
Tabela 3.	Perfil desejável ao educador para a saúde segundo os diferentes atores.....	202
Tabela 4.	Modos de identificação das necessidades formativas em educação para a saúde.....	208
Tabela 5.	Áreas da educação para a saúde abordadas na escola.....	211
Tabela 6.	Áreas da educação para a saúde prioritárias a abordar na escola.....	219
Tabela 7.	Estratégias utilizadas em educação para a saúde.....	227
Tabela 8.	Materiais didáticos utilizados em educação para a saúde.....	230
Tabela 9.	Avaliação efetuada em educação para a saúde.....	232
Tabela10.	Envolvimento dos pais na educação para a saúde.....	235
Tabela 11.	Papel dos diplomas legais sobre a educação para a saúde na escola..	239
Tabela 12.	Evolução das práticas de educação para a saúde.....	240
Tabela 13.	Preocupações associadas à educação para a saúde	243
Tabela 14.	Dificuldades sentidas no âmbito da educação para a saúde	246
Tabela 15.	Fonte de competências em educação para a saúde.....	253
Tabela 16.	Formação desejada.....	257
Tabela 17.	Sugestões no âmbito da educação para a saúde	259

INTRODUÇÃO

O facto de as escolas poderem contribuir substancialmente para a saúde e bem-estar dos alunos tem vindo a ser largamente reconhecido por diversas organizações mundiais e internacionais, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF), a Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO), a União Internacional de Promoção da Saúde e de Educação para a Saúde (UIPES), entre muitas outras (Jourdan, 2011). Estas organizações recomendam que as questões da saúde se devem explorar e aprender na escola do mesmo modo que os conhecimentos, atitudes e hábitos de outras áreas científicas por, na sua globalidade, constituírem aspetos relevantes para a vida em sociedade (Jourdan, 2011).

Esta realidade, como reconhece o Ministério da Saúde em Portugal, coloca ao Sistema Educativo novos desafios que passam por educar para a diversidade de valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que suportem as aprendizagens ao longo da vida e que promovam a autonomia (MS, 2006; SRS-DRS, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no contexto Europeu, em *Health for all* determinou metas de saúde em que a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis teriam uma abordagem privilegiada no ambiente escolar e os serviços de saúde um papel fundamental na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, relativamente à saúde das crianças e à escolarização (MS, 2006; SRS-DRS, 2010).

Em consequência de toda esta conjuntura política, a educação para a saúde (EpS) em contexto escolar tem tido uma atenção crescente nas políticas públicas de educação (Portaria n.º 105/2012). Há o reconhecimento de que todos os aspetos da vida da comunidade escolar são potencialmente importantes para a promoção da saúde, sendo a Escola Promotora da Saúde (EPS) aquela que inclui a educação para a saúde no currículo e possui atividades de saúde escolar (Carvalho & Berger, 2012; ME, 1998, 1999; ME & MS, 2000; St Leger, Young, Blanchard & Perry, 2010).

A EpS em contexto escolar é uma área complexa e reconhecida como fundamental e imprescindível por contribuir para a aquisição e desenvolvimento de

competências nas crianças e jovens de modo a que possam confrontar-se positivamente consigo próprios, construírem um projeto de vida e serem capazes de optarem por escolhas individuais, conscientes e responsáveis (ME & MS, 2006; SRS-DRS, 2010; Jourdan, 2011). Quer o setor da saúde quer o da educação têm como objetivo comum oferecer oportunidades aos alunos para que estes adquiram uma maior capacitação (*empowerment*) para lidarem com a sua saúde e com os assuntos que com ela se relacionam (St Leger et al., 2010). Capacitar as crianças e jovens para identificarem os seus problemas e necessidades, usarem de forma adequada os seus recursos e promoverem uma vida saudável implica esforços conjuntos dos vários agentes da promoção para a saúde. É consensual a necessidade do estabelecimento de parcerias e de uma abordagem de colaboração entre o setor da educação e o da saúde no âmbito da promoção da saúde, como a mais eficaz forma de desenvolver a EpS nas escolas (ME & MS, 2006; SRS-DRS, 2010; MS, 2006; SRS-DRS, 2010). A escola e o serviço de saúde podem permitir às crianças e jovens a discussão de valores, crenças, mitos, hábitos e estilos de vida numa fase da vida em que estão em pleno desenvolvimento e parecem ser mais predispostos à reflexão sobre esses aspetos (López-Gamiño, Alarcón-Armendáriz & Cepeda-Islas, 2010; St Leger et al., 2010). A educação em saúde através da informação, comunicação e desenvolvimento de competências pessoais pode ajudar os jovens a resolver os seus próprios problemas, a pedir ajuda ou a dizer não à pressão dos seus pares.

De acordo com diversos autores uma boa educação melhora os resultados em saúde e a promoção ativa da saúde na escola, permite melhorar os resultados académicos dos alunos (Jourdan, 2010; St Leger et al., 2010). Para o efeito, os programas que se caracterizam por uma abordagem integrada, holística e estratégica têm maior probabilidade de produzirem efeitos positivos em termos de resultados escolares e de saúde do que os que se baseiam essencialmente na transmissão de informação e que se implementam apenas em contexto de sala de aula (IUHPE, 2008). Uma abordagem holística da saúde aumenta o bem-estar e reduz o risco de doença nas crianças e nos jovens (MS, 2006; SRS-DRS, 2010). Neste entendimento, torna-se claro que, se se pretende que as escolas desenvolvam todo o seu potencial na promoção da saúde de todas as crianças e jovens, a sua ação não se pode limitar exclusivamente à lecionação de conteúdos de saúde no âmbito dos programas escolares.

É fundamental em todo este processo que os alunos sejam encarados como parceiros, com potencialidades e responsabilidades a desenvolver, para que sejam eles

próprios agentes ativos da mudança (Alonso & Uribe, 2010; MS, 2006; SRS-DRS, 2010; St Leger et al, 2010). Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os alunos precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o que acontece no dia-a-dia de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da sua saúde e qualidade de vida (MS, 2006; SRS-DRS, 2010).

Nesse processo espera-se dos profissionais de saúde e de educação que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de empoderamento, o princípio básico da promoção da saúde (Laverack, 2008; MS, 2006; SRS-DRS, 2010). Este é atualmente um dos grandes desafios propostos a estes profissionais.

Face a estes desafios, a formação dos profissionais de saúde e de educação deve, ela própria, ajustar-se às novas expectativas de desempenho profissional. Tal poderá não ser assegurado se a formação desses profissionais se focar em modelos de formação que se impuseram quando a função primordial das suas instituições formadoras se centrava, essencialmente, na transmissão do conhecimento de uma determinada cultura. Emergiram novos paradigmas de formação, também para os profissionais de saúde e da educação, onde os formandos são o centro de toda a ação pedagógica e possuem a responsabilidade pela sua aprendizagem de modo a desenvolverem a sua autonomia com vista a serem posteriormente profissionais responsáveis e competentes, em função dos contextos cada vez mais complexos onde exercem a sua atividade profissional.

Neste sentido, no caso específico das instituições de formação dos enfermeiros, pretende-se uma intervenção profissionalizante que assegure aos novos profissionais o desenvolvimento de competências para intervirem de forma autónoma e criativa nos contextos de trabalho onde as escolas se incluem.

Em 2003, a Ordem dos Enfermeiros em Portugal definiu as competências do enfermeiro de cuidados gerais em três domínios, nomeadamente o da responsabilidade profissional, o da ética e o legal; o da prestação e gestão dos cuidados e o do desenvolvimento profissional. As competências ligadas à “promoção da saúde” fazem parte do domínio da prestação e gestão de cuidados (OE, 2003, 2012), embora os outros domínios também possam concorrer para a sua concretização. Neste âmbito é exigido ao enfermeiro que mobilize os seus conhecimentos técnicos e científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de ação que tenham em consideração as políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido (OE, 2012). No âmbito da EpS, exige-se-lhe igualmente

que dote os cidadãos dos conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem na tomada de posições e de decisões ajustadas ao seu projeto de saúde (OE, 2012). Todo o enfermeiro é, assim, por inerência das suas funções e competências, um educador para a saúde.

Pensar na formação que se oriente para este fim é pensar numa formação à luz dos novos paradigmas de formação que, não ignorando os conhecimentos, pretende ir mais além da sua mera aquisição. De facto, o ser enfermeiro educador para a saúde em contexto escolar implica um exercício profissional complexo e exigente e consequentemente uma formação sólida a nível científico, técnico, ético e humano.

Há muito que nos preocupa a formação dos futuros profissionais em enfermagem, sobretudo no que concerne às questões relativas à promoção da saúde das crianças e jovens, cientes que um dos meios para fomentar a adoção de comportamentos saudáveis e a alteração sustentada de atitudes prejudiciais à sua saúde passa pela EpS em contexto escolar.

Na reflexão sobre o interesse pelo tema da EpS em contexto escolar, para além do que já referenciámos, atendemos a um conjunto de considerações teóricas, programas de saúde e políticas públicas em saúde, assim como várias experiências pessoais e profissionais que contribuíram para a criação de uma matriz de problematização que motivou o presente estudo, das quais salientamos:

- i. A escola é um contexto promotor da saúde (IUHPE, 2000, 2008; ME, 1998, 1999; MS, 2009a; ME & MS, 2000; St Leger et al., 2010);
- ii. A Rede Nacional das Escolas Promotoras da Saúde, suportada pelo Conselho da Europa, OMS-Euro e pela Comissão Europeia (*Schools for Health in Europe*), que Portugal integra desde 1994, foi criada com o objetivo de promover escolas-modelo que demonstrem o impacto da promoção da saúde no meio escolar, através da EpS e envolvimento da comunidade educativa (ME, 1998, 1999; MS, 2009a);
- iii. Nas orientações do Plano Nacional de Saúde (2012/2016) dirigidas aos profissionais de saúde, encontra-se a recomendação de se estimular ativamente a EpS, como aspeto relevante na prestação de cuidados e na minimização da necessidade de acesso e procura inadequada dos serviços de saúde (MS, 2012);
- iv. A infância e adolescência são períodos privilegiados de aquisição de comportamentos saudáveis (Carvalho, 2012; Carvalho & Berger, 2012; Precioso, 2009; Quesada, 2009a; Sanmartí, 1988; St Leger, 2006, 2010);

- v. Há evidência de benefício para a saúde, a longo prazo, através de intervenções a nível da promoção das relações parentais e da prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência, entre outras (Jourdan, 2010; St Leger, 2006, 2010);
- vi. Na União Europeia, cerca de 9000 crianças e jovens até aos 19 anos morrem anualmente em acidentes rodoviários e outros 335.000 sofrem lesões graves (MS, 2012);
- vii. O número de crianças com excesso de peso e obesidade tem aumentado a nível europeu, assim como o tabagismo e o consumo de álcool (Matos et al., 2010; MS, 2012; WHO-ROE, 2010b);
- viii. Como áreas recomendadas para intervenção junto das crianças e jovens incluem-se: a) a prevenção: dos acidentes, da obesidade, da depressão infantil, do consumo de tabaco e álcool; b) a promoção da atividade física, da sexualidade segura, do controlo da gravidez na adolescência, entre outras (MS, 2006; SRS-DRS, 2010; MS 2012);
- ix. Os programas de saúde específicos do contexto escolar incluem o Programa de saúde da DGS: Programa Nacional de Saúde Escolar (Despacho 12045/2006) e a nível da Região Autónoma dos Açores: Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infanto-Juvenil (DRS, 2009); Protocolo entre os Ministérios da Educação e da Saúde (2006) (MS, 2012);
- x. O enquadramento legal promotor da saúde, específico do contexto escolar, engloba a Lei n.º120/99 que reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva, posteriormente regulamentada pelo DL 259/2000 referente à educação sexual nas escolas; a Lei 60/2009 que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar e o seu conteúdo e a portaria n.º 196-A/2010 que a regulamenta; o Despacho n.º 25995/2005 (2ª série) determina a obrigatoriedade de as escolas incluírem no seu projeto educativo a área da EpS (MS, 2012). A nível da Região Autónoma dos Açores, o Decreto Legislativo Regional n.º 8/2012/A fixa o regime da EpS em meio escolar e é regulamentado pelas Portarias: n.º 100/2012 de 28 de setembro e n.º 105/2012 de 12 de outubro.

Por sua vez o interesse pela exploração desta problemática é também reforçado pela nossa experiência profissional e pelo desenvolvimento de atividades em diferentes domínios e contextos que se relacionam com a EpS, tais como:

- i. A supervisão pedagógica de alunos em ensinamentos clínicos relacionados com a criança e jovens em que a EpS se constitui como uma prática diária nos cuidados prestados;

- ii. A orientação, supervisão e avaliação de alunos em atividades de EpS em diferentes contextos, com diferentes formatos e com diferentes populações-alvo, ora como exigência curricular, ora como resposta a solicitações dirigidas à Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada e/ou aos locais onde decorrem os ensinamentos clínicos dos alunos conferindo, deste modo, à EpS um caráter pontual e fragmentado;
- iii. A responsabilidade pela titularidade de unidades curriculares relacionadas com crianças e adolescentes e a saúde escolar;
- iv. A participação em grupos de trabalho para a reestruturação curricular do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE);
- v. A colaboração na análise dos programas de diferentes unidades curriculares em que se abordam conteúdos relacionados com o processo de saúde/doença e a promoção da saúde e EpS.

No decurso da nossa atividade profissional e nos vários contactos com os profissionais das equipas de saúde escolar têm surgido reflexões das quais destacamos as seguintes: i) os serviços de saúde dão reduzida primazia à EpS em contexto escolar; ii) a EpS assume um caráter pontual e descontextualizado, onde os temas são abordados de forma isolada; iii) há dificuldades na efetivação das parcerias entre o setor da educação, da saúde e da família. Estas reflexões necessitam evidentemente de serem aprofundadas e investigadas.

Por outro lado, a investigação desenvolvida por Carvalho e Carvalho (2004) no âmbito do diagnóstico das necessidades de formação dos enfermeiros em EpS evidencia que a maioria dos enfermeiros inquiridos reivindica formação específica na área e que metade deles referiu não possuir formação de suporte à EpS.

Estas reflexões conjugadas foram o ponto de partida e enquadram o presente estudo.

É relevante e essencial, neste contexto de responsabilidades e de preocupações, situar a EpS dirigida às crianças dentro de um tecido social cada vez mais complexo, especializado e em constante mudança.

Em simultâneo torna-se fulcral refletir sobre todos estes aspetos, principalmente quando estão associados à formação de futuros profissionais de saúde, neste caso específico, a formação de enfermeiros. A EpS em contexto escolar requer que a formação inicial destes profissionais os capacite para um agir eficaz, face à complexidade que esta atividade assume na atualidade. Neste contexto, interessa compreender as dificuldades de concretização da EpS em contexto escolar. O

conhecimento das expectativas dos atores envolvidos, o relato das suas práticas em uso, bem como das suas dificuldades e sucessos poderá ser um importante contributo para a determinação de necessidades de formação neste domínio, constituindo-se como um recurso valioso para a conceção da formação nesta área.

Na realidade, a formação que assenta numa análise de necessidades tende a ser bem-sucedida (Ferry, 2003; Mckillip, 1987; Rodrigues, 2006a; Rodrigues & Esteves, 1993; Stufflebeam et al., 1985). Como refere Kaufman (1973), a análise formal das necessidades é um instrumento para a identificação dos problemas e justificação das intervenções formativas, representando um esforço para proporcionar a quem decide, informação para o desenvolvimento das ações pretendidas. A análise de necessidades não deixa de ser um recurso importante para o planeamento educativo, para os currículos, para o desenvolvimento dos programas de formação a desenvolver e para a identificação das dificuldades e necessidades dos alunos (Mickillip, 1987; Stufflebeam et al., 1985; Zabalza, 1994).

Nesta perspetiva e particularizando, podemos dizer que a análise de necessidades em matéria de EpS em contexto escolar constitui um instrumento de possível aperfeiçoamento da formação em enfermagem, pelo realismo e coerência que pode imprimir aos processos formativos, estejam estes ligados à formação inicial ou à formação contínua.

As necessidades de formação podem advir das exigências de funcionamento das organizações, das expectativas dos indivíduos e grupos e da definição dos interesses dos grupos sociais em situações de trabalho (Barbier & Lesne, 1986; Rodrigues & Esteves, 1993). Parece-nos lícito desejar que a formação do enfermeiro o capacite para as funções que as instituições de saúde esperam que realize no âmbito da EpS em contexto escolar. Da mesma forma, compreendemos que um plano de formação se baseie, igualmente, na definição dos interesses sociais em situações de trabalho. Contudo, parece-nos, identicamente desejável que atenda às aspirações, aos desejos e às preocupações dos indivíduos em situação, uma vez que a formação preconiza a implicação dos mesmos no seu processo de formação.

Na impossibilidade de abranger a totalidade das abordagens mencionadas e referenciadas por Barbier e Lesne (1986) e na tentativa de delimitar o objeto de estudo procedemos, no âmbito da presente investigação, à análise de necessidades de formação a partir da expressão de expectativas e constrangimentos dos indivíduos ou grupos de indivíduos mais diretamente ligados às práticas em EpS em contexto escolar. As

necessidades não têm existência em si mesmas e devem ser perspectivadas em relação aos indivíduos e aos contextos em que surgem, uma vez que decorrem de valores, pressupostos e crenças (Rodrigues & Esteves, 1993). No âmbito deste estudo, assumimos o conceito de necessidades de formação como as dificuldades, as carências, os problemas e as expectativas sentidos (Montero, 1987, citado por García, 1999), ou seja, as representações construídas mental e socialmente pelos sujeitos num determinado contexto (Estrela et al., 1998).

Reconhecemos a necessidade de contribuir para a conceção da formação em EpS de modo a que as instituições formadoras de enfermagem promovam, nos profissionais, formação ajustada às necessidades em EpS em contexto escolar. Assim, numa tentativa de aproximação do processo de formação às reais necessidades dos diferentes grupos de atores implicados na EpS em contexto escolar, pareceu-nos pertinente que a análise de necessidades de formação atendesse às suas diferentes perspetivas sobre a problemática em estudo. Acreditámos, assim, que o contributo para a formação de todos os envolvidos, e de forma muito especial para a formação em enfermagem, será mais consistente e abrangente. Considerámos fundamental dar voz aos enfermeiros, professores, pais e alunos, partindo do pressuposto que as necessidades podem ser apreendidas através das suas expectativas, dos seus desejos, dos seus problemas e das suas dificuldades na prática. Limitar a análise às perspetivas dos enfermeiros poderia não dar a visão compreensiva que é necessária para entender o contexto e a prática desenvolvida no âmbito da EpS em contexto escolar.

Da análise dos contributos dos diversos atores selecionar-se-á o que é fundamental para a formação em enfermagem considerando a conceção do que é a enfermagem, a sua formação e o seu âmbito de ação próprio.

Ao pretendermos valorizar a subjetividade e diversidade de interpretação dos fenómenos de acordo com os sujeitos e os contextos (Denzin & Lincoln, 2003; Fortin, 2008; Polit & Hungler, 2004; Santos, 2007), estamos a enquadrar este estudo numa abordagem do tipo qualitativo. Em consonância com esta orientação metodológica, este estudo tenta pesquisar o particular e o único do problema em análise através da compreensão e interpretação da “experiência subjetiva” (Streubert & Carpenter, 2002) dos diferentes atores implicados relativamente às suas conceções sobre a EpS, ao valor atribuído a esta em contexto escolar e ao relato de práticas a ela associadas.

Algumas das perguntas a que procuramos responder e que nortearam este estudo relacionam-se com aspetos concetuais no âmbito da EpS e com questões referentes ao

processo de educação para a saúde em contexto escolar, de acordo com a perspectiva dos participantes: Quais as concepções de EpS e a sua utilidade em contexto escolar? Que perfil de educador para a saúde é valorizado? Que aspetos são contemplados no relato de práticas de EpS? Qual o papel dos diplomas legais enquadradores da EpS em contexto escolar? Quais as dificuldades, preocupações e desejos de melhoria relacionadas com o desenvolvimento de práticas de EpS nas escolas? Que formações são pretendidas no âmbito da EpS em contexto escolar? Que propostas são recomendadas?

Na tentativa de dar resposta às questões levantadas estabeleceram-se os seguintes objetivos para a investigação:

- Compreender problemáticas e as explicações teóricas patentes na definição de necessidades de formação e na abordagem à EpS, no quadro da formação em enfermagem;
- Identificar as concepções de educação para a saúde, a sua utilidade em contexto escolar e perfil desejável de educador, na perspectiva dos diversos atores;
- Analisar o discurso dos participantes sobre a forma como estruturam e desenvolvem as práticas de educação para a saúde em contexto escolar;
- Indicar as dificuldades, preocupações e desejos de melhoria relatados pelos diversos atores em relação à educação para a saúde em contexto escolar;
- Determinar as necessidades de formação no âmbito da educação para a saúde em contexto escolar.

Estes objetivos fundamentam-se no reconhecimento da importância que estas questões assumem para a formação em enfermagem, de modo a que esta sirva os interesses e motivações dos implicados e dê resposta às reais necessidades profissionais, em geral, e aos requisitos que são exigidos aos enfermeiros em matéria de EpS em contexto escolar, em particular.

Relativamente à estrutura do presente trabalho, compreende duas partes distintas. A primeira, designada de *Necessidades de formação e educação para a saúde no quadro da formação em enfermagem*, apresenta o enquadramento teórico do estudo (capítulos 1, 2 e 3) e a segunda, denominada por *Quatro olhares sobre a educação para a saúde em contexto escolar para uma análise de necessidades de formação*, refere-se ao estudo empírico desenvolvido (capítulos 4 e 5, conclusões e implicações).

No primeiro capítulo, abordamos a análise de necessidades como fundamento às intervenções formativas. Analisamos o conceito de necessidades de formação sob

diferentes perspectivas e diversas abordagens da análise de necessidades que se distinguem entre si pela interpretação do conceito de necessidade que lhes subjaz, bem como as modalidades e técnicas para a sua avaliação e a sua pertinência na concepção do currículo.

No segundo capítulo, procuramos refletir sobre a formação em enfermagem com base em diferentes teorias e orientações conceituais, dando uma panorâmica das suas origens e dinâmicas percorrendo marcos fundamentais da sua evolução. Começamos por definir o conceito de formação e os paradigmas da ciência para enquadrarmos o debate das perspectivas conceituais da formação em enfermagem uma vez que, através desta conceptualização, podemos entender melhor a formação dos enfermeiros.

No terceiro capítulo, analisamos as bases e a fundamentação da EpS em contexto escolar. Refletimos sobre alguns dos modelos de EpS e sobre alguns conceitos que estão estreitamente ligados à expressão EpS, nomeadamente o conceito de Saúde, Promoção de Saúde e Educação para a Saúde, no âmbito de um marco conceptual que nos permita vislumbrar a inter-relação que se estabelece entre eles. Analisamos a escola como *locus* de promoção da saúde e de educação para a saúde e enquadrámos a EpS no contexto político e nas Escolas Promotoras de Saúde.

A segunda parte do estudo refere o trabalho empírico realizado junto dos diferentes grupos de atores selecionados para esta pesquisa.

No quarto capítulo, enquadrámos metodologicamente o estudo onde se explicita o tipo de abordagem investigativa, os participantes no estudo, os procedimentos e métodos de recolha e de tratamento de dados, bem como a estrutura e organização do sistema de categorias adotado.

O quinto capítulo inclui a apresentação, análise e discussão dos dados e as necessidades de formação em EpS em contexto escolar.

Por último, apresentamos as principais conclusões do estudo e os contributos para a formação em enfermagem decorrentes da análise das necessidades de formação que resultaram desta pesquisa. Assinalamos, igualmente, as implicações deste estudo para o domínio da prática e da investigação em enfermagem.

Embora este estudo não nos permita fazer extrapolações para outros contextos, como se sublinha na conclusão, ele não deixará de expressar a singularidade de determinado contexto, cujo estudo se revelará esclarecedor a propósito da problemática em análise. Potencialmente contribuirá para repensar a formação em enfermagem, mais especificamente na área da EpS em contexto escolar. Pesquisas no âmbito da educação

para a saúde podem ser instrumentos valiosos tanto para professores como para profissionais de saúde, os quais tradicionalmente vêm exercendo o papel de educadores em saúde.

I PARTE

**NECESSIDADES DE FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO
PARA A SAÚDE NO QUADRO DA FORMAÇÃO
EM ENFERMAGEM**

CAPÍTULO I. A ANÁLISE DE NECESSIDADES COMO FUNDAMENTO ÀS INTERVENÇÕES FORMATIVAS

Ao longo da história da pedagogia, poderá dizer-se que os diversos modelos educativos que foram surgindo corresponderam, de certa forma, a diferentes interpretações do que, em cada momento específico, se considerou como necessidades a satisfazer através da educação (Zabalza, 1994). A análise de necessidades não constitui uma novidade na prática educativa, nem na literatura pedagógica, mas surgiu no final dos anos 60 como tema teórico e como prática formalmente conduzida (Barbier & Lesne, 1986; Stufflebeam et al., 1985; Zabalza, 1994). A partir desta época, tem sido considerada um instrumento fundamental para o planeamento e tomada de decisão na área educativa (Mckillip, 1987; Rodrigues, 2006a; Rodrigues & Esteves, 1993; Stufflebeam et al, 1985). A avaliação formal das necessidades é um instrumento para a identificação dos problemas e a justificação das intervenções formativas, representando, a quem decide um esforço para proporcionar informação para desenvolver ações (Kaufman, 1973; Mckillip, 1987; Rodrigues, 2006a, 2006b). Justifica-se, assim, abordarmos neste capítulo a problemática geral associada à análise de necessidades, tentando por em evidência o lugar que ocupa no âmbito das atividades de formação.

1.1. Perspetivas sobre as necessidades

O conceito de *necessidade* e a expressão *análise de necessidades* podem assumir um conjunto de significados em função do contexto em que são utilizados tornando pertinente a sua clarificação no âmbito deste estudo.

Ao definir o conceito necessidades constata-se a sua complexidade na sua variedade de aceções. Por isso diferentes autores conceptualizaram-no como uma palavra polissémica, polimorfa ou polivalente (Barbier & Lesne 1986; Lapointe, 1992 Rodrigues & Esteves, 1993; Zabalza, 1994). Uma determinada definição de necessidades depende de quem utiliza o termo e do contexto sociocultural em que é empregue. Necessidade pode significar carência, ausência, escassez, pobreza, urgência, entre outros significados. Contudo, uma necessidade é, algo que está relacionado com a

natureza biológica, psicológica e social do ser humano. A sua sobrevivência, o seu bem-estar e o seu desenvolvimento dependem da satisfação de necessidades consideradas fundamentais ou autênticas. A conhecida tipologia de Maslow determina cinco categorias: necessidades fisiológicas; necessidades de segurança; necessidades de pertença; necessidades de estima; necessidades de realização pessoal (Maslow, 1954). Com efeito, o conceito de necessidade está associado ao físico, ao fisiológico, ao psicológico, ao espiritual, ao material, ao monetário, entre outros. Maslow (1954), teórico que contribuiu para a compreensão das necessidades, considera que a necessidade constitui uma força, uma energia motivante que faz com que o indivíduo se mantenha em equilíbrio. A necessidade cria uma motivação interna que leva a mobilizar a energia e os meios necessários para satisfazê-la. Quando a necessidade é satisfeita deixa de ser um ato motivador.

Para além destas necessidades, surgem as necessidades específicas que “emergem de contextos histórico-sociais concretos, sendo impostas exteriormente ao sujeito, podendo ser comuns a vários sujeitos ou definir-se como necessidades estreitamente individuais” (Rodrigues & Esteves, 1993, p.14). Para as autoras referenciadas, estas necessidades, manifestando-se através das expectativas, dos desejos, das preocupações e das aspirações, remetem-nos para diferentes planos da sua expressão, estando as necessidades-expectativa relacionadas com a situação ideal e as necessidades-preocupação relacionadas com a situação atual, tal como ela é vivida.

Para D’Hainaut (1979, citado por Rodrigues & Esteves, 1993, p.13), a “necessidade de um grupo, de um indivíduo, ou de um sistema é a existência de uma condição não satisfeita e necessária para lhe permitir sobreviver ou funcionar em condições normais e realizar-se ou atingir os seus objetivos.” Nesta compreensão, a necessidade aparece ligada diretamente às finalidades dos indivíduos ou sistemas de forma dinâmica, como resolução de um problema. Por outro lado, pode ser encarada como imprescindível ou útil para a realização de um projeto sustentável (Stufflebeam et al., 1985; Stufflebeam & Shinkfield, 1993, 2007)

As necessidades são, igualmente, juízos de valor quanto a um problema a resolver, independentemente das várias soluções que o mesmo possa apresentar (Mckillip, 1987). As necessidades não têm existência em si mesmas e devem ser perspetivadas em relação aos indivíduos e aos contextos em que ocorrem, uma vez que decorrem de valores pressupostos e crenças pelo que não se pode falar de necessidades absolutas (Rodrigues & Esteves, 1993).

Barbier e Lesne (1986) consideram que o conceito de necessidade possui dois registros de significação: o de conotação objetiva em que a necessidade assume-se como um reflexo da necessidade natural ou social e o de conotação subjetiva em que a necessidade só existe através do filtro da percepção do indivíduo. Os autores acrescentam que as necessidades são sentidas em função daquilo que o sujeito considera útil para estar de acordo com os seus próprios valores e com as normas e valores da sociedade em que está inserido. O registro objetivo, próximo da ideia de exigência, postula a existência objetiva da necessidade e do seu conhecimento objetivo (Barbier e Lesne, 1986; Kaufman, 1973; Lapointe, 1992; Montero, 1985, 1987, 1990, citado por Rodrigues 2006a) enquanto a necessidade, no seu registro subjetivo parte de uma abordagem mais interpretativa da necessidade, em que esta é vivida e percebida no sujeito que a sente, logo, assume um carácter eminentemente social, dependendo do indivíduo e do seu contexto bem como dos indivíduos e dos contextos envolvidos na sua recolha, identificação e análise (Barbier e Lesne, 1986; Lapointe, 1992; Rodrigues 2006a).

O trabalho de Bourgeois (1991) coloca as necessidades na convergência de três representações, sendo cada uma um ponto de acesso na percepção de uma necessidade:

- Representação da situação atual, em que a necessidade é expressa em termos de problema, de exigência, de disfuncionamento e de falhas;
- Representação da situação esperada, onde a necessidade é expressa em termos de desejo, motivação e aspiração;
- Representação para a ação em que a necessidade é expressa em termos de ação a ser tomada.

No âmbito da educação, o termo necessidade aparece quase sempre associado ao termo formação e é definido por Pennington (1985, citado por Rodrigues & Esteves, 1993) como a discrepância que pode ser reduzida ou anulada pela intervenção educativa planeada com este objetivo. Para o autor as necessidades são infinitas e nem sempre são consciencializadas tornando-se, assim, difícil a distinção entre as necessidades sentidas e as necessidades autênticas. Por vezes a satisfação de determinadas necessidades pode anular outras necessidades, a que o autor denomina de necessidades em conflito.

D' Hainaut (1979, citado por Rodrigues & Esteves, 1993) apresenta a seguinte tipologia de categorização para abordar as necessidades de formação:

- Necessidades das pessoas *versus* necessidades dos sistemas.

Esta oposição remete-nos para as necessidades do ser humano e para as necessidades sistêmicas que correspondem a condições não satisfeitas, mas necessárias à existência e funcionamento do sistema. As necessidades das pessoas nem sempre são coincidentes com as necessidades do sistema o que constitui, por vezes, uma fonte de conflito, tornando-se, assim, necessária a concertação de perspectivas de ambas as partes o que por si só se torna frequentemente uma necessidade.

- Necessidades particulares *versus* necessidades coletivas.

As necessidades particulares reportam-se às necessidades de um indivíduo, de um grupo ou de um sistema; por sua vez as necessidades coletivas abarcam um número de indivíduos, grupos ou sistemas, atendendo ao pressuposto de que as necessidades variam de pessoa para pessoa, de grupo para grupo e de sistema para sistema.

- Necessidades conscientes *versus* necessidades inconscientes.

Nesta perspetiva, a tomada de consciência de uma necessidade acaba por se tornar numa solicitação (*demande*). O mesmo não acontece relativamente às necessidades inconscientes.

- Necessidades atuais *versus* necessidades potenciais.

As necessidades atuais relacionam-se com o momento presente e as necessidades potenciais com o futuro. As necessidades educativas raramente são imediatas nos seus efeitos, projetam-se sempre a longo prazo. Assim sendo, são frequentemente potenciais.

- Necessidades segundo o setor em que se manifestam.

As necessidades emergem em função de diversos quadros de vida onde nos situamos, designadamente: nos quadros de vida privada e familiar, de vida social, de vida política, de vida cultural, de vida profissional e de vida de ócio e desporto, entre outros. (D' Hainaut, 1979, citado por Esteves & Rodrigues, 1993).

Numa perspetiva mais operacional do conceito de necessidades, Stufflebeam et al. (1985) englobou em quatro categorias a maior parte dos diferentes estudos sobre necessidades educativas nomeadamente: necessidades como discrepâncias ou lacunas; necessidades como mudança ou direção desejada por uma maioria; necessidade como direção em que se prevê que ocorra um melhoramento e necessidade como algo cuja ausência ou deficiência provoca prejuízo ou cuja presença é benéfica. De seguida passaremos a descrevê-las segundo o autor supra citado:

- Necessidades entendidas como discrepâncias ou lacunas.

A noção mais frequentemente utilizada para definir o conceito de necessidade vai no sentido de ausência, de lacuna. A necessidade existe quando há um vazio entre o

polo do estado atual, o que é, e o polo do estado desejado, o que deve ser. O estado desejado pode ser definido de forma utópica (o que deveria ser), de acordo com o possível (o que poderá ser) ou como uma referência (o que deve ser). Sob esta perspectiva, a identificação de necessidades é considerada essencial ao bom funcionamento do indivíduo, do grupo, do sistema de aprendizagem de ensino ou de formação. Determinar necessidades nesta ótica implica, pois, situações sobre as quais existam normas ou padrões disponíveis para a efetivação de medidas. Estas necessidades são documentadas nos trabalhos de Kaufman (1973) definidas como a discrepância mensurável entre os resultados atuais e os esperados. Esta discrepância, quando é anulada a necessidade, deixa de existir, podendo ou não dar lugar a outras necessidades. Neste sentido, a necessidade não assume um caráter permanente, pelo contrário torna-se dinâmica e mutável (Lapointe, 1992; Rodrigues & Esteves, 1993).

Nesta linha de pensamento García (1999) também define necessidade como uma discrepância entre a prática habitual e a prática desejada, referindo que as necessidades devem ser tidas em conta em função de objetivos específicos.

Este tipo de discrepância depende do nível de análise das necessidades. Há dois níveis de necessidades: as necessidades primárias que residem nos sujeitos (alunos, pais, professores) que são os recetores dos programas e as necessidades secundárias que residem na própria instituição (Oro, 1990). O autor acrescenta que, nas primeiras, os orientadores definem uma necessidade como a discrepância entre o nível que se deseja alcançar (metas e objetivos de um programa) e o nível real alcançado, ou seja, a eficácia do programa, enquanto nas necessidades secundárias a discrepância é entre os recursos (humanos e materiais) que se pretendem para satisfazer as necessidades dos estudantes e os recursos reais disponíveis. Aqui não se remete para os resultados do programa. A eficiência do programa confronta os recursos usados e os resultados alcançados.

- As necessidades como mudança ou direção desejada por uma maioria.

Nesta aceção, a necessidade aplica-se como sinónimo de querer (*want*) ou de preferência (*needs are wants*). Estas necessidades são expressas pela maioria dos indivíduos e assentam, sobretudo, na prática. Esta perspectiva apresenta alguns pontos fracos, como por exemplo o enviesamento que pode ser introduzido na determinação de necessidades pelos diferentes níveis de informação dos elementos de qualquer maioria. As necessidades manifestadas pela maioria podem não representar uma carência porque as pessoas que conseguem identificar dificuldades sobre um determinado assunto não são completamente ignorantes em relação ao mesmo. Há que ter em conta a

possibilidade de as necessidades percebidas e expressas poderem ser afetadas pelo fenômeno da moda, podendo tornar-se numa falsa necessidade, bem como a difícil distinção entre o conceito de necessidade e o de preferência (Rodrigues & Esteves, 1993).

- Necessidade como direção em que se prevê que ocorra um melhoramento.

Este tipo de necessidades assenta na previsão de tendências e problemas a partir de uma análise sistemática e aprofundada da situação atual, tendo em vista o aperfeiçoamento mais do que a resolução de situações deficitárias. É de difícil operacionalização devido à exigência de pessoas qualificadas.

- Necessidade é algo cuja ausência ou deficiência provocam prejuízo ou cuja presença é benéfica.

Pela dificuldade existente em estabelecer uma relação causal entre uma determinada variável e o benefício ou prejuízo constatados, estas necessidades têm pouco uso no âmbito da educação (Stufflebeam et al., 1985), uma vez que requerem a descrição das deficiências prejudiciais e um estudo das variáveis que determinam quando há benefício ou prejuízo em função da sua presença ou ausência.

Por último, apresentamos os tipos de necessidades segundo Bradshaw (1972) e, em simultâneo, complementamos as suas descrições com as posições assumidas por Zabalza (1994).

- Necessidades normativas.

Relacionam-se com as carências do sujeito ou grupo relativamente a um determinado critério. Estas necessidades são definidas por especialistas e provêm do desenvolvimento contínuo da ciência e da tecnologia baseando-se, portanto, na necessidade de atualizar as habilidades do sujeito no âmbito dos avanços da pesquisa. Deste modo é reconhecida como necessidade normativa qualquer discrepância entre a prática atual e as novas normas definidas pelos especialistas. Este tipo de necessidades, por serem definidas por especialistas, pode afastar-se das necessidades percebidas pela população. Zabalza (1994), em conformidade com esta categorização, considera, em relação à educação, que estas necessidades estão presentes nos programas oficiais enquanto programas mínimos obrigatórios a atingir pelos alunos.

- Necessidades sentidas.

São a resposta dos sujeitos ou grupos às perguntas: que necessitas? Que desejas? Contudo, podem ser apenas o reflexo das expectativas do que os sujeitos acreditam

poder atingir, daquilo que conhecem por experiência do que pensam ser socialmente aceitável desejar.

Para Zabalza (1994), esta necessidade apresenta uma problemática particular que relacionada com a forte manipulação social e cultural dos desejos. Para o autor a educação deve despoletar nos sujeitos novos desejos e novas necessidades para não se tornar um fator de reprodução da situação em que estão inseridos. No âmbito da filosofia da educação várias questões são levantadas em torno desta problemática, como por exemplo: a educação deve responder às necessidades e desejos evidenciados pelos sujeitos? Ou, pelo contrário, deve proporcionar uma formação em que se combinem temas desejados com os que não o são?

- Necessidades expressas.

São as que se detetam em função de um serviço ou programa. A procura feita pelos sujeitos é interpretada como um indicador de necessidade que deve ir, segundo Zabalza, (1994), para além do simples sentido económico.

- Necessidades comparativas.

São as que são sentidas pelos indivíduos ou grupos que não desfrutam de benefícios de um determinado grupo ou setor. São baseadas na justiça distributiva. Estas necessidades assumem uma grande importância em educação porque todas as pessoas, de forma igualitária, devem ter acautelado o acesso a esse benefício social imprescindível numa sociedade que se deseja plural e democrática (Zabalza, 1994).

- Necessidades prospetivas.

Referem-se às que têm muita probabilidade de surgir no futuro. Estas necessidades têm implicações curriculares uma vez que a formação deve ser pensada em termos de futuro para permitir ao jovem ser um cidadão do seu tempo (Zabalza, 1994).

Para além destas necessidades, Zabalza (1994) menciona ainda as necessidades de desenvolvimento onde se inclui não só o que se poderá fazer para se poder ultrapassar os mínimos a atingir mas também as experiências paralelas que poderão enriquecer tanto o processo como os resultados.

Tejedor (1990, citado por García, 1999) assinala igualmente quatro tipos de necessidades: necessidades normativas, necessidades percebidas, necessidades expressas e necessidades relativas. As necessidades normativas são impostas não só pela política educativa mas também pela investigação. As necessidades percebidas relacionam-se com os desejos e carências percebidos pelos sujeitos, as necessidades

expressas são as que se refletem em função da exigência de um programa e as necessidades relativas são o resultado da comparação de diferentes situações ou grupos.

Para Zabalza (1994, p. 62), uma “necessidade é constituída por essa diferença ou discrepância que se produz, entre a forma como as coisas deveriam ser (exigências), poderiam ser (necessidades de desenvolvimento) ou gostaríamos que fossem (necessidades individualizadas) e a forma como estas são de facto”. Para o autor, a ideia global de necessidade no âmbito educativo deve incluir os seguintes aspetos:

Todos os componentes do desenvolvimento intelectual, afetivo, social, psicomotor, entre outros que as ciências humanas e sociais consideram como essenciais ao desenvolvimento de uma pessoa e que, sem os quais, o sujeito ou o grupo padece de um défice no seu desenvolvimento. São necessidades prescritivas ou exigências;

Todos os componentes do desenvolvimento que constitui o que os indivíduos ou grupos queriam ser, saber ou poder fazer, porque se sentem capacitados para tal. São necessidades individualizadoras, idiossincráticas;

A importância do progresso e qualificação permanente do ensino e de melhoria do nível de vida e dos meios que estão à disposição do sistema educativo. São necessidades do tipo técnico, cultural, de desenvolvimento;

A escola constitui-se como um reforço do meio social em que está inserida, abrindo as suas portas e permitindo um intercâmbio mútuo de influências e intervenções optimizadoras. São as necessidades sociais do meio ambiente em que se encontra a escola.

Sistematizando informações anteriores, o Quadro 1 apresenta de forma esquemática diferentes tipos de necessidades formativas.

Quadro 1. Tipologia de necessidades formativas

Bradshaw 1972	D'Hainaut 1979	Stufflebeam 1985	Zabalza 1994
Necessidades normativas	Necessidades das pessoas <i>versus</i> necessidades do sistema	Necessidades como discrepâncias ou lacunas	Necessidades prescritivas
Necessidades sentidas	Necessidades particulares <i>versus</i> necessidades coletivas	Necessidades como mudança ou direção desejada por uma maioria	Necessidades individualizadoras, idiossincráticas
Necessidades expressas	Necessidades conscientes <i>versus</i> necessidades inconscientes	Necessidade como direção em que se prevê que ocorra um melhoramento	Necessidades técnico - culturais, de desenvolvimento
Necessidades comparativas	Necessidades atuais <i>versus</i> necessidades potenciais	Necessidade é algo cuja ausência ou deficiência provocam prejuízo ou cuja presença é benéfica	Necessidades sociais
Necessidades prospetivas	Necessidades segundo o setor em que se manifestam	-----	-----

Esta diversidade de categorizações e perspetivas relativamente ao conceito de necessidade reforça o seu carácter polissémico e ambíguo. Em síntese podemos referir que não existem necessidades absolutas pois elas dependem dos sujeitos, dos contextos e dos valores (Kaufman, 1973; Mckillip, 1987; Rodrigues & Esteves, 1993; Stufflebeam et al., 1985). Ainda que pareçam coletivas, as necessidades são individuais (Barbier & Lesne, 1986), infinitas e nem sempre passíveis de serem identificadas (Pennington, 1985, citado por Rodrigues & Esteves, 1993). As necessidades evoluem e dão origem a outras necessidades, logo são dinâmicas (Rodrigues & Esteves, 1993) e podem também ser conflituais (Rodrigues & Esteves, 1993; Stufflebeam, 1985).

1.2. Abordagens à análise de necessidades

Como se pôde constatar anteriormente, existem diferentes perspetivas relativamente ao conceito necessidades e uma diversidade significativa de necessidades referidas pelos autores. O termo necessidade incluído na expressão “análise de

necessidades” adapta-se a diferentes aceções conforme é utilizado por educadores, sociólogos, enfermeiros, entre outros, facto que dificulta a compreensão desta expressão. Há uma variedade de pontos de vista e muita ambiguidade relacionadas com o significado preciso atribuído à expressão análise de necessidades de formação (Barbier & Lesne, 1986; Rodrigues, 1999).

Por outro lado, há que diferenciar diagnóstico de necessidades de análise de necessidades. O diagnóstico está associado ao processo pelo qual se identificam as necessidades e se ordenam segundo as suas prioridades, enquanto a análise de necessidades recai na busca das causas e soluções para as necessidades identificadas (Rodríguez & Padial, 2008), o que nos parece mais adequado no contexto deste estudo.

A evolução da noção da análise de necessidades está relacionada com a evolução mais geral das atividades de formação no contexto dos sistemas económico e social contemporâneo (Barbier & Lesne, 1986). A análise de necessidades de formação surgiu com a preocupação dos formadores em melhorar a eficácia da sua prática pedagógica de modo a que os sujeitos implicados manifestassem uma adesão mínima à formação, facilitando, deste modo, o trabalho do formador. Os problemas da formação estavam centrados, essencialmente, nos problemas da relação pedagógica. Por esta tentativa se confrontar com uma série de contradições assistiu-se nos anos 60 a um forte movimento de reação contra a autonomização dos problemas da formação e o desejo de enfatizar a articulação entre a formação e a vida social, questionando-se, assim, a ambiguidade da expressão da análise de necessidades em função das finalidades da formação (Barbier & Lesne, 1986).

A análise de necessidades encontrou na altura um grande sucesso, e vocábulos específicos como “recolher”, “explorar”, “descobrir”, “fazer emergir” necessidades que eram frequentemente designadas como “implícitas”, “lactentes”, “verdadeiras”, “autênticas” foram adquirindo forma (Barbier & Lesne, 1986, p.14). Para os autores a análise de necessidades tornou-se mesmo uma forma de demarcar as práticas de formação e um momento indispensável a toda ação de formação como garantia de qualidade. A análise de necessidades de formação seria, neste contexto, uma operação prévia e imprescindível à determinação de objetivos de formação, capazes de estruturarem programas de formação preocupados em desenvolverem mais competências e qualificações nos formandos.

Curiosamente a noção tornou-se ponto de confluência de dois discursos opostos nomeadamente o discurso do tipo humanista enfatizando “a adaptação da formação às

aspirações pessoais e ‘necessidades profundas’ dos indivíduos” e o outro do tipo tecnocrático que se preocupa com “a adaptação dos indivíduos a necessidades sociais”¹ (Barbier & Lesne, 1986, p.14).

Esta confluência de discursos possibilitou denunciar o caráter mistificador de um grande número de práticas que se efetuaram sob a égide da análise de necessidades. Esta reação denunciou os hiatos existentes entre os resultados de um número considerável de análises de necessidades e os programas de formação que foram realizados posteriormente, o que é compreensível se considerarmos a sua função ideológica. De facto, quando se fala de análise de necessidades nunca se sabe muito bem de que necessidades se tratam. Necessidades pedagógicas? Necessidades mais gerais mas relativas à formação? Ou necessidades profissionais? As expressões podem ser infinitamente variáveis bem como o seu significado, mas são sempre manifestação de necessidades (Barbier & Lesne 1986).

Para além da sua função ideológica, a análise de necessidades também assume uma função operatória que, segundo os autores acima referenciados, se constata pelo seu uso a propósito de dois tipos de práticas que surgem em resposta a novas exigências:

- Práticas com a preocupação na racionalização de políticas de formação a partir de objetivos mais gerais, sendo a análise de necessidades realizada antes da formação e em função dos objetivos, assumindo, neste contexto, uma dimensão social ou económica. Os formandos são definidos nestas práticas como objetos carenciados de formação.
- Práticas estruturadas com a preocupação de fazer coincidir as formações desenvolvidas com os desejos, expectativas das pessoas em formação. São práticas que se foram desenvolvendo em paralelo e em conjunto com as anteriores, procurando, todavia assegurar uma participação mais ativa dos formandos na identificação das suas necessidades em formação (Barbier & Lesne 1986).

Toda esta evolução associada à análise de necessidades parece ser caracterizada especialmente por dois traços que são válidos tanto para a formação inicial como para a formação contínua, nomeadamente o reforço na articulação das atividades de formação

¹ Neste estudo optou-se por traduzir livremente as citações de obras em língua estrangeira com a finalidade de se manter a coerência no conjunto do texto. Neste sentido todas as traduções são da responsabilidade individual.

com outras atividades económicas e sociais e a transformação das relações que se estabelecem entre o formador e o formando aquando das atividades de formação e das atividades pedagógicas, aparecendo cada vez menos como relações de poder, assumindo o formando uma participação crescente na sua formação (Barbier & Lesne, 1986).

Embora a prática de análise de necessidades de formação seja alvo de críticas e desconfiança (Barbier & Lesne, 1986), é fácil reconhecer que o conhecimento das necessidades dos formandos é importante para a eficácia da formação, que a formação deve ser ajustada às necessidades sociais e individuais e que deve existir uma preocupação de rigor com o diagnóstico nas intervenções efetuadas no âmbito da formação (Rodrigues 1999).

O significado que por vezes se atribui ao termo “necessidade” como sinónimo de carência, constrangimento, empobrecimento, falta, privação parece adaptado a uma determinada forma de conceber a análise de necessidades de formação, ou seja, como uma operação prévia e imprescindível à determinação de objetivos de formação, suscetíveis de estruturarem programas de formação focalizados na qualificação dos indivíduos e na aquisição de mais competências. As necessidades que se expressam por dificuldades, carências e problemas no decurso da atividade profissional são perspetivados por quem as avalia como sendo objetivas, evidentes e de fácil identificação (Estrela, Madureira & Leite, 1999). São em regra associadas a situações de discrepância entre o desempenho desejado ou aceitável e o desempenho real, verificado ou percebido como refere De Ketele et al. (1994). De forma mais precisa Kaufman (1973) menciona que uma avaliação de necessidades é uma análise formal que mostra e documenta as lacunas existentes entre os resultados atuais e aos resultados que se desejam alcançar, hierarquiza seguidamente as lacunas ou necessidades e, por fim, seleciona as passíveis de serem satisfeitas com a formação. A avaliação de necessidades é, pois, um processo que permite identificar discrepâncias.

A forma de encarar a análise das necessidades como um inventário das carências dos indivíduos tem sido questionada pelo seu simplismo, nomeadamente porque as necessidades são percecionadas de forma negativa como simples faltas e a formação recebida como uma imposição. Nesta lógica os potenciais formandos, vistos como objetos carenciados de formação, teriam uma participação limitada, conduzida segundo uma racionalidade técnica e economicista.

Porém, se as necessidades de formação decorrerem também dos desejos e interesses que os profissionais sentem relativamente à sua ação profissional passam

então a ser entendidas como “realidades” com caráter subjetivo, dinâmico e mutável (Estrela et al., 1999). Neste âmbito desenvolve-se um conjunto de práticas que se estruturam de modo a que a formação corresponda aos desejos e expectativas dos formandos, procurando assegurar uma participação ativa na identificação das suas necessidades formativas. Neste caso a noção de necessidades remete-nos para o reencontro do indivíduo consigo próprio (Correia, Lopes & Felgueiras, 1994).

Como já o referenciamos anteriormente sobressai da noção de “necessidades de formação” duas leituras possíveis: uma do tipo humanista e a outra do tipo tecnocrático. A confluência destas duas posições representa dois mundos: o mundo das organizações, ligado às atividades económicas, sociais e profissionais - palco para a racionalização das políticas e práticas de formação - e o mundo dos indivíduos ou de grupo que procura com a formação ir ao encontro dos desejos e expectativas das pessoas em formação (Estrela et al., 1999). Com uma lógica positivista, o primeiro registo postula a existência objetiva da necessidade e a possibilidade do seu conhecimento objetivo, podendo, a análise de necessidades de formação, neste caso, ser considerada uma operação de determinação de necessidades. O segundo registo identifica-se com uma conotação mais subjetiva, partindo de uma abordagem mais interpretativa da necessidade que é encarada como um fenómeno subjetivo e eminentemente social (Estrela et al., 1999). Reitera-se de acordo com Barbier e Lesne (1986), Bourgeois (1991), entre outros, o postulado teórico segundo o qual não é possível reconhecer necessidades ontologicamente objetivas dada a sua dependência do sujeito e do seu contexto bem como dos sujeitos e dos contextos envolvidos na sua recolha, identificação e análise e conseqüentemente do seu quadro de valores e objetivos de referência. A análise de necessidades de formação neste caso poderá ser uma operação de construção ou de desocultação de necessidades (Estrela et al., 1999).

Estas duas posições apontam para referentes conceptuais em função dos quais se avalia a existência ou a inexistência de necessidades o que não deixa de ser um problema complexo, pois implicam uma definição consensual relativamente às competências, conhecimentos e atitudes necessárias ao desempenho profissional (Estrela, et al., 1999). É também difícil delimitar o âmbito de abrangência das necessidades de formação dado que podem ser referentes às situações pedagógicas, socioprofissionais ou até mesmo às necessidades inseridas num contexto institucional (Estrela et al., 1991).

A análise de necessidades poderá ser estrategicamente importante se forem associadas a um conjunto de práticas que possam ser desenvolvidas num contexto de relações sociais complexas e por vezes conflituais, tendentes a aprontarem objetivos para a formação e para a ação (Barbier & Lesne, 1986). A análise de necessidades, para os autores, não é mais do que uma prática de produção de objetivos e deve ser analisada com tal, pois não se exprime uma necessidade no vazio, ela surge sempre inserida num contexto. Os autores distinguem, igualmente, três campos de produção de objetivos indutores de formação, teoricamente interdependentes:

- Campo de fenómenos relativos ao exercício de um trabalho ou à utilização, por parte de indivíduos concretos, de determinadas competências, qualificações e capacidades em atividades sociais. Não é um campo onde se desenvolvem as atividades de formação, mas é um campo onde elas assumem significado.
- Campo de fenómenos relacionado com as formas institucionais de formação e a sua organização, como por exemplo a hierarquização social do saber.
- Campo de fenómenos relacionados com o momento de ensino ou trabalho pedagógico.

Acresce referir relativamente ao primeiro campo, o profissional, que não podemos ter em conta apenas as determinantes técnicas associadas ao exercício profissional, mas também as relações que o profissional desenvolve no seu próprio âmbito. Por exemplo, transpondo para o campo do exercício profissional da enfermagem, se tivéssemos em conta exclusivamente os aspetos técnicos do trabalho do enfermeiro seríamos conduzidos a hipervalorizar a dimensão técnica do seu trabalho. Contudo, a atividade profissional do enfermeiro desenvolve-se num coletivo de trabalho (hospital, comunidade, escola, etc.) onde o enfermeiro mobiliza um conjunto de competências que vão para além das técnicas o que pressupõe que a análise de necessidades deverá ter em conta as relações que se estabelecem entre os enfermeiros, o trabalho que desenvolvem com os outros profissionais e agentes sociais, bem como a sua participação nos órgãos de gestão. Assim, a análise de necessidades poderia desempenhar um papel primordial no desenvolvimento dos contextos de trabalho dos enfermeiros. Tendo como base de referência o campo profissional, a análise de necessidades de formação não se confunde com a avaliação diagnóstica das necessidades dos indivíduos em formação, pois ela decorre de uma problematização do campo profissional tal como se encontra instituído. Mais do que identificar carências devemos, na análise de necessidades, incidir sobre os saberes experienciais, as competências acionadas no exercício do trabalho e as

representações subjetivas que os indivíduos têm da profissão e de si mesmos (Correia et al., 1994).

O segundo campo o da formação referente à organização institucional das atividades de formação, remete-nos para um conjunto de decisões relativamente à organização dos conteúdos de formação, à definição de possíveis percursos de formação, à definição dos papéis das instituições de formação bem como os meios que lhe são atribuídos, entre outros. Dada a importância das decisões tomadas neste campo, estas não devem ser da exclusiva responsabilidade dos formadores, dos especialistas ou dos técnicos de elaboração dos currículos de formação, devendo envolver os próprios formandos encarados como sujeitos já não «carentes» de formação mas como portadores de saberes e de experiências que podem ser transferidos para novos contextos (Correia et al., 1994).

O último campo o pedagógico remete-nos para as situações pedagógicas, para o trabalho pedagógico, para as relações e técnicas específicas (Barbier & Lesne, 1986). Os autores, agora referenciados, mencionam que as práticas de produção de objetivos podem ser descritas como “uma série de retraduzões sucessivas de objetivos” (p.24) cujos passos principais correspondem aos diferentes campos apresentados anteriormente, como se demonstra na Figura 1:

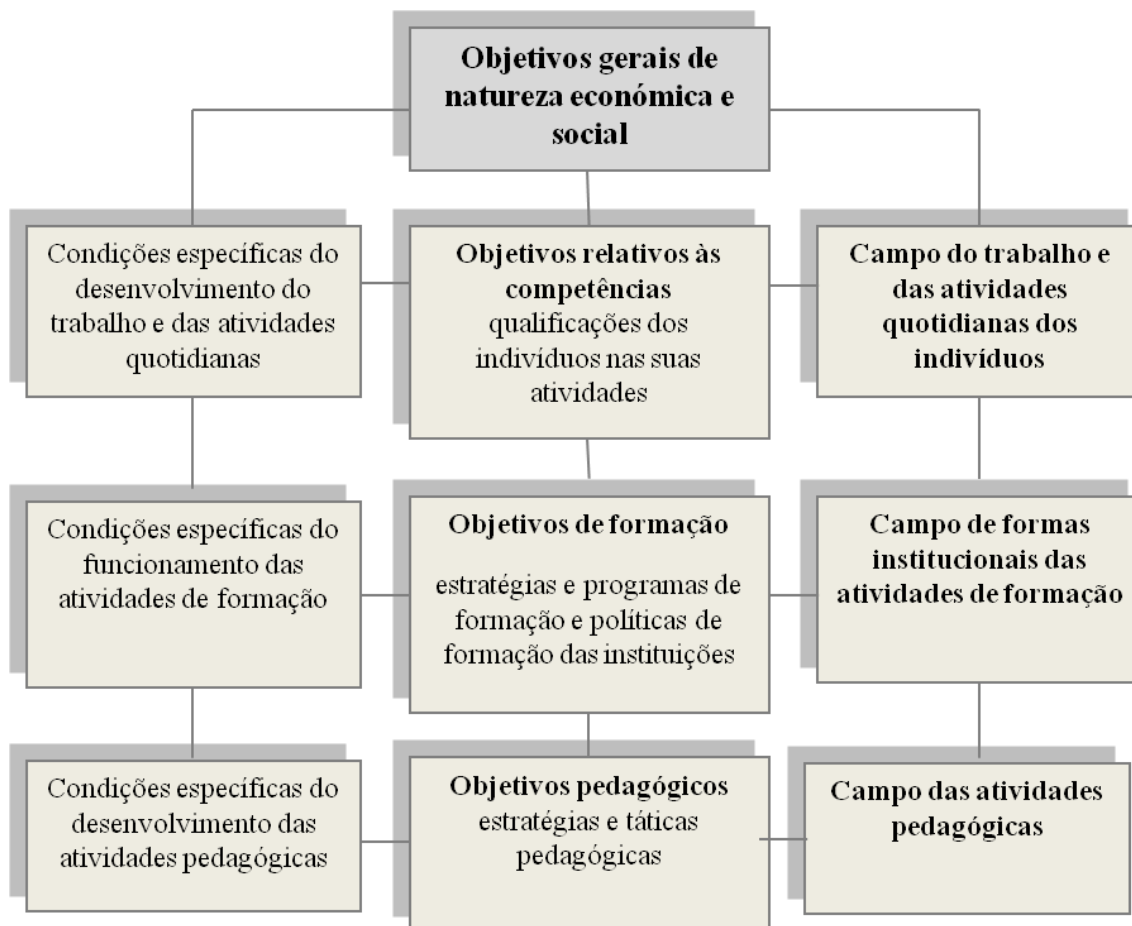


Figura 1. Campos de práticas e sequência lógica dos diferentes níveis de objetivos indutores de formação (fonte: Barbier & Lesne, 1986, p.25)

A figura 1 demonstra que a partir dos objetivos gerais de carácter económico ou social podem ser concebidos objetivos referentes às competências, às qualificações e à organização sócio-técnica dos indivíduos, objetivos de formação referentes aos programas de formação, estratégias e itinerários de formação dos indivíduos e por fim os objetivos pedagógicos onde estão incluídas as estratégias e táticas pedagógicas.

Se qualquer tipo de formação pode ser analisado em referência a estes três campos de práticas e a estes três níveis de objetivos, a articulação entre eles nem sempre é controlada pelos formadores.

São múltiplas as questões associadas à análise de necessidades, principalmente pelos problemas de ordem conceptual que lhe estão subjacentes e que, segundo a opinião de Barbier e Lesne (1986), decorrem da função ideológica associada ao termo necessidade, pelas várias aceções que este assume, ora de objetividade, ora de subjetividade, como já o referenciámos anteriormente. Porém, a análise de necessidades

não deixa de ser um recurso importante para o planeamento educativo, para os currículos a instituir, para os programas de formação a desenvolver e para a identificação das dificuldades e necessidades dos alunos (Mickillip, 1987; Stufflebeam et al., 1985; Zabalza, 1994).

1.3. Modalidades e técnicas de análise de necessidades de formação

A análise de necessidades de formação é um processo complexo não só por envolver uma pluralidade de atores, por comportar decisões em diferentes campos (o profissional, o institucional da formação e o pedagógico) segundo “racionalidades” que não são específicas de cada um deles, mas também por não se poder pautar exclusivamente por critérios de eficácia (Correia et al., 1994). Para Meignant (2009) quando se procede a uma análise de necessidades ela deve atender a quatro características principais: deve ter em conta, entre os fatores indutores de necessidades, aqueles que são relevantes; deve permitir a participação dos interessados; deve ser adaptada ao seu propósito e em particular ao tipo de objetivo da formação a conseguir e, por fim, ser eficiente, isto é, permitir os melhores resultados possíveis com o menor custo. Todos estes pressupostos implicam que se dê uma grande importância aos instrumentos de recolha de informação bem como à sua interpretação.

Os instrumentos de recolha de informação não se limitam a transpor para o campo da análise um conjunto de informação, pois ao promoverem a sua escolha criteriosa, eles “participam” implicitamente na definição de critérios da pertinência da informação a ter em conta, afirmando-se, assim, como instrumentos de seleção dos interesses sociais dos que se exprimem no processo de análise de necessidades de formação (Correia et al., 1994). A necessidade é considerada uma construção subjetiva relativa a um indivíduo(s) e é a sua verbalização que lhe dá conteúdo (Barbier & Lesne, 1986). Logo, os instrumentos não devem ser selecionados e produzidos atendendo apenas a critérios resultantes de uma pretensa “objetividade científica” capaz de dar conta de uma “realidade objetiva” exterior aos sujeitos (Correia et al., 1994).

Além de existirem muitos modelos de análise de necessidades em educação eles diferenciam-se entre si pelo conceito de necessidade que lhe está subjacente, pelo papel atribuído aos intervenientes na identificação e avaliação de necessidades, pelos critérios usados e pelos processos, pelos instrumentos e técnicas utilizados, pelo grau de

confiança e validade, pelo facto de se focarem na sobrevivência dos sistemas ou na procura de possíveis soluções para os problemas e pelo desenvolvimento concedido a cada uma das etapas do processo de deteção e análise (Kaufman, 1977; Pennington, 1985, citados por Rodrigues & Esteves, 1993). A análise de necessidades de formação exige e permite abordagens metodológicas diversificadas advindas de várias áreas do conhecimento, predominantemente da psicologia ou da sociologia, da economia ou da pedagogia. As formas possíveis de determinar necessidades são diversas, quer do ponto de vista científico adotado, quer dos atores implicados na expressão dessas necessidades (Esteves, 1999). A autora, agora referenciada, acrescenta que o modo de a conduzir dá prioridade sempre a determinados atores em detrimento de outros e no final, situa-se sempre a distâncias diferentes das diversas expectativas em presença.

A complexidade que este cenário encerra levou a que os autores que se têm dedicado à problemática da análise de necessidades dessem o seu contributo no sentido de introduzirem alguma clarificação e sistematização no quadro de práticas que habitualmente têm lugar. Não há um modelo ou marco de referência conceptual universalmente aceite para a avaliação de necessidades nem há modelos bons ou maus, a eleição depende do âmbito do estudo, dos seus objetivos e dos recursos humanos e materiais disponíveis (Rodrigues & Esteves, 1993).

No âmbito educativo, a maioria dos modelos utilizados são baseados nos trabalhos de Kaufman (1988, citado por Rodrigues, 2006a) que identificou três modelos de avaliação de necessidades que partem da conceção de necessidades como discrepância:

- Modelo dedutivo. Com origem na autoridade (profissional, institucional, técnica e política, entre outras), este modelo determina os requisitos, metas e objetivos de forma dedutiva, partindo de uma lista preexistente de metas educacionais.
- Modelo indutivo. Tem a sua origem no cliente (aluno, família, profissional, entre outros). Neste modelo as metas, as expectativas e os resultados são obtidos em primeiro lugar através dos interessados, baseando-se os programas nestes dados.
- Modelo clássico. Parte de metas ou intenções que são normalmente estabelecidas apenas pelos formadores, traduzindo-se posteriormente num programa que se aplica e avalia.

Como se constata, o que distingue essencialmente estes modelos é ponto de partida de quem estabelece ou contribui para estabelecer as necessidades (Rodrigues, 2006a).

McKillip (1987) em função da recolha da informação, distingue três modelos de avaliação de necessidades:

- Modelo de discrepâncias. De entre os modelos possíveis de implementar este modelo é o mais simples e o mais utilizado na análise de necessidades em educação. É baseado no trabalho de Kaufman (1973), enfatiza as expectativas normativas e engloba em três fases:

- Definição de objetivos, identificando o que deve ser, a situação ideal, o que se gostaria de atingir;

- Medida de resultados, determinando o que é, avaliar a situação atual e o nível de partida;

- Identificação das discrepâncias, ordenação das diferenças entre o que gostaríamos que fosse e o que realmente é.

Este modelo de Kaufman apresenta vantagens pois parte da procura individual, centrando-se no próprio sujeito, embora também esteja aberto aos dados do contexto e aos outros intervenientes no processo de formação. Prevê a concertação de diferentes pontos de vista e atitudes. Facilita a tomada de decisão e permite uma boa integração da informação, uma vez que detetar discrepâncias engloba tanto as necessidades como os objetivos a atingir.

Como desvantagens deste modelo podemos assinalar a sua forte dependência de especialistas; um tratamento tecnológico em detrimento de aspetos mais psicossociológicos, a dificuldade de aplicação em áreas não propícias a processos de medida, a aceitação de critérios sem questionar o seu valor educativo, a tendência para potenciar os produtos em detrimento dos processos, a análise de necessidades ser circunscrita a um processo mecânico de comparação entre perceções ou observações quantificáveis e critérios, e de descrição das discrepâncias resultantes desta comparação (Rodrigues & Esteves, 1993).

- Modelo de Marketing. Este modelo foi desenvolvido por Kotler (1982, citado por McKillip, 1987) aplicando os princípios do marketing. A análise de necessidades é entendida como um meio de manutenção e crescimento das organizações e como um processo de *feedback* que as organizações utilizam para conhecer os desejos dos seus clientes. As necessidades são preferências ou desejos (*needs are wants*).

- Modelo da tomada de decisão. Este modelo fornece indicações para a tomada de decisão e é constituído por três fases:

- Modelagem do problema. Consiste na conceptualização do problema segundo as opções e medidas a tomar.
- Quantificação. É uma operação de apreciação por parte do decisor em consonância com os seus valores.
- Síntese. Refere-se à ordenação das necessidades segundo a quantificação realizada.

Em suma, o modelo da discrepância maximiza os valores normativos ou dos especialistas. O modelo de marketing dá maior relevância aos valores dos consumidores. O modelo da tomada de decisão enfatiza os valores daqueles que vão usar os resultados da análise de necessidades, os decisores.

D'Hainaut (1979, citado por Rodrigues & Esteves, 1993) faz referência a um modelo de diagnóstico de necessidades educativas que procura um equilíbrio entre as exigências do sistema e as necessidades das pessoas e do grupo. Este modelo desenvolve-se em quatro fases:

- Diagnóstico das necessidades humanas – implica a pesquisa de necessidades não só conscientes e expressas, mas também não expressas e inconscientes ou confusas.
- Diagnóstico da procura em relação com o sistema – implica a determinação de papéis e funções que os interessados querem assumir no sistema e definição das necessidades cuja satisfação é indispensável para o funcionamento do sistema.
- Tomada de decisão sobre as necessidades e a procura – implica a decisão sobre quais as necessidades a satisfazer, tendo em conta a negociação das mesmas entre os interessados e os decisores.
- Especificação das exigências de formação – implica a determinação de saberes, saber fazer e saber ser, de acordo com a tomada de decisão relativa aos papéis e funções selecionados na etapa anterior.

A análise de necessidades pode ser perspectivada segundo a ótica do sujeito que expressa as necessidades, distinguindo-se cinco abordagens diferentes, segundo Pennington (1985, citado por Rodrigues & Esteves, 1993).

- Abordagem pela procura de formação – esta abordagem parte do pressuposto de que as necessidades de uma determinada população podem ser representadas pelos interesses das pessoas que procuram formação. Considera os registos existentes nas instituições formadoras no que respeita aos pedidos individuais de formação e ao

número de interessados inscritos, identificam-se os interesses e as características desses indivíduos, generalizando as necessidades de formação.

- Abordagem através dos profissionais de educação – esta abordagem tem em conta o ponto de vista dos especialistas que determinam os interesses e necessidades dos sujeitos a formar, dando origem a conteúdos e estratégias de formação. O facto de os especialistas confiarem demasiado nas suas perceções pode resultar na definição de objetivos desconectados com as necessidades reais dos formandos.

- Abordagem pelos informantes-chave - utiliza a informação recolhida junto de personalidades que ocupam posições privilegiadas numa determinada comunidade o que legitima o seu conhecimento sobre as necessidades em causa. A sua seleção é feita através de questionários ou a partir da escolha de líderes da comunidade ou das instituições públicas. É uma abordagem de fácil operacionalização, contudo, por considerar apenas a opinião de um grupo, pode não ser representativa das necessidades da população.

- Abordagem através de assembleias a informação é obtida em encontros públicos com a presença de toda a comunidade onde se discute determinados tópicos previamente seleccionados. Por abranger um grande leque de pessoas permite rapidamente um conhecimento alargado das necessidades desta população. Contudo, por não assegurar a participação de todos põe em risco a sua validade.

- Abordagem através de sondagens – baseia-se num processo ordenado de recolha de dados através uma amostra rigorosa da população seleccionada, fornecendo uma informação mais válida e fiável sobre as necessidades de uma comunidade. A conceptualização e a condução da sondagem oferecem mais dificuldade dos que as abordagens anteriores (Pennington, 1985 citado por Rodrigues e Esteves, 1993).

Barbier e Lesne (1986) ao analisarem cerca de uma centena de práticas concretas de análise de necessidades e tendo em conta a natureza das técnicas de recolha de informação, o tipo de informação considerada para efeitos de análise e as relações de poder que se estabelecem nas estâncias de interpretação da informação conceberam três modos a que denominaram modos de determinação de objetivos indutores de formação que não sendo antagónicos nem mutuamente exclusivos são complementares, aos quais correspondem, quer no plano ideológico, quer no plano teórico, a formas diferentes de posicionamento relativamente às necessidades e à formação.

Segundo Barbier e Lesne (1986), os modos previstos que abordaremos de seguida são: centrados nas exigências de funcionamento das organizações, centrados nas

expectativas dos indivíduos e grupos e na definição dos interesses dos grupos sociais nas situações de trabalho.

Centrados nas exigências de funcionamento das organizações

Nesta abordagem, existe uma confrontação entre as qualificações exigidas pela organização para o desempenho dos profissionais no seu campo de trabalho e as qualificações que os trabalhadores detêm geralmente traduzidas em objetivos de formação. O conceito de necessidade é perspectivado como exigência e este tipo de análise de necessidades é feito em contextos onde as empresas têm a capacidade de produzir objetivos com vista à capacitação e qualificação profissional, onde poderão existir trajetórias de formação individualizadas de acordo com as carências de formação dos indivíduos. O formando deve adaptar-se às necessidades da organização estabelecidas em conformidade com as competências exigidas para o desempenho das funções profissionais em causa.

Os procedimentos privilegiados nesta abordagem são estruturados com vista a uma descrição detalhada das qualificações dos formandos e do local de trabalho, admitindo-se que o êxito de todo o processo depende, em grande parte, da objetividade da informação recolhida, o que poderá ser feito por via oral ou escrita, complementada ou mesmo substituída pela observação das práticas. Os procedimentos não tentam promover a participação explícita dos formandos na informação recolhida. Nesta abordagem é importante definir o perfil profissional dos indivíduos e descrever o perfil profissional previsível requerido, pelo que a instituição formadora pode socorrer-se de entrevistas onde se tenha em conta as dificuldades sentidas, as atividades desenvolvidas e os tipos de saberes dos indivíduos. Para complemento da informação, poderá ser útil a descrição de eventuais incidentes críticos.

Centrados nas expectativas dos indivíduos e dos grupos

Nesta abordagem, há a preocupação de os indivíduos expressarem as suas aspirações, expectativas e desejos, correspondendo ao conceito de necessidade como expectativa. Esta perspetiva centra-se na iniciativa dos sujeitos ou dos grupos e possui um carácter humanista. Para Esteves (1999) é a forma que melhor respeita as trajetórias profissionais individuais específicas. A expressão das aspirações, desejos e expectativas pode ser uma expressão simplesmente individual, o resultado de um processo no qual estão implicados um conjunto de pessoas, ou pode assumir frequentemente uma forma

negativa, ou seja a ausência de expressão (negação, indiferença ...). Para Barbier e Lesne (1986) existe uma relação entre a posição que o indivíduo ou grupo ocupa nas relações de poder dentro da instituição e a expressão dos seus desejos e expectativas, pois são estas relações que bloqueiam, inibem ou mistificam a expressão das necessidades. Para os autores três atitudes são possíveis para reduzir e atenuar as relações de poder de modo a obter-se uma expressão das reais aspirações, ou pelo menos de uma parte delas:

Quando as relações de poder são analisadas como relações de indivíduo para indivíduo, o problema da remoção dos seus efeitos pode ser reduzido com a eliminação dos elementos repressores existentes.

Quando as relações de poder são analisadas como relações de poder implícitas ou ocultas entre os sujeitos ou grupos, com diferentes posições nas organizações, o problema da redução dos seus efeitos pode ser resolvido por um analista.

Quando as relações de poder são consideradas como relações de poder duradouras entre os grupos, a supressão dos seus efeitos negativos pode ser resolvida com a implementação de estruturas provisórias de poder e contra poder, no quadro da organização, para os diferentes grupos envolvidos. Cabe ao formador criar situações propícias à expressão das expectativas.

Para Barbier e Lesne (1986) esta abordagem da análise de necessidades não conduz à produção de objetivos indutores de formação, a não ser que se evolua para uma lógica de produção de objetivos descrita anteriormente, ou para uma lógica centrada nos interesses dos grupos sociais nas situações de trabalho que descrevermos de seguida. Este modo de produção de objetivos pode, no primeiro caso, desempenhar um papel de ocultação dos interesses que definem os objetivos de formação e no segundo caso, contribuir para o emergir da complexidade associada ao processo de análise de necessidades.

Esta abordagem apoia-se num conjunto de instrumentos que melhor permitem a expressão das subjetividades como por exemplo a entrevista não diretiva.

Centrados na definição dos interesses dos grupos sociais nas situações de trabalho

Nesta ótica, os objetivos indutores de formação correspondem a projetos de ação de carácter individual e coletivo de transformação do contexto de trabalho onde a formação é uma dimensão a ter em conta no desenvolvimento destes projetos. O conceito de necessidade é perspectivado como interesse, e a análise de necessidades é

encarada como um processo inacabado que decorre do confronto de práticas sociais, heterogêneas e conflituais. Nesta abordagem, o indivíduo é ao mesmo tempo sujeito e objeto dos processos de socialização profissional, logo, transforma-se e transforma as suas práticas bem como os contextos da sua prática.

Os instrumentos de recolha de informação devem induzir o desenvolvimento de participação alargada, promover as transformações no trabalho e inscreverem-se em práticas de formação encaradas como práticas de criação de novas identidades profissionais (Correia et al., 1994).

Para Barbier e Lesne (1986), estes modos de determinação de necessidades não são antagónicos, nem se excluem, podendo ser mesmo complementares, pelo que um bom plano de formação deveria ter em consideração as exigências de todos eles.

As condições metodológicas a salvaguardar no processo de análise de necessidades não se relacionam apenas com os instrumentos a utilizar mas também com a criação de condições que coloquem os sujeitos à vontade de modo a que possam exprimir as “autênticas” necessidades, caso contrário, pode tornar-se numa enunciação de lugares-comuns, de pontos de vista assumidos, inconscientemente pelos indivíduos (Rodrigues & Esteves, 1993). As autoras, agora mencionadas, referem que não há bons e maus instrumentos, técnicas ou métodos de análise de necessidades. Embora se aconselhe o recurso a instrumentos e a fontes de informação variadas, cabe ao analista em última instância selecionar a abordagem que melhor se apropria ao seu caso, tendo em conta as suas finalidades, os recursos disponíveis e os constrangimentos ocorrentes (Kauffman, 1977; Witkin, 1977, citados por Rodrigues & Esteves, 1993).

A análise de necessidades faz parte integral de um ciclo global e sistemático no planeamento, implementação e avaliação de um programa. Constitui o passo inicial de um processo cíclico e interativo de todo o processo formativo que inclui a identificação de necessidades, busca de soluções alternativas, seleção de uma ou mais soluções, desenho do programa de intervenção, implementação do programa e por fim a avaliação. Por exemplo, o Modelo de Avaliação CIPP (Contexto, Entrada, Processo e Produto) inclui a análise de necessidades como uma componente da avaliação do contexto ao serviço das decisões de planificação, nomeadamente como ajuda para a designação de metas (Stufflebeam & Shinkfield, 1993, 2007). A conceção e o desenvolvimento da ação formativa, que se pretende ser eficaz, estão dependentes do modo como é encarado o ponto de partida, ou seja do diagnóstico da necessidade de

formação para um grupo de formandos (Santos, 2008) que no entender de De Ketele et al. (1994) é um processo sempre incompleto.

De facto, será por referência às necessidades de formação que se pode avaliar a pertinência da formação e enquadrar a avaliação da sua utilidade e impacto, sendo portanto, com base nas necessidades que se avaliam os objetivos dos programas e dos projetos curriculares (Gairín, 2010)

Uma das finalidades básicas da análise de necessidades consiste em ajudar os profissionais do currículo na tomada da decisão mais apropriada acerca dos serviços que deveriam ser proporcionados, sendo também útil na obtenção de informação que pode ser transmitida a outros grupos de pessoas (Oro, 1990; Stufflebeam & Shinkfield, 1993). Para uma formação ter êxito deve ser compreendida, aceite e apoiada por todos aqueles que colaboram com ela. Oro (1990) refere que se deve estimular mais a participação dos professores, pais e estudantes na definição da análise de necessidades, uma vez que também contribui para que eles assumam o compromisso de desenvolver e implementar os planos de formação. Nesta perspetiva, um programa de formação, um currículo, ou dispositivo de formação terá a sua validação por referência à sua utilidade, ou seja às necessidades das pessoas que ele permitir satisfazer.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTOS CONCEPTUAIS NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Com o desejo de compreender melhor a formação em enfermagem procuramos desenvolver um conjunto de reflexões sobre diferentes teorias e orientações conceptuais que permitem ver a formação dos enfermeiros como uma área disciplinar em desenvolvimento. Explicitamos as conceptualizações que estão em causa nesta área, dando uma panorâmica das suas origens e dinâmicas percorrendo marcos importantes da sua evolução. Começamos por enquadrar o conceito de formação e os paradigmas da ciência que permitirão contextualizar o debate das perspetivas conceptuais da formação em enfermagem no âmbito profissional, disciplinar e curricular uma vez que, através desta conceptualização, podemos entender melhor a formação dos enfermeiros.

2.1. Formação em enfermagem

A enfermagem, principalmente nas últimas décadas, tem evoluído de forma muito diversa em variados campos, nomeadamente no campo da formação. Na sociedade contemporânea é hoje mais evidente o debate e reflexão sobre a formação que decorrem em função das mudanças ocorridas no âmbito económico, político, social e cultural. Compreende-se que à luz destas mudanças, a enfermagem e a sua formação não possam ficar alheias ao contexto no qual se movem nem possam ser afastadas deste contexto de mudança uma vez que procuram dar resposta às exigências dos utentes e à imprevisibilidade e complexidade dos contextos das suas práticas.

Assim, para melhor contextualizar e enquadrar esta evolução, nesta primeira parte estará prioritariamente em causa o debate acerca do conceito de formação e seus paradigmas, em seguida focalizar-nos-emos na compreensão da evolução em enfermagem através da análise das suas correntes de pensamento.

2.1.1. Perspetivas sobre a formação: enquadrando o conceito e sua utilização

Há muitas divergências e posicionamentos no que diz respeito ao conceito de formação expressos na diversidade de definições assumidas na literatura. Fala-se em formação inicial, contínua, permanente, por alternância, de autoformação ou formação experiencial. Em todas essas situações o que importa considerar é que formar não se dirige a objetos mas sim à pessoa. Formação é um conceito polissêmico e central nos discursos educacionais, contudo, o seu uso constante e indiscriminado, identificando-o essencialmente com a transmissão de informações, com o desenvolvimento de competências ou com a difusão de conhecimentos, tem contribuído para o desvirtuar dos significados que lhe foram associados (Ferry, 2003). A formação é um “verdadeiro mito” do séc. XX, aparecendo nos mais diversos domínios da atividade profissional, sendo encarada como panaceia e remédio para muitos e variados problemas do nosso tempo (Fabre, 1994).

O conceito formação é muitas vezes utilizado no sentido de educação e ensino, não só em Portugal, mas também em países como França e Itália (García, 1999). O termo educação tem a sua raiz no latim *educare* que significa “alimentar” e “ato de educar” e está associado ao desenvolvimento da personalidade humana como se reconhece desde 1948 na Declaração dos Direitos Universais do Homem adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU). A educação é um processo organizado através do qual se promove o desenvolvimento da pessoa em todas as suas dimensões com vista à sua integração social.

Para além de sublinhar também a ambiguidade associada aos conceitos de educação e de formação, Avanzini (2001, p.9) faz a distinção entre os dois conceitos definindo a educação como “a prática que se exerce sem objetivo limitativo, esforçando-se por desenvolver a polivalência da pessoa e, como tal, ao mesmo tempo alargar quer a sua cultura, quer as possibilidades de escolha profissionais ou outras” e a formação como a “atividade desenvolvida com o objetivo de conferir ao sujeito uma competência que é, por um lado, precisa e limitada e, por outro lado, predeterminada, ou seja, o seu uso é previsto desde o seu começo”. A formação e a educação são campos interativos mas autónomos (Avanzini, 2001; Pineau, 2011). O conceito de formação, neste entendimento, implica a aquisição de conhecimento mas também se orienta para processos de mudança de comportamento e atitudes que envolvem os adultos portadores de projetos de vida contribuindo para a transformação da sociedade (Avanzini, 2001;

Fabre, 1994; Josso, 2002, 2011). Também Fabre (1994) reforça esta linha de pensamento, salientando que, para além da transmissão de conhecimentos associadas ao domínio da instrução, se valorizam aspetos relacionados com os valores e o desenvolvimento do “saber ser”, dimensões habitualmente mais relacionadas com o conceito de educação. Formar contempla igualmente a relação do saber com a prática, com a vida. Sendo menos circunscrito que instruir, a formação aproxima-se da educação na medida em que age sobre a totalidade da personalidade. É por haver esta tripla orientação: transmitir conhecimentos como a instrução, modelar a personalidade na sua globalidade e integrar o saber com a prática, que, segundo Fabre (1994), a formação pode assumir as mais diversas designações como a formação profissional, formação contínua, formação continuada, formação de adultos, formação permanente, educação de adultos, educação permanente, educação recorrente, ganhando alguns sentidos específicos.

A formação pode ser entendida não só como uma função social de transmissão de saberes, de saber-fazer ou do saber-ser que é exercido em prol do sistema socioeconómico, ou da cultura dominante, mas também como um processo de abertura espiritual, de desenvolvimento e de estruturação da pessoa, possibilitando uma maturação interna, bem como possibilidades de aprendizagem e de experiências dos sujeitos (Honoré, 1980, 2002, 2013). A formação é encarada como uma oportunidade para viver a vida, como o caminho para a vida plena trazida pela dinâmica de cada ser (Galvani, 2013).

É também possível falar em formação como instituição quando nos referimos à estrutura organizacional no seu processo de planificação e desenvolvimento das atividades de formação (Ferry, 2003). Trata-se de um conceito aberto, interativo e reflexivo no âmbito de uma perspetiva global do crescimento humano e da sua socialização.

O desenvolvimento pessoal está associado à maioria das definições do conceito de formação e interliga-se com um discurso axiológico que tem a ver com finalidades, metas e valores e não apenas com as dimensões técnicas ou instrumentais (Zabalza, 1990). A formação contempla não só um estado, uma forma, mas também um processo, um percurso inerente ao sentido do ser na sua dimensão ontológica de temporalidade e relacionamento existencial, no contexto da sua interioridade/exterioridade (Silva, 2003).

Existem duas correntes atualmente na formação: a formação-ação e a autoformação (Honoré, 2013). A formação-ação é definida como um processo educativo

onde o participante/estudante se propõe a realizar ações ou experiências educativas, acompanhado por um formador, com o objetivo de melhorar o seu desempenho no contexto de produtividade. A autoformação não é concebida como um processo isolado mas como uma componente da formação considerada como um processo tripolar, onde a autoformação é um dos polos, sendo os outros dois a heteroformação e a eco-formação (Galvani, 1991, 2002; Honoré, 2013; Pineau, 1991). Os prefixos auto, hetero e eco-formação explicam a multicausalidade dos processos de formação (Pineau, 1991).

A auto-formação é encarada como a formação que é desenvolvida pelo diálogo consigo mesmo: o indivíduo forma-se através da reflexão sobre os seus percursos pessoais e profissionais e é designado como polo “sujeito” da formação. Na hetero-formação considera-se o polo “social” da formação, em que há ação do indivíduo sobre os outros. A formação dá-se através das coisas, dos saberes, das culturas, das artes, das tecnologias e da sua compreensão crítica. A eco-formação é a dimensão formativa pelo meio ambiente e não para o meio ambiente: constitui-se como o polo “ambiental” da formação. Nos processos formativos nenhum dos polos deve ter prioridade em detrimento do outro. A sua dinâmica tripolar, de natureza complexa, deve ser estudada ao longo da vida do formador. A formação não é necessariamente autónoma e os sujeitos podem encontrar, através da interformação, contextos de aprendizagem que promovam a determinação de metas de aperfeiçoamento pessoal e profissional (Galvani, 1991, 2002; Honoré, 2013; Moraes, 2002; Pineau, 2001).

Nesta reflexão sobre o conceito de formação, emerge, de facto, um conceito polissémico e abrangente que ao mesmo tempo assume o sentido de ensinar e o de aprender. A palavra formação engloba forma+ação. *Forma* designa configuração e *ação* aponta para movimento. Deste modo, de acordo com García (1999), podem-se sistematizar-se as seguintes ideias: i) a formação, embora se cruze com os conceitos de educação, ensino, treino, entre outros, não se identifica nem se dilui dentro destes; ii) o conceito de formação inclui uma dimensão pessoal de desenvolvimento humano global que se deve ter em conta relativamente a outras conceções eminentemente técnicas; iii) o conceito de formação relaciona-se com a capacidade de formação, bem como com a vontade de formação, ou seja, a pessoa é a responsável pela ativação e desenvolvimento de processos formativos.

Constata-se então que o conceito de formação pode estar, posicionado entre dois polos distintos. Um que enfatiza a dimensão do desenvolvimento global do sujeito onde a formação redimensiona o saber, o saber-fazer e o saber-ser, numa perspetiva de

construção integradora de todas as dimensões essenciais do formando próxima, portanto, do contexto de educação, perspectivado como desenvolvimento integral da pessoa/formando. Outro que revela a dimensão do saber e do saber-fazer não só no âmbito da valorização pessoal mas também na preparação da pessoa para determinada função ou ofício que necessita de saberes e competências especializadas nas quais e para as quais é preciso formar ao nível da valorização profissional.

A formação encerra um projeto de ação, de transformação e de mudança, competindo ao profissional decidir sobre a forma de investir num trabalho que possa ir ao encontro do cenário de complexidade que acabamos de referir.

2.1.2. Paradigmas de formação: da visão linear do mundo à descoberta do mundo como realidade complexa

As concepções sobre o enfermeiro variam em função de diferentes abordagens, paradigmas ou orientações e cada uma dessas diferentes concepções sobre o “que deve ser o enfermeiro” tem implicações na seleção dos conteúdos, de estratégias e métodos para a sua formação². A formação do enfermeiro não cristalizou no tempo, mas desenvolve-se de forma contínua, de acordo com a evolução do conhecimento e das práticas que ocorrem nos contextos da sua ação profissional. A nível da formação, em geral, reconhecem-se diferentes paradigmas sobre os quais vale a pena refletir, de forma a desafiar os professores de enfermagem a analisarem os seus modelos formativos em função das finalidades da própria formação para que estes se adequem à atividade esperada da profissão.

A tentativa de entender os paradigmas associados à formação, que caracterizam cada momento histórico, pode ser ancorada numa perspectiva mais vasta, relacionada com a evolução paradigmática da ciência. A evolução histórica tem revelado que os paradigmas científicos modificam-se constantemente. A evolução da Humanidade é contínua e dinâmica, e a ela se associa a mudança de valores, crenças, conceitos e ideias acerca da realidade. Os paradigmas norteiam o sentir, pensar e agir humanos e influenciam várias áreas do conhecimento nas suas múltiplas dimensões. A noção de paradigma tem assumido diferentes designações como: *tendências*, *abordagens*,

² As questões relacionadas com o metaparadigma e os paradigmas de enfermagem e suas implicações para a praxis e formação abordam-se na secção seguinte.

concepções, visão do mundo, entre outros, gerando deste modo uma complexidade conceptual (Behrens, 2007; Khun, 2001; Morin, 1996; Vasconcellos, 2002).

Neste contexto recorre-se ao conceito de paradigma conforme a formulação de Khun (2001) e de Morin (1996) para compreendermos as posições epistemológicas que fundamentam as orientações que pretendemos assumir.

Na década de setenta do século XX, o termo paradigma, de origem grega *parádeima* que significa modelo ou padrão (Vasconcellos, 2002), assumiu considerável relevância na discussão académica, por via da célebre obra de Thomas Kuhn - *The Structure of Scientific Revolutions* de 1962. Kuhn (2001, p. 13) considera paradigmas como: "... as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, oferecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência". Paradigma é um modelo científico que serve como referência para todo um fazer científico durante uma determinada época ou um período de tempo demarcado. Um paradigma representa, ainda, um quadro de referência implícito sobre toda a problemática que une os investigadores de uma determinada área do saber (Khun, 2001; Morin, 1996; Vasconcellos, 2002).

Por sua vez, Morin (1996) apresenta um conceito de paradigma que ultrapassa a proposta estabelecida pela definição de Thomas Kuhn introduzindo a noção de relação. Nesta linha de pensamento, paradigma para Morin (1996) significa uma relação forte que pode ser de conjunção ou disjunção e possui uma natureza lógica entre um conjunto de conceitos mestres. Neste sentido, um paradigma privilegia algumas relações em detrimento de outras e determina o curso de todas as teorias, de todos os discursos na sua esfera de influência. Sem que tenhamos consciência disso, os paradigmas são princípios ocultos que regem a nossa visão do mundo (Morin, 2006). Embora o paradigma seja inconsciente irriga o pensamento consciente (Morin, 2001). O ser humano olha o mundo através das lentes que os paradigmas proporcionam e, permitem compreender de forma fundamentada determinada leitura da realidade. Paradigma significa, mesmo na linguagem corrente, uma maneira de ver a realidade. É um modelo, algo que serve como padrão de referência para uma ciência, como um ideal a ser seguido. Trata-se de um conceito particularmente importante para compreender não apenas a ciência, mas a própria vida em sociedade, pois ao ser aceite serve como critério de verdade de validação e reconhecimento nos meios onde é adotado. Um paradigma comanda a visão da ciência, da filosofia, da razão, da política, da decisão, da moral e de

todas as *nuances* da vida humana (Morin, 1992). É por isso que uma mudança no paradigma se ramifica pelo conjunto do universo.

A mudança de paradigma é um processo moroso e difícil e a adesão ao novo modelo não pode ser imposta dadas as suas implicações nas ideias, nos conceitos e até mesmo nos valores. Para Morin (2000, p.25), o processo de mudança paradigmática provoca o “colapso” de toda uma estrutura de ideias pois “... o paradigma efetua a seleção e a determinação da conceptualização e das operações lógicas. Designa as categorias fundamentais da inteligibilidade e opera o controlo do seu emprego”.

As mudanças de paradigmas ocorrem ao longo dos tempos e acompanham a história da humanidade. O paradigma precedente começa por viver uma crise de credibilidade científica, enquanto o modelo paradigmático emergente ainda não foi aceite pela comunidade científica, pelo que vários paradigmas podem conviver, em disputa ou em equilíbrio no seio de uma mesma cultura e durante largos períodos da história da ciência e das sociedades. Os indivíduos conhecem, pensam e agem segundo paradigmas incluídos culturalmente neles (Morin, 2000).

Um paradigma pode determinar comportamentos em todas as áreas do conhecimento o que justifica a importância do seu estudo no âmbito deste trabalho pelo que optamos por discutir os pressupostos epistemológicos que caracterizam quer o paradigma tradicional – que assenta numa abordagem conservadora baseada na racionalidade newtoniana cartesiana –, quer o complexo – que atende a uma visão que privilegia a interconexão e interdependência dos elementos que configuram a realidade.

2.1.2.1. Paradigma tradicional

O paradigma tradicional ou newtoniano-cartesiano, também denominado de conservador, ou da simplicidade na linguagem de Morin (2001), teve a sua origem no movimento da ciência moderna, com foco no pensamento positivista preceituando a racionalização, a fragmentação e a visão linear da Ciência (Capra, 1996; Morin, 2006; Vasconcellos, 2002). O paradigma da simplicidade procura afastar a desordem e colocar ordem no universo que se traduz pelo princípio da simplicidade que pretende separar o que está unido (disjunção) e unificar o que está disperso (redução) (Morin, 2001). O paradigma cartesiano considera, pois, como princípios básicos a ordem e a simplicidade. Neste paradigma, o fundamento último do conhecimento é assegurado pela certeza e

objetividade. Há um padrão de racionalidade centrado na matemática, no qual a natureza é objetivada e reduzida a partes mensuráveis e observáveis.

A concepção de que os fenômenos podem ser analisados e compreendidos se forem reduzidos às partes que os constituem tornou-se o ponto central do pensamento tradicional cartesiano. Com o conhecimento de uma parte de um sistema chega-se ao conhecimento total do seu funcionamento. No sentido cartesiano, para compreender o complexo é necessário compreender cada parte constitutiva, implicando necessariamente uma etapa inicial de fragmentação. Neste modelo dividir é necessário, e o pensamento caminha do mais simples para o mais complexo.

Isaac Newton complementou o pensamento de Descartes e concebeu o mundo como uma máquina perfeita que poderia ser descrita objetivamente independentemente do observador humano (Moraes, 2002). Na sua concepção o universo era um grande sistema mecânico que funcionava de acordo com as leis da física e da matemática. Esta visão de mundo-máquina deu origem ao mecanicismo que caracterizou um período chamado pelos historiadores de Revolução Científica.

A concepção linear e mecanicista do universo, inspirada pelos trabalhos de René Descartes e Isaac Newton, institui-se na lógica racionalista que não tolera a interferência da subjetividade e do sagrado (Vasconcellos, 2002). É toda uma visão do mundo alicerçada na ciência da ordem, no mecanicismo, na separação e no determinismo.

A fragmentação como instrumento legitimador e a visão dualista do universo surgem como pressupostos básicos do período newtoniano-cartesiano (Morin, 2006).

Com Descartes estavam criados os métodos para se reduzir o universo material e os seres vivos à visão de uma máquina com funcionamento e engrenagens perfeitas gerido por leis matemáticas exatas (Capra, 1996). O corpo humano passou a ser encarado como máquina, criando-se a dicotomia mente/corpo (Morin, 2001, 2006).

O homem como objeto de estudo, neste paradigma, é visto parceladamente, o que no entender de Morin (2001) se revela desadequado dado que este não pode ser reduzido nem à natureza nem à cultura; nem ao biológico nem ao social. Para Morin (2001, 2006), a complexidade e a multidimensionalidade do ser humano e da realidade social seriam ignoradas à luz deste paradigma. Estudar e compreender o ser humano, numa metodologia positivista ou à luz do paradigma dominante, para utilizar a terminologia de Santos (2007), poderá ser insuficiente por não garantir a compreensão da complexidade relacionada com a singularidade da existência humana, enquanto objeto de conhecimento científico. A ciência, num quadro positivista, privilegia a

procura, descrição e explicação do que acontece. Como refere Santos (2007), para este tipo de ciência conhecer significa quantificar, e o que não é quantificável passa a ser cientificamente irrelevante. Deste modo, a realidade terá de ser simplificada e o método científico tem por base a redução da complexidade. Nesta lógica, rejeita-se uma perspectiva eventualmente mais complexa.

O racionalismo científico na busca da neutralidade desumanizou o conhecimento, distanciando a emoção da razão, o corpo da mente, a ciência da ética assim como na educação separou, não só, o sujeito do objeto como o educador do educando e o conteúdo da forma (Behrens et al., 2005).

A Educação herda a visão newtoniano-cartesiana e o determinismo mecanicista que se convertem numa forma de conhecimento utilitário e funcional. O clássico “Um discurso sobre as Ciências”, de Boaventura Sousa Santos, poderá esclarecer e fundamentar a relevância da influência da visão paradigmática na formação pelo que se cita:

Um conhecimento baseado na formulação de leis tem como pressuposto metateórico a ideia de ordem e de estabilidade do mundo, a ideia de que o passado se repete no futuro. Segundo a mecânica newtoniana, o mundo da matéria é uma máquina cujas operações se podem determinar exatamente por meio de leis físicas e matemáticas, um mundo estático e eterno a flutuar num espaço vazio, num mundo que o racionalismo cartesiano torna cognoscível por via da sua decomposição nos elementos que o constituem. Esta ideia do mundo máquina é de tal modo poderosa que se vai transformar na grande hipótese universal da época moderna, o mecanicismo. (Santos, 2007, p.17)

Essa visão cartesiana marcou fortemente a Educação com um pensamento racional, fragmentado e reducionista. Os modelos educacionais apresentavam como princípios a fragmentação do conhecimento, a educação mecanicista, a compartimentalização por disciplinas e a técnica pela técnica. Assiste-se, assim, à hiperespecialização com a criação de várias disciplinas distintas que impede, com alguma frequência, o estabelecimento do vínculo entre as partes e a totalidade (Morin 2000).

Neste contexto, o sujeito é separado do objeto pois o objetivo seria reproduzir e repetir a produção científica com uma visão mecanicista sendo muitas vezes a transmissão de informações sem nenhum significado para o aluno, valorizando o

ensinar e não o aprender. A prática educativa é desvinculada das realidades dos alunos, exigindo que estes, sozinhos, estabeleçam as relações entre os conteúdos abordados e o seu contexto social (Ferreira, Carpin & Behrens, 2010; Moraes, 2002). O aluno é considerado um recetor passivo das informações ensinadas pelo professor. Este é o detentor do saber, impõe a disciplina e estabelece relações hierárquicas em nome da transmissão do conhecimento tendo como função informar privilegiando a memorização, favorecendo o adestramento intelectual do aluno sem considerar que o homem é um Ser em evolução que necessita de desenvolver múltiplas inteligências e não somente as cognitivas e motoras mas também as afetivas (Ferreira et al., 2010; Moraes, 2002). As aulas tendem a ser, predominantemente, expositivas e centradas no professor que assume um papel de destaque em todo este processo. Sob este ponto de vista paradigmático, a escola é, sobretudo, o lugar onde se realiza a educação e o processo avaliativo busca a exatidão da reprodução da disciplina expressa em sala de aula. A avaliação é tendencialmente classificatória e seletiva (Ferreira et al., 2010; Moraes, 2002).

É reconhecido que a visão tradicional ou cartesiana, que controla a aventura do pensamento ocidental desde o século XVII, possibilitou o desenvolvimento do conhecimento científico atual e a grande evolução na história das civilizações bem como a reflexão filosófica (Capra, 1996; Moraes, 2002; 2006). Para Morin (2006), o déficit de comunicação entre o conhecimento científico e a reflexão filosófica privou a ciência de refletir sobre si própria, de se conhecer e de aprofundar outras formas de se conceber cientificamente, acrescentando ainda "...que o princípio da disjunção isolou de forma radical os três grandes campos do conhecimento científico: a física, a biologia e a ciência do homem" (p.11).

Por outro lado, as consequências deste paradigma começam a revelar-se no século XX, com a perda de valores de estética, sentimentos de sensibilidade, especialmente, em função da super valorização dada pela mensuração, quantificação e comprovação dos fenómenos (Behrens & Oliari, 2007). De acordo com os autores acabados de referenciar assiste-se, neste período, ao ruir dos alicerces religiosos e a uma perda do processo de humanização.

A sociedade dá sinais da necessidade de se atender a uma outra visão do mundo, uma visão não fragmentada. Os problemas da sociedade atual não são unilaterais e unívocos, mas transdisciplinares e multidimensionais e apontam conseqüentemente para

a necessidade do estabelecimento de relações na procura de soluções (Behrens & Oliari, 2007; Moraes, 2002; Morin 2001).

As sucessivas descobertas científicas que foram ocorrendo ao longo do século XX, nomeadamente as relacionadas com a Teoria Quântica e com a Teoria da Relatividade, foram revelando um outro nível de realidade completamente diferente do mundo mecanicista (Moraes, 2002). De forma muito resumida podemos referir que a mudança paradigmática ocorrida na ciência começou em 1900, quando Planck introduziu o conceito de átomos de energia ou *quantum*, o que deu origem à mecânica quântica e a uma série de questões relacionadas com diferentes áreas do conhecimento (Moraes, 2002). A autora acrescenta que a Teoria Quântica é a tentativa mais completa de desenvolver uma abordagem global do funcionamento das leis do universo relacionadas com a matéria e o movimento e explica a nossa relação com a natureza e com a própria vida ao oferecer uma compreensão nova dos vários aspectos do nosso quotidiano.

Em 1905, Einstein descobriu com uma simples equação que massa é energia e que não existe distinção verdadeira entre matéria e energia (Moraes, 2002). Essa descoberta foi importante para a descrição dos fenómenos da natureza e também para o reconhecimento das partículas sub-atômicas como padrões de energia, conferindo-lhes a ideia de um dinamismo intrínseco (Moraes, 2002). A autora acabada de referenciar acrescenta que da Teoria da Relatividade de Einstein emergiram novos conceitos, como por exemplo a inexistência de espaço vazio. Nesta teoria, o universo passou a ser encarado como um todo indiviso e ininterrupto e o mundo concebido em termos de movimento, fluxos de energia e processos de mudança, favorecendo o pensamento complexo que é uma nova forma de ver a realidade (Moraes, 2002).

Decorrente das novas descobertas científicas surgiu uma nova visão do mundo muito mais ampla e com profundas implicações não só no processo de construção do conhecimento mas também nas nossas vidas.

Desta nova forma de conceber a realidade destaca-se, de forma sintética e de acordo com Morin (2006), a necessidade de olhar o mundo como um todo indiviso onde todas as partes se fundem incluído o observador e a coisa observada, a existência de interconexões entre os objetos e entre o sujeito e o objeto, o corpo e a mente. Tudo se relaciona, se conecta e se renova, logo, nada é definitivo. O todo é um ponto vital e todas as suas propriedades fluem das suas relações. Esta visão conduz-nos à compreensão do mundo físico como uma rede de relações e não mais de forma

fragmentada. O conhecimento deixa de ser constituído a partir de blocos fixos e imutáveis para ser perspectivado em rede. Resgata-se, assim, a visão de contexto.

O facto de não podermos separar, sujeito, objeto e processo de observação levamos à reintegração do sujeito no processo de observação científica, dependendo o conhecimento do objeto, do que ocorre dentro do sujeito e dos seus processos estruturais internos (Moraes, 2002).

Pode-se concluir, de acordo com a autora anteriormente citada, que, dado o carácter limitado de todas as teorias, de todos os conceitos e de todas as descobertas, não há certeza científica em absoluto e que estamos sempre gerando novas teorias fruto de novos *insights* que dependem da forma como vemos o mundo em transformação.

2.1.2.2. Paradigma da complexidade

O momento histórico que estamos a viver, comumente denominado de “pós-modernidade”, pode ser entendido como uma crise desencadeadora duma mudança paradigmática em todos os níveis de compreensão do ser humano. O mundo moderno, de certezas e de ordem, tem vindo a ser substituído por uma cultura de incertezas e de indeterminação. Estamos no início da segunda década do século XXI e na transição para uma ciência pós-moderna, onde se verifica uma tendência para a valorização dos estudos humanísticos (Watson, 2002a). A pós-modernidade abre-se a novos modos de ser-se humano, do ser em relação, de dimensões múltiplas e a lugares de existência no universo (Watson, 2002a).

As questões ambientais e sociais abriram o caminho para o pensamento sistémico e também para os métodos interdisciplinares de pesquisa, capazes de articular diferentes disciplinas com o intuito de compreender as múltiplas relações, causalidades e interdependências entre processos naturais e sociais.

De acordo com Morin (2001) neste novo milénio começa a surgir um paradigma onde deixa de ter sentido e utilidade a distinção dicotómica entre Ciências Naturais e Ciências Humanas, passando-se a evidenciar os conceitos de ser humano, cultura e sociedade. Para compreender o novo paradigma, torna-se necessário um pensar mais abrangente, multidimensional, contextualizado e multidisciplinar (Morin, 2001). Na ótica de Morin (2001), o paradigma da complexidade concebe o pensamento humano como repleto de dúvidas e incertezas e esclarece os três princípios para ajudar a pensar a

complexidade: *o princípio dialógico; o princípio da recursão organizacional e o princípio hologramático.*

No princípio a que denominou como *dialógico*, a complexidade só o é porque nela coexistem duas lógicas que, em determinados momentos, são contraditórias, embora pareçam colaborar para construir algo de novo. O *princípio dialógico* une o que aparentemente deveria estar separado, o que é indissociável, com o objetivo de criar processos organizadores e, logo, complexos (Morin, 2001). No *princípio da recursão* deixa de fazer sentido a simples relação de causa efeito, uma vez que o que é causa é igualmente efeito, e aquele que é efeito é igualmente causa (Morin, 2001). No *princípio hologramático* Morin (2001) advoga que o todo está contido na parte e que a parte está contida no todo e dá como exemplo a célula de um ser vivo. No ser humano cada célula carrega quase toda a informação da totalidade do património genético de cada ser humano (Morin, 2001).

A complexidade parte da noção de totalidade e questiona a fragmentação, o esfacelamento do conhecimento, o pensamento linear que colocava o desenvolvimento da especialização como supremacia da ciência, contrapondo-se ao saber generalista e globalizante (Santos, 2007). Neste paradigma o conhecimento é total e local e a ciência avança à medida que o seu conhecimento se amplia. O conhecimento já não é disciplinar, mas temático, não nasce da partição do real, mas sim da compreensão total do objeto. Surge particularmente como resposta a preocupações de determinados grupos sociais, num determinado momento e contexto, o que lhe atribui um carácter local e contextual (Santos, 2007).

Face a tais aspetos, ressalta a necessidade de se repensar a educação e a formação essencialmente no que respeita à manutenção de modelos que privilegiem fortemente a compartimentação dos saberes. Neste sentido, Morin (2006) adverte que uma inteligência é cega, inconsciente e irresponsável se não for capaz de perceber o contexto e o complexo planetário.

De forma deliberada ou não, o sistema educativo, a separação de programas e/ou as estruturas institucionais procuram reduzir a complexidade para poderem existir. Habitualmente, tal fato reflete-se de forma determinista, utilizando-se um método de resolução de problemas, adotando-se um modo de reflexão “estímulo-resposta” procurando-se a simplificação, o conforto e a estabilidade (Martin, 2000). Partindo do princípio de Pascal sobre a interdependência entre a Parte e o Todo na produção do conhecimento, Morin (2006) defende o princípio segundo o qual é preciso um

pensamento complexo no sentido originário do termo *'complexus'*: o que é tecido junto, para substituir um pensamento disjuntivo e redutor. O autor acrescenta que o conhecimento repartido em função de disciplinas impede com alguma frequência o estabelecimento do vínculo entre as partes e o todo e que o ser humano encarado como ser físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico acaba por ser fragmentado, tornando-se, assim, impossível apreender o que significa ser humano. Neste entendimento, Watson (2002a) considera ser necessário restaurar a unidade complexa da natureza humana, de modo a que cada um tome conhecimento e consciência da sua identidade complexa e comum a todos os outros seres humanos.

Busca-se, no novo modelo, uma abordagem que estude melhor os fenómenos sociais. Perante a complexidade do ambiente só um pensamento global, integrador, com uma visão alargada que englobe as interações entre os fenómenos, permite compreender verdadeiramente o mundo que nos envolve (Martin, 2000). A abordagem global reenvia-nos para a ideia do todo, do conjunto e das partes, mas essencialmente para as ligações entre as diferentes partes que constituem o todo. A complexidade impõe um pensamento global, a compreensão das interações estabelecidas, o movimento, a transformação, o não-determinismo, entre outras capacidades.

Se pensarmos que é um dever da educação o desenvolvimento da capacidade de transformar conhecimento em sabedoria ou informação em experiência de vida, seria, pertinente pensar a cultura das humanidades como formação da expressão plena no relacionamento com o outro, da emoção estética, da descoberta de si, do conhecimento da complexidade humana e da compreensão daquilo que, pela lente do senso comum, se faz invisível (Morin, 2006).

A complexidade propõe uma educação emancipadora porque favorece a reflexão do quotidiano, o questionamento e a transformação social. O processo da aquisição do conhecimento decorre das relações estabelecidas entre o aluno e o meio, competindo ao professor a mediação deste processo (Ferreira et al., 2010). Assim, o professor necessita de estimular o aluno para realizar pesquisas para colher informações e conteúdos de forma crítica e ativa que o levem a produzir conhecimento próprio e significativo. O respeito pelos interesses e adequação aos diferentes estádios de desenvolvimento cognitivo dos alunos favorece a autonomia e auxilia na transferência da aprendizagem no sentido do “aprender a aprender” e não apenas de o “aprender a fazer”. No paradigma da complexidade busca-se estimular a reflexão do aluno e o seu espírito de investigação, e promove-se um relacionamento dialógico com o professor, os colegas, a

escola e o ambiente profissional. O aluno torna-se, assim, corresponsável pelo processo de aprendizagem por meio do desenvolvimento de competências e da construção e reconstrução de conhecimentos (Ferreira et al., 2010). No paradigma da complexidade, o professor, para além de aprender com o aluno e de o estimular, é um animador dos alunos na pesquisa, na investigação e na procura de aprendizagens significativas e duradouras, mediando o saber elaborado (Ferreira et al., 2010). O processo educacional no paradigma da complexidade não pode centrar-se apenas na transmissão de conteúdos, mas na produção do conhecimento que contribui para um processo educacional mais estimulante, significativo e relevante. O paradigma da complexidade não promete a segurança, a certeza ou a estabilidade do conhecimento. Pelo contrário, aponta a incerteza como parte da certeza e vice-versa.

Do momento histórico no qual vivemos emerge uma nova visão do mundo, considerada necessária para que o homem construa novos tempos. Vemos, igualmente, eclodir um movimento de globalização que impõe a necessidade dos profissionais de saúde repensarem a sua compreensão do mundo, do homem, do modo de assistir o ser humano, de lidar com a saúde e com a doença. As instituições formadoras, no contexto atual, encontram-se no meio de um turbilhão de factos, acontecimentos, situações, fenómenos, processos sociais, políticos, económicos, culturais, éticos, religiosos, sofrendo os impactos de mudanças cada vez mais rápidas. Vive-se um momento de transição paradigmática onde conceitos até agora vigentes apresentam dificuldade em dar respostas a um presente desestabilizador e a um futuro incerto. Para Watson 2002a, entramos numa *era* que requer uma transformação de tudo o que se pensa saber. Se existe um fim, deve também haver agora um início, ou uma nova *era*. Esta *era* deverá construir um futuro que traz o passado comum que deverá servir como baliza, rumo a uma melhor educação, a uma melhor prestação de cuidados, a um mundo melhor.

As considerações anteriormente apresentadas não pretendem menosprezar o paradigma tradicional e exaltar o paradigma da complexidade, pois, do ponto de vista do pensamento complexo, exercer este tipo de julgamento seria uma contradição. Refletiu-se sobre as implicações dos paradigmas nos processos formativos apelando à reflexão e à crítica de forma construtiva. Interessa, pois, neste momento, particularizar no âmbito da enfermagem enquanto disciplina e profissão, as refrações destas visões paradigmáticas ao nível das conceções de enfermagem, das repercussões na prática profissional e, naturalmente, na evolução dos seus processos formativos.

2.2. Evolução do pensamento em enfermagem: contributos para a compreensão da formação dos enfermeiros

Parece-nos difícil falar da disciplina de enfermagem e conseqüentemente da formação em enfermagem sem ter em conta os contextos que têm marcado a sua evolução. Neste sentido, parece-nos oportuno abordar as grandes correntes do pensamento que têm favorecido o ressurgir dos atuais conceitos da disciplina de enfermagem.

Os historiadores da profissão associam o nascimento da enfermagem moderna ao momento em que Florence Nightingale fundou a primeira escola em 1860. A sua perspectiva de enfermagem tem sido praticada há mais de um século e haverá todo o interesse em recordar o valioso contributo trazido por Nightingale desde então. Nightingale defendia que os conhecimentos de enfermagem eram diferentes dos da medicina, descrevendo a função específica da enfermeira, como a de colocar o doente nas melhores condições possíveis para que a natureza pudesse agir sobre ele (Tomey & Alligood, 2004b).

Salientava-se que a enfermagem era baseada no conhecimento das pessoas e do seu ambiente, baseando-se, portanto, num conhecimento diferente do adotado pelos médicos na sua prática (Tomey & Alligood, 2004b).

Se o defendido por Nightingale inclui elementos que ainda são atuais, exige-se todavia mais clareza e rigor na defesa de uma perspectiva profissional e disciplinar nos dias de hoje. Embora alguns líderes da enfermagem pretendessem que esta se desenvolvesse enquanto profissão e disciplina académica, a prática da enfermagem, como referem Tomey e Alligood (2004a), continuou a refletir durante um longo período uma herança vocacional mais do que uma visão profissional. Para as autoras, na passagem da vocação para a profissão estão incluídas várias *eras* de busca de um corpo de conhecimentos em que se baseasse a prática de enfermagem. A *era do currículo* deu prioridade à seleção dos cursos que os estudantes de enfermagem precisavam frequentar, com o objetivo de conseguir uniformizar o currículo e os conteúdos programáticos de enfermagem. A *era* da investigação privilegiou o processo de investigação e o desenvolvimento de novos conhecimentos e teve o seu início quando cada vez mais enfermeiras procuravam formação em níveis de ensino mais elevados. As disciplinas de investigação começaram a ser incluídas nos programas reforçando-se a assunção que a enfermagem necessitava de fundamentos conceptuais e

de enquadramentos teóricos para o seu desenvolvimento consistente (Tomey & Alligood, 2004a). Esta *era* foi seguida de imediato pela *era do ensino graduado*, onde surgiram programas de mestrado em enfermagem que incluíam nos seus currículos uma disciplina de investigação em enfermagem e de modelos de enfermagem.

Fruto de debates e discussões nos anos 60 do século XX emergiu a *era da teoria* de enfermagem e uma nova consciência da enfermagem como profissão e como disciplina académica de pleno direito relativamente à orientação própria e à disciplina ajustada ao desenvolvimento dos seus conhecimentos. Através do estudo de enfermagem continuam a expandir-se o corpo da ciência de enfermagem, a investigação, o ensino, a administração e a prática. Na *fase contemporânea*, neste novo século, a *era da teoria* continua a enfatizar, como guia do pensamento crítico necessário à prática profissional, a utilização dos conhecimentos de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004a). Cada uma das *eras* enfatizou visivelmente os conhecimentos de enfermagem no estudo da história.

O Metaparadigma de Enfermagem

Em todo este processo evolutivo, a enfermagem foi influenciada por diferentes fatores ao longo dos tempos, evoluindo ao ritmo das grandes correntes de pensamento (paradigmas) que marcaram não só a evolução do conhecimento em enfermagem, mas também a forma de encarar a pessoa, a saúde e a doença, o ambiente, bem como a prestação de cuidados. Perceber os paradigmas, as conceções e os princípios que têm guiado a profissão de enfermagem, desde Florence Nightingale, é fundamental para a compreensão da natureza dos cuidados de enfermagem e para a compreensão da formação dos enfermeiros (Pereira, 2005). Diríamos como Kuhn (2001, p.11) “que o estudo de paradigmas [...] é o que melhor prepara o aluno para ser membro da comunidade científica específica com a qual mais tarde irá praticar”. Se isto é importante para os profissionais de enfermagem é-o ainda mais para os que se iniciam na profissão, porque “através do seu estudo e da sua prática, os membros da comunidade correspondente aprendem o seu ofício” (Kuhn 2001, p.43). Meleis (2007) reforça que a enfermagem enquanto disciplina e profissão desenvolveu visões partilhadas entre os seus profissionais que moldam a forma como se olham os fenómenos que interessam à sua prática e formação.

A partir de estudos realizados por Flaskerud e Halloran em 1980 sobre as diferentes teorias de enfermagem, identificaram-se os conceitos de pessoa, ambiente,

saúde e cuidados de enfermagem como os conceitos mais consensuais e representativos do foco de interesse da disciplina de enfermagem (Fawcett, 1984, 2000; Kérouac et al., 1996). Fawcett (1984, 2000) salienta que os conceitos de *Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidados de Enfermagem*, que denominou de metaparadigma de Enfermagem, são constantes no âmbito da profissão e estão intimamente ligados a ela, constituindo a sua base conceptual e os pontos comuns ao pensamento das várias concepções teóricas de enfermagem.

Metaparadigma é o nível mais abstrato do conhecimento e é definido como um conjunto de “conceitos globais que identificam os fenómenos centrais de interesse para uma disciplina, as proposições que descrevem os conceitos e as proposições globais que expressam a relação entre os conceitos” (Fawcett, 2000, p.4). Estabelece-se, assim, o núcleo conceptual de interesse no contexto de uma disciplina. Metaparadigma pode, também, ser perspectivado como a identidade e o reflexo de uma disciplina (Im & Meleis, 1999). Considera-se como funções do metaparadigma resumir as missões sociais e intelectuais de uma disciplina e impor limites no contexto particular de uma disciplina (Fawcett, 2000).

Desde 1859, que os quatro conceitos paradigmáticos referenciados fazem parte dos escritos de Nightingale (Kérouac et al., 1996; Pfetscher, 2004). De forma explícita ou implícita encontram-se na maioria das teorias e é precisamente na forma como os enfermeiros abordam a relação entre eles que se clarifica o campo da disciplina de enfermagem, aqui entendida como “uma área de investigação e de prática marcada por uma perspectiva única ou por uma maneira distinta de examinar os fenómenos” (Kérouac et al., 1996, p.2). Sendo a enfermagem uma área recente do saber, podemos referir que é com Florence Nightingale, que surge a definição de disciplina enquanto área do conhecimento, assumindo os enfermeiros a responsabilidade na promoção da saúde humana e do ambiente, baseando-se num questionamento sistemático da natureza das leis da saúde (Kérouac et al., 1996).

Na definição dos conceitos que compõem o metaparadigma de enfermagem adotamos o enquadramento conceptual assumido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que passaremos a descrever.

Deste modo, associamos *Pessoa* aos indivíduos, família, comunidades ou outros grupos que participam nos cuidados de enfermagem. A pessoa é um ser uno e indivisível, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se, assim como é ser social em interação com o meio ambiente e agente intencional de comportamentos

baseados em crenças, valores e desejos de ordem individual (OE, 2001). A pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projeto de vida, salvaguardando que os outros podem não fazer esta mesma apreciação do estado de saúde.

O *Ambiente* é associado aos outros significativos para a pessoa, ao meio físico que a envolve, bem como ao meio cultural, social, político e organizacional que condicionam e influenciam os estilos de vida com repercussões no conceito de saúde (OE, 2001). Os enfermeiros, na prática dos cuidados, necessitam de focar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente (OE, 2003).

O conceito de *saúde* segundo a OE (2001 p.6) “ é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”. Por ser uma representação mental, tem um carácter subjetivo, como tal não pode ser entendido como um conceito oposto à doença³.

A enfermagem, ainda hoje, continua a questionar-se sobre a natureza dos cuidados que presta. Esta procura firma-se pela necessidade de afirmação enquanto profissão demonstrando que não pode ser substituída no que tem para oferecer ao indivíduo família e comunidade. Se, por um lado, há consenso quanto ao facto de que a pessoa é o foco central dos cuidados de enfermagem, não o há relativamente à definição dos cuidados de enfermagem e à sua natureza. As definições nem sempre são claras e objetivas, o que indica a dificuldade em clarificar conceitos (Rua, 2011).

Por fim e neste sentido, a OE (2001) define o conceito metaparadigmático de *Cuidados de Enfermagem* como:

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente. (pp.8,9)

³ Uma abordagem multidimensional ao conceito de saúde será retomada posteriormente no capítulo dedicado à EpS em contexto escolar.

Esta definição de cuidados de enfermagem, para além de ilustrar a perspetiva atual da natureza dos cuidados de enfermagem no contexto português, tem por base o conceito do *International Council of Nursing* (ICN)⁴:

Enfermagem abrange o cuidado autónomo e colaborativo de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou sãos e em todas as situações. Enfermagem inclui a promoção da saúde, prevenção da doença, e o cuidado dos doentes, deficientes e pessoas moribundas. Defende a promoção de um ambiente seguro, a investigação e a participação na formulação da política de saúde dos pacientes e dos sistemas de saúde.⁵

Estas duas perspetivas de âmbito nacional e internacional sobre os cuidados de enfermagem poderão ser encaradas como o culminar da evolução da profissão em cada contexto sociocultural. A forma de conceber a enfermagem e os cuidados de enfermagem é ainda muito diversificada apesar de o ICN representar um significativo número de países, o que denota que há ainda um longo percurso a construir no sentido de uma visão mais consensual dos cuidados de enfermagem (Rua, 2011).

O exercício da prática profissional dos enfermeiros deve ser encarado, também, num contexto de atuação multiprofissional. Neste âmbito distinguem-se intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes. As primeiras são iniciadas pela prescrição do enfermeiro que assume a responsabilidade pela prescrição e implementação técnica da intervenção; as segundas são iniciadas por outros técnicos da equipa de saúde, o enfermeiro assumindo a responsabilidade pela sua implementação (OE, 2001). Neste contexto emerge, ainda, a importância da tomada de decisão do enfermeiro que deve orientar o exercício profissional autónomo, implicando uma abordagem sistémica e sistemática. Neste processo de tomada de decisão o enfermeiro identifica, na pessoa ou no grupo, as necessidades de cuidados de enfermagem para em seguida prescrever as intervenções de enfermagem de forma a evitar o risco, detetar precocemente problemas

⁴ O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) é uma federação de mais de 130 associações nacionais de enfermeiros (ANE), representando mais de 13 milhões de enfermeiros em todo o mundo. Fundado em 1899, o ICN é a maior organização internacional de profissionais de saúde. Gerido por enfermeiros e líderes de enfermagem a nível internacional, o ICN trabalha, entre outros aspetos, para assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem; desenvolver políticas sólidas de saúde a nível global; promover o conhecimento em enfermagem (Cf: <http://www.icn.ch/about>)

⁵ Definição de cuidados de enfermagem do ICN atualizada em 2010 (disponível em <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>)

e resolver ou minimizar os problemas detetados (OE, 2001). É de salientar que, na fase de implementação das intervenções, “o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática” (OE, 2001, p. 10). Assumindo a perspetiva da Ordem dos Enfermeiros (2001), reconhece-se que a produção de guias de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma importante base estrutural para que o exercício profissional dos enfermeiros apresente uma melhoria contínua da qualidade.

A boa prática de enfermagem passa, também, por assumir os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico do enfermeiro. É preciso ter presente que bons cuidados assumem significados diferentes para diferentes pessoas (OE, 2001). Quer o enfermeiro, quer o cliente⁶ possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.

Tomando como nucleares os quatro conceitos apresentados - *Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidados de Enfermagem*, Kérouac et al. (1996) apresentam a evolução das correntes de pensamento em três paradigmas denominando-os como os paradigmas da *Categorização*, da *Integração* e da *Transformação*.

Na literatura da ciência de enfermagem podem identificar-se os paradigmas que afetaram o progresso e maturidade da enfermagem como disciplina e que ajudam a compreender o modo de pensar, sentir e fazer enfermagem. Como já apresentámos, um paradigma é uma visão do mundo, um importante norteador do pensar e agir humanos. Cada paradigma referenciado é cronologicamente localizado. Esta localização é condicionada pelos valores dominantes e pelas ideias inerentes a uma determinada época, sendo possível, todavia, a coexistência de vários paradigmas no seio de uma mesma cultura e num mesmo período de tempo. As grandes correntes de pensamento condicionam o modo de encarar o metaparadigma de Enfermagem imprimindo-lhe orientações distintas em cada época como de seguida apresentamos.

Paradigma da Categorização

Cronologicamente localiza-se o início do paradigma da categorização por volta dos séculos XVIII-XIX, altura em que se começaram a identificar alguns agentes

⁶ No texto será utilizado o termo cliente como forma de referir a pessoa que é alvo de cuidados de enfermagem. Este termo é conotado com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados. Cliente, como participante ativo, como aquele que troca algo com o outro e não necessariamente aquele que paga segundo uma visão meramente economicista (OE, 2001). Em todo o caso, designações como utente, doente ou consumidor de cuidados, dependendo do contexto da sua utilização, não colidem com os princípios que pretendemos aqui clarificar.

patogénicos e se estabeleceu a sua relação com algumas doenças. É um paradigma caracterizado por uma filosofia positivista, com o desenvolvimento do conhecimento orientado para a descoberta de leis universais. Os fenómenos, além de perspectivados de forma isolada e encarados como descontextualizados da situação em que se inserem, são divisíveis em categorias, classes ou grupos definidos, dotados de propriedades mensuráveis e definíveis para o seu entendimento (Newman, 1991; Kérouac et al., 1996). É possível identificar neste paradigma duas orientações distintas na enfermagem. Inicialmente uma orientação centrada na saúde pública e, posteriormente, uma orientação centrada na doença. A primeira é caracterizada pela necessidade de melhorar as condições de salubridade e de controlar as patologias infecciosas nos meios clínicos e na comunidade. A segunda situa-se nos finais do século XIX num contexto marcado pelos progressos do conhecimento em relação ao controlo da infeção, métodos cirúrgicos e antissépticos.

Na primeira orientação enquadra-se a filosofia de Florence Nightingale, uma vez que um dos seus grandes princípios era criar o melhor ambiente possível para que a natureza pudesse agir de forma positiva sobre as pessoas. A atividade de enfermagem estava centrada na pessoa e no seu ambiente com o objetivo de manter e recuperar a saúde, a prevenir das infeções e feridas, e no ensino de medidas de higiene e salubridade de ordem geral. A pessoa, na conceptualização de Nightingale, possui componentes físicas, intelectuais, emocionais e espirituais e goza da capacidade e da responsabilidade de alterar os elementos do ambiente com vista à melhoria da sua situação (Kérouac et al., 1996; Pfetscher, 2004).

Quando a doença passou a orientar a ação de enfermagem, estreitamente ligada à prática médica, o foco do cuidado passou a ser os problemas, os défices ou as incapacidades da pessoa. Nesta ótica, a saúde é entendida como ausência de doença e como um estado de equilíbrio desejável, percebido positivamente (Kérouac et al., 1996). O ambiente físico, social e cultural é entendido como separado da pessoa, devendo ser manipulado e controlado, dado que é percebido como fonte de estímulos negativos que influenciam a saúde das pessoas. O enfermeiro, neste contexto, é perito, detém conhecimentos e habilidades, prescreve e executa cuidados pelo que o doente pouco participa nos seus cuidados (Kérouac et al., 1996). O sistema de prestação de cuidados, neste paradigma, fundamenta-se na especialização de tarefas. Contrariamente ao que se podia esperar, ainda hoje se verifica esta forma de organizar os cuidados de enfermagem

em alguns serviços de saúde, especialmente nos cuidados de saúde primários (Rua, 2011).

Paradigma da Integração

Ainda de acordo com Kérouac et al. (1996), esta orientação paradigmática inicia-se por volta dos anos cinquenta do século XX indo até meados da década de setenta. No paradigma da integração, os fenómenos começam a ser perspectivados como multidimensionais e contextuais e os dados objetivos e subjetivos são valorizados.

A orientação dos cuidados de enfermagem preponderante direciona-se para a pessoa, fruto do contexto social da época. Foi um período marcado pela emergência de programas sociais e pelo desenvolvimento de meios de comunicação. De acordo com Kérouac et al. (1996), o sofrimento humano resultante da grave crise económica dos anos trinta e da Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento das ciências sociais e humanas da autoria de individualidades de referência em áreas como a psicologia individual com Adler (1935), como a terapia centrada no cliente com Rogers (1951) e na teoria da motivação com Maslow (1943; 1954) contribuiram para a valorização e reconhecimento da importância do ser humano na sociedade.

Esta evolução social contribuiu para alguma diferenciação entre a Enfermagem e a Medicina. Os cuidados de enfermagem tinham como objetivo manter a saúde da pessoa em todas as suas dimensões: física, mental e social. O enfermeiro era responsável pela avaliação das necessidades de ajuda a prestar à pessoa atendendo às suas perceções e à sua globalidade e era o conselheiro que auxiliava na escolha de comportamentos de saúde a serem adaptados. A sua intervenção evoluiu do paradigma anterior de *atuar para* para uma diferente dimensão de *atuar com*, com o objetivo de responder às necessidades da pessoa (Kérouac et al., 1996; Lopes, 1999; Pereira, 2005). A pessoa passou a ser entendida como um todo constituído por partes interrelacionadas daí a expressão “a pessoa é um ser bio- psico-sócio-cultural” (Kérouac et al., 1996, p. 11). Nesta perspetiva, a pessoa, tendo em conta o contexto em que vive, pode influenciar os fatores preponderantes para a sua saúde Assim, saúde e doença são entendidas, neste paradigma, como entidades distintas que estão em interação dinâmica, sendo a saúde um ideal a atingir segundo o contexto no qual a pessoa vive.

Em consonância com esta perspetiva paradigmática o ambiente é constituído por diversos contextos (histórico, social, político) onde a pessoa está inserida. As interações de cariz circular, entre a pessoa e o ambiente são efetuadas através de estímulos positivos e negativos assim como de reações de adaptação (Kérouac et al., 1996; Lopes,

1999; Pereira, 2005). É com este paradigma que surgem alguns dos modelos conceituais que atualmente orientam a prática dos cuidados de enfermagem, assim como a visão holística da formação e da investigação (Rua, 2011).

Paradigma da Transformação

O aparecimento do paradigma da transformação tem o seu início em meados da década de setenta do século XX, representando uma mudança de mentalidades sem precedentes e uma abertura das ciências de enfermagem no mundo (Kérouac et al., 1996).

Vários fatores estão associados a esta nova corrente de pensamento, nomeadamente, a abertura de fronteiras no plano cultural, económico e político, a deslocação de pessoas, de experiências, de informação e de capitais, transformando deste modo a composição étnica de um país. É nesta conjuntura que em 1978 decorre a Conferência Internacional de Alma-Ata sobre os Cuidados de Saúde Primários, onde é reconhecida a ligação entre a promoção e a proteção da saúde dos povos e os progressos no plano económico e social. A Declaração de Alma-Ata emanada pela OMS em 1978. propõe um sistema de saúde baseado na filosofia em que o homem tem o direito e o dever de participar de uma forma individual ou coletiva no planeamento e execução de medidas de saúde que lhe são destinadas, sendo agente da sua própria saúde.

A abertura para o mundo e toda a conjuntura sociocultural, política, científica e económica da época influenciaram as formas de pensar e de estar na enfermagem e a natureza dos cuidados prestados contribuindo deste modo para o desenvolvimento da enfermagem como disciplina e como profissão (Rua, 2011).

Segundo Kérouac et al. (1996) foi neste paradigma que surgiram novas conceções de enfermagem e da essência de cuidados de enfermagem, nomeadamente as de Martha Rogers (1970), Madeleine Leninger (1978), Rosemarie Parse (1981), Margaret Newman (1983) e Jean Watson (1985,1988). Nesta ótica, os cuidados de enfermagem orientam-se para o bem-estar tal como é definido pela pessoa. Intervir já não significa *atuar com*, mas *estar com*. O enfermeiro acompanha as pessoas nas suas experiências de saúde, disponibilizando-lhes os seus conhecimentos, utilizando todo o seu ser, a sua sensibilidade, num clima de mútuo respeito que promove o desenvolvimento da pessoa.

A pessoa é conceptualizada como um ser único, com múltiplas dimensões formando uma unidade que está em permanente relação com o meio envolvente, quer este lhe seja interior ou exterior. A pessoa evolui na procura de uma qualidade de vida que é autodefinida em função do seu potencial e prioridades (Kérouac et al., 1996).

A saúde, por influência de toda esta orientação, é concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa, ligando-se assim ao seu potencial de criação. O ambiente compreende o conjunto de todo o universo em que se integra a pessoa e, tal como ela, orienta-se de modo imprevisível. Embora distinto da pessoa, o ambiente coexiste com ela, estando em mudança constante, mútua e simultânea (Kérouac et al., 1996).

Nesta visão do mundo, cada fenómeno é único, com uma estrutura e patentes próprias que interage recíproca e simultaneamente com uma unidade global mais ampla (Kérouac et al., 1996). São considerados fenómenos de interesse as experiências pessoais, os sentimentos, os valores e as escolhas (Fawcett, 2000). As mudanças ocorrem por estádios de organização alternando com estádios de desorganização, com o objetivo de atingir níveis de organização superior (Newman, 1991). A investigação em enfermagem surge neste contexto como uma forma de compreender os fenómenos cada vez mais complexos, variados e globais, aos quais a enfermagem deve dar resposta (Rua, 2011).

A enfermagem vem ao longo da sua história enfrentando desafios e procurando caminhos para se afirmar como ciência e como profissão. Já referimos, anteriormente que, quando um paradigma orienta a compreensão do mundo durante vários anos é difícil substituí-lo por outra forma de ver. É até difícil aceitar que haja outras formas de ver. Kuhn (2001) fala de períodos de transição em que os paradigmas se sobrepõem, o que aconteceu também na enfermagem através dos paradigmas que acabamos de descrever.

2.3. Evolução dos currículos em enfermagem

O Ensino e a Enfermagem são considerados serviços sociais de cuidar e têm um âmbito comum: cuidar da condição humana e do aperfeiçoamento das suas práticas (Bevis & Watson, 2005). A Enfermagem deve estar continuamente sintonizada com os problemas, assuntos, tendências e necessidades da sociedade que serve. Já em 1987 o Comité Consultivo para a formação no domínio dos Cuidados de Enfermagem (CEE) alertava que os *curricula* deveriam ser abrangentes e terem em consideração o modelo de enfermagem que mais se adapta à natureza das populações (Bevis & Watson, 2005). As instituições de ensino procuram redirecionar a formação inicial pautando-se pela ética nos processos de intervenção, enquanto direito e respeito ao ser humano,

construindo e reconstruindo as competências profissionais, tentando adequar a formação à realidade dos serviços e da comunidade. As escolas de enfermagem em Portugal, enquanto estabelecimentos de ensino superior politécnico, têm entre outras dimensões a missão de formar para as realidades onde se inserem.

As bases filosóficas da enfermagem evoluíram, assim como o seu paradigma de investigação, sendo as suas práticas cada vez mais orientadas por princípios científicos e humanistas (Bevis & Watson, 2005). Como vimos anteriormente, a enfermagem até meados de 1950 baseou-se no modelo biomédico caracterizado como reducionista, dualista, lógico-dedutivo, objetivo, quantitativo e orientado para o diagnóstico e tratamento. Lentamente começou a viragem para um paradigma humanista-existencialista, caracterizado como subjetivo, intuitivo, holístico, fenomenológico e orientado para a experiência humana. Por outro lado, a mudança de paradigma na investigação foi ainda mais lenta. Só mais recentemente é que a investigação qualitativa foi valorizada (Bevis & Watson, 2005). Já no que respeita ao ensino de enfermagem, Bevis e Watson (2005) consideram que este não acompanhou o ritmo desta evolução.

Desde meados do século XX, o paradigma de desenvolvimento curricular tyleriano/behaviorista influencia fortemente os *curricula* de Enfermagem e a direção do pensamento educativo em Enfermagem, pelo que o modelo de ensino de enfermagem para o desenvolvimento de determinadas competências necessita de ser alterado, não só para trazer ao todo (filosofia, investigação e ensino) uma congruência interna, mas também para satisfazer as exigências que são impostas à enfermagem (Bevis & Watson 2005). Deste modo, a compreensão e apreciação do passado, com a análise dos sucessos e erros, é importante para contextualizar o presente e perspetivar o futuro.

Quando se analisa o passado no ensino de enfermagem constatam-se, segundo Bevis e Watson (2005), quatro mudanças significativas – viragens – na direção e na substância dos modelos curriculares. Cada uma dessas viragens, que se apresentam de seguida, fundamentalmente com base nestas autoras, conduziu progressivamente a cuidados de enfermagem mais fundamentados, mais humanistas e mais comprometidos com o cuidar. À medida que se descrevem as diferentes eras do currículo no domínio em apreço, refletir-se-á, de igual modo, sobre os marcos mais significativos no ensino da enfermagem em Portugal.

A primeira viragem

Até ao século XVII, as enfermeiras eram auxiliares sem treino, em grande parte iletradas e oriundas de classes serviçais. O início da evolução no ensino de enfermagem no mundo ocidental parece conotado com o surgimento em 1633 das “*Irmãs Francesas da Caridade*”, cujos fundadores foram S. Vicente de Paulo e Santa Luísa de Marillac (Bevis & Watson 2005).

Esta mudança teve também o contributo das Diaconisas Luteranas que, embora seguissem as linhas gerais das Irmãs de Caridade, defendiam que o estudo ocorresse em simultâneo com a experiência. Foi assim possível identificar a emergência de um novo padrão curricular assente em três pilares: a prática referente a habilidades e procedimentos; a teoria, constituída por regras relacionadas com a prática; e o código de conduta que englobava as ideias e a filosofia geral, bem como os compromissos e obrigações das enfermeiras (Bevis & Watson, 2005).

A segunda viragem

De acordo com Bevis e Watson (2005), esta segunda viragem no desenvolvimento curricular, ocorrida em 1860, deveu-se à fundadora da enfermagem moderna Florence Nightingale. Os seus anos de serviço a organizar e a cuidar dos feridos na guerra da Crimeia, a sua visão e o facto de ter fundado uma escola de enfermagem marcaram o nascimento da enfermagem moderna.

Nightingale defendia que todas as pessoas que pretendessem prestar cuidados de enfermagem deviam possuir formação. Os princípios da formação em enfermagem de Nightingale (ensino de princípios científicos e experiência prática para o domínio das competências) constituíram um modelo universal para as primeiras escolas de formação em enfermagem iniciado pela escola “*Nightingale School for Nurses*” em 1860, anexa ao St. Thomas Hospital que possuía dois tipos de enfermeiras: as damas estagiárias e as estagiárias comuns. O termo “estagiária” era associado às enfermeiras que tinham um ano de treino e três anos obrigatórios de serviço hospitalar. Nightingale defendia a independência das escolas de enfermagem em relação ao hospital para que os estudantes não fossem envolvidos no grupo de trabalho do hospital como parte da sua formação. O facto de defender não só a necessidade de formação, mas também a delimitação de saberes e de área de atuação face ao médico constituiu, de certa forma, uma rutura com o que estava instituído até então (Pfetscher, 2004).

Pfetscher (2004) refere que, em todos os escritos de Florence Nightingale sobre a enfermagem trespassa a mensagem de que a qualidade da prática podia resultar apenas

da qualidade do ensino. É difícil conceber o que seria o cuidar de seres humanos doentes se Florence Nightingale não tivesse criado as primeiras escolas e não tivesse definido as necessidades de formação das enfermeiras.

Em Portugal, a enfermagem era considerada como um grupo indiferenciado. O reconhecimento da necessidade de formação nas pessoas que cuidam levou à criação do primeiro curso de enfermagem em Portugal, em 1886, por portaria do Reino. Este curso fechou três anos depois, devido à não obtenção dos resultados esperados. Este insucesso ficou a dever-se à desadequação entre os conteúdos dos programas e as capacidades dos alunos (Soares, 1997) e ao seu baixo nível de instrução, uma vez que o curso era destinado aos empregados em serviço no hospital de S José, na sua maioria analfabetos (Nogueira, 1990). Contudo, a semente estava lançada e os benefícios potenciais apontados.

A formalização do ensino de enfermagem em Portugal remonta aos finais do século XIX, mais propriamente entre 1881/1886, e as escolas de enfermagem foram surgindo, tradicionalmente, acopladas aos grandes hospitais de Lisboa, Porto e Coimbra, situação que se manteve até cerca de 1950 (Nunes, 2003).

O ensino de enfermagem tinha grande influência do poder médico nas questões técnicas e do padre nas questões das normas e da moral, manifestando-se neste contexto a dupla filiação: a religiosa com o servir um ideal e seguir uma vocação e a médico-técnica com a capacidade de execução e submissão à autoridade do modelo médico (Nunes, 2003). Os programas dos cursos de enfermagem eram elaborados em função do trabalho do enfermeiro no hospital e refletiam as diversas situações que frequentemente ocorriam na sua prática clínica (Soares, 1997).

Em Portugal, a implantação da República a 5 de Outubro de 1910 foi responsável por mudanças importantes nas conceções políticas e sociais quanto à educação e formação profissional que iremos abordar posteriormente enquadradas na terceira e na quarta viragem propostas.

A terceira viragem: a era dos guias curriculares

Na perspetiva de Bevis e Watson (2005), esta mudança nos Estados Unidos da América é marcada com a publicação do *Standart Curriculum* – Currículo padrão preparado pelo Comité de Educação da Associação de Educação em Enfermagem em 1917. As autoras referem que a obra continha os objetivos, não do tipo prescritivo behaviorista, mas do tipo geral, os conteúdos e os métodos para cada disciplina, bem

como os recursos e a bibliografia. A sua primeira revisão realizou-se em 1927, retirando-se a palavra “Padrão” do título. Foi publicada em 1937, uma terceira revisão com o título *Um Guia Curricular para as Escolas de Enfermagem*. Após a 2ª Guerra Mundial, a obra não voltou a ser revista e até meados da década de 1950, altura em que se assumiu a prática do “Raciocínio Tyler” para o desenvolvimento do currículo de enfermagem, existiu um hiato nos paradigmas de desenvolvimento curricular (Bevis & Watson 2005).

Reportando-nos a Portugal, no início do século XIX, a insistência na formação de enfermeiros minimamente qualificados faz-se sentir essencialmente nos hospitais das três maiores cidades do país onde existe o ensino oficial da medicina (Soares, 1997). É pedido às escolas de enfermagem um maior investimento na formação de enfermeiros, pelo que houve necessidade de se adaptar os *curricula* às exigências dos serviços de saúde e da comunidade. Na perspetiva de Soares (1997), assistiu-se até ao início da década de 40, por parte de cada hospital, à criação do curso e do programa que melhor lhe parecia responder às necessidades de preparação do seu pessoal de enfermagem.

Durante este período há uma série de iniciativas em torno da formação profissional de enfermeiros. Em 1922 passa a ser exigido o diploma do curso de enfermagem para o exercício da profissão e é aprovado o Regulamento da Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Cívicos de Lisboa (Soares, 1997). Este curso incluía disciplinas como Anatomia e Fisiologia, Enfermagem Geral, Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica, História de Enfermagem e Deontologia. Os conhecimentos contemplados nos *curricula* são os da medicina, por serem os que podem explicar o processo saúde/doença (paradigma biomédico), e são organizados segundo dois domínios: a doença e a técnica (Collière, 1989). É evidente que a revalorização dos saberes teóricos associados à medicina e ciências médicas, situação que manteve os enfermeiros dependentes dos médicos e sem autonomia, favoreceu uma imagem do enfermeiro como médico (D’Epiney, 2008). Contudo, a integração de disciplinas como as ciências sociais e humanas nos currículos de enfermagem contribuiu para que o ensino de enfermagem não se centrasse, apenas, nas questões médicas.

O ensino teórico de enfermagem passou a ser coadjuvado por enfermeiras sem formação pedagógica (até 1947) e o ensino prático era feito por enfermeiras sem tempo disponível e com poucos conhecimentos (Soares, 1997).

A partir de 1947, o Decreto-Lei n.º 36219 vem conceder às escolas de enfermagem autonomia técnica e administrativa para ministrar o Curso de Enfermagem Geral, com a duração de três anos e o Curso de Auxiliares de Enfermagem, com um ano de duração (Soares, 1997). É ainda criado o curso de monitores que abre caminho para a intervenção das enfermeiras na formação dos seus pares. O Decreto-Lei referenciado também determina que as alunas devem ser acompanhadas nos seus estágios por professores ou monitores (Soares, 1997). Outros decretos-lei foram publicados contribuindo para a reorganização do ensino de enfermagem nas escolas oficiais portuguesas. Os anos 40 e 50 do século XX foram marcados pela preocupação em formar profissionais de saúde, habilitados para a prestação de cuidados às pessoas, aperfeiçoando os saberes teóricos e enfatizando a componente prática (Soares, 1997).

A quarta viragem: Tyler e a teoria behaviorista

Após um período, considerado por Bevis & Watson (2005) de vazio, surgiu a quarta viragem no desenvolvimento curricular com a adoção e institucionalização do modelo de Tyler em 1949. A prática do “Raciocínio Tyler” para o desenvolvimento do currículo de enfermagem foi consubstanciada com a publicação em 1955 do relatório, fruto de três anos de investigação-ação em revisão curricular, da responsabilidade da University of Washington School of Nursing com Ralph Tyler como consultor. Consequentemente o modelo de Tyler foi recomendado aos professores de enfermagem americanos. Foi, igualmente, reforçado pelo conhecimento existente relativamente à formação assente numa base behaviorista e à influência do modelo biomédico, os quais se constituíram como o movimento teórico mais importante do currículo em enfermagem na América, colonizando posteriormente os países europeus (Bevis & Watson 2005).

A obra de Tyler, reimpressa em 1950 com o título *Basic Principles of Curriculum e Instruction*, teve um impacto decisivo no ensino em todo o mundo, incluindo-se neste contexto o ensino de enfermagem. Na sua obra foram sistematizadas, nas quatro questões seguintes as ideias fundamentais que permitem ao educador a elaboração de um *curriculum*:

- Quais os objetivos educacionais que a escola deve estabelecer?
- Quais as experiências de aprendizagem a selecionar para atingirem estes objetivos?

- De que modo se devem organizar essas experiências de aprendizagem visando uma instrução eficaz?

- De que modo a escola pode avaliar a eficácia dessas experiências?

O esquema conceptual de grande êxito defendido por Tyler evidencia que as experiências educativas planeadas pela escola estão ao serviço dos objetivos que a mesma pretende atingir. Para Bevis e Watson (2005), nos EUA, os behavioristas foram de tal forma usados e institucionalizados na enfermagem que tornaram impossível a aprovação de *curricula* cujos conteúdos não refletissem a teoria behaviorista. Como consequência, o *curriculum* de enfermagem prosperou em direção ao reforço do profissionalismo, pois conferia crédito às competências objetivadas no saber fazer técnico e na execução de habilidades (Bevis & Watson, 2005).

Por sua vez, os cursos em faculdades expandiram-se entre 1950 e 1970, com uma diminuição inevitável no número das escolas hospitalares. Bevis e Watson (2005) referem que foi neste período de grande crescimento no ensino superior de enfermagem que ocorreu a quarta viragem no desenvolvimento curricular em enfermagem.

Na Europa, a partir dos anos 80 do século XX, tem-se assistido, através das publicações científicas, a uma mudança na fundamentação epistemológica e disciplinar dos conteúdos curriculares nos cursos de enfermagem (Bevis & Watson, 2005). Essa mudança reflete-se na procura de fundamentos curriculares com base num saber próprio de enfermagem e no abandono progressivo da organização biomédica do *curriculum*.

Portugal, na senda da evolução em curso, continua o processo de reforma do ensino de enfermagem que culminou com a profunda remodelação nos planos de estudo do Curso Geral de Enfermagem e do Curso de Auxiliares de Enfermagem em 1965 (Sousa, 1983). Não se pode afirmar que essa reforma seja uma rutura radical com o passado, uma vez que mantém os três anos de duração para o Curso Geral de Enfermagem, embora tenha exigido o 2.º ciclo liceal ou equivalente para a admissão ao curso em vez do 1.º ciclo liceal. No âmbito desta reforma, salientam-se outros aspetos considerados fundamentais como: a preparação académica/profissional que permite ao recém-formado trabalhar, quer no hospital, quer em saúde pública; a ligação teoria/prática fundamental para a consecução dos objetivos de estágio; maior ênfase nos conteúdos relacionados com a enfermagem e consequentemente a redução dos aspetos médicos ministrados nas diferentes disciplinas e a passagem da responsabilidade da formação dos enfermeiros para os próprios enfermeiros (Sousa, 1983). A direção das escolas é transferida para os enfermeiros pelo Decreto-Lei n.º 48166, de 27 de

Dezembro de 1967, e os docentes de enfermagem assumem a lecionação das componentes teóricas da formação não se restringindo apenas à transmissão de um saber meramente conotado com o nível técnico de execução (Pereira, 2008).

Em 1974, o país assiste a uma revolução que viria a marcar um ciclo da história em Portugal, pondo fim ao regime totalitário que até então vigorara. Esta situação provoca modificações na sociedade portuguesa em geral e na enfermagem em particular. É nesta conjuntura que é extinto o Curso de Auxiliares de Enfermagem (Decreto-Lei 440/74, de 11 de Setembro) e criado um curso de enfermagem único que mantém a designação de Curso de Enfermagem Geral, com a duração de 3 anos. Assistiu-se, deste modo, à definição de um dos pilares básicos que viria a caracterizar a enfermagem no nosso país: a criação de um só nível de formação básica para a prestação de cuidados gerais. Esta realidade viria a configurar uma peculiaridade portuguesa no contexto europeu: “Portugal é o único país da Europa que cumpre a recomendação da OMS (Conferência de Munique, 2000) para um nível único de formação” (Nunes, 2003, p. 321).

Neste contexto, surgem novas respostas formativas, nomeadamente a reformulação dos cursos de formação inicial em 1976. É possível identificar maior autonomia, quer na lecionação do curso, quer nos fundamentos que lhe dão suporte. Os conteúdos são assegurados essencialmente por enfermeiros docentes, os conceitos de saúde, pedagogia, gestão e investigação são introduzidos ao longo do curso, as escolas selecionam os campos de estágios em função da existência de enfermeiros habilitados para colaborarem no processo ensino/aprendizagem e a preparação dos estudantes baseia-se numa vertente técnica, científica e humana, dando ênfase às ciências humanas e sociais, base de todas as técnicas na área da saúde (Pereira et al., 2008; Sousa, 1983).

A reforma refletia o controlo do ensino de enfermagem pelos próprios enfermeiros e a importância de se explorarem os conceitos de promoção da saúde e de teorias de enfermagem numa perspetiva que ultrapassa a lógica de atuação centrada quase exclusivamente nos processos patológicos. De forma incipiente começa-se a introduzir nos *curricula* de enfermagem os conceitos de investigação, assumindo-se a sua centralidade na formação, construção e desenvolvimento da profissão. Apesar destas alterações e das habilitações literárias exigidas para o ingresso no Curso de Enfermagem Geral terem sido elevadas ao 7º ano (antigo curso liceal), continuava a não ser reconhecido em termos de habilitação académica e a existir à margem do Sistema Educativo Nacional (Nunes, 2003; Pereira, 2008; Pereira et al., 2008; Sousa, 1983).

Terminado o ciclo que levou à consolidação de um único nível de formação para a prestação de cuidados gerais de enfermagem, a década de oitenta torna-se cenário de uma série de acontecimentos conducentes à reforma do ensino em geral e, conseqüentemente, à do ensino de enfermagem que se caracterizou pelo incremento, estruturação e regularização das áreas de especialidade de Enfermagem ao nível da formação pós-básica, (cursos criados pelo Decreto-Lei n.º 265/86, de 16 de Junho) (Nunes, 2003).

A adesão de Portugal à Comunidade Europeia (CEE) em 1986 foi um acontecimento importante pelos desafios que foram lançados às instituições de saúde e de ensino, no que concerne a uma maior abertura à mobilidade dos técnicos, à adequação da formação às novas exigências da sociedade e a uma maior intervenção nas políticas educativas.

Durante vários anos há a noção de que o ensino de enfermagem deve ser integrado no Sistema Educativo Nacional, o que só se verifica em finais de 1988 quando Portugal redefiniu as diretrizes do ensino de enfermagem pelo Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro. Este Decreto-Lei cria o Curso Superior de Enfermagem (CSE) e o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem (CESEE). Neste Decreto-Lei, o desenvolvimento do ensino da enfermagem verificado em Portugal é considerado ajustado aos padrões internacionais, nomeadamente dos países europeus, e norteado pela busca permanente da melhoria dos cuidados de saúde. O futuro do ensino em enfermagem, na Europa, não pode dissociar-se da análise da problemática sobre as questões específicas da saúde das populações dos países desenvolvidos. A formação emerge como um vetor essencial não só para fazer face às mudanças sociais, como para imprimir mudanças na sociedade em geral (Canário, 1997). Este facto determina a exigência, no que respeita às habilitações mínimas de acesso ao curso de enfermagem, de um nível idêntico ao requerido para o ensino superior.

Se, por um lado, é reconhecida legalmente a autonomia pedagógica das escolas, por outro, o Estado através da Portaria n.º 195/90, de 17 de Março⁷ define o conjunto de princípios genéricos a que deverá obedecer a elaboração e aprovação dos planos de estudos do curso de bacharelato em Enfermagem, o seu funcionamento e a salvaguarda da necessidade de se fixarem as regras de transição entre o Curso de Enfermagem Geral e o Curso de Bacharelato em Enfermagem. O ensino de enfermagem é integrado no

⁷ Referente à regulamentação do curso de bacharelato em Enfermagem, a que se refere o Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro.

Ensino Superior a nível do Ensino Superior Politécnico, conferindo o grau de Bacharel em Enfermagem. O grau de Licenciado em Enfermagem é obtido pelos enfermeiros com a frequência de um Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem. O grau de Licenciado permite a articulação entre o ensino politécnico e o universitário possibilitando ao enfermeiro o acesso aos diferentes níveis académicos. É este cenário que permite que, em 1991, se iniciasse o Mestrado em Ciências de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa e, em 1992, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Este facto conduz ao desenvolvimento de estudos de modo a clarificar a estrutura do conhecimento em enfermagem. A investigação em enfermagem começa a ganhar sentido e espaço. Tenta focalizar-se nas intervenções de enfermagem, dando prioridade não à doença mas à promoção da saúde das pessoas, desviando-se da exclusividade da perspetiva biomédica.

Em 1990, iniciam-se os cursos de bacharelato em enfermagem, com a duração de três anos, que permitem o acesso ao exercício da profissão. As linhas gerais de orientação para o curso foram baseadas na proposta elaborada por uma comissão nomeada por Despacho conjunto do Ministério da Saúde e da Educação, na diretiva 77/453 da Comunidade Económica Europeia, de 27 de Junho, e nas Metas da Saúde para Todos no Ano 2000 da Organização Mundial de Saúde (OMS)

Com a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional as escolas de enfermagem sentem a necessidade de avaliar e questionar os seus modelos de formação de forma a darem resposta às diretrizes legais e às necessidades da população. Neste novo enquadramento, as Escolas Superiores de Enfermagem passam a gozar de autonomia como organizações educativas, de onde se releva a científica e pedagógica com a conseqüente construção e organização dos seus planos curriculares e com a adaptação à nova filosofia da formação em enfermagem.

A formação de nível superior exigiu ao ensino de enfermagem a adoção como finalidades deste ensino “estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo” (Lei n.º 46, de 14 de Outubro de 1986, artigo 11º). A formação passa a assentar numa nova conceção de estudante, enquanto sujeito e ator da sua aprendizagem, e do professor como elemento coadjuvante da formação, tendo em conta a globalidade da pessoa do estudante e a sua relação com o mundo.

Fruto da integração das escolas superiores de enfermagem na rede do Sistema Educativo Nacional, os docentes das escolas superiores de enfermagem passam a reger-se pelo estatuto da carreira docente do Ensino Superior Politécnico.

Após um debate nacional alargado e nacional em torno do exercício profissional, da sua regulamentação e do seu controlo é publicado, em 1996, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro). Este instrumento legislativo assume-se como referência para o exercício da enfermagem, uma vez que vem regulamentar o exercício da profissão, clarificar conceitos, intervenções e funções, bem como os direitos e deveres dos profissionais. No preâmbulo do REPE pode ler-se que a enfermagem, no decurso dos últimos anos, registou “uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica da saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.”⁸

Num período inferior a dois anos, o reconhecimento por parte do Estado da autonomia e credibilidade da profissão de Enfermagem para se autorregular é expresso no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril com a criação da Ordem dos Enfermeiros. Fica assim atribuída aos enfermeiros, através da sua Ordem Profissional, a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem e de zelar pela regulamentação e controlo da profissão através da observância das regras de ética e deontologia profissional.

A 19 de Junho de 1999 é assinada pelos Ministros da Educação de 29 países, incluindo o Ministro português, a Declaração de Bolonha. A Declaração de Bolonha⁹ resulta de preocupações comuns sentidas no ensino europeu e traduz um desafio às instituições de ensino superior para concretizarem a sua contribuição para a construção

⁸ Preâmbulo do Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro, n.º 1

⁹ Associam-se ao Processo de Bolonha diversos documentos produzidos ao longo dos últimos anos onde se destacam a própria Declaração de Bolonha de 19-06-1999, a convenção de Lisboa de 2000, os Comunicados de Praga em 2001, de Berlim em 2003, de Bergen em 2005, de Londres em 2007, de Leuven/Louvain-la-Neuve em 2009 e finalmente a Declaração de Budapeste-Viena em 2010 que assinala o final da primeira década do Processo de Bolonha. Têm-se, ainda, realizado seminários nacionais e internacionais, estudos técnicos, conferências e relatórios, com o fim de orientar e fundamentar as várias alterações e reformas que se exigem a cada sistema de ensino superior europeu para a efetiva implementação dos pressupostos contidos na Declaração de Bolonha. Destas ações têm resultado importantes documentos de base para o correto desenvolvimento do processo e concretização do que se convencionou designar por Espaço Europeu de Educação Superior. Atualmente são 47 os países signatários da Declaração de Bolonha.

da União Europeia, organizando-se de modo a ser possível a existência de um Espaço Europeu de Ensino Superior, suporte de um sistema de ensino a ser promovido em todo o mundo. A Declaração é um documento que reconhece que a Europa do Conhecimento se constitui com fator indispensável para o crescimento humano e social e componente imprescindível para a consolidação e para o enriquecimento da cidadania europeia.

O processo de Bolonha não se inicia exatamente na data anteriormente referida. É o resultado da Declaração de Sorbonne, aprovada a 25 de Maio de 1998, que já sustentava as premissas assinaladas e que colocava como objetivos gerais a mobilidade dos estudantes, a empregabilidade dos diplomados no espaço europeu e a competitividade internacional do sistema europeu do Ensino Superior.

Na Declaração de Bolonha, os Ministros da Educação signatários confirmam o apoio aos princípios gerais consagrados na Declaração de Sorbonne e comprometem-se a coordenar as suas políticas de forma a alcançar, até à data limite de 2010, os seguintes objetivos específicos: adoção de um sistema compreensivo e comparável de graus; adoção de um sistema essencialmente baseado em dois ciclos principais, o graduado e o pós-graduado; estabelecimento de um sistema de créditos – como, por exemplo, no sistema ECTS – como um correto meio adequado para promover a mobilidade mais alargada dos estudantes; promoção da mobilidade dos estudantes, dos professores e dos investigadores, reduzindo obstáculos ao efetivo exercício da livre mobilidade; promoção da cooperação europeia no campo da qualidade; e promoção das necessárias dimensões europeias do Ensino Superior, especialmente no que respeita ao desenvolvimento curricular, à cooperação interinstitucional e aos esquemas da mobilidade. A Declaração de Bolonha é um compromisso voluntário de cada país signatário no sentido de reformar o seu próprio sistema de ensino.

Decorrente do reconhecimento profissional que marcou a década de 90, o Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro fixou as regras gerais a que ficou subordinado o Ensino de Enfermagem. Obtêm-se os resultados advindos da regulamentação da Lei de Bases do Sistema Educativo emitidos no decreto enunciado que tem como objetivo reorganizar a rede de escolas públicas de Enfermagem no sentido de as integrar em Escolas ou unidades mais amplas, como os Institutos Politécnicos ou Universidades, e de realizar a formação geral de enfermeiros através de cursos de licenciatura, com a duração de quatro anos. São extintos os Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, prevendo-se que a formação especializada ocorra através de Cursos de Pós-Licenciatura, não conferentes de grau académico. Simultaneamente, salvaguardam-

se medidas transitórias, no sentido de possibilitar aos bacharéis em enfermagem a oportunidade de efetuarem um Curso de Complemento de Formação de forma a poderem aceder ao grau de Licenciado.

A mudança da formação de nível de bacharelato para licenciatura não é uma mera alteração de duração de curso pois esse diploma legal determina que à licenciatura em Enfermagem cabe assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção. A licenciatura visa, ainda, assegurar a formação necessária: à participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde; à participação na formação de enfermeiros, de outros profissionais de saúde e ao desenvolvimento da prática da investigação nesta área.

De acordo com o artigo 31, n.º 3 da Diretiva 2005/36/CE, a formação do enfermeiro responsável por cuidados gerais compreende, pelo menos, três anos de estudos ou 4600 horas curriculares, devendo o ensino clínico comportar pelo menos 50% da carga horária do curso. Esta componente prática implica incluir os contextos de trabalho como espaços formativos de desenvolvimento de competências indispensáveis à formação dos enfermeiros.

O período entre 1988 e 1999 é considerado como uma das fases mais ricas na evolução da Enfermagem, uma vez que é neste período que surgem as respostas às principais expectativas dos enfermeiros, manifestadas durante as décadas anteriores (Amendoeira, 2009). É um período igualmente exigente para as Escolas Superiores de Enfermagem que são continuamente desafiadas a grandes reformas, não só, nos processos de desenvolvimento curricular, mas, também no desenvolvimento do seu corpo docente de forma a garantir que a formação se adapte à evolução dos contextos educativo e profissional em Portugal (OE, 2008).

Saliente-se que a enfermagem é reconhecida como área disciplinar no meio académico português com a criação dos primeiros cursos de doutoramento nesse domínio, designadamente o Doutoramento em Ciências de Enfermagem (Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar – ICBAS desde 2001), o Programa de Doutoramento em Enfermagem (na Universidade de Lisboa em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa desde 2004) e o Curso de Doutoramento em Enfermagem criado em 2004 e adaptado a Bolonha em 2007 (na Universidade Católica, através do Instituto de Ciências da Saúde), contribuindo todos eles de forma significativa para o

desenvolvimento da investigação e do ensino de enfermagem em Portugal (Cf. Amendoeira, 2009).

No plano do ensino superior, onde o ensino de enfermagem se inclui, o Dec-Lei n.º 42/2005 de 22 de Fevereiro preconiza uma mudança importante nos paradigmas de formação. A mudança não é só centrada na globalidade da atividade e nas competências que os jovens formandos devem adquirir, mas também é igualmente projetada para as várias etapas da vida de adulto, em estreita ligação com a evolução do conhecimento e dos interesses individuais e coletivos. Um dos instrumentos mais relevantes desta política europeia de evolução do paradigma formativo é a criação de um novo sistema de créditos curriculares (ECTS - *european credit transfer system*). Nesta nova conceção, o estudante desempenha um papel mais ativo, quer na organização das unidades curriculares, quer na avaliação e creditação, as quais terão em conta todo o trabalho de formação desenvolvido pelo aluno (horas de contacto, horas de projeto, horas de trabalho de campo, estudo individual e as atividades relacionadas com a avaliação), abrindo-se também a atividades complementares com reconhecido valor formativo artístico, sociocultural ou desportivo.

Ao longo do tempo, o ensino de enfermagem passa por várias etapas de evolução, enquadrado em diversos contextos sociais, culturais e económicos, políticos e tecnológicos, indo ao encontro das necessidades e expectativas das comunidades. As Escolas Superiores de Enfermagem/Saúde, num sentido mais restrito ou mais amplo, têm-se constituído como cenários onde se identificam estas mudanças que temos vindo a apresentar. Passa-se de uma formação rudimentar e sem reconhecimento para uma formação de nível superior com a integração do Curso de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, com reflexos numa profissão autónoma, auto regulada e valorizada do ponto de vista científico e social.

O curso de licenciatura em enfermagem vem proporcionar aos estudantes uma aprendizagem com base na investigação e na análise das ciências humanas com a inclusão nos seus *curricula* de disciplinas consideradas fundamentais como a ética, a comunicação, a psicologia e a sociologia.

O desenvolvimento da implementação do processo de Bolonha ao nível europeu e as suas implicações no enquadramento da enfermagem no ensino superior (Decreto-Lei n.º 74/2006), revisto e republicado no Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de Junho, não deixa de ser um desafio constante. O mesmo decreto pressupõe que o Processo de Bolonha não seja encarado como uma mera alteração formal. A sua questão central é a

mudança do paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências que engloba as de natureza genérica, instrumentais, interpessoais e sistémicas e as de natureza específica associadas à área de formação, onde a componente experimental e de projeto desempenham um papel importante (Decreto-Lei n.º 74/2006). Face a esta nova filosofia, as instituições de ensino superior confrontam-se com desafios que passam por: identificar as competências necessárias a desenvolver no estudante; desenvolver as metodologias adequadas à sua concretização; e colocar o novo modelo de ensino em prática (Decreto-Lei n.º 74/2006).

A perspetiva atualmente em desenvolvimento refere que a formação em enfermagem necessita adequar-se ao desenvolvimento de competências, de acordo com de formação no âmbito do Processo de Bolonha. Deste modo, as escolas cumprem a sua função social no contributo para a qualificação dos profissionais que formam intervindo de forma competente, transdisciplinar e interprofissional no contexto complexo da saúde.

Todas estas premissas apontam para novas configurações curriculares, considerando que as alterações curriculares para o ensino de enfermagem devem basear-se nas alterações paradigmáticas que são exigidas por toda a conjuntura apresentada. Dir-se-ia como Nunes (2007) que é preciso ter uma visão estratégica da chegada e do caminho para onde queremos ir.

Em jeito de conclusão, pode referir-se que o sistema de ensino superior em Portugal e na Europa, no qual o ensino da enfermagem se inclui, atravessa uma fase de mutação que altera profundamente o foco analítico em relação à aprendizagem. Esta transformação evidencia e convive com diversas e novas realidades que reestruturam o seu funcionamento a nível legal, demográfico, económico, curricular ou social.

De acordo com a OE (2007), a enfermagem portuguesa tem sido uma referência no contexto europeu relativamente à coerência do seu percurso, à qualidade da sua formação, bem como ao desenvolvimento e autonomia da profissão.

2.4. Desafios e perspetivas no processo de formação em enfermagem

A reflexão efetuada no ponto anterior evidenciou aspetos do processo evolutivo da formação em enfermagem, que não só acompanha a evolução social como tenta dar respostas às expectativas e necessidades da população. A abordagem efetuada também

nos suscita um conjunto de questões relacionadas com as competências dos enfermeiros, com os seus saberes, com o modelo de formação para fazer face aos desafios futuros, bem como com as especificidades associadas à formação em enfermagem. A formação em enfermagem constitui, na atualidade, um grande desafio que se projeta na formação de profissionais capacitados para intervirem em contextos de grande incerteza e de grande complexidade.

A reflexão que nos propomos fazer de seguida não pretende encontrar um modelo de formação para o ensino da enfermagem mas apenas enquadrar discussões atuais sobre a formação de enfermagem no contexto atual de grandes e sucessivas mudanças.

Como já referimos anteriormente, no início do século XX, o sistema de saúde é essencialmente construído em torno do tratamento de doenças agudas e lesões. Hoje, a maioria dos cuidados de saúde está relacionada com as doenças crónicas, como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiocerebrovasculares, e condições de saúde mental, causadas pelo envelhecimento da população (MS, 2012).

Assiste-se no plano social a novas realidades sociais com grandes repercussões na vida das pessoas, como por exemplo: as transformações na estrutura familiar; a violência, o crescente consumo de álcool e de drogas; o aumento da obesidade; a crescente mortalidade por doenças atribuídas ao álcool; o suicídio e a sinistralidade, entre outras (MS, 2012).

A nível demográfico e de acordo com os censos de 2011, residem em Portugal 10.562.178 habitantes, 15% dos quais têm menos de 15 anos e 18% idade igual ou superior a 65 anos (INE, 2012). Para 2020 prevê-se que a população diminua 2%, que a população de jovens do grupo etário 0-14 anos decresça para os 13,8% e que a população de idosos com mais de 65 aumente para os 20,6% o que torna explícito o índice de envelhecimento da população, salientando-se que na última década (1999-2009) os índices de dependência dos idosos e de longevidade aumentaram (INE, 2009 MS, 2012). Existe uma inversão da pirâmide etária, quer pela base (que diminui) quer pelo topo (que aumenta), o que cria novos desafios ao nível da organização da sociedade em geral e do sistema de saúde em particular. A evolução positiva da saúde materna e infantil em Portugal tem sido referida como exemplo pela OMS (WHO, 2008) que considera Portugal um dos países mais bem-sucedidos nesta área. A equidade e o acesso universal aos cuidados de saúde garantidos em Portugal pelo Serviço Nacional de Saúde (Lei 56/79) e pela Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90) têm contribuído para esta evolução positiva da saúde.

No Plano Nacional de Saúde 2012-2016, afirma-se que a saúde da população portuguesa tem melhorado de forma consistente, nas últimas décadas, como resultado de um contexto demográfico, socioeconómico e do próprio sistema de saúde. No entanto, há a registar as doenças respiratórias e digestivas como principais causas de internamento dos jovens e doenças circulatórias e cancro nos adultos (MS, 2012). No plano cultural, verificamos que a composição cultural da sociedade portuguesa tem vindo a mudar e hoje, compreende uma pluralidade de pessoas de nacionalidades e de culturas o que constitui não só um mosaico de valores políticos, religiosos ou outros, como também de comportamentos diversos.

Em termos sociopolíticos, a última década foi marcada por um conjunto de reformas, com especial incidência nas urgências hospitalares, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e nos Cuidados Continuados Integrados (CCI). Estas reformas implicam uma mudança que se caracteriza pela transferência de cuidados hospitalares para os serviços da comunidade.

As alterações operadas a nível demográfico, sociocultural, sociopolítico, entre outras, para além de incorporarem múltiplas determinantes da saúde, ocasionaram, igualmente, a emergência de diversos problemas de saúde. Tudo isto é profundamente desafiador para as políticas, para os sistemas e para os profissionais da saúde, implicando novos desafios para encontrar e proporcionar um conjunto de respostas adequadas e sustentadas no âmbito técnico, científico e ético (OE, 2008). As respostas em saúde implicam dinâmicas interdisciplinares e multiprofissionais, nas quais os enfermeiros têm uma intervenção assente na proximidade, na continuidade e na integralidade, assumindo um papel de parceiros e mediadores na ajuda respeitante ao projeto de saúde das pessoas.

Os hospitais continuam a aumentar o nível de complexidade e os enfermeiros são confrontados com tomadas de decisões críticas decorrentes do cuidado de doentes mais frágeis e de sofisticados meios de sobrevivência, juntamente com os sistemas de gestão administrativa, de cuidados e de gestão de informação que lhes exigem novas capacidades e competências. Os hospitais, ao perderem a sua missão de apoio social, remetem para as comunidades e famílias a responsabilidade do exercício de uma função cuidadora que estas nem sempre têm condições de assegurar na sua totalidade (D'Espiney, 2008; Pereira, 2011).

É aos enfermeiros que compete assegurar que as famílias e as comunidades recebam o apoio necessário para assumirem parcialmente estas novas funções. Os

enfermeiros confrontam-se, assim, com a necessidade de ampliar o seu campo de intervenção uma vez que passam das tradicionais instituições, regulamentadoras da sua ação, para a comunidade, onde estão incluídas as escolas e a casa dos utentes, com toda a sua diversidade, complexidade e imprevisibilidade. Na comunidade os enfermeiros também são chamados a colaborar e coordenar cuidados entre as equipas de profissionais de saúde, a estabelecer parcerias com a comunidade em projetos relacionados com a saúde e com a gestão da doença crónica e a dominar tecnologias para melhorar a qualidade e a eficácia dos cuidados que prestam às populações. É certo que “as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e, por isso mesmo, no seu nível de formação académica e profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente” (Decreto-Lei n.º104/98, preâmbulo). A existência de uma profissão de enfermagem capaz de dar o seu contributo para a resolução dos problemas das pessoas aos três níveis de prevenção, em cenários tão diversos como o domicílio e o hospital é, cada vez mais, essencial à sociedade em que vivemos (OE, 2008).

As necessidades das pessoas e os ambientes de cuidados ao tornarem-se mais complexos impõem aos enfermeiros o desenvolvimento de um conjunto de competências necessárias não só para desenvolver e realizar intervenções que previnam as doenças e promovam e mantenham a saúde através do processo de identificação de necessidades, planeamento, execução e avaliação dos cuidados que prestam, mas também para ajudar as pessoas a determinar e a realizar o seu potencial físico, mental e social, nos contextos onde vivem e trabalham (OMS, 2000).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem. A proximidade regular dos enfermeiros junto das populações e a sua compreensão científica dos processos de atendimento em todo o contínuo de cuidados dá-lhes uma capacidade única para efetuar mudanças de grande alcance no sistema de cuidados de saúde.

Vale recordar que na estratégia europeia da OMS para a Educação de Enfermeiros foi enfatizado o compromisso de todos os Estados-membros assegurarem a formação ao longo da vida aos enfermeiros com vista a práticas especializadas que se justificam pelo emergir de novas necessidades, pelos contextos cada vez mais complexos, pela rápida

evolução tecnológica, pelos avanços decorrentes da evidência científica e pela qualidade e segurança que é exigida aos cuidados de saúde (WHO, 2003).

É importante compreender esta nova realidade e aceitar os novos desafios que ela nos suscita. A instituição educativa em geral e a formação dos enfermeiros em particular não devem ficar à margem deste conjunto de transformações. Fica claro o compromisso e a responsabilidade da educação superior com a formação de profissionais competentes, críticos, reflexivos e de cidadãos que possam atuar, na sua área de formação e no processo de transformação da sociedade.

As formas pelas quais os enfermeiros foram formados durante o século XX são questionadas na sua adequação para lidar com a realidade dos cuidados de saúde no século XXI. Como refere Watson (2002b), a enfermagem é uma ciência humana, lida com seres humanos que apresentam comportamentos peculiares construídos a partir de valores, princípios, padrões culturais e experiências que nem sempre são fáceis de objetivar, pelo que cada profissional de enfermagem é desafiado, constantemente, a estar informado, a desenvolver competências, talento e interesse no contexto das suas práticas.

Neste enquadramento e face a este contexto de exigências e de desafios, foi divulgado um conjunto de recomendações e orientações, por várias organizações nacionais e internacionais, para o ensino de enfermagem nomeadamente a Ordem dos Enfermeiros Portugueses, a *National League for Nurses* (NLN), a *American Association of Colleges of Nursing* (AACN), *Institute of Medicine* (IOM), entre outras.

A Ordem dos Enfermeiros tomou a iniciativa de reunir um painel de representantes para, após elaboração conjunta, apresentar um Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem (PEEE, 2008-2012). Nos seus objetivos estratégicos é reafirmada a importância do desenvolvimento do ensino, da profissão de enfermagem e da investigação. Os objetivos apontam para a necessidade do reforço das qualificações dos profissionais e do seu reconhecimento científico e social. Na salvaguarda do desenvolvimento do ensino e da profissão de enfermagem em Portugal realça-se a estratégia de desenvolvimento que aponta no sentido de “assegurar uma sólida formação humanística e científica, global e disciplinar, capaz de acompanhar/antecipar as complexas realidades e perspectivas de evolução científica e tecnológica, no domínio da saúde e da enfermagem” através do acompanhamento e reflexão quanto à estruturação curricular do Ensino de Enfermagem (OE, 2008, p. 9). No mesmo documento é defendido que as competências desenvolvidas na formação inicial do enfermeiro devem

possuir solidez, abrangência e profundidade por serem um fator determinante para a aquisição de ferramentas essenciais ao aprofundamento e desenvolvimento das competências ao longo da vida.

As competências¹⁰ do enfermeiro de cuidados gerais estão definidas pela Ordem dos Enfermeiros de acordo com o perfil de competências dos enfermeiros de cuidados gerais propostas pelo *International Council of Nurses* (ICN) em 2003 e que se agrupam segundo três domínios: *Prática profissional ética e legal*; *Prestação e gestão de cuidados*; e *Desenvolvimento profissional* (OE, 2003; OE, 2011).

Nesta linha de pensamento, o Instituto de Medicina (IOM)¹¹, em 2002, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e a segurança dos utentes, convocou uma reunião interdisciplinar com 150 participantes para desenvolver medidas para a reforma do ensino das profissões da saúde, especificamente sobre um conjunto básico de competências em educação das profissões da saúde. No relatório apresentado em 2003 por este instituto “*Health Professions Education: A Bridge to Quality*” foi proposto um conjunto básico de cinco competências que devem ser compartilhadas pelas profissões da saúde (IOM, 2010).

As competências identificadas apelam a todos os profissionais da saúde para que sejam educados no sentido: i) proporcionar cuidados centrados no utente; ii) trabalhar como membro de uma equipa interdisciplinar; iii) desenvolver uma prática baseada em evidências; iv) aplicar abordagens de melhoria de qualidade; v) e utilizar a tecnologia da informação. Nesta perspetiva é desejável que o currículo dos profissionais de saúde seja organizado de forma a possibilitar, a estes futuros profissionais, momentos comuns de formação entre as áreas de saúde, nomeadamente no âmbito das disciplinas das ciências de base (IOM, 2010).

Em resposta aos apelos para transformar o sistema de saúde e como os profissionais de saúde são educados, a *American Association of Colleges of Nursing* (AACN) tem mantido com os representantes influentes da enfermagem um diálogo

¹⁰A OE (2003, 2011) define a competência do enfermeiro de cuidados gerais como a que “refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (p.16).

¹¹O Instituto de Medicina serve como conselheiro para a nação com o objetivo de melhorar a saúde. Fundado em 1970 sob a Carta da Academia Nacional de Ciências oferece aconselhamento independente, aos decisores políticos, aos profissionais de saúde e ao setor privado e o público (IOM, 2010).

centrado no conhecimento, nas habilidades e atitudes necessárias aos enfermeiros para uma prática eficaz em ambientes complexos e em constante mudança.

É importante, na formação de enfermeiros, ter em conta um conjunto de competências relacionadas com o saber técnico-científico, saber ser e saber estar consigo e com os outros para um agir autónomo, ético e responsável. Constitui-se o eixo estruturante de todo o processo de aprendizagem o aprender a aprender, uma vez que é este que permite ao profissional manter ao longo da sua vida uma atitude de aprendizagem permanente face aos desafios constantes que a sociedade em geral e a saúde em particular nos coloca (Delors et al., 2006; D’Espiney, 2008).

Para responder aos desafios crescentes, o IOM (2010) sugere que os enfermeiros atinjam níveis superiores de formação e de educação e que sejam formados em novos modelos pedagógicos de modo a prepará-los para atenderem melhor às necessidades da população. Devem fazer parte da formação dos profissionais de enfermagem as competências no âmbito: i) da liderança de equipa; ii) da política de saúde e financiamento; iii) da pesquisa e práticas baseadas em evidências; iv) do trabalho colaborativo; v) de novas competências emergentes na tomada de decisões, melhoria da qualidade e pensamento sistémico (IOM, 2010)¹². Na formação contemporânea enfatiza-se a aquisição e desenvolvimento de competências intelectuais como a análise, a resolução de problemas, o juízo e o pensamento crítico, as atitudes, a dimensão ética e os princípios fundamentais dos cuidados de enfermagem, bem como o domínio de processos de intervenção, em vez de procedimentos e conteúdos específicos (Kerouac et al., 1996).

Os docentes de enfermagem estão sendo encorajados a assumirem a liderança na promoção da inovação e na transferência do foco da atenção dos conteúdos para o processo de aprendizagem dos alunos (Forbes & Hickey, 2009). A explosão do conhecimento associada à repetição de conteúdos, à pedagogia centrada no professor, às mudanças na prestação de cuidados de saúde e a uma certa resistência dos professores de enfermagem a chegarem a um consenso sobre o que constitui o conteúdo curricular essencial levam a currículos cada vez mais lotados. Este facto tem sido referenciado na literatura como “saturação de conteúdo” (Forbes & Hickey, 2009). Com as mudanças

¹² Em 2008 a Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) e o Institute of Medicine (IOM) lançaram uma iniciativa de 2 anos para responder à necessidade de avaliar e transformar a profissão de enfermagem. O IOM nomeou o Comité sobre a Iniciativa RWJF para o futuro da Enfermagem, no IOM, com a finalidade de produzir um relatório que iria fazer recomendações para um plano de ação orientado para o futuro da enfermagem (IOM, 2010).

que ocorrem no conhecimento, muito do conteúdo torna-se rapidamente obsoleto. A quantidade de conteúdo continua a aumentar à medida que novos conceitos são incorporados sem que, em simultâneo, se faça uma avaliação dos conteúdos desatualizados, resultando deste modo um “*additive curriculum*” (Forbes & Hickey, 2009). Se o conteúdo deve ser incluído ou dispensado torna-se cada vez mais incerto, pois todo o conteúdo é visto como necessário (Giddens et al., 2008). Os conteúdos curriculares devem ser atuais, relevantes, baseados em evidências e avaliados de forma crítica. Igualmente devem ser perspetivados em função da inclusão de novas competências, adaptáveis ao ambiente em mudança e triáveis relativamente ao conteúdo considerado desnecessário de modo a que se possa abrir espaço para o desenvolvimento do pensamento crítico, para além da memorização de factos (Stanley & Dougherty, 2010).

A aprendizagem só poderá ter lugar se os estudantes estiverem comprometidos e assimilarem o significado do conteúdo para a sua prática (Forbes & Hickey, 2009). Estas autoras, com base nos trabalhos de Ironside (2004) e Tanner (2004), salientam que a ênfase no conteúdo leva a que a preocupação se centre “no que os alunos precisam de aprender” em vez no “como os alunos aprendem a pensar”. Para o efeito, Giddens e Brady (2007) aludem à necessidade do reconhecimento de uma grande mudança de paradigma, um salto quântico para os professores habituados a um currículo tradicional e altamente estruturado.

Aos docentes de enfermagem deve ser exigido que participem no desenvolvimento profissional contínuo e que desenvolvam com competência a sua prática de ensino e pesquisa (IOM, 2010). Os professores podem ajudar os alunos a fazerem conexões entre a teoria e a prática clínica recorrendo a várias estratégias como por exemplo: projetos, estudos de caso, aprendizagem a partir de problemas, reflexão, simulação. Estas estratégias contribuem para aumentar o envolvimento dos alunos e facilitar a sua aprendizagem (Forbes & Hickey, 2009).

As inovações requerem uma atitude empenhada e aberta de diferentes atores, incluindo os docentes e os discentes. Formar estudantes com uma postura crítica e reflexiva passa também pela adoção de práticas pedagógicas ativas que tenham o aluno como o principal sujeito do seu processo de aprendizagem e o professor como facilitador deste processo, assegurando, deste modo, o desenvolvimento de competências e não apenas a aquisição de conhecimentos. As atuais perspetivas pedagógicas colocam o formando no centro de toda a ação pedagógica,

responsabilizando-o pela sua própria aprendizagem com o objetivo de o tornar competente e capaz de responder de forma adequada às situações que encontrará no seu dia-a-dia. Assinala-se, a este respeito, o contributo de Mestrinho (2011a, 2011b) no sentido de, em Portugal, ao nível dos modelos de formação em enfermagem, se estar a assistir a um processo de transição de modelos de transmissão de conhecimento para modelos de desenvolvimento crítico de competências, centrados em estratégias, práticas pedagógicas, saberes processuais, experiências e competências transversais e coletivas cujo foco são os interesses e as necessidades dos formandos.

Para as escolas superiores de enfermagem, o IMO (2010) defende que os Currículos de Enfermagem precisam de ser reexaminados, atualizados regularmente e adaptados para fazer face à evolução da ciência e tecnologia e às necessidades de saúde atuais e futuras das populações. É fundamental introduzir alterações curriculares que tenham em conta: i) a cultura de aprendizagem ao longo da vida; ii) a reflexão sobre as práticas; iii) a interação com o meio envolvente; iv) o saber agir em contextos imprevisíveis e em contínua mutação a fim de se obterem as competências necessárias ao atendimento das populações. Todas estas alterações carecem de uma avaliação regular dos programas para verificar a sua adaptabilidade, flexibilidade, acessibilidade e impacto nos resultados da aprendizagem (IOM, 2010).

As escolas de enfermagem em ligação com outras escolas de profissionais de saúde devem: i) proporcionar uma colaboração interprofissional através de aulas e treinos clínicos comuns; ii) investir ao nível das pós-graduações e doutoramentos para que os futuros enfermeiros possam assumir papéis na prática avançada, liderança, ensino e investigação, sendo esta a base da evolução da ciência de enfermagem e das suas práticas (IOM, 2010).

Em suma, para o desenvolvimento profissional do enfermeiro na atualidade espera-se das instituições de formação de enfermeiros uma intervenção profissionalizante através da oferta de condições e de situações que permitam aos estudantes o desenvolvimento de competências para intervirem de forma autónoma e criativa nos contextos da sua prática clínica. A formação orientada para este fim implica que os saberes sejam socialmente contextualizados. Trata-se de uma formação que valoriza os conhecimentos mas que não termina na sua aquisição, o que supõe um investimento na aprendizagem do estudante e no desenvolvimento das suas competências, enquanto pessoa e enquanto profissional. Todas estas considerações em torno das transformações curriculares que se assistiu no âmbito da formação em

enfermagem não estão, naturalmente, dissociadas das visões paradigmáticas em uso, que condicionam o que se considera ser a enfermagem e o ser enfermeiro numa cultura e num tempo específicos. Ou seja, sofrem a influência das concepções em uso sobre os conceitos centrais da disciplina e das relações que se estabelecem entre esses conceitos. Como referem Kerouac et al., (1996), as relações entre os conceitos Cuidado, Pessoa, Saúde e Ambiente, já anteriormente analisados, permitem conceber um cuidado que expressa a resposta à evolução das necessidades de saúde das pessoas, das famílias, dos grupos e das comunidades.

CAPÍTULO III. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR

Em cada dia que passa o homem defronta-se com novos desafios, as suas necessidades mudam e hoje mais do que nunca sabemos que a medicina curativa é insuficiente como base de um sistema de saúde. Atualmente os problemas de saúde das populações transcendem os tradicionais campos da medicina e exigem para a sua prevenção uma abordagem educativa, o que requer, em simultâneo, uma continua adaptação a formas de vida diferentes sendo necessário idealizar estratégias de intervenção educativa que contribuam para a resolução dos problemas emergentes.

A evidência científica tem demonstrado que as sociedades com maiores índices de doença não são necessariamente as mais pobres mas as que possuem menores níveis de educação (Figuerola, Farías & Alfaro, 2004; Jourdan, 2011), por isso, a educação é um fator determinante na saúde. Saúde e educação formam pilares essenciais para o desenvolvimento da pessoa humana nas suas diversas dimensões pelo que procuramos valorizar, no âmbito deste capítulo, a importância da ação intersectorial da área da Saúde com a da Educação que priorize a participação efetiva da comunidade no processo de construção coletiva de ações de saúde na escola.

3.1. Uma abordagem multidimensional ao conceito de saúde

A riqueza e a complexidade do ser humano, a sua diversidade de funções e dimensões, assim como a multiplicidade de fatores internos e externos do indivíduo que condicionam a saúde põem em relevo o carácter multidisciplinar da EpS e a complexidade que envolve conceptualmente a sua expressão (EpS) se queremos ser exaustivos em todas as suas implicações e funções.

A EpS integra conceptualmente os vocábulos educação e saúde com reconhecimento que cada um reflete por si só a estrutura política e social de um país. Saúde e educação são consideradas essenciais na estruturação de todo o projeto social e desenvolveram-se durante muito tempo como duas disciplinas paralelas, adotando

formas e práticas distintas, como produto do desenvolvimento histórico de uma sociedade (Figuerola et al., 2004; Jourdan, 2011).

A educação e a saúde possuem um corpo de conhecimentos próprios que validam a sua interface, especialmente em 1986, após a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, cujo marco essencial é o reconhecimento de que a promoção da saúde visa o processo de capacitação da comunidade com vista a melhorar a sua qualidade de vida e de saúde, incluindo a participação individual e coletiva. Ao assumir isso, educação e saúde tornam-se instrumentos do mesmo movimento de capacitação para a vida. O entrelaçamento destas duas áreas e os investimentos efetivos nesses dois setores podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades (ME & MS, 2000, 2001, 2006).

Pensamos que definir conceptualmente o que é a EpS requer a definição e a análise de alguns conceitos que lhe estão estreitamente associados, nomeadamente, o conceito de Saúde, Promoção de Saúde e Educação para a Saúde como estratégia de promoção da saúde na escola, no âmbito de um marco conceptual que nos permita vislumbrar a inter-relação que se estabelece entre eles para de forma mais sólida podermos entender melhor o significado atual da expressão EpS e podermos enquadrá-la em contexto escolar.

Hoje ninguém duvida que a saúde é um elemento básico para o equilíbrio das sociedades assim como se reconhece que ela não tem uma base unicamente biológica mas também é fruto da incidência de diversos fatores socio económicos e culturais sobre as pessoas e comunidades. Etimologicamente a palavra saúde provém do latim *salus-utis* que significa “o estado em que o ser orgânico exerce normalmente todas as suas funções” (Quesada, 2009a, p.11).

A saúde é um direito humano fundamental, universal e reconhecido internacionalmente em 1948 na Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU). O direito à saúde é igualmente um requisito preliminar para poder gozar os demais direitos humanos.

Na década de setenta do século XX, Portugal concretizou uma política de âmbito nacional tendente a garantir o direito à saúde de todos os portugueses. O direito à proteção da saúde está estipulado no ponto n.º 1 do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa desde 1976 que refere que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”. Nesse sentido, o direito à saúde significa a garantia, por parte do Estado, ao acesso universal, geral e tendencialmente gratuito, às

ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, independentemente da condição económica das pessoas. É um direito que deve ser promovido com equidade e depende da participação e corresponsabilidade dos indivíduos dos grupos e comunidades.

Na análise efetuada por nós anteriormente aos diferentes paradigmas que ao longo da história nortearam a evolução do pensamento em enfermagem demonstrámos as suas implicações não só na forma de encarar a pessoa, a doença, o ambiente e a prestação de cuidados mas também a saúde. Verificamos que a saúde tem sido uma preocupação constante em todas as sociedades, constituindo-se um valor social e cultural para os seres humanos e parte integrante das suas estruturas socioculturais. O conceito de saúde reflete a conjuntura social, económica, política e cultural pelo que não assume o mesmo significado para todas as pessoas, dependendo da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de conceções científicas, religiosas e filosóficas. Os valores, recursos e estilos de vida das pessoas que contextualizam e compõem a sua situação de saúde, em diferentes épocas e formações sociais, expressam-se através dos seus recursos para a valorização da vida, dos seus sistemas de cura, assim como das políticas públicas que evidenciam as prioridades consideradas (Quesada, 2009a). A saúde da pessoa está dependente do seu projeto de vida, do sentido que atribui à felicidade e da sua forma particular de estar no mundo (González, 2002; Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

O conceito de saúde tem evoluído com o tempo, o que lhe imprime um cariz dinâmico e histórico relacionado com o desenvolvimento das sociedades. Cada época tem tido e tem o seu próprio conceito de saúde (mágico, religioso, naturalista, bacteriológico, individualista, contextual-comunitário, ...), ou até mesmo a combinação entre essas diferentes perspetivas e formas de abordar a saúde (Martínez, Carreras & González de Haro, 2000; Santos & Osuna, 2006).

Nos primeiros anos da história e durante um largo período de tempo, manteve-se o pensamento primitivo (mágico-religioso) centrado na crença que a doença era um castigo divino. No período medieval, dadas as calamidades da época, os esforços centraram-se essencialmente nas medidas preventivas, na instituição de barreiras sanitárias nas fronteiras, no isolamento e no conceito de quarentena, sem evidências na preocupação com a etiologia das doenças (Quesada, 2004, 2009a; Santos & Osuna, 2006).

O período científico, que abarca desde o último terço do século XVIII até inícios do século XX, foi assinalado por vários acontecimentos, especialmente no século XIX,

nomeadamente os avanços da bacteriologia e a conceção de que para cada doença há um agente etiológico que poderá ser combatido com produtos químicos e vacinas (Santos & Osuna, 2006). O início do século XX foi marcado com o descobrimento da penicilina por Fleming, a criação dos antibióticos, a criação dos Centros da Segurança Social e as campanhas de vacinação que abriram novos horizontes quanto ao risco das doenças transmissíveis. Logo, foi possível comprovar o carácter multifatorial das doenças e relacionar os seus fatores causadores ao agente etiológico, ao hospedeiro e ao meio ambiente (Quesada, 2004, 2009a; Santos & Osuna, 2006).

O conhecimento dos múltiplos fatores que influenciam a saúde do homem contribuiu para uma nova perspetiva de saúde. A saúde definida como “ausência de doença”, como um acontecimento accidental e focalizada nas perturbações físicas que atinge o organismo foi sendo posta em causa em função das transformações científicas, tecnológicas e socioculturais, operadas nestes últimos dois séculos, que redefiniram os quadros conceituais de apreciação da vida humana (Quesada, 2004, 2009a). Para esta autora, toda esta conjuntura motivou uma mudança conceptual importante no conceito de saúde, passando-se de uma formulação em termos negativos para uma consideração positiva. O conceito de saúde da OMS é um exemplo desta viragem conceptual.

O conceito de saúde da OMS surge logo após a Segunda Guerra Mundial, altura em que o esforço de Cooperação Internacional estabelecido entre diversos países, no final da guerra, dá origem à criação, em 1948, da Organização Mundial da Saúde (OMS), agência subordinada à Organização das Nações Unidas.

A conjuntura social existente leva a que este organismo internacional tinha a preocupação de elaborar uma definição positiva de saúde, que fosse considerada não apenas no sentido estrito de ausência de doença, mas num sentido mais abrangente, de bem-estar físico mental e social. Desta forma, rompe, pelo menos teoricamente, os limites de uma medicina centrada na doença e nos meios para combatê-la (Martínez et al., 2000; Philpin, 2011).

Foram várias as tentativas de conceituar a saúde ao longo da história e cada vez se torna mais difícil de a definir como provam a diversidade de conceitos que existem na atualidade, onde se inclui o da Ordem dos Enfermeiros Portugueses por nós referenciado anteriormente. Na contemporaneidade convive-se com uma diversidade de conceções de saúde considerando-se a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, de 1948, que explica a saúde de forma positiva como “um estado de completo

bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”¹³ um marco importante no processo evolutivo deste conceito.

Laverack (2008), na análise que faz do conceito de saúde da OMS, refere que o bem-estar físico relaciona-se com o bom funcionamento do corpo, a normalidade biológica, a boa forma física e a capacidade para o desempenho de funções. Para o autor, o bem-estar social engloba as relações interpessoais e questões sociais variadas como a satisfação material, o emprego e o envolvimento da comunidade e o bem-estar mental engloba a autoeficácia, o bem-estar subjetivo, a competência social e a robustez psicológica. Saúde não se define unicamente como vitalidade física e biológica e é muito mais do que não estar doente. Como salienta Honoré (2002, p.19), “é mesmo a nossa existência que parece estar em questão”.

Para Martínez et al. (2000), a expressão "bem-estar" na definição de saúde supõe uma verdadeira mudança qualitativa em relação a outras conceções anteriores de saúde ampliando os horizontes de bem-estar das populações e abrindo as portas para uma nova visão da relação do homem com o meio ambiente, bastante distinta da que reduz as ameaças à saúde a micróbios, vírus, ou qualquer outro agente. A introdução dos aspetos sociais e afetivos como componentes essenciais ao bem-estar assim o demonstra. O conceito simboliza um compromisso, um horizonte a ser perseguido. É um conceito prospetivo e dinâmico por ser dificilmente atingível por todas as comunidades pelo que pode resultar num bom mecanismo de motivação para melhorar os níveis de saúde existentes e para assinalar novos objetivos para as práticas de saúde (Santos & Osuna, 2006).

O debate conceptual que a definição de saúde da OMS despoletou teve como resultado várias críticas, nomeadamente, a de ser uma definição subjetiva e utópica; de equiparar o bem-estar a saúde; de expressar mais um desejo do que uma realidade; de considerar a saúde como um estado ou produto e não como um relacionamento dinâmico, uma capacidade, um potencial ou processo (Santos & Osuna, 2006). Os críticos do conceito de saúde propõem incluir um aspeto objetivo no conceito, nomeadamente, a capacidade de funcionamento. Sugerem, igualmente, eliminar a palavra “completo” alegando que tanto a saúde como a doença não são valores absolutos, entre os quais se possa interpor uma clara linha divisória, pois existem

¹³ Cf In Documentos Básicos, 45 edição, suplemento, outubro 2006, disponível em http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

distintos graus de saúde da mesma forma que existem distintos graus de doença (Quesada, 2009a). Reconhece-se, desta forma, não só a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social mas também como uma capacidade de funcionamento. Há a compreensão de que a saúde é influenciada pela subjetividade e determinação histórica, dado que as pessoas consideram ter mais ou menos saúde consoante o momento, o referencial e os valores que atribuem a uma situação.

Das diversas definições que têm emergido após o surgimento da definição de saúde da OMS pode-se considerar que a formulação da saúde em termos positivos é um elemento comum entre todas elas, assim como a valorização da capacidade do ser humano em criar e lutar pelo seu projeto de vida em direção ao bem-estar (Quesada, 2009a; Rodrigues et al., 2005; Santos & Osuna, 2006). É à luz desta percepção positiva e multidimensional que a saúde é entendida atualmente. O entendimento da saúde ultrapassa os três níveis de prevenção: primária (centrada em evitar o risco, a doença, a incapacidade e o acidente); secundária (centrada no tratamento da doença ou na reparação da incapacidade) e terciária (centrada em atenuar os seus efeitos através da reabilitação) e vai mais além, questionando a forma como o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e como responde positivamente às exigências de ordem física, biológica, psicológica e social dum ambiente em constante mudança. A saúde, na atualidade, deixou de ser encarada como a ausência de doença para adquirir um significado holístico e integrador apesar da dificuldade de se encontrar um conceito que seja aceite por todos (González, 2002; MS, 2012; Quesada, 2004; Santos & Osuna, 2006).

Apesar da corrente de promoção etórica dos cuidados holísticos, a conceção que a medicina ocidental tem da saúde parece, muitas vezes, estar mais orientada para a doença e menos centrada nas dimensões social e psicológica que o conceito de saúde da OMS sugere (Martínez et al., 2000; Philpin, 2011). O modelo biomédico parece nortear a ideia que a medicina ocidental tem da saúde. Este modelo é caracterizado pelo dualismo corpo-mente; por defender que o corpo pode ser reparado como uma máquina; pelo imperativo tecnológico e pelo reducionismo. Desta forma os fatores psicológicos e sociais são relativamente negligenciados e as explicações da doença centram-se nas mudanças biológicas causadas por um agente específico identificável (Martínez et al., 2000; Philpin, 2011).

Os diferentes autores que têm definido o conceito de saúde têm utilizado termos como o comportamento. A saúde comportamental é encarada como um campo

interdisciplinar cujo fim é a promoção da filosofia de saúde que estimula a responsabilidade individual para a aplicação dos conhecimentos e técnicas derivados das várias ciências, para a prevenção das doenças e manutenção da saúde através da iniciativa individual e das iniciativas sociais. Se anteriormente se defendeu a doença em função da patologia agora define-se a saúde em função do comportamento (Quesada, 2009a).

Os estudos desenvolvidos na década de setenta, contribuíram para colocar em evidência a importância dos fatores internos do indivíduo e dos externos, nomeadamente, os ambientais e os sociais, com a conseqüente necessidade de se dirigir a ação educativa não só, ao indivíduo mas também à sua interação com o ambiente. Esta visão condicionou os conceitos de saúde que surgiram na época que apresentavam a tônica na interação do homem com o seu meio, sendo esta um elemento fundamental para se permanecer em saúde (Quesada, 2009a).

Para a OMS, o ambiente é um determinante fundamental que deve ser entendido em sentido lato – físico, psicológico, social e estético, abrangendo a habitação, o desenvolvimento urbano, o uso dos solos e os transportes (WHO, 1990). A relação ambiente/saúde tem vindo a ser trabalhada desde 1989 pela OMS com o objetivo de eliminar as ameaças ambientais mais significativas para a saúde. Este processo é marcado por uma série de conferências ministeriais realizadas a cada cinco anos. A 4.^a Conferência Ministerial sobre Ambiente e Saúde realizada em Budapeste em junho de 2004 na sua Declaração final e, no subsequente Plano de Ação Europeu Ambiente e Saúde para as Crianças é assumida a preocupação com a influência da qualidade do ambiente na saúde das crianças e dos jovens. Um dos objetivos deste Plano é o desenvolvimento de estratégias e de legislação que tenha em conta a maior vulnerabilidade das crianças (WHO, 2004). Tal poderá passar, por exemplo, pela revisão dos valores de qualidade da água e do ar já legislados.

Mais do que nunca, a saúde das crianças está em risco devido às mudanças que se operam no ambiente. Os fatores de risco ambientais são vários e têm cada vez mais impacto na saúde tais como o abastecimento de água e o saneamento inadequados, ambientes habitacionais e recreativos inseguros, falta de condições para a prática de atividade física, poluição do ar e produtos químicos perigosos pelo que “Proteger a saúde das crianças num ambiente em mudança” foi o tema da 5.^a Conferência Ministerial sobre Ambiente e Saúde, organizada pela OMS – Europa que decorreu em Parma, na Itália, em 2010. Esta Conferência visou reforçar o compromisso dos países

em proteger a saúde da população das ameaças ambientais. De acordo com o Ministério da Saúde Português viver num ambiente limpo e saudável é um direito humano primordial, sendo por isso essencial não só informar mas educar para a construção de um futuro com qualidade, segurança e bem-estar para todos (MS, 2006; SRS-DRS, 2010). O homem precisa respeitar a sua relação com o meio ambiente e assumir comportamentos que não ponham em causa o equilíbrio dos sistemas dada a sua influência determinante na qualidade de vida e nos indicadores de satisfação e felicidade das pessoas.

Em suma, o conceito de saúde passou de uma conceção mecanicista/ reducionista para uma outra sistémica ou de conjunto na qual se apoia a abordagem holística (Carvalho, 2007; Quesada, 2009a; Santos & Osuna, 2006). A saúde é considerada um domínio complexo, de grande incerteza, essencial para o bem-estar, para a realização da identidade e desenvolvimento social e de um capital humano precioso que é preciso aprender a gerir e em que é necessário investir. É influenciada por fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais em constante evolução. Deste modo, depende de setores como o da educação, da economia, da segurança social, do ambiente, do ordenamento do território, da investigação, entre outros, o que exige políticas sólidas e persistentes (MS, 2012). É possível afirmar que a saúde não pode ser entendida apenas a partir de uma visão redutora ou biomédica do próprio campo da saúde e que a sua promoção depende de uma vasta atuação que considere todos os fatores fundamentais para fomentar a qualidade de vida.

3.1.1. Compreender a saúde a partir da análise de seus determinantes

Na década de 1980, a OMS imprime uma maior amplitude conceitual à saúde considerando a importância de determinantes e condicionantes económicos, sociais, ambientais e culturais. A conceção da saúde de forma positiva tem contribuído para o aparecimento de uma nova cultura de saúde e de modelos explicativos que permitem integrar as complexas interações dos fatores biológicos e sociais. Hoje, a saúde é considerada uma variável influenciada por diversos fatores que condicionam o nível de saúde das pessoas que não podem ser considerados de forma isolada mas em interação (Santos & Osuna, 2006). Os fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais, com maior influência na saúde são denominados por determinantes da saúde (WHO, 1998). Poderá dizer-se que são um conjunto de elementos que condicionam a saúde e a doença

em indivíduos, grupos e coletividades. Nem todos os determinantes são modificáveis. Enquanto alguns podem ser modificáveis por ação individual, tais como os comportamentos de saúde e estilos de vida, outros podem exigir intervenções de âmbito social, como a redução da pobreza ou a redução da iliteracia da população (MS, 2012; OMS, 2010).

Os fatores que intervêm sobre a saúde foram formulados em 1974 por Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá, resultantes de um estudo realizado neste país sobre a perspectiva de saúde dos canadianos. Este estudo evidenciou que a saúde dependia de um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias: a biologia humana (herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os processos de maturação e envelhecimento e sistemas internos complexos); o meio ambiente (solo, água, ar, moradia, local de trabalho); o estilo de vida (do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, ingerir ou não álcool, praticar ou não exercícios, estando, portanto, parcialmente sob o controle do indivíduo); e por último o sistema de assistência à saúde (a assistência médica e de enfermagem, os serviços de ambulatório e hospitalares, os medicamentos), como demonstra a Figura 2:

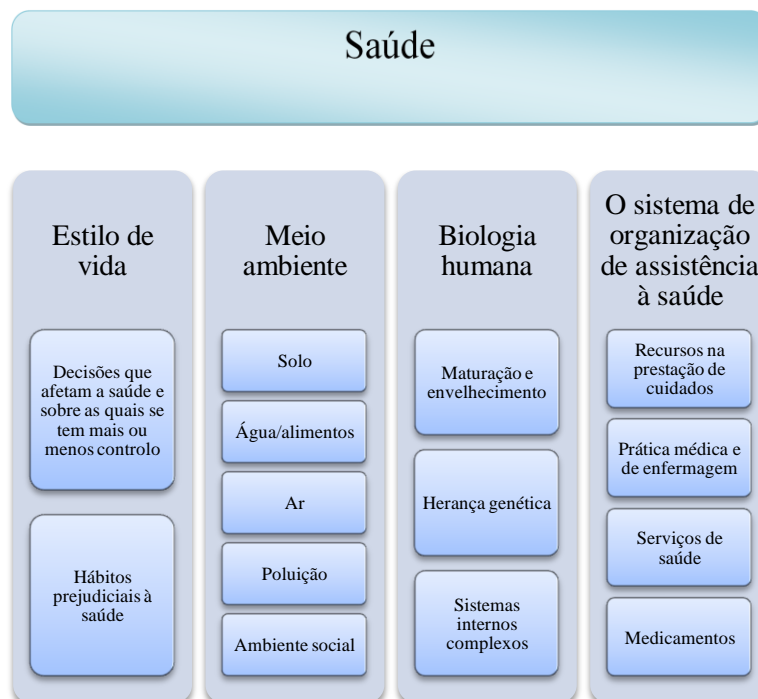


Figura 2 - Conceito de Campo da Saúde (adaptado de Lalonde, 1974).

Estes fatores interrelacionam-se e potenciam-se condicionando a saúde e modificando-a favoravelmente ou desfavoravelmente. Lalonde (1974) utilizando o modelo “Campo da Saúde” (conjunto de práticas e saberes que influenciam a saúde e que extrapolam os serviços de saúde), propõe uma concepção global de saúde baseada na interação destas quatro categorias de fatores e concebe um modelo capaz de explicar a multicausalidade dos processos de saúde e de doença. Até à data, a maioria dos esforços desenvolvidos pela sociedade para melhorar a saúde bem como as despesas com a saúde tinham como foco principal a organização do cuidado médico (Lalonde, 1974). Verificava-se, contudo, que as principais causas de doença e morte no Canadá tinham a sua origem nos três outros componentes: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida o que veio reforçar a ideia de que não se pode compreender ou transformar a situação de saúde do indivíduo e dos grupos sem considerar que ela é fruto das relações com o meio físico, social e cultural. Esta estrutura conceptual inspirou uma mudança de paradigma ao anunciar que a saúde seria mais do que os cuidados de saúde e ao mudar a orientação política de saúde, valorizando a promoção da saúde. Na compreensão dos problemas de saúde o trabalho de Lalonde foi o primeiro documento governamental a utilizar o termo Promoção da Saúde (PrS) como uma estratégia para formular políticas de intervenção (Santos & Osuna, 2006). O conceito de promoção de saúde assume um novo significado conceptualmente distinto do conceito de prevenção da doença, embora estas duas abordagens sejam complementares para a obtenção de ganhos em saúde e para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar (MS, 2012; Santos & Osuna, 2006)

A partir de então foram efetuados numerosos estudos que validaram a importância dos estilos de vida como determinantes de saúde e demonstraram que as doenças causadas por estilos de vida pouco saudáveis ocasionam ao sistema um elevado custo económico. Os resultados obtidos com a investigação desenvolvida contribuíram para que surgisse uma corrente de pensamento a favor de uma mudança de prioridades na Saúde Pública e de um aumento de verbas para a PrS/EpS e prevenção da doença (MS, 2012; Santos & Osuna, 2006).

Os estilos de vida são “um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida” (Despacho n.º 1916/2004, pp. 12-13). Hoje, assume-se que eles são produto das condicionantes sociais e da publicidade, por isso, dar informação à população sobre os riscos destes estilos de vida, como por exemplo o tabagismo, não é suficiente para os alterar, sendo necessário

criar condições para que as pessoas possam exercer com responsabilidade o seu autocuidado (Ávila-Agüero, 2009). Os estilos de vida relacionam-se com uma complexa constelação e interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Neste contexto, as escolas promotoras de saúde são o modelo mais recomendado para a promoção e consolidação de estilos de vida mais saudáveis e a educação é um requisito indispensável porque é a base sobre a qual se desenvolve o potencial do indivíduo de modo a que ele possa compreender o que é a saúde, responsabilizar-se por ela, escolher os seus estilos de vida e estabelecer uma participação útil na sociedade MS (2006). Deste modo, torna-se importante e necessário desenvolver nas escolas, ou em outras instituições, um trabalho sistemático para a exploração das possibilidades de ação relativamente aos estilos de vida e às condições de vida (Quesada, 2004; 2009b).

A abordagem dos estilos de vida com ênfase individual na promoção da saúde foi amplamente criticada porque, ao mesmo tempo que poderia influenciar o alcance de uma melhor saúde, estava culpabilizando a vítima pela sua possível doença. Em oposição a esta abordagem individual da promoção da saúde surge a abordagem social evidenciada no relatório Black (1980)¹⁴. Este relatório concluiu que uma deficiente saúde em todas as fases da vida estava associada às classes sociais mais baixas, confirmou as diferenças significativas e abrangentes na saúde entre classes e demonstrou um “gradiente social” na saúde consonante os estratos sociais (Moore, 2011).

No Canadá, em 1981, na “Primeira Conferência Nacional de Saúde” defendeu-se a ideia de que o contexto social era um poderoso determinante da saúde porque tinha uma influência decisiva no comportamento individual, admitindo-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social. Esta ideia contribuiu para uma visão abrangente de promoção da saúde que passou da sua base nos estilos de vida para uma nova orientação focada nos fatores sociais e ambientais (Moore, 2011).

A *Commission of the European Communities* (2007a) apresentou uma abordagem estratégica para a política de saúde da União Europeia no período 2008-2013, identificando os estilos de vida como fator determinante da saúde, bem como os fatores económicos, as grandes desigualdades sanitárias, o meio ambiente e os fatores

¹⁴ O Governo britânico criou uma comissão (Black Research Working group on Inequalities in Health – Relatório Black) para investigar as relações entre as classes sociais e as desigualdades na saúde. O relatório Black publicado em 1980 foi o estudo de maior relevo que marcou praticamente todos os debates em torno das desigualdades perante a saúde até à atualidade (Moore, 2011).

genéticos. Quer os fatores de saúde, quer os seus determinantes formam redes complexas pois muitos dos problemas de saúde têm em comum os mesmos determinantes.

Segundo a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS, 2010), a Organização Mundial da Saúde nos últimos anos apresenta um olhar diferenciado sobre o conceito de saúde defendendo que o bem-estar de uma população resulta da influência das condições de vida e de trabalho, chamadas de Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Esta organização retoma, assim, de forma mais explícita o conceito de saúde que está escrito na sua Constituição.

Recentemente, a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS, criada por esta organização em 2005 com o objetivo de estudar a problemática dos determinantes sociais da saúde e as injustiças a eles associadas, apresentou um relatório com as conclusões do seu trabalho de três anos intitulado “*Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*”. Este documento apresenta diretrizes que estão sujeitas a discussão e que devem ser aplicadas pelos Estados-membros e pela OMS.

Como se comentou, a maioria dos problemas de saúde pode atribuir-se às condições socioeconómicas das pessoas. Verifica-se a nível mundial que as pessoas socialmente mais desfavorecidas não só têm menos acesso aos recursos sanitários básicos e ao sistema de saúde no seu conjunto como também adoecem e morrem com mais frequência do que as pessoas socialmente mais privilegiadas. Este facto torna-se mais problemático em grupos mais vulneráveis como é, por exemplo, o caso das crianças e jovens (CDSS, 2010). A investigação intercultural demonstra que as desigualdades na saúde são um problema internacional, sendo consensual que a privação material é a mais importante causa dessa desigualdade (Moore, 2011).

A saúde e a doença seguem uma gradação social: quanto mais baixa a posição socioeconómica, pior o estado de saúde (CDSS, 2010). A estratificação social determina o acesso e uso distinto de cuidados de saúde com consequências para a desigual promoção de saúde e bem-estar, prevenção de doenças e consecutiva recuperação e sobrevivência. Como refere a Declaração de Jakarta de 1997, a saúde e bem-estar das pessoas são o resultado de condições básicas (MS, 2002).

A distribuição dos problemas não se afigura homogénea na população, constatando-se o aumento das assimetrias e iniquidades em saúde apesar de nunca ter existido no mundo a riqueza, os conhecimentos, a sensibilidade e interesse por temas

relacionados com a saúde como agora (CDSS, 2010). Reduzir a desigualdade nas condições de saúde é, para a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, uma questão de justiça social e um imperativo ético e implica, inevitavelmente, a redução da pobreza.

É de salientar o reconhecimento desta Comissão pela “Igualdade desde o início” no reforço que atribui à importância do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI) em todos os domínios, pelas implicações que este tem nas possibilidades subsequentes de vida e saúde, através do desenvolvimento de conhecimentos, da educação e das oportunidades profissionais.

Por sua vez, a evidência tem demonstrado a eficácia da implementação de políticas e intervenções sobre as “causas das causas”, ou seja, sobre os determinantes sociais da saúde em países de todos os variados níveis de desenvolvimento socioeconómico na diminuição das desigualdades (CDSS, 2010).

A Declaração de Alma-Ata¹⁵, de 1978, alterou o pensamento em saúde e conseguiu criar um verdadeiro movimento mundial de Cuidados de Saúde Primários (CSP), com o envolvimento não só do pessoal de saúde, mas também dos governos, das comunidades locais, da sociedade civil, empresas e de outros setores dentro e fora do setor da saúde (CDSS, 2010). A Declaração de Alma-Ata, para além de: i) reconhecer a saúde como um direito fundamental, ii) a saúde como um objetivo social de grande importância, iii) a equidade em saúde como um elemento básico, iv) a estreita relação entre a promoção da saúde e o desenvolvimento económico, v) a abordagem comunitária dos problemas de saúde, vi) a importância do envolvimento das pessoas, vii) a cooperação dos diferentes setores da sociedade viii) e a obrigação dos governos de cuidar da saúde das suas populações, promoveu os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como o meio primordial para atingir uma saúde global e igualitária adotando um modelo de sistema de saúde que interviesse nas causas sociais, económicas e políticas subjacentes às más condições de saúde (MS, 2002).

¹⁵ A Declaração de Alma-Ata é a carta de intenções resultante da 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários organizada pela OMS em 1978. Enquadrou-se no movimento mundial, sob a responsabilidade e empenho da OMS, de combater as desigualdades entre os povos e a alcançar a audaciosa meta de "Saúde Para Todos no Ano 2000".

A OMS, no seu Relatório Mundial de Saúde de 2008, intitulado *Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca*, para além de destacar Portugal como um dos cinco países do Mundo com mais progressos na redução da taxa de mortalidade desde 1975, sobretudo ao nível da mortalidade infantil, como já o referenciamos, volta a afirmar a necessidade de se continuar a investir na estratégia dos CSP, dado que estes são considerados a componente dos sistemas de saúde que mais tem contribuído para a melhoria do estado de saúde da população em todo o mundo, quer nos países desenvolvidos quer em vias de desenvolvimento (OMS, 2008). O documento propõe quatro grandes reformas para o setor da saúde: uma reforma a favor da cobertura universal; a reforma na prestação de serviços; a reforma das políticas públicas e a reforma na liderança. Mantém-se, deste modo, o objetivo primordial de Alma-Ata de fornecer Saúde para Todos assim como os princípios básicos dos CPS, nomeadamente a participação da comunidade, as abordagens intersectoriais para a melhoria das condições de saúde e a promoção do acesso igualitário às condições que facilitam a saúde, sendo este último considerado um dos aspetos mais essenciais da justiça nas relações humanas (OMS, 2008).

Na atualidade, reconhece-se a saúde como um recurso muito importante para o desenvolvimento social e para uma melhor compreensão de que a saúde contribui para outras questões como a coesão social e o desenvolvimento económico. Para melhorar as condições de saúde é preciso coordenar esforços dos diferentes setores uma vez que a saúde e o bem-estar resultam da interação complexa de múltiplos fatores biológicos, comportamentais, ecológicos e sociais.

A nível internacional, há um movimento de resgate da Declaração de Alma-Ata sobre a necessidade da universalização da saúde, dos Objetivos do Milénio¹⁶ e do debate sobre o desenvolvimento social, que está patente na Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento, realizada em Buenos Aires e organizada pelo Ministério da Saúde da Argentina, em 2007. O tema “De Alma-Ata à Declaração do Milénio; Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento: Direitos, Factos e Realidades”, esta Conferência pretende contribuir para a concretização dos “Objetivos

¹⁶ Em 2000, a ONU (Organização das Nações Unidas) aprovou um documento denominado “Declaração do Milénio”. Esta Declaração reflete as preocupações de 147 Chefes de Estado de 191 países. No documento constam oito objetivos a serem atingidos pelos países até 2015 - as “Metas do Desenvolvimento do Milénio”, também denominadas de “Metas do Milénio” tais como: erradicar a pobreza extrema e a fome; atingir o ensino básico universal; promover a igualdade de género e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental; criar uma parceria mundial para o desenvolvimento (ONU - Declaração do Milénio, 2000).

de Desenvolvimento do Milênio” previstos para 2015 e tem como principal preocupação a Atenção Primária em Saúde que tem que ser fortalecida a partir da compreensão de que o conceito de saúde atual está intimamente relacionado com o desenvolvimento econômico e social (MS, 2009a). A saúde afeta globalmente os seres humanos e o seu ambiente, a pessoa e a sociedade, o organismo e a comunidade pelo que a noção de saúde atual engloba inevitavelmente o nível individual, social e meio ambiente, com implicações bem evidentes para a teoria e prática da EpS (Martínez et al., 2000). Por sua vez, os determinantes da saúde não só ampliam as ciências que podem contribuir para a sua compreensão, como também os campos de ação em EpS na sociedade atual.

3.2. Promoção da saúde e educação: dois campos em interdependência

A literatura evidencia a contribuição da saúde para a qualidade de vida das pessoas e o reconhecimento da influência dos componentes da vida social na elevação do nível de saúde dos indivíduos e das populações. Nesta articulação entre saúde e condições/qualidade de vida pode identificar-se a promoção da saúde como campo conceitual e de prática que busca explicações e respostas integradoras para esta questão.

A promoção da saúde está sendo progressivamente reconhecida como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde e como uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as pessoas e o seu ambiente. Na Declaração de Jacarta, de 1997, está expresso que a promoção da saúde, uma vez que atua sobre os determinantes da saúde, pode contribuir para a redução das iniquidades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social (MS, 2002). A premissa de que a saúde é um direito fundamental e importante para o desenvolvimento social e econômico de um país é reforçada na Declaração de Jacarta assim como a responsabilidade de outros setores além dos da saúde pela promoção da saúde.

A concepção de promoção da saúde inclui um amplo espectro de fatores e determinantes relacionados com a qualidade de vida, tais como: a justiça social, a equidade, a paz, o abrigo, a alimentação, as oportunidades de trabalho e de educação, um ecossistema sustentável e os recursos econômicos e sustentáveis como pré-

requisitos para a saúde, e a advocacia¹⁷ e a mediação, como métodos para a atingir (OMS 1986).

É a partir da Carta de Ottawa, em 1986, que a promoção da saúde começa teoricamente a ser equacionada, debatida e realmente valorizada. A Carta de Ottawa é considerada a principal referência da promoção da saúde em todo o mundo e define Promoção de Saúde como o processo que tem como objetivo aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (OMS 1986), reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde e apelando ao empoderamento (*empowerment*) dos indivíduos e das comunidades para poderem controlar as decisões que têm influência nas suas vidas e na sua saúde.

O empoderamento pode ser encarado como um processo e como um resultado. Como processo visa a concretização de uma meta ou objetivo e como resultado o empoderamento é em si mesmo a meta ou o objetivo (Laverack, 2008). O empoderamento como um processo interativo implica o empoderamento pessoal e o desenvolvimento de pequenos grupos que se apoiam mutuamente, bem como de organizações comunitárias e redes ou coligações (Laverack, 2008). O empoderamento pessoal refere-se, principalmente, à capacidade dos indivíduos para tomarem decisões e terem controlo sobre sua vida pessoal enquanto a capacitação da comunidade envolve indivíduos agindo coletivamente para auferirem maior influência e controlo sobre os determinantes da saúde e da qualidade de vida na sua comunidade (WHO, 1998). O empoderamento como resultado leva a aquisição de competências pessoais e comunitárias de regulação da saúde. O empoderamento constitui-se, deste modo, como uma meta importante na ação comunitária para a saúde, ou seja é:

um processo social, cultural, psicológico e político através do qual indivíduos e grupos sociais são capazes de expressar as suas necessidades, apresentar as suas preocupações, conceber estratégias para a participação na tomada de decisões, e alcançar uma ação política, social e cultural para atender a essas necessidades (WHO, 1998, p.6).

¹⁷ “Advocacia para a saúde é uma combinação de ações individuais e sociais a fim de obter o compromisso político o apoio à política, a aceitação social e os sistemas de apoio para um objetivo particular de saúde ou programa (...).Tal ação pode ser tomada por /ou em nome de indivíduos e grupos para criar condições de vida que favoreçam a saúde e para a realização de estilos de vida saudáveis. Advocacia é uma das três principais estratégias de promoção da saúde e pode assumir muitas formas, incluindo a utilização dos meios de comunicação e multimédia. Os profissionais da Saúde têm uma grande responsabilidade de agir como defensores da saúde em todos os níveis da sociedade (WHO, 1998).

A promoção da saúde é um processo holístico, intersectorial, sustentável, assente na combinação de múltiplas estratégias e no apelo à participação (WHO, 2001).

Ao conceituar a promoção da saúde como um processo de capacitação, a OMS indica que, do ponto de vista educacional, há necessidade de mudança nos estilos de vida e nas condições de vida da população e da sociedade. Para este desafio não basta somente adquirir conhecimentos, mas construir/desenvolver habilidades pessoais e sociais de modo a lidar com os determinantes da saúde, a saber eleger e fazer escolhas favoráveis tanto à saúde como à qualidade de vida em liberdade, o que constitui o empoderamento individual e comunitário. Ressalta a importância da educação nesse campo, uma vez que a saúde é percebida como um recurso e não como um objetivo a alcançar apenas quando se está doente.

Posteriormente à Carta de Otawa, seguem-se outros encontros e conferências internacionais que merecem ser mencionadas porque contribuem para o desenvolvimento conceitual e articulação das propostas de promoção da saúde na agenda política de chefes de Estado e gestores de diferentes instâncias de poder no mundo inteiro. Contribuem, igualmente, para precisar o sentido e a pertinência das principais estratégias enunciadas na Carta de Otawa (estabelecimento de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de capacidades pessoais e reorientação do sistema de saúde). Assim, segue-se a definição de Políticas Públicas Saudáveis na Conferência de Adelaide, na Austrália, em 1988 e a criação de Ambientes Favoráveis à Saúde na Conferência de Söndsvall, na Suécia, em 1991. Com vista a responder aos desafios da Promoção da Saúde no Século XXI, surge a já referenciada Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde, em 1997. Em 2000, ocorre na Cidade do México a 5ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde abordando o tema: *Rumo a uma Maior Equidade*, donde resulta a Declaração Ministerial do México para a promoção da saúde. Em 2005, na cidade de Bangucoque na Tailândia realiza-se a 6.ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde: *Promoção da Saúde num Mundo Globalizado*, e, por último, em 2009, na cidade de Nairobi no Quênia, a 7.ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde: *Chamada para a Ação*.

Na generalidade destas Declarações o conceito de saúde vai-se redefinindo como um processo cada vez mais complexo e abrangente, fruto de um sistema inter-relacional e multidimensional, no qual estão implicados diversos fatores como os biológicos,

psicológicos, espirituais, socioculturais, ambientais, políticos e económicos (Antunes, 2008).

Todas estas Conferências estabelecem as bases conceituais e políticas da promoção da saúde, da educação para a saúde, da participação comunitária. Elas vêm desempenhando um papel importante na manutenção da motivação e interesse sobre estes temas, ao mesmo tempo que promovem avanços significativos na ampliação dos campos de ação e nas abordagens mais efetivas para o alcance dos objetivos delineados, com a certeza, porém, que irão prosseguir, acompanhando a evolução e o dinamismo social e os pensamentos axiológicos em torno dos conceitos já referidos.

De uma forma ou de outra, as políticas governamentais dos países em geral, incluindo Portugal, têm sido norteadas pelos valores e princípios decorrentes destas Conferências.

Apesar de não terem força de lei, a publicação deste conjunto de Cartas e Declarações Internacionais pode também ser considerada um quadro de referências sobre Políticas Saudáveis uma vez que visam orientar os esforços da sociedade para que todas as pessoas tenham oportunidades iguais e realizem o seu potencial de saúde (MS, 2012). A definição de Políticas Saudáveis em todas as áreas da governação e setores sociais é um dos eixos de ação da promoção da saúde (OMS, 1986).

A nível do território nacional, o Plano Nacional de Saúde de 2012-2016 considera como quadro de referência: i) as Políticas Saudáveis. O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (MS & DGS, 2004); ii) as Estratégias Locais de Saúde. Análise para o PNS 2012-2016; iii) as Políticas Públicas Saudáveis. Análise para o PNS 2012-2016 iv) e a Declaração para uma vida melhor (MS, 2012).

As Políticas Saudáveis devem promover uma visão positiva de saúde e traduzem-se em medidas legislativas, normativas, administrativas, de regulamentação, entre outras, que contribuam para a criação de condições ambientais e socioeconómicas favoráveis à saúde individual e coletiva (MS, 2012). O conceito de Políticas Saudáveis pode ser encarado como abrangente, por responsabilizar todos os setores, para além dos da saúde, na criação de ambientes físicos e sociais que contribuam para a saúde e bem-estar das populações, assegurando a igualdade de oportunidades a cada cidadão na opção por escolhas saudáveis, na promoção do seu potencial de saúde e no direito a uma longevidade com qualidade (WHO, 2010b).

As Políticas Saudáveis englobam Políticas de Saúde Pública e *Saúde Em Todas as Políticas* (MS, 2012). As políticas de saúde pública são globais e específicas para o

sistema de saúde e têm como objetivo primordial beneficiar o estado de saúde de uma população. A educação para a saúde, a intervenção sobre os determinantes da saúde, a vigilância sanitária e epidemiológica são exemplos das políticas globais de saúde, assim como são exemplo das políticas específicas para o sistema de saúde o acesso aos cuidados, aos medicamentos, à qualidade dos cuidados, entre outros. Por sua vez, *Saúde Em Todas as Políticas*, para além de ser um pilar de governação central e local, tem como objetivo obter ganhos em saúde e qualidade de vida. O Plano Nacional de Saúde, com base na evidência de que as ações desenvolvidas pelos setores para além dos da saúde têm repercussões positivas e negativas na saúde e na equidade, sugere que as intervenções aos determinantes sociais da saúde privilegiem uma abordagem intersectorial (MS, 2012). Assim, torna-se evidente que, para atingir o mais alto nível de saúde, têm que estar implicados, além do setor da saúde, todos os outros setores e aspetos conexos do desenvolvimento nacional e comunitário, o que requer, para o efeito, esforços coordenados de todos eles.

As Políticas Saudáveis em todos os contextos e atividades deverão promover uma cultura de saúde e refletirem a preocupação com a saúde e com a equidade, assim como com a prestação de contas quanto aos impactes na saúde advindos das tomadas de decisão políticas adotadas pelos diferentes setores da governação (WHO, 2010b).

A nível nacional, salientam-se as iniciativas desenvolvidas pelo Ministério da Educação com impacto na saúde, nomeadamente a educação para a saúde, a educação sexual, refeições escolares, modernização dos estabelecimentos de ensino, o plano de leitura e a participação de Portugal em redes internacionais promotoras de Políticas Saudáveis, como é o caso da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde que demonstram o impacto da promoção da saúde no meio escolar, através da EpS e do envolvimento da comunidade educativa (MS, 2012).

As Cartas e Declarações de Promoção da Saúde expressam diferentes dimensões no campo da educação, sendo identificadas, por exemplo: nos processos de empoderamento, individual e comunitário; no reforço da ação comunitária; no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais; na opção de estilos de vida saudáveis; na participação popular; na capacitação da população para tomar decisões favoráveis à sua saúde e na participação no processo de decisão política, entre outros. Deste modo, torna-se claro que a participação das pessoas e a sua capacitação são fatores fulcrais de promoção da saúde. A educação é também essencial para que a saúde seja um bem alcançável por todos, desenvolvendo nas pessoas as competências

necessárias para que possam ter um maior controlo sobre a sua saúde e sobretudo melhorá-la (Antunes, 2008). Para a autora, agora referenciada todo este processo conduziu a uma co implicação da saúde e da educação, tanto a nível dos conceitos como das práticas e à sua interdependência no processo de autoformação participada das pessoas.

Todos estes pressupostos podem ser considerados desafios para o trabalho dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, e também para a sua formação. Desta forma torna-se relevante sensibilizá-los para: i) a importância da abordagem e da intervenção intersectorial na saúde; ii) a promoção da formação regular na área da Saúde Pública; iii) e o desenvolvimento de competências que promovam uma cultura de trabalho conjunto com profissionais de outros setores (MS, 2012).

Assim, uma formação em EpS adequada às necessidades das práticas profissionais é um fator importante para se alcançar boas práticas de EpS e, em consequência, ganhos em saúde. A este respeito, a Declaração da Organização Mundial de Saúde na “Política de saúde para todos para o século XXI”, nomeadamente na sua meta n.º 18 “Desenvolvendo os recursos humanos na saúde”, refere que todos os Estados-Membros devem assegurar que os profissionais de saúde obtenham “Conhecimento apropriado, atitudes e competências para proteger e promover a saúde” (WHO, 1999, p. 198).

Embora o termo Promoção da Saúde tenha sido usado inicialmente para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva (Leavel & Clark, 1965), o seu significado foi-se modificando, passando a representar, como demonstra a análise efetuada, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença. Podemos referir que o processo saúde-doença resulta de um “histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis e de vivências em contextos saudáveis” (MS, 2012, p. 2).

A promoção da saúde impõe a necessidade de articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para enfrentar e resolver os problemas de saúde e seus determinantes. Investir na promoção para a saúde é, em nosso entender, um grande desafio atual. A promoção da saúde contribui para aumentar os ganhos em saúde, reduzir as desigualdades, promover os direitos fundamentais do ser humano e o desenvolvimento social. Não obstante a evolução do conceito de saúde e de promoção da saúde apresentados continuam a levantar-se questões acerca das estratégias a desenvolver na sua prossecução.

A análise dos documentos apresentados, no âmbito deste capítulo, sugere que a Promoção de Saúde tem que ser viabilizada pela Educação em Saúde, processo político de formação para o exercício de uma cidadania ativa e de ação transformadora da realidade com vista à melhoria da qualidade de vida.

3.3. Educação para a saúde: um conceito evolutivo

Após a análise efetuada aos conceitos associados à EpS, estamos em melhores condições para compreender o seu sentido evidenciando os aspetos mais significativos e específicos que a caracterizam. Isto porque a “*Identidade* da EpS” não é um facto mas uma construção realizada através de processos que ocorrem de forma contextualizada. A EpS tem uma longa tradição e ao longo da história tem sido passível de múltiplas interpretações. Como todas as manifestações sociais, evolui enquadrada num contexto histórico e social determinado, existindo algum consenso quanto à sua identidade e coerência relativamente às práticas a ela associadas (Martínez et al., 2000).

A EpS está intimamente ligada ao campo da saúde-doença e, como já referimos, ele tem sido abordado em diferentes épocas da história do homem e em todas elas foi adotada uma posição que lhe tem sido característica. A espécie humana tem mostrado preocupações com a saúde como a limpeza do corpo, da mente e do meio ambiente e todos estes elementos são tidos em conta nas diferentes épocas para explicar os problemas relacionados com a saúde e a doença (Carvalho & Berger, 2012; Vega, 2007). De acordo com Vega (2007) a EpS passou por várias etapas. Durante o séc. XIX, era utilizada para divulgar alguns problemas de saúde, higiene pessoal e para dar conselhos sobre temas agrícolas, por exemplo. Já nos fins do século XIX, a EpS era encarada como uma medida para combater a ignorância da população e deste modo utilizada para a prevenção da doença e promoção da saúde. No séc. XX, a EpS desenvolve-se no âmbito escolar para os educadores poderem enfrentar os problemas relacionados com a saúde das crianças, nomeadamente o desenvolvimento infantil, alimentação e nutrição, saúde mental, higiene pessoal, droga e alcoolismo. Este facto impulsionou de forma significativa o desenvolvimento da EpS (Carvalho & Berger, 2012; Vega, 2007).

O termo EpS foi empregue pela primeira vez em 1919 numa conferência sobre assistência à saúde da criança e como matéria autónoma constituiu-se formalmente em

1921 com o primeiro programa de EpS adotado no Instituto de Massachusetts (Quesada, 2004).

Em alguns, países a EpS foi utilizada com fins propagandistas para difundir informações sobre saúde de forma mais positiva, mais alegre e com humor contrastando, deste modo, com as mensagens veiculadas no passado. A EpS começa, assim, a ser reconhecida como um campo de aplicação em Saúde Pública com implicações na contratação de pessoal para desenvolver atividades nessa área, e posteriormente no início da formação especializada em EpS em universidades e escolas de saúde pública (Carvalho & Berger, 2012; Vega, 2007).

Em meados do século XX, os educadores para a saúde trabalham diretamente com as comunidades promovendo a sua participação ao nível da identificação, da análise e da solução dos problemas de saúde que apresentavam tornando-se, assim, a EpS uma verdadeira ferramenta de Saúde Pública (Quesada, 2004). Em 1951, em França, a EpS teve um grande impulso e desenvolvimento com a criação da União Internacional para a Educação Sanitária Popular que, por sua vez, promoveu a criação de Associações e Comitês de EpS em diferentes países. Em suma, podemos situar o final do século XIX e o início do século XX como um momento histórico importante na construção de conceções e práticas de educação para a saúde.

Como vimos, o interesse pela EpS tem uma longa tradição, porém, a sua evolução científica e sistemática é relativamente recente. A trajetória da EpS tem sido caracterizada por rápidas mudanças que têm ocorrido no campo que a afeta. Este facto deve-se à necessária perceção histórica do seu objeto e ao concreto devir dos processos tecnológicos e sociais que se produzem nas sociedades pós-industriais (Jourdan, 2011; Martínez et al., 2000).

Desde que a Declaração de Alma-Ata (1978) e a Carta de Ottawa (1986) identificaram o papel essencial da EpS, tem havido um progresso considerável ao nível da saúde mundial, com a diminuição das doenças infecciosas e da mortalidade infantil, com o melhoramento do saneamento básico e com o aumento de pessoas bem nutridas e com mais esperança média de vida (UNESCO, 1997). Impulsionadas por preocupações socioeducativas, as mudanças que ocorrem podem ser consideradas positivas porque produzem efeitos na configuração científica e profissional da EpS e na resposta às necessidades específicas expressas pela própria sociedade (Martínez et al, 2000).

Como ocorre quase sempre no início da estruturação e sistematização de um saber autónomo, as posições dos autores são diferentes o que se reflete nas diversas definições que têm sido elaboradas no que respeita à expressão EpS.

Definir EpS poderia, à primeira vista, parecer um processo mais simples do que definir saúde, por ser considerado um processo humano intencional e mais facilmente manejável. Porém, se questionarmos o objeto do conhecimento da EpS, não pode ser dada uma resposta simples. Facilmente se entenderá a complexidade dessa tarefa se quisermos ser completos em todas as suas implicações e funções, visto que a EpS se dirige a uma realidade global, a uma conceção holística do ser humano, assim como ao seu contexto nas suas dimensões ecológica e social. Como temos defendido, nada ocorre a nível orgânico que não tenha repercussões a nível psicológico, sociocultural e também político, da mesma forma que estes aspetos podem interferir no orgânico.

O termo genérico de EpS tem sido usado para descrever uma vasta gama de ações com o objetivo de proporcionar informação e conhecimentos para manter e promover a saúde (Figuerola et al., 2004).

A *Fundación para el Desarrollo de la Enfermería* (FUDEN)¹⁸, com base em Salleras, distingue dois períodos no desenvolvimento do conceito da EpS e dos seus conteúdos denominados o *período clássico* e o *período atual*, sendo a década de setenta a linha divisória entre ambos (FUDEN, 2004; Sanmartí, 1988)

No *período clássico*, o conceito de EpS abrangia ações apenas centradas no indivíduo, a fim de este assumir a responsabilidade pela sua própria saúde, tentando assim mudar comportamentos individuais prejudiciais à saúde. Neste período acreditava-se que a mudança de atitudes e comportamentos individuais garantia a resolução dos problemas de saúde (Carvalho & Berger, 2012; Figuerola et al., 2004; Navarro Cano, 2007; Sanmartí, 1988). Na segunda etapa, que se inicia em meados da década de setenta, denominada *período atual*, os conceitos e objetivos de saúde foram alvo de uma importante mudança (Sanmartí, 1988).

Como demonstramos anteriormente, os comportamentos humanos não dependem apenas dos fatores internos do indivíduo, mas também dos fatores externos, ambientais e sociais. É também demonstrado que as ações de educação em saúde focadas apenas no

¹⁸ A Fundação para o Desenvolvimento da Enfermagem, FUDEN, foi constituída em 28 de junho de 1989, com o objetivo de promover o desenvolvimento da saúde em todos os seus aspetos com especial atenção para a contribuição da enfermagem (Cf. http://www.fuden.es/nav_fuden.cfm?ID_MENU=1)

indivíduo são pouco eficazes na modificação dos comportamentos prejudiciais à saúde. Por tudo isso, um dos objetivos da EpS passa a ser a modificação dos fatores externos no sentido favorável, atentando não só ao indivíduo mas também às mudanças ambientais e sociais necessárias para que a alteração do comportamento possa ocorrer e manter-se (Sanmartí, 1988).

Uma das primeiras definições válidas em EpS é a desenvolvida por Wood, que em 1926 a define como “a soma de experiências que influenciam favoravelmente os conhecimentos, atitudes e hábitos relacionados à saúde dos indivíduos e da comunidade”, e a de Gilbert, especialista canadiano em educação em saúde, que a define em 1959 como “ a instrução das pessoas em matéria de higiene, para que apliquem os conhecimentos adquiridos na melhoria da sua saúde” (citado por FUDEN, 2004, p.4).

Como se constata nos conceitos apresentados, o elemento comum entre eles é a modificação de forma positiva dos conhecimentos, das atitudes e dos hábitos relacionados com a prevenção da doença e a promoção da saúde. Estes conceitos foram bastante criticados por não considerarem os fatores ambientais, físicos e sociais em que o indivíduo está inserido que, como hoje sabemos, assumem um papel fundamental nos comportamentos que adota e na sua saúde.

Na mesma linha de pensamento, está a definição do grupo científico da OMS sobre a investigação em EpS que em 1969:

o processo que se interessa por todas aquelas experiências de um indivíduo, grupo ou comunidade que influenciam as crenças, atitudes e comportamentos em relação à saúde, bem como os esforços e processos que produzem uma mudança quando é necessário para uma melhor saúde (FUDEN, 2004, p.4).

A Organização Mundial de Saúde refere que a educação para a saúde pode ser considerada como um componente básico na promoção da saúde e é encarada como compreendendo oportunidades planeadas de aprendizagem envolvendo alguma forma de comunicação dirigida a melhorar a literacia em saúde e o desenvolvimento de habilidades para a vida que são propícias para a saúde do indivíduo e da comunidade (WHO, 1998). Esta organização, na sua definição de EpS, refere que esta não está limitada à informação mas também à promoção da motivação, de habilidades e da confiança necessárias para a adoção de medidas destinadas a melhorar a saúde. Educar para a saúde significa não só dar informações sobre os aspetos sociais, ambientais e

económicos que influenciam a saúde e a doença, mas também sobre os fatores e comportamentos de risco e o uso do sistema de saúde (WHO, 1998). Nesta definição já é manifesta a necessidade de incidir sobre os contextos social, económico e ambiental em que as pessoas vivem e trabalham e a implicação da comunidade no processo educativo. A EpS é, pois, uma estratégia de promoção da saúde de modo a alcançar os objetivos da promoção da saúde indo, deste modo, ao encontro das tendências que caracterizam o período atual já referenciado.

Como precursor deste novo enfoque de EpS, destaca-se o Centro Experimental de Educação em Saúde da Universidade de Perugia fundado por Seppilli, no início dos anos setenta (FUDEN, 2004). Desde então o campo da EpS tem sido repensado, contribuindo para este facto a ampliação da compreensão sobre o processo saúde-doença que passa a ser concebido como resultante da interrelação causal entre os fatores sociais, económicos e culturais, distanciando-se da conceção limitada do foco biológico.

Na década de oitenta do século XX e na perspetiva de Green et al. (1980), a EpS “é toda aquela combinação de experiências de aprendizagem planeadas, destinadas a facilitar a mudança voluntária em comportamentos de saúde” (Cf. Green & Morton, 1988 p.30). Esta definição é reconhecida como uma das mais completas porque contempla as bases para uma boa educação para a saúde (Rochon, 1996). O conceito de EpS de Green et al. (1980) incorpora termos que nos fazem refletir como o termo “combinação” que evoca a necessidade de utilizar diferentes métodos educativos que favoreçam a aprendizagem bem como a importância da sua complementaridade. A alusão a experiências planeadas conduz-nos à necessidade de refletirmos de forma sistemática antes da elaboração de qualquer projeto de EpS. Por sua vez, o verbo “facilitar” desafia o educador no seu papel de facilitador da mudança de comportamentos. Ao falar de mudança voluntária do comportamento refere-se à participação voluntária do indivíduo para a adoção de comportamentos saudáveis como um fim a atingir (Rochon, 1996).

A promoção, manutenção e restabelecimento da saúde exigem que os clientes em saúde comunitária recebam informação compreensível relacionada com a saúde (Onega & Devers, 2011). Quer a promoção da saúde quer a EpS têm como propósito melhorar o acesso à informação e aos serviços relacionados com a saúde de modo a que as pessoas possam ter um maior controlo sobre a sua saúde e o seu bem-estar.

Na prática a promoção da saúde e a EpS sobrepõem-se e interagem para conseguirem melhorar os conhecimentos e habilidades das pessoas e comunidades de

modo a que consigam melhorar a sua saúde, utilizar devidamente os recursos existentes e serem conscientes quanto aos fatores que influenciam a saúde. Em geral o papel da EpS consiste em facilitar a aprendizagem de atitudes que nos permitam melhorar a saúde pois tem como objetivos centrais a informação e a consciencialização de cada pessoa acerca da sua própria saúde e a aquisição de competências que a habilitem para uma progressiva autorresponsabilização (Portaria n.º 196-A/2010), com a finalidade última de ajudar os clientes a fazerem mudanças comportamentais duráveis que melhorem o seu estado de saúde (Onega & Devers, 2011).

Atualmente ninguém duvida que a educação é um fator determinante na saúde e a investigação tem demonstrado que quem está mais predisposto a ter uma saúde deficiente não são unicamente os mais pobres, mas os que têm menor nível de educação (UNESCO, 1997). A entidade acabada de referenciar acrescenta que a alfabetização e os programas de educação não formal podem conduzir, de forma significativa, à melhoria da saúde e do bem-estar, centrando-se cada vez mais o conceito de EpS na aprendizagem e no fortalecimento da autonomia.

Para a OMS, a EpS deve promover a motivação, habilidades e confiança necessárias para melhorar a saúde e fornecer à comunicação informações referentes às condições socioeconómicas e ambientais que afetam a saúde, aos fatores e comportamentos de risco e ao uso do sistema de cuidados de saúde (WHO, 1998). A educação para a saúde é, neste contexto, um instrumento para a promoção da saúde e para a melhoria das condições de vida e dos determinantes da saúde.

Com a análise que tem vindo a ser efetuada depreende-se que a resolução dos problemas de saúde não pode depender apenas da intervenção médica ou da mudança de comportamento. É crucial que a EpS tenha em conta os fatores sociais, ambientais e económicos que determinam a saúde das pessoas pelo que as deve capacitar para alterar estas condições. A EpS torna-se, portanto, um processo social e político imprescindível, assim como um elemento básico de desenvolvimento humano (UNESCO, 1997).

Uma das conceções sobre EpS com maior aceitação foi a proposta por Tones e Tilford (2001, p.11) que a define como:

Toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar

mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.

Esta é uma conceção com uma visão bem mais alargada do que a tradicional transmissão de conhecimento em que a população-alvo tem vindo a ser mantida como mera recetora passiva de saberes académicos. No âmbito desta visão podemos também referir o conceito de EpS proposto por Heady (2006) que a considera como “Qualquer combinação de experiências de aprendizagem planeadas com base em teorias, que proporcionem aos indivíduos, grupos e comunidades adquirir a informação e as competências necessárias para a tomada de decisões com qualidade em saúde ” (p. 219).

Segundo a UNESCO (1997), a EpS tem deixado de dedicar-se somente à transmissão da informação e à mudança de estilos de vida individuais para uma abordagem de promoção da saúde com ênfase nos fatores sociais, económicos e ambientais que contribuem para estilos de vida saudáveis embora muitos autores insistem na ligação dos comportamentos e a sua influência na saúde e na doença.

A estratégia preventiva tradicional tem sido largamente criticada por centrar-se em comportamentos pontuais como, por exemplo, reduzir o consumo de sal para prevenir a hipertensão. A investigação epidemiológica tem revelado que as grandes mudanças nos hábitos e práticas de saúde devem-se sobretudo ao efeito de mudanças mais globais e não como consequência de práticas educativas dirigidas a condutas mais ou menos isoladas. Os hábitos saudáveis não são o resultado de um conjunto de comportamentos independentes, mas estão associados a um contexto ou estrutura social formando um determinado estilo de vida, pelo que as estratégias e objetivos educacionais na EpS devem ser direcionados para o conjunto de comportamentos e contextos onde se desenvolvem, uma vez que é difícil produzir uma mudança de comportamento se não se promover, em simultâneo, mudanças ambientais adequadas (González, 2002; Quesada, 2004).

Quando se trabalha com as pessoas é importante o conhecimento possível do seu mundo experiencial, de significação e de valores para que possamos respeitá-lo e problematizá-lo, para que as pessoas mantenham o seu sentido de vida e façam a recombinação de novos conhecimentos. Recriar a cultura das pessoas com novos modos de inserção torna-se essencial para que elas autopromovam a sua saúde. Mais do que informar ou instruir, a EpS visa o desenvolvimento das capacidades necessárias para que as pessoas possam fazer escolhas saudáveis (Antunes, 2008). Neste sentido, a EpS

faz-se com as pessoas e não para as pessoas. Com base neste pressuposto é importante ter como ponto de partida a defesa do contexto onde estão inseridas bem como as suas experiência e conhecimentos sobre os assuntos relativos à saúde de modo a que outros possam ser acrescentados. Deve-se, igualmente, estimular a reflexão crítica das causas dos seus problemas, bem como das ações necessárias para a sua resolução (Antunes, 2008).

A EpS como processo sistemático, contínuo e permanente contribui para a formação da consciência crítica das pessoas relativamente aos seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a procura de soluções e a organização para a ação individual e coletiva, pois todas as pessoas são detentoras de um potencial para se organizarem e agirem (FUNASA, 2007). A prática de saúde, enquanto prática educativa, tem por base o processo de capacitação dos indivíduos e dos grupos para atuarem sobre a realidade de modo a transformá-la, pois a finalidade da ação da educação em saúde é a transformação (FUNASA, 2007). Nesta conceção de EpS apela-se à participação das pessoas na mudança de determinada situação, rompendo com o paradigma da conceção estática de educação como transmissão de conhecimentos e treino de habilidades e destrezas.

A educação para a saúde procura responder de forma consistente à evolução das necessidades em saúde e dos fenómenos relacionados com os processos saúde-doença que vão surgindo. Constitui-se como uma ferramenta primordial a utilizar a diferentes níveis (populacional, grupal, individual) e em diferentes âmbitos (família, escola, trabalho, serviços de saúde), com diferentes tipos de intervenção e complementando-se com estratégias diversas (Jarauta et al., 2006).

Os problemas de saúde vigentes são multicausais e complexos e requerem, por isso, ações bem articuladas que combinem diferentes estratégias, métodos e técnicas. Necessitam uma abordagem multidimensional: investigação, meio ambiente, clínica, educação, etc. Com a nova interpretação social da saúde parece claro que a EpS tem como principal objetivo a melhoria qualitativa da saúde adquirindo uma crescente importância nas políticas de saúde (UNESCO, 1997).

A EpS é, em primeira instância, a educação e a investigação que se desenvolve a seu respeito afeta não só os conteúdos do saber a transmitir como os mecanismos de transmissão deste saber e os efeitos socioculturais que daí advêm (Martínez et al., 2000). Os autores chamam a atenção para a falta de coordenação e para o distanciamento que existe entre os aspetos pragmáticos das intervenções educativas para

a saúde e os processos investigativos que se desenvolvem. Este facto torna-se prejudicial num terreno educativo como o da EpS que necessita de uma estreita relação entre a reflexão e a ação.

Em relação às prioridades em educação para saúde, a política de saúde 21 para a Região Europeia da OMS, *Saúde para Todos no Século XXI*, enfatiza a necessidade de prevenção e promoção da saúde para ganhar saúde neste século e refere como áreas prioritárias de prevenção, intervenção e controle de doenças e lesões (saúde mental, doenças transmissíveis, doenças não-transmissíveis e lesões), a promoção de estilos de vida saudáveis (alimentação saudável, exercício físico, saúde sexual, não fumar), a redução dos efeitos nocivos do álcool, drogas e rapé abordando a vida, com ênfase especial sobre o capital e trabalho multissetorial (WHO, 1999).

Em síntese, podemos referir que a EpS, com o decurso do tempo, tem incorporado diferentes dimensões na sua definição e nas suas estratégias e metodologias acompanhando as mudanças da sociedade, das ciências e das disciplinas do campo social, da saúde e da educação. Atualmente, respondendo aos novos paradigmas, assume-se como ferramenta para a promoção da saúde e participação social. A EpS promove a participação ativa da comunidade refletindo criticamente sobre a sua realidade contextual e, em simultâneo, procura as melhores soluções para alcançar um maior bem-estar.

3.4. Modelos em educação para a saúde

As linhas ideológicas que têm marcado o desenvolvimento da EpS podem ser entendidas através do estudo das diferentes tendências que a têm caracterizado. Estas tendências têm influenciado os mais variados e por vezes antagónicos modelos de EpS que são aplicados na prática profissional.

A crença na objetividade, na neutralidade e na universalidade do saber científico que caracterizou a história do século XX condicionou as práticas educativas em saúde enquadradas na prescrição de comportamentos considerados como as escolhas possíveis para que os indivíduos obtivessem o bem-estar independentemente das suas escolhas de vida (Carvalho & Berger 2012). Esta visão originou modelos educativos, alguns inspirados na prática médica ancestral, no pressuposto de que a EpS é uma estratégia para o desenvolvimento de comportamentos que previnem problemas de saúde,

enquanto outros estão sob a influência de disciplinas consideradas fundamentais no cenário dos cuidados de saúde na comunidade (FUDEN, 2004). Contudo, não há práticas de EpS totalmente puras atribuídas a um ou outro modelo, mas sim *nuances* que resultam na preferência do uso de estratégias e métodos diferentes (FUDEN, 2004).

Conhecer os modelos que se utilizam na prática educativa em saúde analisando as concepções subjacentes e o discurso teórico epistemológico que lhes deram forma é fundamental para entender o desenvolvimento do ato educativo, os seus objetivos e finalidades, para onde é dirigido o esforço do educador e conseqüentemente o papel assumido pelo educando. Deste modo, faremos referência a alguns modelos que acompanharam a evolução do conceito e conteúdos de EpS enquadrando-os nos períodos *clássico* e *atual* a que já fizemos referência.

Os modelos que fazem parte do *período clássico* enquadram-se no paradigma positivista, com base no foco biológico, na tradicional prática médica que privilegia a informação tipo anatômico e fisiológico. As práticas orientadas por este foco biologista reduzem a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual sem considerar a influência das condições de vida e de trabalho na saúde. Neste foco os fatores etiológicos e as doenças que surgem atuam e desenvolvem-se de forma independente do contexto onde as pessoas vivem e se relacionam, bem como dos comportamentos em que estão envolvidas (FUDEN, 2004). O conceito de saúde que subjaz a estes modelos é um conceito negativo, patogénico, entendido como “ausência de doença” (Carvalho & Berger 2012; Martínez et al., 2000).

O *período clássico* também é influenciado pelas teorias psicossociológicas da modificação do comportamento, pelas teorias de aprendizagem em que se destacam os condicionamentos clássico e operante, sendo, igualmente, relevantes os contributos de Maslow sobre a motivação humana e de Fishbein e Ajzen sobre comunicação persuasiva acerca da atitude (Figuroa et al., 2004; Moreno, García, Estévez, & Campos, 1995; Moreno, García, & Campos, 2000a). Neste período passa-se da forma mais tradicional de orientar as atividades educativas, onde o enfoque é informativo-prescritivo, os conhecimentos estão na posse exclusiva dos profissionais de saúde e onde os indivíduos devem aceitar e cumprir com precisão as indicações dadas pelos mesmos, para uma EpS baseada no comportamento com o objetivo de se conseguir comportamentos saudáveis e disponibilizar informação como base deste processo. Em consequência a EpS é concebida como um conjunto de intervenções destinadas a facilitar mudanças nos comportamentos e estilos de vida. Na linguagem de Moreno et

al. (1995) e de Moreno et al. (2000b) passa-se da primeira geração – em que a EpS é informativa e prescritiva – para a segunda geração – onde ela é comportamental. Segundo esta perspetiva enquadram-se no *período clássico* as duas primeiras das três gerações referentes à evolução da EpS defendidas pelos autores anteriormente referenciados, sendo a terceira geração caracterizada por uma EpS participativa, crítica e emancipatória.

Os contributos que foram sendo dados no campo da EpS refletem-se nos modelos de previsão e explicação dos comportamentos de saúde, denominados de Modelos Tradicionais de EpS. Passamos a apresentar os mais significativos:

Modelo das Crenças em Saúde (Health Believe Model). Formulado por Rosenstock e Leventhal é um modelo baseado em resultados de numerosos estudos, realizados durante as décadas de 50 e 60, que sugerem que as crenças, os valores e perceções das pessoas influenciam decisivamente a tomada de decisões relativamente a comportamentos promotores ou restauradores da saúde (Figueroa et al., 2004; Moreno et al., 1995, 2000a, 2000c). Este modelo contempla elementos tais como: a preparação psicológica do indivíduo para adotar uma decisão de saúde que, por sua vez, depende das crenças e das perceções que tem sobre a realidade e a necessidade de algum tipo de “estímulo de ação” para que uma nova conduta ou comportamento se realize (FUDEN, 2004). Revisões subsequentes do modelo original incluem novas variáveis na tomada de decisões sobre comportamentos preventivos, principalmente a motivação geral sobre questões de saúde, o sistema de cuidados e a confiança no terapeuta e nas características do relacionamento terapeuta-paciente (FUDEN, 2004).

Houve um abandono gradual deste modelo por enfatizar apenas a informação como essencial para a mudança de atitudes e comportamentos e por não ter em conta nem o ambiente social e económico em que o indivíduo está inserido nem a importância do grupo na adoção de comportamentos de mudança (FUDEN, 2004; Rodrigues, et al., 2005).

O forte desenvolvimento da psicologia no século XX bem como de outras disciplinas como a sociologia contribuem para uma nova visão sobre a EpS.

Modelo persuasivo-motivacional. Baseado na comunicação persuasiva e conhecido pela sua sigla KAP (*Knowledge, attitudes, practices*), é um modelo que não valoriza somente os conhecimentos, mas também a importância das crenças, valores e atitudes (Rodrigues et al., 2005). Este modelo postula a necessidade de se incluir a motivação como elemento essencial para a consecução de determinados hábitos e

pressupõe que a informação deve ser verdadeira, completa, esclarecedora e dada repetidamente por fontes seguras de modo a potenciar a sua eficácia (Figuerola et al., 2004; FUDEN, 2004). As principais críticas que o modelo enfrenta são a constatação de que a mudança de atitude é necessária, mas não suficiente para alcançar a mudança de comportamento e de que os mecanismos de defesa por parte do recetor, denominado “retenção seletiva”, condicionam em alguns casos, a mudança de atitudes (FUDEN, 2004). Este modelo também subestima a influência dos meios de comunicação (Figuerola et al., 2004).

Modelo PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*). Este modelo descrito por Green e Kreuter é um modelo muito utilizado em EpS como forma de avaliar as necessidades de EpS de uma comunidade (Rochon, 1996). Fundamentado na teoria da aprendizagem social, este modelo analisa os problemas sociais, de saúde, e fatores de comportamento com base em diversas disciplinas. Pode ser considerado um guia para a realização de um diagnóstico social, epidemiológico, comportamental e administrativo.

O modelo aponta o diagnóstico e avaliação com fins educacionais de fatores determinantes da qualidade de vida da população onde o educador deve identificar os que facilitam e predispõem o aparecimento de um comportamento não saudável ou reforçam a sua existência sendo estes o foco de intervenção em EpS (Rochon, 1996). É composto por cinco fases de diagnóstico e avaliação das características da população, das suas necessidades, das causas dos problemas e das possibilidades de levar a cabo as intervenções (Figura 3).

Neste modelo são identificados três categorias de fatores que têm influência no comportamento individual ou coletivo, nomeadamente os predisponentes, facilitadores e potenciadores para podem ser traduzidos em alguns objetivos educacionais (Moreno et al., 1995, 2000c).

Mais tarde, os autores deste modelo desenvolveram um novo modelo complementar denominado PROCEED (*Policy, Regulatory, Organizational, Educational, Environmental Development*) com os objetivos de promover e proteger a saúde (Figura 3). É um modelo constituído por quatro fases que analisam as políticas, normas e estruturas das organizações como parte das variáveis ambientais que influenciam a adoção de comportamentos pouco saudáveis, bem como avaliar o processo do programa planeado, o seu impacto e os seus resultados. O PRECEDE-PROCEED é um modelo baseado na premissa de que a mudança de comportamento é,

em geral, voluntária e de que os programas de saúde são mais propensos a serem eficazes se forem planeados e avaliados com a participação ativa das pessoas que terão de os implementar.

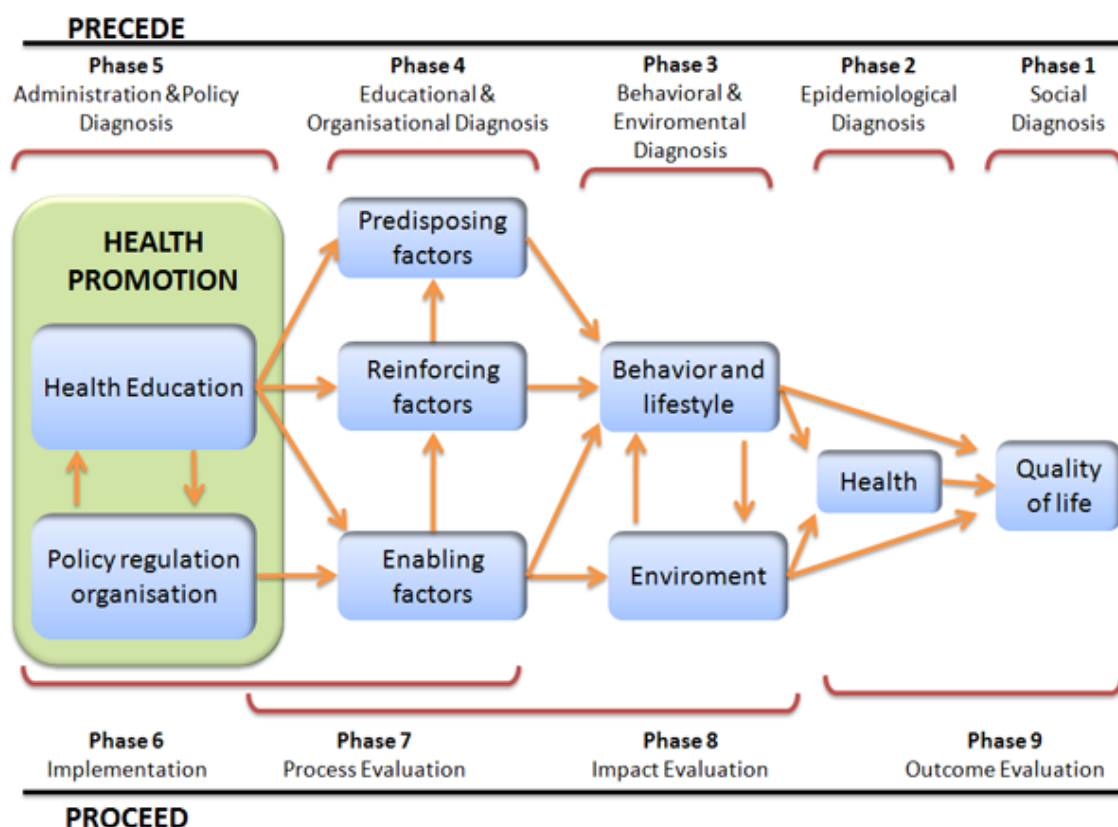


Figura 3. Modelo PRECEDE-PROCEED (fonte: "Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice" National Institutes of Health, National Cancer Institute).¹⁹

Nos modelos aqui apresentados, enquadrados no *período clássico*, torna-se visível que o objetivo central da EpS é a aquisição de conhecimentos, atitudes e comportamentos saudáveis a nível individual e coletivo, mediante ações educativas e persuasivas. É patente nestes modelos a conceção de educação como um processo vertical, autoritário e assimétrico, no qual os indivíduos devem aceitar e seguir as informações consideradas pertinentes pelos profissionais de saúde (Figuroa et al., 2004; Moreno et al., 1995, 2000c).

¹⁹ <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/metodologia-de-la-eps-i-modelo-precede>

São modelos que se baseiam no processo saúde-doença como um fenômeno biológico e individual, localizando os problemas de saúde nos indivíduos e colocando nos comportamentos a sua solução. Em nenhum momento são consideradas as ações conducentes à modificação do meio ambiente social (FUDEN, 2004), nem se assume que as variáveis sociodemográficas e estruturais têm influencia direta sobre o comportamento.

O papel do educador, neste contexto, está centrado na transmissão de conhecimentos e valores, através de palestras ou de campanhas de informação, numa vertente essencialmente diretiva sem admitir a sua discussão ou diferentes possibilidades de escolha das pessoas. O educador tem a responsabilidade de promover alterações dos hábitos de vida dos indivíduos e para isso define e seleciona os conteúdos a transmitir nas sessões.

No *período atual* da EpS e perante a relativa insuficiência das abordagens anteriores, reconhece-se a influência dos fatores sociais, ambientais e das desigualdades económicas relativamente às condições de saúde das pessoas. Consequentemente emergem abordagens que visam: a mudança social, em que se associa a morbilidade e a mortalidade a determinantes sociais; a capacitação dos indivíduos para que possam identificar necessidades ou problemas bem como os recursos necessários para a sua resolução.

Várias são as influências neste período na EpS. Por influência sociológica há uma constatação de que as práticas de saúde e os estilos de vida das populações são um produto social, pelo que a sua ação é canalizada para a introdução de mudanças no macrosistema social em que vivem. A Conferência de Alma-Ata da OMS de 1978 que assinala um novo marco e uma dimensão diferente para a EpS, o conceito de promoção de saúde definido na conferência de Ottawa em 1986, ao qual já fizemos referência, que pressupõe o desenvolvimento pessoal e social através da melhoria da informação, a educação para a saúde e o reforço das competências que habilitam para uma vida saudável, bem como a responsabilidade partilhada dos políticos, técnicos e da população em geral em todo o processo de promoção da saúde contribuem para que a EpS seja encarada como uma tarefa de redesenho ambiental e pessoal de modo a permitir opções de comportamentos mais saudáveis e mais fáceis de adotar (FUDEN, 2004; Moreno et al., 1995, 2000a). Estas influências marcaram uma nova saúde pública, agora despida do caráter prioritariamente preventivo individual e com a sua ação direcionada para as questões socio-ambientais dos padrões de saúde que têm

contribuído para que a EpS seja encarada como um recurso que afeta não apenas as questões pedagógicas, mas sociais, económicas e políticas numa perspetiva de busca participativa e de desenvolvimento da consciência crítica (Figueroa et al., 2004; Navarro Cano, et al., 2007). Do contexto anterior emerge uma EpS participativa, crítica e emancipatória no trato das questões que permeiam a vida a que Moreno et al. (1995, 2000c) enquadram na terceira geração da EpS. Nela extrapola-se o ensino de questões sanitárias preventivas e adota-se um conjunto de ações educativas capazes de tornar as pessoas críticas e autónomas.

Estes pressupostos fazem emergir novos modelos de EpS dos quais se destacam:

Modelo politico-económico-ecológico, também denominado de ambientalista, radical e ecológico que tem como objetivo reduzir as desigualdades sociais no processo saúde-doença (Figueroa et al., 2004). Neste modelo a classe social é encarada como determinante das desigualdades em saúde sendo a pobreza, nas classes mais desfavorecidas, o principal determinante da doença (FUDEN, 2004).

Este modelo centra-se na aprendizagem em contexto, na participação comunitária e numa intervenção pública consciente sobre o funcionamento das estruturas sociais (Moreno et al., 1995; Moreno et al., 2000a). Rompe-se, deste modo, com as práticas educativas tradicionais, valoriza-se o saber popular, incentiva-se a participação, respeita-se e estimula-se a autonomia do indivíduo no cuidado da sua própria saúde.

O *Modelo de desenvolvimento pessoal e de habilidades sociais* tem como objetivo facilitar ao indivíduo uma escolha devidamente informada. Nesta medida está orientado para aumentar a competência comportamental individual na tomada de decisões que afetam o bem-estar individual e coletivo (FUDEN, 2004).

Como o próprio nome sugere, este modelo pretende contribuir para o desenvolvimento pessoal e social, para o aumento da autoestima e bem-estar e para o fornecimento dos recursos (habilidades pessoais e sociais) necessários para desenvolver a autonomia e a responsabilidade na prossecução de comportamentos saudáveis. Há sobretudo uma preocupação com o desenvolvimento da autonomia e responsabilidade do indivíduo em detrimento dos conteúdos (Duarte et al., 2006). Os principais conteúdos incluem o modo de comunicar de forma eficaz; a expressão de sentimentos; a gestão do tempo; a solução de problemas; a tomada de decisões; os trabalhos de grupo e a assertividade (FUDEN, 2004).

O educador para a saúde para além de possuir conhecimentos científicos deve possuir competências interpessoais relevantes para produzir no indivíduo a necessidade e a vontade de alterar voluntariamente o seu comportamento (Duarte et al., 2006).

O Modelo de Empowerment, de acordo com Tones e Tilford (2001), caracteriza-se pelas tomadas de decisão de forma voluntária e consciente por parte dos educandos. O modelo enfatiza a compreensão em relação à componente do conhecimento, acrescida de um processo de clarificação de valores e crenças para que o educando possa fazer uma escolha voluntária livre e fundamentada. Este modelo não assenta apenas nos resultados obtidos, mas no processo de capacitação que lhe subjaz, pois o seu maior desígnio é criar uma consciência crítica e possibilitar o desenvolvimento de competências necessárias ao empoderamento individual e ao desenvolvimento comunitário aliada à informação relevante sobre questões de vida diversas (Tones & Tilford, 2001). Face à disponibilização de recursos (informacionais, instrumentais e afetivos), o principal objetivo é maximizar as capacidades de autocontrolo e de autoconfiança potenciadoras de escolhas genuínas e voluntárias (Tones & Tilford, 2001).

Em conformidade com este modelo, a abordagem no domínio da EpS (EpS crítica) não deve deixar de ter em conta a complexidade do processo de saúde-doença enquanto meta individual e coletiva, centrando-se no indivíduo, grupo de indivíduos ou comunidade como agentes do processo educativo numa lógica salutogénica, participativa e interativa (Moreno et al., 2000b).

Este enquadramento da EpS conduz-nos a uma redefinição do papel dos profissionais de saúde de modo a promover todo este processo. O desenvolvimento de conhecimentos e competências individuais é entendido na lógica do potencial envolvimento e desenvolvimento comunitário com implicações no desenvolvimento profissional que favoreça a autonomização progressiva dos cidadãos face aos serviços e profissionais de saúde (Moreno et al., 2000b).

Em síntese, o *período atual*, onde se inclui a EpS da terceira geração, é apoiado numa cultura social e democrática que propõe alternativas de mudanças sociais com o objetivo de reduzir as desigualdades e potenciar a participação comunitária (Moreno et al., 2000a). Nos modelos que têm vindo a emergir neste período há uma tomada de consciência social por parte dos indivíduos de que, em interação dialética com a comunidade, se promovem mudanças de comportamentos individuais com reflexos na mudança social dado que se desenvolvem a partir de situações socialmente vivenciadas

(Santos, 2000). Apela-se, nestes modelos, à participação ativa da comunidade, pois o êxito de um programa de Educação para a Saúde está dependente da interação dialética estabelecida entre os indivíduos e a sua realidade, valorizando-se a sua autonomia e a dos grupos sociais na determinação e modificação de estilos de vida (Martínez et al., 2000). Estes pressupostos remetem-nos à teoria do construtivismo que postula que o conhecimento se desenvolve pela interação do sujeito com o meio social em que vive.

Quanto ao processo educativo, estes modelos valorizam os métodos e estratégias didáticas que ativam as estruturas do próprio sujeito colocando-o numa posição de poder utilizar as suas capacidades (Santos, 2000). Estas estratégias são suportadas em diferentes bases científicas como a psicológica-cognitivista, humanista, psicologia de grupo, teoria crítica do ensino e modelo dialógico de Paulo Freire (Santos, 2000).

O educador assume o papel de orientador pois é o grupo que define os temas prioritários e os indivíduos que vão participar nas atividades educativas. A ação do educador circunscreve-se à ajuda quanto à definição dos objetivos e à sua concretização bem como no apoio das medidas que o grupo decidir implementar (Moreno et al., 2000a). O educador tem um papel assente na interação e mediação com vista à participação e capacitação dos indivíduos para agir sobre as condições/estruturas que afetam a saúde individual e comunitária (Moreno et al., 2000c). Os modelos de intervenção têm por base a investigação-ação e a metodologia de trabalho por projetos (Moreno et al., 2000c).

Como pudemos constatar, cada modelo de EpS aqui apresentado dá mais realce a determinadas dimensões do que a outras (sociais, cognitivas, comportamentais). Nota-se a tendência crescente em abranger o maior número de variáveis que determinam a saúde, sustentando-se na sua multicausalidade e centrando-se na sua perspetiva promotora. A EpS constitui uma área multifacetada, para a qual contribuem diversas conceções e perspetivas de diferentes ciências como as Ciências da Saúde, da Educação, do Comportamento e da Comunicação para além de outras ciências a que se possa recorrer (Rochon, 1996).

3.5. A escola como *locus* de promoção da saúde e da educação para a saúde

A saúde como um direito da pessoa está promulgado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e também na Constituição Portuguesa, como já aludimos anteriormente, o que pressupõe que a Promoção da Saúde e EpS deve ter como objeto

de atenção todos os membros da sociedade incluindo as crianças e os jovens assim como deve estar assente em direitos fundamentais como o direito à Educação e à Saúde amplamente reconhecidos por todas as instituições e organismos internacionais, bem como pelo foro constitucional e legislativo do nosso país.

A Organização Mundial da Saúde reconhece a saúde da criança e do jovem como das principais prioridades e defende que investir nas crianças e nos jovens é um imperativo legal, ético e moral pois temos a obrigação moral e legal de proteger e promover os direitos das crianças e dos adolescentes, como consagrados na Convenção dos Direitos da Criança WHO (2005, 2008). Investir nas crianças e nos jovens pode contribuir para o estabelecimento de uma sociedade mais saudável nos próximos anos com o conseqüente benefício individual, social e comunitário, complementando, deste modo o compromisso mundial de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (WHO, 2005, 2008). Investir nas crianças e nos jovens nos estádios mais propícios do seu desenvolvimento justifica-se pois, segundo a mesma fonte, contribui para a evolução econômica e para a sustentabilidade de um país. Esta abordagem ao longo do ciclo de vida vai contribuir para o uso mais eficaz dos recursos.

As necessidades dos indivíduos e grupos sociais são muito diferentes, o que justifica que surjam novos espaços educativos para satisfazer as necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais. Um dos principais cenários educativos para o desenvolvimento de atividades de EpS é a escola. Todas as crianças e jovens de um país passam pelo sistema de ensino o que o torna privilegiado para o desenvolvimento de capacidades e conhecimentos na área da saúde, não só por abranger um grande e importante período da vida das crianças e dos adolescentes numa etapa considerada crítica do seu crescimento e desenvolvimento, mas também porque a implementação de programas de EpS dificilmente atinge tanta gente se ocorrer noutra local (Cano Navarro et al., 2007; Carvalho & Berger, 2012; Jourdan, 2011; Pardal, 1990; Sanmarti, 1988).

A posição estratégica que o sistema educativo possui e em concreto o meio escolar tem contribuído para que este seja considerado o mais adequado para a promoção e educação da saúde dado que é nele que se identificam, abordam, ensinam e alteram muitos dos hábitos e comportamentos que permitem alcançar um bom nível de saúde individual e coletiva (Riera, 2011).

A Lei de Bases do Sistema Educativo português/LBSE (Lei n.º 49/2005 de 30 de Agosto)²⁰, no seu artigo 31.º referente à saúde escolar, alude a que “será realizado o acompanhamento do saudável crescimento e desenvolvimento dos alunos, o qual é assegurado, em princípio, por serviços especializados dos centros comunitários de saúde em articulação com as estruturas escolares”. O meio escolar oferece, deste modo, um cenário potencial que permite tomar medidas para reduzir as desigualdades na saúde (Declaração de Vilnius, 2009; IUHPE, 2000; Jourdan, 2011).

Contudo, não se pode esperar que as instituições de ensino solucionem os problemas de saúde e sociais de forma isolada sem ter em conta outras formas de ação de saúde pública e o relevante papel que desempenha a família, o ambiente e os meios de comunicação, entre outros agentes sociais no desenvolvimento das capacidades necessárias para manter e fomentar a saúde das crianças e jovens (González de Haro, 2008; IUHPE, 2000, 2008; Jourdan, 2011). É importante estabelecer conexões fortes com os pais e com os serviços de saúde de modo a criar um ambiente físico e psicossocial de apoio às crianças e jovens (IUHPE, 2000; ME 1998; Sampaio et al., 2005; WHO, 1999).

A promoção da saúde em meio escolar pode ser definida como qualquer atividade desenvolvida com o objetivo de melhorar e proteger a saúde da comunidade educativa (St Leger et al., 2010). Para os autores, promoção da saúde é um conceito mais amplo do que o da educação para a saúde e inclui a disponibilização e o desenvolvimento de atividades relacionadas com políticas escolares saudáveis, o ambiente físico e social da escola, o currículo, a interligação com a comunidade e com os serviços de saúde. Uma promoção de saúde eficaz nas escolas deve ser abrangente em termos de conceito e conteúdo e devidamente dotada de recursos privilegiando intervenções que se regem pela estreita relação existente entre as intervenções de promoção de saúde e a tarefa principal das escolas no desenvolvimento de habilidades educacionais (IUHPE, 2000).

Pela sua abrangência, o setor educacional é um aliado importante para a concretização de ações de promoção da saúde que visem o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e da comunidade, a criação de ambientes saudáveis e a consolidação de uma política intersetorial centrada na qualidade de vida, pautada no respeito pelo indivíduo e tendo

²⁰ A Lei Nº 46/1986, de 14 de Outubro, com as alterações introduzidas pela Lei Nº 115/1997, de 19 de Setembro, e com as alterações e aditamentos introduzidos pela presente lei, é republicada e renumerada na sua totalidade.

como foco a construção de uma nova cultura da saúde (Declaração de Vilnius; Jourdan, 2011).

No contexto europeu, a OMS, em *Health for all*, preconiza nas metas de saúde definidas para os próximos anos que a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis tenham uma abordagem privilegiada no ambiente escolar e os serviços de saúde um papel importante na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que se refere à saúde das crianças (MS, 2006; SRS-DRS, 2010)

As escolas são encaradas como um meio para coordenar, integrar, implementar e manter uma variedade de interesses na promoção da saúde, prevenção de doenças e redução dos riscos, assim como incrementar o potencial educativo e o bem-estar, logo, são locais privilegiados para desenvolver “Educação para a Saúde” (Declaração de Vilnius; Jourdan, 2011; Precioso 2004). As escolas são um espaço privilegiado para a promoção de hábitos e comportamentos que permitam às crianças e jovens identificar os fatores de risco que põem em perigo a sua integridade física, mental e o seu relacionamento com os outros (MS, 2006; SRS-DRS, 2010), contribuindo, deste modo, para a configuração da pessoa em todas as suas dimensões.

Por outro lado, reconhece-se que a escola deixou de ser apenas o espaço de instrução e da socialização para se assumir também como um espaço de educação em sentido amplo. No Sistema Educativo, novos desafios são colocados para além da transmissão do conhecimento. A escola deve educar para os valores, promover a saúde, a formação, a autonomia e a participação cívica dos estudantes, num processo de aquisição de competências que suportem as aprendizagens ao longo da vida (Jourdan, 2011; MS, 2006; SRS-DRS, 2010). Além de a escola ter uma função pedagógica específica, tem uma função social e política voltada para a transformação da sociedade, relacionada com o exercício da cidadania e o acesso às oportunidades de desenvolvimento e de aprendizagem, razões que justificam ações de promoção da saúde direcionadas para a comunidade escolar.

Elementos da saúde e da educação estão presentes durante todo o desenvolvimento humano de forma muito expressiva e quando comparamos os conceitos de saúde e educação constata-se que se articulam em objetivos comuns dado que: oferecem oportunidades aos alunos para adquirirem maior capacitação (*empowerment*) para lidarem com a sua saúde e com os assuntos relacionados com ela ao longo da sua vida escolar; apontam para o seu crescimento constante e apelam para a intervenção sobre o meio ambiente onde os indivíduos estão inseridos (St Leger et al.,

2010). No dizer dos autores as ações sectoriais nesses campos têm repercussões mútuas e, assim sendo, a construção de políticas públicas integradas é condição indispensável para atualizar e renovar os significados fundamentais da educação e da saúde em contexto escolar.

As ações educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde, não só para que sejam as próprias crianças e adolescentes a tomarem decisões conscientes e a responsabilizarem-se pela sua saúde como também a adotarem estilos de vida saudáveis.

Cada vez mais se compreende melhor a relação existente entre a saúde e a educação como também tem vindo a ser amplamente reconhecido por diversas organizações, tais como a União Internacional para a Promoção e Educação para a Saúde, a OMS, a UNICEF, a UNESCO, que as escolas podem contribuir substancialmente para a saúde e bem-estar dos alunos. É igualmente reconhecido e enfatizado por estes organismos a importância da inter-relação entre saúde e educação para a melhoria da qualidade de vida e para a construção do capital humano e social. A EpS é essencial para o desenvolvimento global das pessoas e deve ser encarada como uma tarefa de todos.

Internacionalmente têm aumentado evidências que demonstram que a educação e a saúde são inseparáveis e que não só estão intimamente relacionadas uma com a outra, como têm a ver com outras questões, como a pobreza e o nível de vida. Isto é manifesto na importância atribuída à educação e à saúde nos *Objetivos de Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas* (Portaria n.º 105/2012 de 12 Outubro; St Leger et al., 2010).

A educação e a saúde estão inevitavelmente ligadas pois está demonstrado que as crianças e os jovens saudáveis aprendem melhor e podem aumentar os seus resultados académicos bem como as que vão à escola têm mais probabilidade de serem saudáveis e menos probabilidade de se envolverem em comportamentos de alto risco se estão na escola com gosto e se se relacionam com adultos de referência (St Leger et al., 2010). Os autores referem que a promoção da saúde pode ajudar as escolas a atingirem os seus objetivos académicos e sociais.

A OMS, a UNESCO e a Oficina Internacional de EpS recomendam que a saúde se deve aprender na escola da mesma forma que as ciências sociais, ou seja, assim como o aluno aprende na escola os conhecimentos científicos e hábitos sociais para a vida em sociedade também deve adquirir os hábitos e os conhecimentos de saúde para poder alcançar o melhor grau possível de saúde (Portaria n.º 105/2012 de 12 Outubro).

A EpS na escola intervém com pessoas que, na sua maioria ainda não tiveram a oportunidade de adquirir práticas nocivas à saúde (Sanmarti, 1988), que apresentam uma grande capacidade de aprendizagem e assimilação de hábitos e que se encontram em processo de desenvolvimento físico, psicológico e social, o que torna o período escolar fundamental na vida do ser humano (St Leger et al., 2010; Cano Navarro et al., 2007). Os estudos empíricos, por sua vez, demonstram que as raízes do nosso comportamento se situam na infância e na adolescência e que muitos dos comportamentos relevantes para a saúde são iniciados nesta época da vida (MS, 2006).

Embora se entenda que é na família que os hábitos saudáveis devem ser inculcados nas crianças e jovens, na realidade e, em muitos casos, a escola é o único espaço onde eles têm oportunidade de contrastar, afirmar, negar ou incorporar o que vivenciam no seu ambiente familiar, ou até mesmo suprir determinadas carências (González de Haro, 2008). Apesar de a dimensão formal da educação para a saúde ser cada vez mais apoiada institucionalmente, não podemos esquecer a importância daquela que se realiza em contextos não formais e informais. Compartilhar as responsabilidades educativas com a família e o ambiente envolvente é um elemento chave no processo educativo, assim como é importante evitar dissonâncias embora em muitas situações seja difícil ou inalcançável, como aludido pelo autor anteriormente nomeado.

Face a esta realidade há que ter presente que o objetivo da equidade referenciado no documento da OMS “Saúde para todos no século XXI” não é possível de ser alcançado se não se reduzirem as desigualdades sociais. Como já referimos, um aluno saudável aprende melhor e as crianças e jovens que têm uma situação social e familiar estável têm mais probabilidade de desenvolver as suas capacidades para viverem uma boa saúde enquanto muitas das crianças que apresentam uma situação adversa vêm aumentadas a sua probabilidade de morrerem prematuramente, de terem uma saúde deficiente e de não poderem conseguir um desenvolvimento adequado das suas capacidades para fazer face aos problemas (González de Haro, 2008).

Não podemos esquecer, em todo este contexto, a heterogeneidade e a diversidade suscitadas pelo fenómeno da massificação escolar e todas as implicações que daí advêm. Fruto deste fenómeno, as crianças entram cada vez mais cedo para o sistema educativo e permanecem muito mais tempo devido à extensão da escolaridade obrigatória. Além da diversidade humana, da crise de valores e da alteração dos problemas de saúde, é necessário considerar também que os hábitos e os estilos de vida sofreram alterações ao longo dos anos.

Todos estes considerandos fazem-nos refletir e questionar o que efetivamente significa educar para a saúde em contexto escolar. Podemos referir que “A educação para a saúde em meio escolar é uma atividade de comunicação que implica um ensino-aprendizagem respeitante a uma série de conhecimentos, crenças, atitudes, valores, habilidades e competências” (St Leger et al., 2010, p.3).

Quando compreendemos os fatores que influenciam as atitudes e práticas favoráveis à vida e à saúde compreendemos também que interferir no processo de saúde-doença é algo possível a todos. O processo educativo em saúde exige estratégias de ensino-aprendizagem que contribuam para a aquisição de conhecimentos, atitudes e valores nas crianças e jovens, de modo a que possam fazer opções e tomarem decisões adequadas relativamente à sua saúde e o seu bem-estar físico, social e mental, bem como à saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes, deste modo, um papel ativo nesse processo (Portaria n.º 105/2012 de 12 Outubro). Por isso, a corresponsabilização das crianças e jovens pela sua saúde e pela saúde dos que as rodeiam deve ser fomentada nas escolas. O potencial da educação em contexto escolar reside essencialmente na articulação dos conhecimentos, das atitudes, das aptidões e das práticas que possam ser vivenciadas e partilhadas com a sociedade. Queira ou não assumir a EpS, a escola está continuamente submetendo os alunos a situações que lhes permitem valorizar conhecimentos, princípios, práticas ou comportamentos saudáveis.

As crianças e os adolescentes apresentam interessam-se pelos assuntos relacionados com a sua saúde e bem-estar, e o seu envolvimento é essencial para que a implementação e desenvolvimento de estratégias, políticas e serviços de saúde a eles dirigidos tenham sucesso (Jourdan, 2011; WHO, 2005). As fontes agora referenciadas acrescentam que os adolescentes se encontram numa posição privilegiada para ajudar no planeamento/desenvolvimento de estratégias de saúde que os favoreça pois são, invariavelmente, os que melhor entendem a sua cultura. Como refere Navarro (2000), o desenvolvimento de processos participativos constituem a pedra basilar para o sucesso quando se pretende atingir objetivos, quer em Educação, quer em Saúde/Bem-estar. De facto, a evidência do estudo *Health Behaviour in School-aged Children* mostra que crianças e adolescentes que estão envolvidos na tomada de decisão nas suas escolas também relatam uma melhor saúde (WHO, 2005).

A Convenção dos Direitos da Criança constitui-se como o primeiro documento internacional a reconhecer que as crianças devem participar nas decisões que lhe dizem respeito inclusive nas que têm influência sobre a sua saúde (UNICEF, 2004). Para além

de outros direitos importantes estarem contemplados na Convenção o direito à opinião e à participação são essenciais no exercício da cidadania (UNICEF, 2004). Embora as crianças mais jovens possam não ter as habilidades para serem diretamente envolvidas na formulação de políticas e planeamento, é, no entanto, possível incluir defensores em seu nome, nomeadamente adultos com especialização e compreensão em necessidades de crianças jovens (WHO, 2005).

A promoção da EpS em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento para o qual confluem o setor da saúde e da educação com a missão de contribuir para a aquisição de competências nas crianças e jovens, para que possam confrontar-se positivamente consigo próprios e construir um projeto de vida (Declaração de Vilnius; ME & MS, 2006; SRS-DRS, 2010). É importante promover nos estudantes o interesse central pela saúde e adoção de estilos de vida saudáveis mediante o conhecimento crítico do ambiente e desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais que lhes permitam tomar decisões informadas, livres, conscientes e responsáveis (González de Haro, 2008; Jourdan, 2011). A EpS na escola deve criar nas crianças a necessidade de participarem de forma ativa e responsável na criação e conservação de ambientes saudáveis mediante a análise e controlo dos seus determinantes.

3.6. A educação para a saúde no contexto das Escolas Promotoras de Saúde

Todos os postulados enunciados anteriormente implicam uma revisão e reflexão sobre o modo como se planeiam as ações de Promoção da Saúde (PrS) e EpS nas escolas dado que esta é uma via para intervir nas várias esferas da vida das pessoas de modo a promover a adoção de comportamentos saudáveis. O modo de o fazer, ou seja, o modo de promover a saúde na escola começou a ser discutido nos anos oitenta pela OMS que tomou iniciativas que se refletiram no projeto da Rede Europeia das Escolas Promotoras de Saúde (REEPS). A estratégia de Escola Promotora de Saúde surge como parte das mudanças conceptuais e metodológicas que incorporam o conceito de promoção da saúde na saúde pública, estendendo-o ao mundo escolar.

A expressão Escola Promotora de Saúde constitui o reconhecimento tácito de que a EpS deve fazer parte de um programa global da escola e não apenas de um currículo específico (Declaração de Vilnius; ME, 1999). A importância deste conceito reside no reconhecimento de que o que se aprende no âmbito de um programa de EpS pode ser reforçado pelo interesse e apoio demonstrados pela escola, família e comunidade.

Na Conferência Europeia de Educação para a Saúde, realizada em Dublin em 1990 recomendou-se diretamente a inclusão de conteúdos de EpS no currículo escolar por ser considerado o modo mais efetivo para promover estilos de vida saudáveis e o caminho privilegiado para que a promoção da saúde e EpS cheguem a todas as crianças independentemente da sua classe social. Um ano mais tarde, 1991, é criada a Rede Europeia das Escolas Promotoras de Saúde (REEPS) através de um projeto conjunto levada a cabo pela Oficina Regional Europeia da OMS (OMS), a Comissão da União Europeia (CUE) e o Concelho da Europa (CE) com o principal objetivo de promover a saúde e demonstrar o impacto da promoção da saúde em meio escolar.

A meta 13 do documento *Health for all* da OMS prevê que, em 2015, 50% das crianças que frequentem o jardim-de-infância e 95% das que frequentem a escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde (WHO, 1999).

A Escola Promotora de Saúde (EPS), que se fundamenta nos princípios da Carta de Ottawa para a promoção da saúde da OMS, é a que contempla a educação para a saúde no currículo e possui atividades de saúde escolar. Assenta, igualmente, em três vertentes – currículo, ambiente e interação escola/família/meio – e orienta-se por princípios, organizados em cinco dimensões designadamente curricular, psicossocial, ecológica, comunitária e organizacional (MS, 2006; WHO, 1999).

A *Dimensão Curricular* é uma dimensão complexa que perspetiva melhorar a relação entre os *curricula* e a vida dos estudantes. Os conteúdos das disciplinas devem ser relevantes para a vida e os métodos pedagógicos participativos. A EPS será aquela em que a informação nasça do trabalho conjunto relativamente ao estudo de situações da vida do meio, da escola ou dos alunos reconhecidas por estes como importantes. A reflexão sobre as razões dos problemas e os meios para a sua resolução são essenciais neste processo (Navarro, 1995). Este procedimento facilita a construção da identidade das crianças e jovens, o seu reconhecimento como pessoas e o desenvolvimento de competências para lidarem com futuros obstáculos.

A *Dimensão Psicossocial* pretende garantir a qualidade dos relacionamentos interpessoais na base do respeito e da interajuda entre os elementos do processo educativo. O clima de escola deve ser estimulador e facilitador da aprendizagem assim como a cultura de escola deve ser reconhecida pela comunidade em que está inserida. A “cultura” de escola e o seu “clima” parecem ser decisivos para o sucesso da escola como local de aprendizagem recíproca (Carvalho & Berger 2012; Navarro, 1995).

A *Dimensão Ecológica* procura promover e preservar um ambiente saudável e seguro e assegurar a qualidade da alimentação disponível. Está demonstrado que as características físicas da escola influenciam o bem-estar e os comportamentos de todos (Navarro, 1995).

A *Dimensão Comunitária* privilegia a integração da escola na comunidade envolvente potencializando a ação da família e das restantes organizações comunitárias na concretização dos seus projetos, tentando ser um parceiro ativo na resolução dos problemas existentes (Navarro, 1995).

A *Dimensão Organizacional* defende a elaboração de um Projeto Educativo de Escola através de uma gestão democrática por esta ser a base e a garantia para promover o diálogo com a comunidade (Alves, 1999). Considera-se que a sua implementação é efetiva quando os processos adotados pelos setores da saúde e da educação envolvem outros parceiros institucionais que ajudam a consolidar o processo de investimento em saúde com as suas competências complementares (Declaração de Vilnius; ME & MS, 2000; MS, 2006; SRS-DRS, 2010). O desenvolvimento destas vertentes e a implementação destes princípios deverão capacitar os jovens para a sua participação na mudança e no exercício pleno da cidadania, pelo que promover a saúde na escola deve ser uma prioridade.

Se a Escola Promotora de Saúde é a que contempla EpS no seu currículo torna-se importante a criação de um plano escolar de EpS. Para que este plano possa ser concretizado é necessário: i) o estabelecimento de um currículo em espiral; ii) a formação de pessoal no âmbito da natureza, conteúdo e métodos da educação para a saúde e da promoção da saúde; iii) a adoção de políticas que conduzem ao desenvolvimento de um *ethos* ajustado com o conceito de escola promotora de saúde (WHO, 1999; ME 1998).

Para além da vertente do currículo e do ambiente, a EPS deve assentar na interação escola/família/meio. Não nos podemos esquecer, e em consonância com a Convenção sobre os Direitos da Criança, que a família é o “elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças” (Convenção sobre os Direitos da Criança, Preâmbulo).

É pertinente informar os pais relativamente às metas que a escola se propõe atingir e sempre que possível eles devem ser envolvidos nos processos de aprendizagem dos seus filhos (Decreto Legislativo Regional n.º 8/2012/A; Sampaio et al, 2005; IUHPE,

2000; WHO, 1999; ME 1998). Valerá a pena lembrar, sem termos qualquer pretensão de exaustividade na análise da LBSE (Lei n.º 49/2005 de 30 de Agosto), algumas referências quanto à necessidade de participação, como eixo central da orientação do sistema educativo português que estão expressas nos seguintes artigos:

Artigo 46.º: 1 – A administração e gestão do sistema educativo devem assegurar o pleno respeito pelas regras de democraticidade e de participação (...).

2 – O sistema educativo deve ser dotado de estruturas administrativas (...) que assegurem a sua interligação com a comunidade mediante adequados graus de participação (...).

Artigo 48.º: 2 – «Em cada estabelecimento ou grupo de estabelecimentos de educação e ensino a administração e gestão orientam-se por princípios de democraticidade e de participação de todos os implicados no processo educativo (...).

Daqui se depreende que a LBSE incentiva, proporciona e estimula uma cultura de participação democrática, na política educativa de cada instituição pública de educação. Contudo, como refere Barroso (1998), a participação dos pais resume-se à sua representação em alguns órgãos e no direito de serem informados sobre a escolarização dos filhos.

Este envolvimento é essencial para o desenvolvimento de hábitos e atitudes positivas nas crianças e jovens. Escalas de valores e atitudes contraditórias entre o ambiente familiar e a escola são sempre fonte de conflito para as crianças. A escola não deixa de ser a continuação do ambiente familiar, de vivências e experiências das crianças.

A EPS deve coordenar as atividades escolares com as da comunidade e alargar à comunidade o trabalho desenvolvido na escola. A colaboração de pessoal não docente e da comunidade em parceria com pessoal da saúde no planeamento e execução de um programa de educação para a saúde na escola deve ser promovido (Declaração de Vilnius; WHO, 1999 & ME, 1998).

As Escolas Promotoras de Saúde comprometem-se a promover a saúde, tornando os seus ambientes locais mais seguros e promotores de saúde para viver, trabalhar e aprender, assim como adotam uma abordagem integrada e holística da promoção da saúde, no seu currículo, nas práticas de gestão da escola e no ambiente (ME, 1998).

A primeira Conferência Europeia realizada pela REEPS, em Maio de 1997, na Grécia, denominada “A Escola Promotora de Saúde - Um investimento na Educação, Saúde e Democracia” defendeu que todas as crianças e jovens, para além do direito, devem ter a oportunidade de serem educados numa escola promotora de saúde e estabeleceu os seus dez princípios orientadores que passamos a sintetizar. A EPS: i) baseia-se em princípios democráticos; ii) é para todos; iii) procura a motivação e a realização pessoais; iv) considera o ambiente escolar primordial para a promoção da saúde; v) deve corresponder às necessidades atuais e futuras dos jovens; vi) deve proporcionar formação tanto na vertente educacional como na saúde; vii) tem um sistema de avaliação objetivado para a sua própria melhoria; viii) é uma responsabilidade partilhada entre o Ministério da Educação (ME) e o Ministério da Saúde (MS); ix) deve chamar à participação toda a comunidade escolar alargada; x) deve usufruir do investimento dos governos com vista ao seu desenvolvimento (ME, 1998).

Na segunda Conferência realizada em Egmond aan Zee na Holanda foi enfatizada a parceria entre os setores da saúde e da educação. Na terceira Conferência com o título “Melhores escolas, escolas mais saudáveis” realizada em Vilnius na Lituânia, em 2009, é proposto a avançar na promoção da saúde na escola, em toda a Europa, através de ações combinadas além das fronteiras.

Diversas articulações entre os Ministérios da Saúde e da Educação foram potencializadas através da criação de espaços institucionais com o objetivo de elaborar propostas de ações em saúde no espaço escolar. É uma constatação universal, no campo da promoção da saúde, a necessidade de se estabelecer parcerias e de se adotar uma abordagem de colaboração entre o setor da educação e o da saúde (Declaração de Vilnius; St Leger et al., 2010).

Portugal através do Despacho conjunto nº 271/98, formalizou uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação visando a colaboração ativa entre as escolas e os centros de saúde e a assunção de responsabilidades conjuntas relativamente à promoção da saúde da comunidade educativa. Um dos resultados desta parceria é o projeto Rede Nacional das Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS) integrada no âmbito da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS).

O programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009), no seu capítulo V, p.77, elege a escola como a grande promotora de saúde das crianças e das suas famílias,

reforçando a necessidade de trabalho na Rede Nacional das Escolas Promotoras da Saúde.

No protocolo estabelecido entre o Ministério da Educação e da Saúde, a 7 de fevereiro de 2006, está patente o compromisso destas duas entidades em dinamizar os princípios e as práticas da promoção da saúde no meio escolar no sistema educativo e em executar o Programa Nacional de Saúde Escolar nos serviços de saúde com vista à promoção da saúde das crianças, jovens e restante comunidade educativa bem como a obtenção de ganhos em saúde. Este protocolo é o reconhecimento de que todos os aspetos da vida da comunidade educativa são potencialmente importantes para a promoção da saúde. O tema da promoção da saúde na escola torna-se, assim, um eixo importante de trabalho a nível nacional deixando claro que a escola não é só o espaço importante de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento, no qual se adquirem valores essenciais, mas também o lugar ideal para se desenvolverem programas de promoção e EpS.

É importante considerar, neste processo de parceria, as culturas institucionais de ambos e os seus saberes e práticas, sem menosprezar os que serão gerados pelos atores envolvidos no processo, bem como as necessidades das diferentes comunidades escolares, responsabilizando os seus membros na busca de soluções para os seus problemas, visando a melhoria da qualidade de vida.

Educação e saúde estão intimamente relacionadas e em especial a EpS é resultante da confluência desses dois pilares essenciais da sociedade. Naturalmente, a EpS não cumpre o papel de substituir as mudanças estruturais da sociedade, necessárias para a garantia da qualidade de vida e saúde, mas pode contribuir substancialmente para a sua efetivação. Embora a educação para a saúde seja da responsabilidade de muitas outras instâncias, a escola é ainda a instituição que se pode transformar num espaço genuíno de promoção da saúde.

Quando iniciam a sua vida escolar, as crianças trazem consigo um conjunto de valores e comportamentos relativos à saúde oriundos das suas famílias, de grupos de relação mais próxima ou mesmo dos meios de comunicação social. Esta realidade faz com que a escola possa assumir um papel importante no desenvolvimento de um trabalho sistematizado e contínuo junto das crianças e jovens na construção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

3.7. A influência política na educação para a saúde na escola

O conteúdo das questões de saúde tem sido muitas vezes moldado pelo setor da saúde refletindo os problemas de saúde da atualidade do país e/ou da região. Os temas relacionados com a saúde há muito tempo que são incluídos nos currículos escolares de muitos países, embora o tempo que lhes tem sido atribuído seja sempre muito reduzido (Carvalho & Berger 2012; St Leger, Young & Blanchard, 2012).

Atualmente, a EpS em contexto escolar tem ganho uma atenção crescente nas políticas públicas de educação associada a uma maior consciência das sociedades quanto ao papel que compete às escolas desempenhar na promoção deste desiderato (Portaria nº 105/2012). As matérias respeitantes à EpS têm merecido, em tempos mais recentes, uma especial atenção da sociedade portuguesa. Desde 1984 que a área da “Promoção da Saúde em meio escolar” tem vindo a ser contemplada e reforçada através de legislação específica e de estruturas de enquadramento com competências específicas para conceber e executar as políticas de promoção da saúde, como é o caso da Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde; do Centro de Apoio Nacional; do Departamento da Educação Básica; do Departamento do Ensino Secundário e das Direções Regionais de Educação (Sampaio et al., 2005).

O XVII Governo Constitucional (2005-2009), de entre os objetivos prioritários para a política educativa contemplou no seu programa a adoção de medidas relativas à promoção da saúde global da população escolar, nomeadamente quando refere que de entre as múltiplas responsabilidades da escola atual estão a EpS, para a sexualidade e para os afetos.

A Ministra da Educação, através do Despacho n.º 19 737/2005 de 13 de setembro de 2005, cria um grupo de trabalho incumbido de proceder ao estudo e de propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar, na perspetiva da promoção da saúde escolar. Este grupo de trabalho, liderado pelo Prof. Doutor Daniel Sampaio, apresentou um conjunto de propostas para a implementação da EpS em contexto escolar que apresentamos sumariamente:

- A Educação para a Saúde deverá assumir carácter obrigatório e ser considerada prioritária pelo Ministério da Educação;
- A participação dos alunos e a sua capacitação permanente bem como a dos pais e encarregados de educação é considerada crucial para o êxito destas propostas;

- Preconiza-se a reorganização dos currículos das disciplinas dos 1.º, 2.º e 3.º ciclos do Ensino Básico na perspetiva da Educação para a Saúde com carácter obrigatório e com implicações a nível do desenvolvimento curricular, das disciplinas do projeto de turma e da avaliação dos alunos;
- Propõe-se a abordagem da Educação para a Saúde nas áreas curriculares não disciplinares (“área de projeto”, “estudo acompanhado”, “formação cívica” e “opção de escola”);
- Cada agrupamento/escola deverá eleger um professor responsável pela área de Educação para a Saúde. Recomenda-se também a criação de um “espaço tutorial”;
- Recomenda-se o recurso a jovens mais velhos e com formação adequada para intervir na área de Educação para a Saúde como, por exemplo, os alunos de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Farmácia, Biologia;
- Recomenda-se no ensino secundário a criação de um Gabinete de Atendimento para as questões de Saúde, em articulação com o Centro de Saúde da área.
- Cada escola deverá identificar os recursos/ professores formados de que dispõe para a nova dinâmica curricular (Sampaio et al., 2005).

No que se refere ao modelo de educação para a promoção da saúde o Governo, através do Despacho n.º 25995/2005 (2ª série) de 16 de dezembro, tendo em conta as sugestões e conclusões referenciadas no relatório preliminar apresentado pelo grupo de trabalho, determinou a obrigatoriedade das escolas incluírem no seu projeto educativo a área da EpS, combinando a transversalidade disciplinar com inclusão temática na área curricular não disciplinar recorrendo à diversidade de metodologias que envolvem o aluno nas atividades de aprendizagem. Acrescenta-se a necessidade de articulação estreita entre escolas e centros de saúde; de articulação explícita com as famílias e da designação do coordenador da área temática. Salvaguarda-se a autonomia das escolas na definição, planificação e concretização do projeto educativo e a responsabilidade do Ministério da Educação na orientação deste processo.

O recente Decreto Legislativo Regional n.º 8/2012/A de 16 de março fixa, para a Região Autónoma dos Açores, o regime de EpS em meio escolar e determina que a EpS nas escolas tem o acompanhamento dos profissionais de saúde, no âmbito das equipas multidisciplinares de saúde escolar ao abrigo do Programa Regional de Saúde Escolar. Posteriormente a Portaria n.º 105/2012 de 12 de outubro procede à regulamentação prevista no n.º 2 do artigo 4.º do Decreto Legislativo Regional n.º 8/2012/A de 16 de março já referido. Esta Portaria determina que o programa de EpS em meio escolar, em

articulação com a rede de serviços de saúde, deve desenvolver atividades que tenham como objetivo a vigilância e proteção da saúde assim como a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. Mais acrescenta que as áreas temáticas prioritárias ²¹ da EpS devem privilegiar a transversalidade e a articulação curricular.

As áreas assinaladas tendem a responder a um sentir generalizado e a um esforço conjunto entre os países europeus para dar resposta aos problemas de saúde que a sociedade atual apresenta. O que não podemos esquecer é que existem outras necessidades de saúde específicas que derivam de cada contexto e que, uma vez identificadas, devem ser igualmente incluídas no currículo.

Como se constata na legislação apresentada a abordagem transversal da EpS é defendida para se trabalhar as matérias relacionadas com a saúde. De facto muitas das áreas temáticas prioritárias referidas relacionam-se com questões sociais que estão sendo vividas a nível coletivo (sociedade, comunidades, família) e a nível individual (aluno, educador), procurando-se em diferentes espaços sociais, soluções e alternativas para muitas delas.

Sabemos que implícita ou explicitamente várias áreas do currículo escolar transmitem ensinamentos relativamente a temas relacionados com a saúde por meio das conceções e valores que comunicam nos conteúdos, na metodologia de trabalho selecionada, nas atividades, na avaliação, entre outras componentes do currículo.

A problemática dos temas transversais atravessa os diferentes campos do conhecimento. Sob o ponto de vista do processo saúde/doença, com as suas múltiplas dimensões e a sua complexidade, por si só, justificam a opção de caracterizar a EpS como tema transversal do currículo, pois é através do contributo das diferentes áreas do saber que o aluno pode construir uma conceção abrangente de saúde (ME & MD, 1998).

A transversalidade é um princípio teórico com implicações práticas nas metodologias de ensino e na proposta curricular e pedagógica. É importante que as áreas disciplinares convencionais explicitem nos seus conteúdos e objetivos os temas transversais, para que os mesmos não se diluam e para que não se perca a noção do que se pretende atingir (ME & MD, 1998).

²¹ Constituem áreas temáticas prioritárias da EpS: alimentação saudável; saúde oral; saúde mental; saúde afetivo-sexual e reprodutiva; atividade física, o ambiente e a saúde; a segurança individual e coletiva, prevenção de acidentes e suporte básico de vida; a prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco e a prevenção da violência em meio escolar (Portaria n.º 105/2012).

Tradicionalmente a educação para a saúde em contexto escolar consiste em abordar de forma separada os temas de saúde em sala de aula, como os relacionados com o consumo de tabaco ou de álcool, a atividade física, a alimentação saudável, a sexualidade e as relações interpessoais, a segurança, a saúde mental, entre outros (St Leger et al., 2010). Para os autores, esta abordagem ainda se pratica, hoje em dia, em algumas iniciativas das escolas, como por exemplo na obesidade, o que pode ser problemático ou ineficaz porque estas abordagens são muitas vezes fundamentadas em pressupostos relativos ao comportamento humano difíceis de justificar e sem suporte empírico. Há temas interligados que não funcionam separadamente a nível comportamental, como por exemplo: a atividade sexual dos jovens pode estar relacionada com o consumo de álcool ou drogas. Com abordagens desta natureza corre-se o risco de se ver a saúde como unicamente da responsabilidade individual quando, na verdade, o ambiente social é determinante dos comportamentos (St Leger et al., 2010). A abordagem por temas tende a subentender que o comportamento humano está baseado totalmente no conhecimento e no raciocínio, colocando a dimensão das emoções para um segundo plano, como um tema separado, quando, de facto, os aspetos mentais e emocionais são elementos pertencentes às questões de saúde.

Outro exemplo é o estudo do corpo humano que não é reduzido à sua dimensão biológica mas colocado ao serviço da compreensão da diferença de género (conteúdo de Orientação Sexual) e do respeito à diferença (conteúdo de Ética). De igual forma, para se compreender o que é a saúde e como preservá-la não chega ter alguns saberes sobre o corpo humano. É necessário conhecimentos, por exemplo, sobre ambiente, língua portuguesa e matemática uma vez que informações importantes sobre saúde também são veiculadas em folhetos, em tabelas e dados estatísticos. Nessa conceção, os conteúdos temáticos não serão suficientemente contemplados se ficarem restritos a uma única área. Como já aludimos, conceções sobre saúde perpassam em todas as áreas de estudo escolar.

Contudo, isto não equivale a dizer que a abordagem por temas não tenha um lugar na EpS ou na promoção da saúde em meio escolar. Simplesmente é um argumento para assegurar que os professores quando abordam um tema explicitem as conexões possíveis entre eles, quer na sala de aula, quer na vida escolar mais vasta, e construam pontes entre a finalidade do estudo escolar e as questões sociais, possibilitando aos alunos o uso dos conhecimentos escolares na sua vida extraescolar (St Leger et al., 2010; ME & MD, 1998). Não se trata de trabalhar os temas de forma paralela, nem

apenas ampliá-los, mas de os explorar numa perspetiva integrada, considerando diferentes competências, conteúdos e metodologias (ME & MD, 1998).

A transversalidade impõe, desta forma, o envolvimento dos professores de todas as unidades curriculares, a coordenação entre as diferentes áreas do saber e o despertar para a necessidade de a escola refletir e atuar conscientemente na educação de valores e atitudes em todas as áreas (Gavídea e Rodes, 1996). A transversalidade pressupõe a definição dos conteúdos, atitudes, habilidades, procedimentos, valores, comportamentos, conceitos, factos e normas relacionados com a saúde considerados pertinentes para a população escolar. Ao longo da aprendizagem os conceitos adquirem uma importância cada vez maior, capacitando os alunos para a crítica dos desafios que lhes são colocados de forma crescente, quer nas suas interações sociais, quer com o meio ambiente. As habilidades e competências que desejamos que as crianças e jovens desenvolvam em contexto escolar podem ser importantes e comuns a todos os temas. Por exemplo, a capacidade de se ser assertivo ou de fazer uma reflexão crítica sobre o seu papel como cidadãos de uma sociedade é transversal a diferentes temáticas.

Este facto implica a necessidade de um trabalho dinâmico, sistemático e contínuo no decorrer de toda a escolaridade, o que possibilitará um tratamento cada vez mais aprofundado das questões abordadas.

Neste âmbito, a estrutura de um currículo em espiral é um conceito importante na criação de um programa escolar de educação para a saúde, aliás como é defendido na filosofia das Escolas Promotoras de Saúde. Com base na teoria de Bruner, este conceito baseia-se no pressuposto de que, no decorrer da vida escolar das crianças e jovens, há necessidade de retomar e aprofundar os conteúdos de uma área específica, para que o estudante continuamente modifique as representações mentais que tem vindo a construir (Roldão, 1994). É sempre possível apresentar os conteúdos aos alunos, desde que seja de forma adequada às suas representações, retomando-os mais tarde a níveis mais elaborados (Roldão, 1994). Todo este processo deverá basear-se nas necessidades de saúde presentes e futuras dos alunos e na natureza do processo ensino-aprendizagem.

Uma das ideias básicas em educação e do mesmo modo em EpS é a de que o ponto de partida deve ser os alunos em termos dos seus conhecimentos, atitudes ou valores bem como das suas perceções dos problemas de saúde em causa (ME, 1999). Contudo, há que considerar em todo este processo que a aquisição precoce de conhecimentos relacionados com a saúde é fruto de um processo de socialização no seio familiar ou de uma comunidade cultural que por sua vez fornece um quadro de

referência próprio no qual os novos conhecimentos irão ser recebidos e analisados (ME, 1999). Esta conceção de currículo em espiral flexível tem implicações no planeamento de um programa de EpS, porque o seu êxito depende das negociações e consultas não só com o pessoal docente, mas com outros técnicos e auxiliares, bem como atores de outros contextos de modo a desenvolver nas crianças e jovens um sentimento de autonomia gradual e crescente.

Para Precioso (2009) as dificuldades na abordagem dos temas de forma transversal relacionam-se com a tradição na organização curricular vertical, com a falta de formação e sensibilização dos professores, com o sistema de avaliação dos alunos, com a extensão dos currículos das disciplinas e com o facto de não haver um currículo transversal de saúde.

Começa a emergir a nível europeu e em Portugal o tratamento da EpS em disciplinas específicas (Precioso, 2009). A flexibilidade curricular prevista na reforma do sistema educativo tem permitido que algumas escolas criem disciplinas de saúde e inclusivamente disciplinas com o nome de Educação para a Saúde. Para Precioso (2009) a criação de uma disciplina de Educação para a Saúde seria vantajosa por garantir que todos os alunos abordariam temas relacionados com a saúde. O autor acrescenta que a sua inclusão no currículo responde a uma necessidade social, favorece a consciência do direito à saúde e capacita para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde-doença.

Em síntese, poderá dizer-se que, com o seu enfoque político, a EpS pretende ir muito mais além do que simplesmente informar ou tentar mudar comportamentos. A EpS precisa de ser assumida como uma responsabilidade e um projeto de toda a escola. Ela deve privilegiar o desenvolvimento de métodos de educação alternativos aos tradicionais, que privilegiem a reflexão-ação através do trabalho de grupo, a problematização e o desenvolvimento de ações conjuntas. Diríamos que um dos desafios no âmbito da EpS na escola é proporcionar ambientes educacionais que promovam nas pessoas a motivação interna, a autoestima, a consciência crítica e o compromisso social.

II PARTE

**QUATRO OLHARES SOBRE A EDUCAÇÃO
PARA A SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR
PARA UMA ANÁLISE DE NECESSIDADES DE
FORMAÇÃO**

CAPÍTULO IV. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Ao longo deste capítulo iremos apresentar os objetivos deste estudo, bem como, sistematizar e explicitar as opções e procedimentos metodológicos utilizados no decorrer do mesmo. Descreveremos inicialmente o tipo de abordagem do estudo, os participantes na investigação e os critérios da sua seleção e, em seguida, descreveremos e justificaremos as opções tomadas, no que se refere aos procedimentos de recolha, tratamento, organização e análise dos dados.

4.1. Objetivos do estudo

Como referido na introdução do presente trabalho, são objetivos deste estudo compreender as problemáticas e as explicações teóricas manifestas quer na conceptualização de necessidades de formação quer na abordagem à EpS, no quadro da formação em enfermagem. Pretende-se igualmente: i) identificar, na perspetiva dos diversos atores envolvidos nesta pesquisa, as conceções de EpS vigentes, bem como a utilidade e importância que atribuem à EpS em contexto escolar e o perfil desejado de educador para a saúde; ii) analisar, através dos discursos dos participantes, a forma como estruturam e desenvolvem as práticas de educação para a saúde em contexto escolar; iii) indicar as suas dificuldades, preocupações e desejos de melhoria em relação à educação para a saúde em contexto escolar; iv) e determinar necessidades de formação neste âmbito.

4.2. Opções metodológicas

A nível da investigação duas principais abordagens, assentes em paradigmas distintos, têm influenciado a perspetiva como os fenómenos são estudados com implicações nos métodos e procedimentos utilizados para a sua compreensão: a abordagem quantitativa – relacionada com o paradigma positivista/behaviorista – e a abordagem qualitativa – decorrente do paradigma interpretativo ou naturalista (Burns &

Grove, 2005; Denzin & Lincoln, 2003; Fortin, 2008; Lessard-Hebert, Goyette & Boutin, 1994; Polit & Hungler, 2004).

As pesquisas desenvolvidas em educação não podem ficar alheias aos quadros de referência paradigmáticos que as orientam.

Numa abordagem do tipo qualitativo valoriza-se a subjetividade e diversidade de interpretação dos fenómenos de acordo com os sujeitos e os contextos (Denzin & Lincoln, 2003; Fortin, 2008; Guerra, 2006; Polit & Hungler, 2004; Santos, 2007). Esta conceção rejeita a neutralidade, reconhece a intencionalidade, concebe a ciência como um ato humano historicamente situado e presume que o conhecimento seja maximizado quando a distância que medeia entre o pesquisador e os participantes no estudo for reduzida (Polit & Hungler, 2004). As abordagens qualitativas em investigação baseiam-se, pois, numa compreensão holística e não reducionista dos fenómenos sociais (Burns & Grove, 2005; Fortin, 2008; Guerra, 2006; Munhall, 2007; Polit & Hungler, 2004; Streubert & Carpenter, 2002). Tendo em conta estes pressupostos, dado que o foco desta investigação se centrou numa compreensão abrangente da experiência pessoal no que respeita ao conhecimento e práticas de EpS em contexto escolar sob a perspetiva dos seus diferentes atores (enfermeiros, professores, estudantes, pais), optámos por uma abordagem de carácter qualitativo que valorizasse as diferentes perspetivas individuais por forma a contribuir para um conhecimento mais abrangente e contextualizado do fenómeno em estudo.

De facto, na investigação qualitativa as questões a serem investigadas são estabelecidas com o intuito de estudar o fenómeno em toda a sua complexidade e no contexto natural e as abstrações são construídas à medida que os dados recolhidos se vão agrupando (Bogdan & Biklen, 2007). A pesquisa qualitativa é um meio para explorar e compreender o significado que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano sem se pretender efetuar generalizações, mas antes particularizar e compreender os participantes e os fenómenos na sua complexidade e singularidade (Bogdan & Biklen, 2007; Burns & Grove, 2005; Creswell 2009; Denzin & Lincoln, 2003; Fortin, 2008).

Num sentido amplo, a investigação qualitativa é aquela que produz dados descritivos em que as palavras das pessoas ou as suas condutas observáveis se constituem como a base de trabalho para a identificação de resultados (Burns & Grove, 2005; Fortin, 2008). A abordagem qualitativa que caracteriza o presente estudo, por si só, também lhe imprime um carácter descritivo. A descrição funciona como método de

análise e explicitação dos dados, quando se pretende que nenhum detalhe escape ao escrutínio. O estudo descritivo busca conhecer as diversas situações e relações que caracterizam um fenómeno particular, tomado isoladamente ou em grupo, sem procurar a manipulação de variáveis ou o estabelecimento de relações de causalidade (Cervo & Bervian; 2002; Fortin, 2008). Em consonância com esta orientação metodológica, este estudo tenta procurar o particular e único do problema em análise através da compreensão e interpretação da “experiência subjetiva” (Streubert & Carpenter, 2002) dos diferentes atores implicados relativamente às suas conceções sobre a EpS e sua importância em contexto escolar e aos registos descritivos e reflexivos em torno do relato de práticas a ela associadas.

4.2.1. Participantes

Na investigação qualitativa os indivíduos são selecionados de acordo com a sua experiência, cultura e/ou interação social de forma a potenciar a possibilidade de se obterem descrições ricas sobre o fenómeno de interesse (Munhall 2007; Streubert & Carpenter, 2002). A investigação qualitativa privilegia, assim, estratégias de seleção de participantes que supõem uma seleção deliberada e intencional (Aires, 2011; Rodríguez Gómez, Gil Flores & Garcia Jiménez, 1996). Os participantes ou grupos são selecionados na medida em que se ajustam aos critérios e atributos estabelecidos pelo investigador.

Tendo em conta a importância que os métodos qualitativos atribuem ao saber e à experiência das pessoas selecionadas para o estudo, é fundamental que estas sejam capazes de descrever o que interessa ao investigador, o que supõe uma motivação para participar e uma boa capacidade para se exprimirem. Por sua vez, o campo das análises empíricas é contextualmente situado, circunscrito a um espaço geográfico, social e temporal (Burns & Grove, 2005; Munhall, 2007; Quivy & Campenhoudt, 2008).

A seleção do espaço geográfico de abrangência da pesquisa foi circunscrito à ilha de S. Miguel, contemplando todos os Centros de Saúde da ilha sediados em cada concelho e uma Escola Secundária de cada concelho, englobando no total cinco centros de saúde e cinco escolas secundárias. No caso dos concelhos que tinham mais do que uma escola secundária, como o caso de Ponta Delgada e Ribeira Grande, a seleção da escola teve em conta a antiguidade nas parcerias estabelecidas com a Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, local de trabalho da investigadora.

Relativamente à população alvo, o campo de análise do estudo estava desde o início claramente limitado uma vez que pretendíamos conhecer as conceções e compreender as práticas associadas à EpS em contexto escolar na perspetiva de diversos atores (enfermeiros, professores, pais e estudantes). Consideramos que a inclusão no estudo de apenas um grupo de participantes (por exemplo, os enfermeiros) não permitiria obter a visão alargada e compreensiva que é necessária para apreender o contexto e possíveis práticas no âmbito da educação para a saúde em contexto escolar.

Assim, selecionamos estudantes do ensino secundário a frequentar o 3.º ciclo do ensino básico de aprendizagem (7º, 8º e 9º anos), professores coordenadores da EpS na escola, enfermeiros a trabalhar em saúde escolar e pais dos cinco concelhos que compõem a ilha de S. Miguel.

Nos critérios de seleção dos participantes salvaguardou-se a importância de características pessoais consideradas necessárias para a obtenção de descrições ricas sobre o tema em análise, como a capacidade de se expressarem com clareza, de fornecerem informações e refletirem sobre o tema. Como forma de escolha dos nossos participantes, recorremos, portanto, a uma seleção deliberada e intencional como defendido por Fortin (2008); Rodríguez Gómez et al. (1996); Streurbert e Carpenter, (2002).

Relativamente aos alunos, optou-se por selecionar os do 3.º ciclo do ensino básico, independentemente da sua idade, por terem sido alvo, com maior probabilidade, de mais intervenções de EpS em contexto escolar que, associado ao seu desenvolvimento cognitivo, lhes confere maior possibilidade de possuírem um discurso mais elaborado sobre o tema em análise e explicitarem as suas opiniões pessoais.

A seleção dos alunos participantes foi efetuada pela enfermeira coordenadora de saúde escolar dos centros de saúde com a colaboração do professor coordenador da EpS das escolas escolhidas, que considerámos serem os profissionais com conhecimento mais adequado sobre os alunos no que respeita às características pessoais relevantes para a inclusão de participantes no estudo.

Assim, por cada escola escolhida foram selecionados dois alunos do 3º ciclo do ensino básico. No conjunto, porém, foram entrevistados onze alunos uma vez que se decidiu incluir como participante um outro aluno que foi entrevistado a seu pedido (na sequência da entrevista realizada à sua irmã).

Relativamente aos pais, considerou-se como aspetos pertinentes para a sua seleção terem filhos no mesmo ciclo de escolaridade dos alunos entrevistados,

independentemente da idade e de frequentarem o mesmo estabelecimento de ensino, para além das características pessoais já referidas.

A seleção dos pais foi efetuada pelos enfermeiros coordenadores de saúde escolar dos centros de saúde por possuírem um conhecimento relevante a seu respeito dado que os mesmos estão inscritos no centro de saúde e têm acompanhado os filhos nas consultas de vigilância de saúde infantil. Três, dos dez pais selecionados, são pais de alunos que participaram neste estudo.

A coordenação da equipa de educação para a saúde na escola é da responsabilidade de um docente designado pelo conselho executivo, tendo em conta a sua formação bem como a sua experiência no desenvolvimento de projetos e atividades no âmbito da educação para a saúde (Decreto-Legislativo Regional n.º 8/2012). Consideramos, deste modo, que os professores que detinham este cargo apresentavam os requisitos necessários para fazerem parte dos participantes no estudo, num total de cinco professores.

Relativamente aos enfermeiros, considerou-se pertinente selecionar todos os enfermeiros coordenadores de saúde escolar. Como até ao momento só existe um enfermeiro coordenador da saúde escolar por cada centro de saúde, optou-se por incluir também os enfermeiros com mais experiência em atividades de educação para a saúde em contexto escolar, cuja seleção ficou à responsabilidade do enfermeiro coordenador da saúde escolar de cada centro de saúde.

Atendendo a que o centro de saúde de Ponta Delgada, até à data, era o único que possuía uma equipa de saúde escolar a trabalhar a tempo inteiro em saúde escolar, considerámos pertinente incluir mais dois enfermeiros desta equipa, por se reconhecer que possuíam conhecimento em profundo e relevante para os propósitos desta investigação.

Assim, o grupo de participantes selecionado foi composto por onze estudantes, dez pais, cinco professores e doze enfermeiros perfazendo um total de 38 participantes.

Pretendíamos equilibrar os participantes no que respeita ao sexo, todavia só foi possível nas crianças e nos professores. Apresentamos uma descrição breve dos participantes deste estudo, de modo a obter uma melhor compreensão das características que possam ser relevantes para o processo de análise e interpretação dos dados. Esta caracterização inclui elementos sobre: sexo, média de idades, áreas de formação de base, formação avançada e profissão.

Enfermeiros

O grupo de enfermeiros é composto por 12 elementos, dos quais 11 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino. As suas idades estão compreendidas entre os 26 e 46 anos com uma média de 36,0 anos.

Os anos de experiência profissional no âmbito da EpS em contexto escolar oscilam entre os 2 e os 11 anos.

Em termos de formação avançada, três enfermeiros são especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e três em Enfermagem Comunitária. Um destes possui Mestrado em Ciências de Enfermagem e o outro, o Curso de Pós Graduação em Sexualidade em Contexto Comunitário.

Quatro enfermeiros possuem o Curso de Formação de Formadores.

Professores

Os professores são um grupo de cinco elementos, dos quais três são do sexo feminino e os restantes do sexo masculino. As suas idades estão compreendidas entre 33 e os 58 anos, com uma média de idades de 41,8 anos de idade.

São professores do quadro de nomeação definitiva, com experiência profissional que varia entre os 10 e os 32 anos e com a seguinte formação inicial: dois professores possuem a licenciatura em Biologia, um em Educação Física, um em Português e o outro em Inglês. Todos assumem o cargo de coordenadores da EpS na escola. Um professor possui um Curso de Formação Pessoal e Social.

Pais

Os pais são em número de 10, sendo 7 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. As suas idades variam entre os 36 e os 49 anos, sendo a média de 43,5 anos.

As suas habilitações literárias enquadram-se entre o 6.º ano de escolaridade e o curso superior.

Em termos profissionais contabilizam-se dois assistentes técnicos, dois professores, um assistente administrativo, um motorista, um serralheiro, um engenheiro eletrotécnico, uma empregada doméstica e um assistente operacional.

Alunos

O grupo de alunos é constituído por 11 elementos, dos quais 4 são do sexo feminino e 7 são do sexo masculino. As suas idades estão compreendidas entre os 13 e os 15 anos, com uma média de 13,6 anos de idade. Quatro dos alunos estavam no 7.º ano, três no 8.º e quatro no 9.º ano de escolaridade.

4.2.2. Procedimentos e métodos da recolha de dados

Na investigação qualitativa podem ser utilizadas diversas estratégias para a obtenção dos dados, cada uma das quais satisfazendo regras próprias de utilização. O desenvolvimento do processo de recolha de dados não pode separar-se das questões que nos preocupam no processo de investigação, pelo que nos interpelamos relativamente ao método de colheita de dados que melhor se adequava aos objetivos do nosso estudo.

Atendendo a que se pretendia obter informação em primeira mão sobre as experiências dos atores acerca de um fenómeno específico, sobre o que experimentam, pensam e sentem, recorreu-se à entrevista como o instrumento de recolha de informação. A recolha de informação por entrevista permite a compreensão profunda de um fenómeno dado que se encontra facilitado o relacionamento com os participantes, potenciando a exploração do sentido que estes atribuem a uma experiência particular (Aires, 2011; Morse, 2007; Munhall, 2007; Patton, 2002; Steurbert & Carpenter, 2002).

A entrevista como instrumento de recolha de informação em investigação não é uma simples conversa mas uma conversa orientada para um objetivo(s) definido(s) ou tema específico (Cervo & Bervian, 2002; Guerra, 2006). É, igualmente, um modo particular de comunicação verbal que é estabelecida entre o investigador e os participantes com vista à obtenção de dados relativos às questões de investigação formuladas (Fortin, 2008).

No caso deste estudo e face aos objetivos previamente estipulados, considerámos que a opção por uma entrevista semi-estruturada (Bogdan & Biklen, 2007; Fortin, 2008, Ghiglione & Matalon, 2001) serviria os requisitos da investigação que estávamos a desenvolver, na medida em que com esta abordagem, se garantia a possibilidade de se “obter dados comparáveis entre os vários sujeitos” (Bogdan & Biklen, 2007 p.135), na linguagem dos próprios participantes, facilitando a compreensão da forma como interpretam os aspetos em estudo. A entrevista semi-estruturada é caracterizada por um conjunto de questões orientadoras que são preparadas de forma suficientemente aberta para permitirem a exploração específica dos fenómenos através de um questionamento dirigido (Fortin, 2008; Ghiglione & Matalon, 2001; Wengraf, 2001). Em função das respostas que o entrevistador vai recebendo, a ordem da abordagem dos temas pode variar. A entrevista compreende, deste modo, o desenvolvimento de uma interação capaz de criar e captar significados.

Uma série de decisões foram consideradas no planeamento da entrevista, nomeadamente a preparação cuidadosa de um guião que serviu de eixo orientador ao desenvolvimento da mesma. Nesse sentido, identificaram-se as perguntas a incluir, o seu nível de detalhe e a forma de as formular, pois tudo isso, de acordo com Patton (2002), influencia a qualidade das respostas.

Na construção do guião da entrevista, tivemos a preocupação de traduzir os objetivos do estudo em questões específicas. Estas constituíram-se como um elemento fundamental da pesquisa, uma vez que são as respostas às questões formuladas que proporcionam os dados para esclarecer o problema em estudo (Fortin, 2008; Guerra, 2006; Patton, 2002).

Tendo em conta os objetivos do estudo e as devidas adaptações às particularidades de cada grupo de participantes (enfermeiros, professores, pais e estudantes), construímos um guião de entrevista, para cada grupo de participantes, organizado em dois blocos temáticos distintos:

O primeiro pretende justificar o pedido da entrevista e garantir a sua legitimação, com o objetivo de motivar os participantes, esclarecer alguma dúvida, obter o seu consentimento para a participação no estudo e a gravação áudio da entrevista.

O segundo bloco visa integrar um conjunto de questões orientadoras em torno dos seguintes itens: conceções de EpS, sua utilidade em contexto escolar e perfil do educador para a saúde; relato de práticas de EpS em contexto escolar; dificuldades e preocupações ligadas à EpS; fonte de competências em EpS e formação desejada na área e sugestões no âmbito da EpS em contexto escolar.

Os guiões foram construídos não só para possibilitar entrevistar pessoas diferentes de forma sistemática e abrangente, mas também para permitir que o entrevistador pudesse abordar todos os tópicos de interesse numa interação focada nos objetivos da pesquisa, e o entrevistado tivesse espaço para poder relatar as suas experiências individuais de forma espontânea, facilitando-se a captação da sua singularidade e sensibilidade sobre o assunto em estudo.

Para que o conteúdo das respostas fosse ao encontro do questionado, tentámos elaborar perguntas claras, concretas e precisas, numa tentativa de restringir a diversidade de interpretações, com o intuito de obter o conteúdo desejado em torno dos objetivos previamente estabelecidos. Desta forma, colocaram-se questões procurando uma informação de carácter qualitativo no sentido dos participantes poderem responder de acordo com o seu quadro de referência e desenvolvimento cognitivo (no caso dos

alunos), explicitando as suas opiniões pessoais. Com base em Patton (2002), procurámos com as questões colocadas cobrir as esferas do conhecimento/informação, dos comportamentos/experiência, dos desejos, valores e dados de carácter demográfico/biográfico.

Com as perguntas de carácter demográfico pretendemos conhecer as características das pessoas entrevistadas, como por exemplo a sua idade, situação profissional e formação académica. As questões relacionadas com os comportamentos/experiências apelaram para a descrição das suas experiências, comportamentos, ações e atividades relacionadas com as suas práticas de EpS em contexto escolar. Com as perguntas associadas ao conhecimento/informação desejávamos averiguar a informação do entrevistado sobre os factos e ideias em estudo. As perguntas de opinião/valor pretendiam recolher o que os participantes pensam sobre o tema, as suas intenções, desejos e expressão de valores.

De modo a garantir a adequação dos instrumentos de colheita de dados e eliminar possíveis deficiências, submetemo-los à validação junto de três juízes com experiência no âmbito da investigação, do ensino e da prática de atividades de educação para a saúde em contexto escolar.

O instrumento foi posteriormente submetido a um pré-teste para detetar a necessidade de reformulações ou correções, antes da sua aplicação. Como sugerem Quivy e Campenhoudt (2008), verificámos se as perguntas eram bem compreendidas e se as respostas correspondiam às informações procuradas. O pré-teste foi aplicado no início da primeira semana do mês de Janeiro de 2012 a dois participantes que obedeciam aos critérios de elegibilidade do estudo, com o objetivo de testar a clareza dos termos utilizados, o grau de compreensão, a pertinência e a adequação das questões relativamente aos objetivos do estudo. Após a entrevista, pré-teste houve uma conversa entre o entrevistado e o entrevistador a fim de se obterem informações acerca das dificuldades encontradas e/ou sugestões de melhoria. O tempo médio da entrevista pré-teste foi aproximadamente de uma hora e trinta minutos na conversa com o enfermeiro e de trinta minutos nas mantidas com o aluno.

Após se efetuarem algumas alterações na conceção dos guiões, em função de sugestões apresentadas, o mesmo foi assumido como instrumento definitivo a ser incluído no estudo (Anexo I).

Mereceu-nos especial atenção a entrevista aos alunos pois entrevistar crianças e adolescentes não deixa de ser uma oportunidade única mas também não deixa de

apresentar ao entrevistador desafios adicionais. A investigação demonstra que a entrevista pode ser usada com sucesso desde a idade pré-escolar (Eder & Fingerson, 2003). Dar voz aos mais novos também foi um propósito do nosso estudo de modo a que pudessem exprimir os seus pensamentos e interpretações independentemente da interpretação que os adultos fazem das suas vidas.

Na entrevista com os alunos, o entrevistador esteve sensível às dinâmicas de poder, nomeadamente ao desequilíbrio de poder que existe entre adultos e jovens pois, como alertam Eder e Fingerson, (2003), nem sempre o entrevistador reconhece que em geral as crianças possuem um estatuto diferente do dos adultos e falta de poder nas sociedades ocidentais. Os adultos não têm estatuto igual ao das crianças porque os seus papéis sociais foram influenciados não só pela idade e desenvolvimento cognitivo, mas também pela maturidade física e responsabilidade social (Eder & Fingerson, 2003).

Na condução de todas as entrevistas efetuadas, prevaleceu uma postura de abertura e flexibilidade na exploração das questões que permitiu acomodar novas ideias consideradas pertinentes no decorrer da entrevista, bem como uma melhor adaptação ao fluxo do discurso do entrevistado (Rodríguez Gómez et al., 1996). O desenvolvimento da entrevista foi-se adaptando ao entrevistado não existindo uma ordem rígida na colocação das questões. Procurámos, igualmente, não emitir opiniões nem manifestar qualquer expressão a não ser interesse e atenção pelo que os entrevistados diziam através do uso das técnicas de facilitação da comunicação e de clarificação da resposta sempre que se considerou oportuno. Cada entrevista contemplou um momento adequado para que cada participante tivesse a oportunidade de reforçar aspetos focados na mesma ou para introduzir outros não contemplados.

O local onde se realizaram as entrevistas variou desde as escolas, unidades de saúde e a casa dos participantes, principalmente no caso das crianças, por sugestão dos próprios e dos seus pais. Procurámos, nos diferentes locais, assegurar um ambiente de tranquilidade, aquando da realização das entrevistas, bem como uma relação de honestidade e de confiança entre os participantes e a investigadora.

Sublinhe-se toda a abertura e colaboração que obtivemos e o papel fundamental dos participantes para a concretização desta pesquisa.

Foram realizadas trinta e oito entrevistas pela investigadora entre os meses de janeiro e março de 2011. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra.

O tempo médio de cada entrevista foi aproximadamente de trinta minutos para os alunos, quarenta e cinco minutos a uma hora para os pais e de uma hora e trinta minutos para os enfermeiros e professores, dependendo do envolvimento que imprimiam ao seu discurso.

4.2.3. Procedimentos e métodos do tratamento de dados

Sempre que uma colheita de dados é efetuada, torna-se necessário tratá-los e prepará-los para a análise, o que corresponde, para Bogdan e Biklen (2007), a um processo de busca e de organização dos dados de modo a permitir a sua compreensão e apresentação.

Rodríguez Gómez et al. (1996) referem que analisar dados pressupõe examinar de forma sistemática um conjunto de informação para delimitar partes e descobrir as suas possíveis relações e as relações com o todo. Para os autores, toda a análise pretende conhecer o melhor possível a realidade estudada e dentro do possível, mediante a sua descrição e compreensão, elaborar modelos conceptuais explicativos.

Neste estudo, para a análise dos dados, recorreu-se à análise de conteúdo. A análise de conteúdo permite “efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas” (Vala, 2005, p.104). A análise de conteúdo, como reforça Bardin (2008, p.42), permite a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens através de um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não”.

Neste processo, o investigador deve percorrer um conjunto de fases que dão à técnica o rigor e a profundidade possíveis e ao mesmo tempo explicitar todos os seus passos e procedimentos (Vala, 2005).

Assim, após a realização das entrevistas, estas foram numeradas e transcritas na íntegra como já referido. Todas as transcrições foram comparadas com a versão áudio no sentido de se garantir a fidelidade da transcrição, num processo que se revelou moroso mas que se constituiu mais uma possibilidade de aferir o sentido global dos discursos. Para apoio à análise recorreu-se ao *software* de análise de dados qualitativos MAXqda 10. Este *software*, que permite manipular grande conjunto de dados, sejam eles provenientes de entrevistas, narrativas, grupos focais, entrevistas não estruturadas,

estudos de caso, anotações de campo, protocolos de observações, cartas documentais ou qualquer outro material escrito, foi um importante recurso no processo de análise permitindo uma boa organização dos dados, facilitando a comparabilidade entre os diferentes grupos de participantes, potenciando uma maior rapidez na manipulação e acesso à informação e assegurando um processo com registo das diferentes versões do sistema de categorização. Este *software* não produz resultados por si próprio, de forma automática, cabendo à investigadora a condução de todo o processo de análise.

O conjunto de todas as entrevistas constituiu-se como a fonte de informação a ser tratada, ou seja o “*corpus* de análise” (Bardin, 2008; Vala, 2005).

Seguidamente e sem esquecer os objetivos e referentes teóricos, foram efetuadas leituras “flutuantes” de todo o *corpus* para que pudéssemos retirar um primeiro conjunto de impressões e conhecer o seu sentido (Bardin, 2008). Simultaneamente foram registadas notas que incluíam uma lista de ideias e diagramas que esboçavam as relações que eram percebidas, como sugerem diversos autores (Miles & Huberman, 1994).

Face à abundante informação recolhida, uma das primeiras tarefas desenvolvidas, de acordo com Miles e Huberman (1994), foi a redução dos dados, com o objetivo de simplificar, resumir e selecionar a informação tendo em conta determinados critérios teóricos ou práticos. Recorde-se que uma das ideias associadas ao conceito de análise é, precisamente, a separação ou a decomposição do todo em partes (Rodríguez Gómez et al., 1996). Para estes autores, a categorização e a codificação são as funções mais representativas e habituais na redução de dados qualitativos.

Entrámos, deste modo, na fase do trabalho em que se processou o tratamento do *corpus* por operações de codificação correspondentes a uma transformação dos dados brutos do texto segundo regras precisas que permitem atingir uma representação do seu conteúdo (Bardin, 2008).

Para a organização e codificação tornou-se necessária, considerando informação de diferentes autores (Esteves, 2006; Vala, 2005), a definição das unidades de análise, nomeadamente a unidade de contexto, a unidade de registo, e a unidade de enumeração. A unidade de contexto é o maior corpo de conteúdo que enquadra a caracterização da(s) unidade(s) de registo, ou seja, é o segmento de conteúdo necessário para compreender o significado da unidade de registo (Ghiglione & Matalon, 2001). Neste estudo foi assumido como unidade de contexto a própria entrevista e como unidades de registo ou de codificação as frases ou proposições acerca de algo, o que Bardin (2008) designa por

tema. O critério temático tem sido considerado o mais utilizado e o mais valioso na análise de dados qualitativos (Rodríguez Gómez et al., 1996). A unidade de registo é a unidade com significado que sobressai do texto analisado e que faz referência a uma determinada categoria (Bardin, 2008). Por último, a unidade de enumeração é a unidade em função da qual se procede à quantificação de ocorrências (Esteves, 2006; Vala, 2005).

Como referido uma das etapas essenciais na análise de conteúdo é o processo de categorização pois é através da categorização que é possível classificar conceptualmente as unidades que são cobertas por um mesmo tópico, assumindo, portanto, que uma categoria suporta um significado ou um conjunto de significados (Rodríguez Gómez et al., 1996). Para estes autores, a categoria pode ser definida como “um constructo mental para o qual o conteúdo de cada unidade pode ser comparado, de modo a determinar a sua pertinência ou não a essa categoria” (p. 208). A categorização serve para dar significado às mensagens e ratificar as categorias em processo de definição e, se aplicável, motivar a emergência de subcategorias ou indicadores que descrevem o campo semântico das categorias.

Por sua vez, a codificação não é mais do que a operação concreta em que se atribui a cada unidade de registo um código próprio da categoria em que pensamos inclui-la. Para Miles e Huberman (1994) a codificação pode ser efetuada em diferentes momentos da investigação, com a atribuição de códigos descritivos num primeiro momento e códigos com um maior conteúdo inferencial (interpretativos e explicativos) utilizados num segundo momento. A categorização e a codificação são operações essenciais porque implicam a decisão sobre a associação de cada unidade de registo a uma determinada categoria (Bardin, 2008; Esteves, 2006; Rodríguez Gómez et al., 1996).

Neste processo as questões incluídas nos guiões da entrevista foram tomadas como fontes de categorias iniciais e que foram úteis para a redução dos dados como referem diversos autores (Bardin, 2008; Esteves, 2006; Rodríguez Gómez et al., 1996). Considerando-se os autores referenciados, constituiu-se um produto da análise, um mapa de significados que de certa forma reflete a complexidade da experiência humana. Na construção das categorias atendeu-se à formulação de expressões suficientemente abrangentes para permitir englobar os diferentes participantes do nosso estudo, assim como cada uma das categorias gerais foi alvo de um processo de subdivisão em subcategorias. Foram consideradas, neste processo de categorização, três dimensões

semânticas, sendo a categoria a que representa a dimensão de maior abrangência e as subcategorias posteriores as de dimensão cada vez de menor abrangência.

No processo de definição e construção do sistema de categorias, teve-se em consideração os princípios de *exaustividade* e *exclusividade* de modo a garantir, no primeiro caso, que todas as unidades de registo fossem colocadas numa das categorias e, no segundo caso, que uma mesma unidade de registo só pudesse caber numa categoria (Vala, 2005). Seguindo autores já referenciados (Bardin, 2008; Vala, 2005), procurou-se, igualmente, assegurar: a sua *objetividade*, para garantir que as categorias fossem inteligíveis para diferentes codificadores; a *pertinência* para que o sistema de categorias construído fosse relevante para os objetivos do estudo e adequadas ao conteúdo analisado; a *homogeneidade* para que um único princípio de classificação governasse a organização das categorias, uma vez que o princípio da exclusão mútua depende da homogeneidade das categorias; e por fim a *produtividade* de modo a fornecerem dados férteis. No processo de construção do sistema de categorias, no sentido de assegurar a fidelidade intracodificador (Vala, 2005) e de aferir a estabilidade das codificações, optámos por realizar análises aos dados em diferentes momentos. Optou-se, ainda, por recorrer a peritos externos – dois professores com experiência em elaboração e orientação de trabalhos de investigação qualitativa e em Educação para a Saúde – a quem foram entregues os objetivos do estudo bem como uma primeira versão do sistema de categorias e de unidades de registo que suportaram a sua construção, com a finalidade de se discutir a pertinência e a inteligibilidade das categorias identificadas. Após este procedimento, em discussão e consenso com os peritos: i) na categoria *Utilidade da educação para a saúde em contexto escolar* a subcategoria *Promoção da saúde e prevenção da doença* foi subdividida na subcategoria *Promoção da saúde* e na subcategoria *Prevenção da doença*; ii) Na categoria *Perfil do educador para a saúde* foi criada a subcategoria *Domínio deontológico*; iii) Na categoria *Dificuldades expressas* foi criada a subcategoria *Associadas a questões deontológicas*; iii); na categoria *Conceções de educação para a saúde* a subcategoria *empoderamento* foi englobada na subcategoria *promoção da saúde*.

Este processo indutivo conduziu à construção do sistema de categorias, ainda que provisório de início, o qual se foi consolidando através da manutenção, modificação ou supressão das categorias existentes. Conforme referem Miles e Huberman (1994), trata-se de um processo recorrente de reflexão sobre o conteúdo dos dados.

Consideramos útil, no âmbito deste estudo, conhecer o peso relativo das diversas subcategorias, dentro de uma mesma categoria, sendo a unidade de enumeração a unidade de registo. Tivemos subjacente a assunção de que um dado objeto é tanto mais importante para um grupo de participantes quanto maior for o número de entrevistados a referenciá-lo espontaneamente ou quanto maior for a frequência das alusões a esse objeto nos discursos analisados (Bardin, 2008; Esteves, 2006, Vala, 2005). Assim, o valor alcançado em cada categoria reflete a frequência com que cada participante se reporta a uma subcategoria e respetiva categoria.

Como consequência do processo de codificação obtivemos um sistema de categorias que pode ser considerado em si mesmo como o eixo orientador das análises efetuadas. Em seguida apresentamos exemplos de como ele está organizado.

4.2.4. Estrutura e organização do sistema de categorias adotado

Após efetuar todos os procedimentos que explicitámos no decorrer deste capítulo e a partir dos dados colhidos e das leituras sucessivas foi possível identificar elementos comuns que se agruparam em temas ou eixos nomeadamente:

- Educação para a saúde: conceções, utilidade e perfil de educador;
- Relato de práticas de educação para a saúde em contexto escolar;
- Preocupações e dificuldades, ligadas à educação para a saúde;
- Fonte de competências em educação para a saúde e formação desejada;
- Sugestões no âmbito da EpS.

Estes eixos de análise que emergiram do nosso estudo deram origem ao sistema de categorias a que recorremos para interpretar o discurso dos participantes.

O sistema de categorias criado é composto por dezasseis categorias que se posicionam nos diferentes eixos da seguinte forma:

No eixo *educação para a saúde: conceções, utilidade e perfil de educador* incluem-se as categorias – Conceções de EpS; Utilidade da EpS; e Perfil de educador para a saúde. O eixo *relato de práticas de educação para a saúde em contexto escolar* engloba as categorias – Modos de identificação de necessidades formativas em EpS; Áreas da EpS (abordadas e prioritárias); Estratégias utilizadas em EpS; Recursos mobilizados em EpS; Tipos de avaliação efetuada; Envolvimento dos pais; Papel dos diplomas legais sobre a EpS nas escolas; e Evolução das práticas de EpS. No eixo *preocupações e dificuldades, ligadas à educação para a saúde* fazem parte as

categorias – Preocupações; e Dificuldades ligadas à EpS. O eixo *fonte de competências em educação para a saúde e formação desejada* abrange as categorias - Fonte de competências em EpS; e Formação desejada. No último eixo *Sugestões no âmbito da EpS*, construído para destacar a verbalização direta das necessidades e aspirações dos participantes, está englobada a categoria com a mesma denominação.

Uma vez definidas as categorias do nosso estudo e identificado o material constituinte de cada uma delas, torna-se imperioso descrever a sua estrutura. Na análise de conteúdo o momento da descrição é de extrema importância por ser o momento em que se expressam os significados captados e instituídos nas mensagens analisadas. É através do texto produzido como resultado da análise que se poderá perceber a validade da pesquisa e dos seus resultados.

Assim, para cada uma das categorias foi produzido um texto síntese, em que se expressa o conjunto de significados presentes nas diversas unidades de análise incluídas em cada categoria e um quadro que reúne os diferentes campos semânticos associados a cada categoria bem como algumas asserções dos participantes, de modo a clarificar as interpretações efetuadas.

Face à diferença de papéis que os diferentes atores, implicados neste estudo, assumem na EpS em contexto escolar, nem todas as categorias incluem unidades de registo referentes aos seus discursos. Emergem, igualmente, nos diferentes atores, diferenças nos campos semânticos das subcategorias correspondentes a cada categoria do sistema.

De seguida explicita-se, nos quadros que se seguem, o âmbito de cada categoria do sistema de categorias construído.

Categoria 1 – Conceções de educação para a saúde

Esta categoria diz respeito às conceções de educação para a saúde onde emergiram um conjunto de subcategorias que apresentamos no Quadro 2, conjuntamente com as respetivas unidades de registo relacionadas com os diferentes atores.

Cinco das subcategorias apresentadas no Quadro 2, tais como a *transmissão de conhecimentos; promoção da saúde; prevenção da doença; mudança de atitudes e comportamentos e satisfação de necessidades da pessoa* expressam a intenção e o objetivo do que se pretende atingir com a educação para a saúde. A subcategoria *componente da formação* remete para os processos formativos.

Assim, na primeira subcategoria englobam-se as referências que associam a EpS à *transmissão de conhecimentos*. Nas subcategorias *promoção da saúde e prevenção da doença* estão reunidos os discursos que aludem a pressupostos relacionados com a promoção da saúde e/ou à prevenção da doença respetivamente. Na quarta subcategoria reúnem-se as asserções que associam a EpS à *mudança de atitudes e comportamentos*.

Quadro 2. Subcategorias e exemplos das unidades de registo das conceções de educação para a saúde

Subcategorias	Unidades de registo
1.1. Transmissão de conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"> • A ideia é sempre essa...que eles adquiram conhecimentos (Prof 4) • A EpS deve ser cada vez mais isso ensinar-lhes a serem capazes e como podem ser capazes para mais tarde ensinarem esses conhecimentos (Pai 2)
1.2. Promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Para já é um mundo, com ela nós tentamos promover a saúde (Enf 11) • É colocar nas mãos dos cidadãos os recursos que lhe permitem avaliar as suas situações de saúde, quer na forma de acesso a informação, quer na forma de formação que nós lhes transmitimos... (Prof 5)
1.3. Prevenção da doença	<ul style="list-style-type: none"> • Sei...é para a gente não adoecer muito depressa e para ficarmos melhores... por exemplo se...a gente...faz vacinas é para evitar doenças... (A3)
1.4. Mudança de atitudes e comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Mudar atitudes e comportamentos, isto acima de tudo. (Prof 4) • É o que a gente deve fazer correto...o que não deve fazer... o que não deve fazer...o que é bom fazer...e o que não é bom fazer e ... (risada) o que não se deve fazer (A2)
1.5. Componente da formação	<ul style="list-style-type: none"> • A educação para a saúde é como as outras coisas todas que fazem parte da...formação educacional de uma pessoa...ao longo dos anos...todos os anos temos de aprender a EPS é ao longo da nossa vida... (Pai 2) • Eu dizia que era uma...disciplina... (A 8)
1.6. Satisfação de necessidades da pessoa	<ul style="list-style-type: none"> • A educação para a saúde é fazer satisfazer nas pessoas as necessidades que possam sentir, múltiplas...em diferentes níveis (Enf 10)

Na subcategoria seguinte as referências foram, em especial, para a conceção da EpS como *componente da formação* onde agrupámos os relatos referentes à componente mais circunscrita da formação e à componente contínua da formação.

Na última subcategoria estão reunidas as opiniões que referem que a EpS visa a *satisfação de necessidades da pessoa*.

Categoria 2 – Utilidade da educação para a saúde em contexto escolar

Os discursos apreendidos nesta categoria estão relacionados com a importância atribuída pelos participantes à EpS em contexto escolar e estão expressos em sete subcategorias como se observa no Quadro 3.

Quadro 3. Subcategorias e exemplos das unidades de registo sobre a utilidade da educação para a saúde em contexto escolar

Subcategorias	Unidades de registo
2.1. Promove a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • É como lhe disse é muito importante, é muito importante as nossas idas...porque eles refletem nos assuntos, pelo menos a gente tenta (Enf 5)
2.2. Previne a doença	<ul style="list-style-type: none"> • Sim...porque se não achar importante...viria trazer problemas muito graves... (A1) • Que tenham ... acima de tudo e uma atitude preventiva sobre o que lhes pode ser prejudicial (Enf 6).
2.3. Promove a mudança de comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Reconheço! A...se eu fizesse a tal avaliação teria um reconhecimento maior, sem dúvida, mas ...reconheço porque eu acredito que haja mudanças de comportamentos, apesar de às vezes não as ver... (Enf 9) • Mas para mim é muito importante...para mim e penso que para todos...todas as famílias e até para as próprias crianças que...há sempre qualquer coisa que fica na cabeça deles...há uns anos atrás quando eu era jovem...quem é que lavava os dentes? Isto veio de trabalho e...alguém pôs o trabalho em prática, alguém meteu isso na prática, mas não partiu só dos pais...não foi dos pais que partiu...foi a saúde que se meteu nisso e até houve distribuição de escovas, pastas, etc. e hoje em dia quase já ninguém precisa de mandar os meninos lavar os dentes, eles já lavem os dentes, já não é os pais que lhes dizem o porquê de lavar os dentes, porque alguma coisa ficou na cabeça das crianças (Pai 5)
2.4. Transmite conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Acho que cada vez vai ser importante porque os problemas são cada vez mais e cada vez mais complexos por isso eles têm que ter os conhecimentos para poderem lidar com eles e terem saúde (Pai 9) • Muita é na escola que estamos todos os dias, é na escola que aprendemos e é de lá que devemos sair com o conhecimento de saúde (A10)
2.5. Permite formação contextualizada em idade escolar	<ul style="list-style-type: none"> • É muito importante porque eles estão no seu meio, eu tenho que avaliar o comportamento deles no meio escolar, aonde eles passam maior parte do seu tempo ... (Enf 12) • Fundamental...fundamental...porque as crianças estão a construir-se ...a construir um adulto...e é aí que elas estão mais...disponíveis...para adquirirem os conhecimentos que mais tarde irão precisar na idade adulta... (Enf 5)
2.6. Permite a concretização de processos formativos	<ul style="list-style-type: none"> • O educador para a saúde, em muitas áreas, não é só o educador para a saúde, porque de uma forma geral estamos sempre a educar e é a nossa função, enquanto funcionários da saúde, contribuímos com a nossa parte, na parte da saúde.... (Enf 10)
2.7. Orienta a gestão da informação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • A educação para a saúde é fundamental, não porque a informação não exista, mas sim porque ela existe em enorme quantidade e as pessoas têm que aprender a geri-la e a avaliá-la.... (Prof 5)

Esta categoria partilha ou recupera algumas das ideias de temáticas da categoria anterior (*conceções de EpS*), na medida em que os participantes ao pronunciarem-se acerca da utilidade da EpS em contexto escolar voltam a refletir e a reforçar, em grande parte, o que já tinha sido expresso anteriormente como se pode constatar nos discursos reunidos nas subcategorias *promove a saúde, previne a doença, promove a mudança de comportamentos, transmite conhecimentos e permite a concretização de processos formativos*.

A subcategoria *permite formação contextualizada em idade escolar* refere-se à importância que é conferida ao meio onde os estudantes estão inseridos para um conhecimento contextual dos seus comportamentos, assim como à sua fase de desenvolvimento para o processo de aprendizagem em saúde. A subcategoria *orienta a gestão da informação em saúde* reporta-se à importância da EpS para a gestão da formação nesta área.

Categoria 3 – Perfil do educador para a saúde

Esta categoria remete-nos para questões relacionadas com os atributos e características desejadas a um bom educador para a saúde (Quadro 4).

Pela leitura das entrevistas foi possível verificar que os participantes valorizam atributos pessoais do educador que estão expressos na subcategoria *características empático-relacionais*. Os critérios por nós definidos como empático-relacionais englobam características como: a empatia, o dinamismo, a assertividade, a disponibilidade, a abertura entre outras adjetivações semelhantes.

Em relação à subcategoria *competências didático/comunicacionais* englobamos o que os participantes valorizam no educador relativamente à sua capacidade de se exprimir, de se explicar, de comunicar, bem como as suas competências no domínio da didática. O domínio do saber, relacionado com o conteúdo, o estar preparado para dar resposta às dúvidas dos estudantes são alusões que agrupamos na subcategoria *domínio técnico-científico do conteúdo*. A subcategoria *domínio deontológico* contempla as opiniões que demonstram a preocupação por não emitirem juízos de valor e respeitarem as opiniões dos outros no âmbito das suas atividades.

Quadro 4. Subcategorias e exemplos das unidades de registo sobre o perfil do educador para a saúde

Subcategorias	Unidades de registo
<p>3.1. Características empático-relacionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Empático. A empatia, para mim, é fundamental...chegar lá...eu sou enfermeiro e vocês os alunos...não...dá...certo...temos de nos por um pouco no lugar deles...disponível...assertivo...não emitir juízos de valor...e...sempre que possível reforçar positivamente os alunos. Penso que este é o perfil ideal de um enfermeiro que faz educação para a saúde (Enf 12) • Deve ser engraçado, simpático, não ser muito austero, ajudar e estar disponível para qualquer coisa...é importante (A 7)
<p>3.2.Domínio técnico-científico do conteúdo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eu acho que têm de estar bem preparados, têm de saber muito e responder a todas as perguntas que lhe são feitas e as crianças fazem, por vezes, perguntas do “arco-da-velha”... as pessoas têm de ter...preparação...muita preparação... (Pai 8) • Que seja sábia... (A6)
<p>3.3. Competências didático/comunicacionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Naturalmente que tem de ter uma boa capacidade comunicativa (Prof 5) • Ah...deve ser calmo...que saiba falar com as pessoas...com crianças...que consiga sensibilizá-las para elas terem mais juízo e fazerem o que é certo para elas...saber falar connosco...a maneira como explica as coisas...fazer com que a gente perceba e interiorize mesmo...as palavras que usa...que a gente consiga perceber...mesmo na nossa linguagem...de criança, adolescente...aquilo o que e que quer dizer na nossa linguagem...uma pessoa que consiga explicar isso... (A 11)
<p>3.4.Domínio deontológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mas a verdade é que tal como um adulto tem as suas opiniões as crianças também as têm e devem ser respeitadas...com as quais muitas vezes não concordamos, mas se elas são capazes de argumentar e defender o seu ponto de vista, porque não (Enf 10) • Não pode estar ali para punir, para...a...nem para fazer juízos de valor (Prof 3)

Categoria 4 – Modos de identificação de necessidades formativas em educação para a saúde

Esta categoria reflete a forma como se identificam as necessidades de formação dos estudantes relativamente à EpS que é desenvolvida em contexto escolar (Quadro 5). A forma estruturada de identificar as necessidades formativas nos estudantes através da sua auscultação está incluída na subcategoria *auscultação dos estudantes*. Na subcategoria denominada *informação fornecida pelos professores*, englobamos os discursos dos participantes que faziam referência ao desenvolvimento de atividades de EpS na escola, em função das necessidades formativas em EpS identificadas pelos professores.

Quadro 5. Subcategorias e exemplos das unidades de registo sobre os modos de identificação de necessidades formativas em educação para a saúde

Subcategorias	Unidades de registo
<p>4.1. Auscultação dos estudantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É que inicialmente, nós fizemos um inquérito a...toda a escola, inquérito este, que abrangeu cerca de 700 alunos, e que abrangeu todas as temáticas, acho que foi muito completo, e destas temáticas, depois de ter-se feito o estudo, vimos realmente as necessidades dos nossos alunos, daí, termos avançado...com as temáticas...prioritárias (Prof 3) • Por acaso foi um bom sistema que a minha professora fez...a caixa das perguntas...davam-nos uns papelinhos no início da aula, anónimos, e no fim da aula a professora recolhia, metia-os numa caixa e na próxima aula lia-os, as perguntas que achava pertinentes, claro e falava-nos e depois debatíamos e esclarecíamos as dúvidas (A 5)
<p>4.2. Informação fornecida por professores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Em que nós pedíamos à comunidade escolar, nomeadamente aos professores, para que elencassem e priorizassem, eles próprios, um conjunto de temas e temáticas que achassem pertinentes (Enf 10) • Tento saber o que é que eles sabem, perante os professores... (Enf 5)
<p>4.3. Observação direta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • É assim...tenta-se quando se está a dar a formação em cidadania, [...], ir de encontro às necessidades que os alunos revelam, os problemas que se levantam na turma, e aí...para a educação para a saúde segundo...o...programa de saúde escolar...da escola...não é da escola é da direção regional da saúde... (Prof 5) • Agora também fazemos de acordo com as necessidades que nós próprios detetamos, enquanto membros da comunidade escolar e isto por que cada vez mais estamos a passar mais tempo nas escolas e a trabalhar num trabalho efetivo nas escolas (Enf 10)
<p>4.4. Reuniões de equipa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detetamos e identificamos muita coisa nas nossas consultas e nas reuniões semanais, quando falamos dos casos, identificamos e decidimos as intervenções a fazer... (Enf 12)

Para além destas duas formas, os participantes, também, identificam as necessidades formativas dos estudantes através do contato direto com eles que agrupamos na subcategoria *observação direta*. Na subcategoria *reuniões de equipa* agrupámos as necessidades identificadas nas reuniões de trabalho.

Categoria 5 – Áreas da educação para a saúde

Esta categoria reflete as áreas/temas que os entrevistados admitiram como trabalhadas no âmbito da EpS na escola e as que consideram como prioritárias. Construámos duas subcategorias nomeadamente a subcategoria *abordadas na escola e a subcategoria consideradas prioritárias*.

Por se terem constituído indicadores das subcategorias já referenciadas optámos por apresentá-las em dois quadros separados. Assim, no Quadro 6 referenciamos os

indicadores relacionados com a subcategoria *abordadas na escola* e no Quadro 7 os relacionados com a subcategoria *consideradas prioritárias*.

Quadro 6. Subcategorias e exemplos das unidades de registo das áreas da educação para a saúde abordadas na escola

Subcategorias	Unidades de registo
5.1. Saúde afetivo-sexual e reprodutiva	<ul style="list-style-type: none"> • As doenças sexualmente transmissíveis e os métodos contraceptivos e a sexualidade, [...] aquelas alterações...a puberdade o que está acontecendo, nós começávamos por esta abordagem mais inicial, período menstrual aquelas alterações todas e depois então partimos de uma maneira mais específica para os métodos, como utilizar a pílula, ligado ao período menstrual, como se toma, no caso das doenças sexualmente transmissíveis claro que damos muito ênfase ao... preservativo... maneira de prevenir (Enf 4)
5.2. Higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Para não me esquecer de lavar os dentes...e...as mãos antes de comer. (A 3)
5.3. Alimentação saudável	<ul style="list-style-type: none"> • Eles falaram sobre...a...alimentação...o que ela deve ter...o que a água deve trazer (A 6)
5.4. Segurança individual e coletiva e prevenção de acidentes	<ul style="list-style-type: none"> • Existem determinados temas que comecem a surgir agora e que comecem a ser pedidos com muita...com muita frequência, por exemplo, temos...agora as temáticas da prevenção da segurança...os primeiros socorros... (Enf 10)
5.5. Prevenção de consumos nocivos	<ul style="list-style-type: none"> • Turmas aonde há claramente suspeitas de fenómenos de toxicodependências, há uma intervenção na área das dependências... (Prof 5)
5.6. Atividade física	<ul style="list-style-type: none"> • A importância de terem atividades, o futebol, o desporto...extra escola. (Enf 8)
5.7. Saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Agora estamos a ir com uma maior frequência e em diferentes áreas seja a, [...], prevenção de distúrbios psicológicos, saúde mental, etc. (Enf 10)
5.8. Prevenção da violência em meio escolar	<ul style="list-style-type: none"> • O Bullying...tem trabalhado muito. (Prof 2)
5.9. Ambiente e saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Na minha turma, na disciplina de educação para a saúde, falamos do que fazemos no dia-a-dia, no que devemos ou não fazer, o que achamos que é a saúde, ... (A8)

As áreas da EpS que emergiram enquadravam-se, na sua maioria, no âmbito do estipulado no Decreto Legislativo Regional n.º 8/2012/A. Deste modo, e quando foi possível, utilizámos as designações nele mencionado para caracterizar as subcategorias secundárias. Em cada subcategoria agrupámos frases ou palavras que fazem referência à área específica mencionada na denominação da subcategoria.

Quadro 7. Subcategorias e exemplos das unidades de registo das áreas da educação para a saúde consideradas prioritárias

Subcategorias	Unidades de registo
5.1.Saúde afetivo-sexual e reprodutiva	• Mas continuo a achar que a sexualidade...mas não é a sexualidade como estamos habituados a falar agora, nos métodos contraceptivos...nada disso...é nos valores, começar desde de cedo... (Enf 11)
5.2.Higiene	• A higiene...na adolescência é terrível...aquela fase em que para eles estão sempre lavados, a higiene oral...são preguiçosos...não ligam importância... (Pais 8)
5.3.Alimentação saudável	• Acho que...os principais seriam esses, a alimentação, ... (Pais 4)
5.4.Segurança individual e coletiva	• Coisas novas que eu não sei...como é que se trata das feridas...que eu não sei muito bem...quem sabe são os meus pais e o meu avô...porque às vezes estou sozinho em casa e posso magoar-me. (A 3)
5.5.Prevenção de consumos nocivos	• o outro risco que advém da nossa situação económica atual, que é o combate, imediato, à possibilidade do surgimento de dependências, da...de...dos diferentes tipos de dependências...(Prof 5)
5.6.Saúde mental	• Tudo vai dar à saúde, não é? Se não houver...isso...a pessoa não está bem e quando não está bem, entra em Stress e...portanto, tudo pertence à saúde. E, por isso aonde é que vai acabar? Nos médicos ou nas enfermeiras...por Stress, esgotamento...acaba tudo na doença...tudo na doença... (Pais 1)
5.7.Prevenção da violência em meio escolar	• Este ano, para nós o tema mais urgente e importante é o da violência. Infelizmente o bullying é uma realidade, não só nas grandes escolas e também nas pequenas escolas como a nossa, temos tido casos muito graves e...este ano temos investido muito na prevenção do bullying. (Prof 2)
5.9.Uso do computador	• É no tempo do computador. Passo muito tempo nele...quer mesmo saber o tempo que posso estar lá... (A 8)
5.10.Adolescência	• A adolescência...acho que é uma coisa muito importante...cada adolescente tem a sua maneira de pensar e acho que a gente devia de estudar sobre isso...não sei...acho que não estamos muito a par...e como estamos a viver esta altura...não sei...é difícil de explicar... (A 10)

Categoria 6 – Estratégias utilizadas em educação para a saúde

Abrangemos nesta categoria as estratégias de intervenção que os participantes dizem estar presentes nas suas práticas de EpS em contexto escolar e com ela tentar compreender as estratégias mais significativas das suas práticas. Estabelecemos quinze subcategorias que são a expressão das estratégias evocadas como se verifica no quadro (Quadro 8)

Quadro 8. Subcategorias e exemplos das unidades de registo das estratégias utilizadas em educação para a saúde

Subcategorias	Unidades de registo
6.1.Sessões expositivas	• Mas fazemos o método expositivo (Enf 7)
6.2.Sessões práticas	• Tínhamos o plano das caminhadas, fazíamos o IMC (índice de massa corporal), pesávamos as crianças avaliávamos a tensão arterial e a estatura, foi muito interessante (Enf 8)
6.3.Demonstrações	• Demonstração do uso do preservativo... (Enf 9)
6.4.Discussão e debates	• Um debate com os alunos...material áudio visual de qualidade...tem resultados...muito dependentes da turma, se a turma é...interessada...tem muito bons resultados... (Prof 5)
6.5.Brainstorming	• Uso muito o brainstorming de início.... (Enf 9)
6.6.Dinâmicas de grupo	• Criamos algumas dinâmicas de grupo para entusiasmar... (Enf 7)
6.7.Trabalhos de grupo	• Trabalhos de grupo...hum...já fizemos um trabalho de grupo e acho que este período vamos fazer outro (A 8)
6.8.Dramatização	• A...peças de teatro...eles é que têm de ser os principais...e eles gostam (Prof 4)
6.9.Focus group	• A última vez que utilizamos o <i>Focus Group</i> foi espetacular... (Enf 12)
6.10.Jogos	• Jogos...Pedipaper...com temas de saúde... (A 1)
6.11.Atividades desportivas e recreativas	• Conseguimos que todos os alunos da escola praticassem modalidades diferentes das praticadas dia-a-dia, desde o Step, Kickboxing, Ténis...pusemos toda a escola a mexer ao mesmo tempo...os alunos iam rodando de modalidade em modalidade... (Prof 1)
6.12.Abordagem interdisciplinar	• Cada professor recebeu o que deveria trabalhar, [...] o contributo por exemplo do professor de português...nos textos dos afetos que ele pode tratar...a nível também da educação física...etc. e então já não está só sobre a alçada do professor de ciências, porque cada um vai dando o seu contributo, mas sempre de acordo com os conteúdos estipulados na lei... (Prof 1)
6.13.Projetos	• O projeto foi feito durante 3 meses, a nutricionista e a técnica de saúde ambiental estão sempre connosco na sala a apoiar os grupos na sua gestão...acabamos por articular vários saberes... (Prof 2)
6.14.Formação por pares	• Depois estes alunos é que foram dar formação aos alunos mais novos ... (Prof 2)
6.15.Pesquisas	• Pesquisar na internet (A 1)

Categoria 7 – Recursos mobilizados em educação para a saúde

Esta categoria procura explorar em que medida os formadores equacionam os recursos que utilizam nas atividades de educação para a saúde. Os recursos humanos estão agrupados na subcategoria designada por *humanos* e os recursos materiais englobados na subcategoria *materiais didáticos*. Na subcategoria denominada *outros apoios* incluímos os restantes apoios recebidos para o desenvolvimento das atividades de EpS.

Quadro 9. Subcategorias e exemplos das unidades de registo dos recursos mobilizados em educação para a saúde

Subcategorias	Unidades de registo
7.1. Materiais didáticos	<ul style="list-style-type: none">• A Roda dos Alimentos e levávamos o material...alfaces, couves que eles acabavam por levar para casa, a fruta... (Enf 10)• Utilizo o YouTube, o Google, materiais áudio visuais... (Prof 5)
7.2. Humanos	<ul style="list-style-type: none">• Estamos a trabalhar já com muita gente...nós asseguramos muitas formações...já conseguimos...trabalhar com médicos...principalmente aqueles que estão no internato (Enf 10)• A nível dos recursos humanos, nós temos a...a escola segura da PSP, que trabalha vários temas [...] temos associações..., temos com CSPD em que está uma enfermeira de 15 em 15 dias, no gabinete, para atender os alunos, temos a nossa própria equipa de saúde escolar que está disponível, está no gabinete para apoiar quer os alunos, quer os próprios colegas que solicitem qualquer intervenção nas suas aulas e...e nós vamos (Prof 3)
7.3. Outros apoios	<ul style="list-style-type: none">• Tivemos também o patrocínio de uma seguradora...fizemos o dia da saúde... (Prof 1)

Categoria 8 – Tipos de avaliação efetuada

Esta categoria refere-se aos tipos de avaliação que são utilizadas pelo formador aquando da EpS. Foram criadas duas categorias (Quadro 10). A primeira – *inicial*, reporta-se aos momentos de avaliação que é feita no início de um projeto ou de uma sessão. Na subcategoria – *final*, englobamos os tipos de avaliação que são efetuados no final das atividades de educação para a saúde, avançando-se para a uma avaliação de conhecimentos ou outro tipo de avaliação efetuada.

Quadro 10. Subcategorias e exemplos das unidades de registo da avaliação efetuada

Subcategorias	Unidades de registo
8.1.Inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Fiz sempre o questionário da avaliação dos conhecimentos antes (Enf 9) • Elaboramos um questionário fazendo várias perguntas na área da sexualidade, gravidez na adolescência e DST ...é saber o que é que eles sabiam antes das formações (Enf 3)
8.2.Final	<ul style="list-style-type: none"> • No fim fazemos sempre um resumo e neste resumo nós colocamos...perguntas de acordo com o tema e assim...através disso faço...a avaliação, se atingiu ou não... (Enf 11) • Já começamos a fazer e vamos continuar a fazer ao longo do ano e no final do ano, aos mesmos alunos do 9.º e 10.º ano, vamos aplicar, o mesmo questionário, para sabermos a evolução em termos de conhecimentos (Prof 4)

Categoria 9 – Envolvimento dos pais

Esta categoria procura expressar em que medida a articulação escola-família é favorecida no desenvolvimento das práticas de educação para a saúde, ou seja, como se estabelece o envolvimento e a corresponsabilização dos pais nas práticas desenvolvidas. As cinco subcategorias criadas expressam nas suas denominações as alusões dos participantes a este respeito (Quadro 11).

Quadro 11. Subcategorias e exemplos das unidades de registo relacionados com o envolvimento dos pais

Subcategorias	Unidades de registo
9.1.Não conseguido	<ul style="list-style-type: none"> • Nós nunca conseguimos os pais...[...] nunca conseguimos...nunca conseguimos ... (Enf 4) • Lamento profundamente quando certos alunos não podem participar em certas atividades porque os pais não autorizam (Prof1)
9.2.Fraco envolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Em relação aos pais a adesão foi muito baixa porque foi a tal... formação que eu fiz pós laboral ... (Enf 3) • Nós fizemos uma sessão [...] na escola e numa delas, a da alimentação conseguimos ter 4 encarregados de educação, num concelho com cerca de 800 alunos e cerca de 1500 pais e encarregados de educação, é muito pouco. (Prof 2)
9.3.Reconhecido como importante	<ul style="list-style-type: none"> • Muita importância. Somos como uma cadeia, basta um falhar e o resto vai correr mal (Enf 12) • O que eu poderei acrescentar...é que...é muito importante a participação dos pais...porque nós...sozinhos...não conseguimos chegar a parte alguma (Prof 3)
9.4.Só em situações problemáticas	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhamos com os pais só as situações problemáticas, ... (Enf 12) • Normalmente chamamos à escola... quando há dificuldades de aprendizagem... (Prof 1)
9.5.Não solicitados	<ul style="list-style-type: none"> • Até agora não, neste nível não, é mais com as crianças, nunca fui solicitada para ir à escola para EpS, até agora não (Pai 10)

Categoria 10 – Papel dos diplomas legais sobre a EpS nas escolas

Esta categoria está relacionada com a importância atribuída aos suportes legais e normativos referentes à EpS em contexto escolar. Embora possa parecer irrelevante do ponto de vista dos objetivos da EpS é indispensável à compreensão da organização e do desenvolvimento das práticas de EpS em contexto escolar principalmente a nível da articulação entre as escolas e os centros de saúde.

Interessa-nos identificar, nesta categoria, até que ponto os formadores orientam as suas decisões e práticas por diretrizes legais. Deste modo temos subcategorias que demonstram o papel dos diplomas legais nas práticas desenvolvidas (Quadro 12).

Quadro 12. Subcategorias e exemplos das unidades de registo relacionados com o enquadramento legal em educação para a saúde

Subcategorias	Unidades de registo
10.1.Orientam a ação	<ul style="list-style-type: none">• Os gabinetes que estamos a implementar nas escolas de apoio ao aluno...nós já estamos a fazer consoante o que estava a ser preconizado pelos diplomas legais...[...] agora...se os temos que os fazer... façamo-los consoante os preceitos definidos ... (Enf 10)• Se surgir algum conteúdo diferente, não vamos fugir do assunto...mas temos sempre presente a lei...ao trabalhar isso (Prof 1)
10.2.Justificam a ação	<ul style="list-style-type: none">• Dizia-se que as enfermeiras no CS e no gabinete do aluno...dão a pílula do dia seguinte e preservativos como se fossem rebuçados. Sabendo-se dessas bocas...quer dos profissionais das escolas e dos pais dos alunos...com a lei explicamos que somos obrigados a tê-los nos nossos serviços e a distribuí-los... (Enf 11)
10.3.Promovem o trabalho de equipa	<ul style="list-style-type: none">• Agora temos uma equipa de saúde escolar formada, porque criou-se o programa de saúde escolar... (Enf 11)• O ano passado tornamos a fazer em conjunto e tem resultado muito bem e eu acho que o facto de se pensar de se delinear todas as atividades em conjunto...é...meio caminho andado para se implementar um projeto tão amplo...desde o pré-escolar ate ao 12º ano...desde os 3 anos ate aos 18 anos (Prof 2)
10.4.Uniformizam práticas	<ul style="list-style-type: none">• Havia uma grande disparidade de atuações e eu acho que uma das mais-valias deste programa foi tentar uniformizar aquilo que deveria ser feito ... (Enf 10)• E todos os professores trabalham por igual... (Prof 1)

Quando os diplomas legais são assumidos como guias da prática dos formadores as asserções a este respeito estão reunidas na subcategoria *orientam a ação*, quando os protege dos juízos de valor a que estão sujeitos na sua prática as asserções referentes estão na subcategoria *justificam a ação*. Outras alusões ao papel dos diplomas legais estão na subcategoria *promovem o trabalho em equipa*, quando este é estabelecido entre

as duas instituições formadoras ou dentro da equipa de saúde escolar. Na subcategoria, *uniformizam práticas*, estão agrupadas os discursos que expressam o papel dos diplomas legais na redução da disparidade de atuações em torno da EpS em contexto escolar.

Categoria 11 – Evolução das práticas de EpS

Nesta categoria explicitamos a atenção que as mutações ocorridas nas práticas de EpS dos entrevistados lhes mereceram. O relato dos participantes a este respeito foi organizado em duas subcategorias (Quadro 13).

Quadro 13. Subcategorias e exemplos das unidades de registo relativamente à evolução das práticas em educação para a saúde

Subcategorias	Unidades de registo
11.1. Progressivo reconhecimento da importância do trabalho desenvolvido	<ul style="list-style-type: none"> • Eles se vêm ter connosco é porque realmente nós somos referência...nós transmitimos a confiança necessária para eles nos procurarem e eles procuram-nos... (Enf 7) • Fiquei destacada para saúde escolar...responsável da enfermagem para esta área...estou mais disponível para pesquisa é muito...diferente...a tempo inteiro planeio as formações... (Enf 11)
11.2. Progressiva viragem na conceção da formação	<ul style="list-style-type: none"> • Passamos já a dar um apoio mais localizado, mais focalizado a...cada aluno e de acordo com as suas necessidades,... (Enf 10) • Aquele adolescente passa a ser seguido por nós, estabelecemos relações terapêuticas e empáticas espetaculares...temos vários felizmente... (Enf 12)

A primeira expressa o *progressivo reconhecimento da importância do trabalho desenvolvido* em que incluímos relatos relacionados com o aumento das solicitações relativamente às formações, a procura do formador por parte dos jovens, o destacamento de profissionais em exclusivo para o desenvolvimento da EpS em contexto escolar. A segunda subcategoria que denominamos de *progressiva viragem na conceção da formação* inclui discursos que aludem a uma reflexão por parte dos participantes relativamente à evolução das suas práticas em função de mudanças positivas, nomeadamente nas metodologias e estratégias utilizadas, na passagem de uma postura unicamente transmissiva para uma postura mais reflexiva e para um atendimento mais personalizado ao jovem. Estas subcategorias expressam tendências animadoras no âmbito da EpS.

Categoria 12 – Preocupações

As preocupações dos participantes assumem campos semânticos diversos como se verifica nas subcategorias construídas e enunciadas no Quadro 14. Incluímos na primeira subcategoria - *associadas ao ato formativo*, as preocupações dos participantes que se relacionam com a formação desde a sua fase de planeamento até à sua avaliação. A segunda subcategoria - *associadas aos comportamentos de risco dos adolescentes*, expressa as preocupações relacionadas com os comportamentos de risco comuns aos adolescentes, como por exemplo os relacionados com a sexualidade, consumos nocivos, entre outros. Outras preocupações emergem na terceira subcategoria que são as relacionadas com a *demissão dos pais no exercício do seu papel*.

Quadro 14. Subcategorias e exemplos das unidades de registo relativamente às preocupações manifestadas

Subcategorias	Unidades de registo
12.1.Associadas ao ato formativo	<ul style="list-style-type: none">• Eu tenho tido uma maior preocupação...uma maior preocupação na avaliação (Enf 1)• Quando penso numa atividade e ponho-a em prática eu deposito grande esperança em que ela vá resultar, só que depois penso, a longo prazo se o nosso trabalho vai ser produtivo ou não...é um trabalho que não se consegue avaliar a curto prazo (Prof 2)
12.2.Associadas aos comportamentos de risco dos adolescentes	<ul style="list-style-type: none">• Vejo muito que os alunos não têm o sentido de responsabilidade e partem muito da intimidade para a amizade...o que me preocupa ... (Prof 3)• Eu digo a minha maior preocupação, hoje em dia é esta, é mesmo a sexualidade... (Pai 4)
12.3.Associadas à demissão dos pais no exercício do seu papel	<ul style="list-style-type: none">• Preocupa-me ver o desinteresse de muitos pais, o destituírem-se um bocadinho do papel...parental...o que é ser pai...do que é ser mãe... (Enf 7)

Categoria 13 – Dificuldades ligadas à EpS

Esta categoria reflete as dificuldades manifestadas pelos participantes associadas à EpS em contexto escolar (Quadro 15).

A subcategoria *associadas às condições de trabalho* engloba o relato de dificuldades que têm a ver com a concessão de recursos financeiros, humanos e materiais como por exemplo os transportes para poderem ir à escola no âmbito da atividade de EpS, bem como a falta de tempo referida pelos participantes para o desenvolvimento de atividades de EpS.

Quadro 15. Subcategorias e exemplos das unidades de registo relativamente às dificuldades expressas

Subcategorias	Unidades de registo
13.1.Associadas às condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Mas não conseguem fazer mais do que isto por falta de verbas... (Prof 1) • Não temos muito tempo, isto é uma dificuldade que eu sinto bastante, no serviço... (Enf 11)
13.2.Associadas à dinâmica das parcerias e da articulação escola-família	<ul style="list-style-type: none"> • ...Enfim com dados da escola e com dados do centro de saúde...só que como as duas bases de dados ainda não são compatíveis a transferência de dados de uma para a outra tem de ser manual... (Prof 5) • Se formos para turmas boas os pais estão sempre interessados, turmas menos boas a nossa dificuldade...é também dar conhecimento a esses e acompanhá-los... (Prof 3)
13.3.Associadas à falta de formação	<ul style="list-style-type: none"> • Agora, temas que pessoalmente eu tenha maior dificuldade...seria talvez aqueles relacionados com a sexualidade... (Enf 10) • Na saúde, até agora, o mais problemático tem sido a educação afetiva e sexual... (Prof 1)
13.4.Associadas à valorização da área da EpS	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiro os outros valorizarem esta parte [EpS] (Enf 9) • A...outro problema...e...vou...ser sincero é...fazer as atividades e muitas pessoas não dão importância às atividades que são realizadas... (Prof 4)
13.5.Associadas ao planeamento e avaliação das atividades formativas	<ul style="list-style-type: none"> • Se calhar no planeamento... (Enf 12) • Avaliamos o...as competências adquiridas, os conhecimentos adquiridos naquele momento...agora...o seu efeito...anos depois...não sei...tenho muita dificuldade (Prof 5)
13.6.Associadas à heterogeneidade e desmotivação dos alunos	<ul style="list-style-type: none"> • Os mais velhos são mais passivos...a dificuldade é puxá-los...para os temas... (Enf 5) • Torna-se difícil porque temos ali entre 20 a 20 e tal alunos, cada um com o seu mundo diferente, portanto, torna-se mais difícil... (Prof 3)
13.7.Associadas a questões deontológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Outra dificuldade é...o passar juízos de valor...é o dizer “você não devem fazer isto...porque não está correto”...eu não estou a dizer que as pessoas não tenham direito à sua posição, logicamente que têm, mas não têm, é o direito de fazer com que a sua posição...prevaleça...quando estão expondo aquele tema...qualquer tema tem sempre vantagens e desvantagens...tem sempre as duas visões que o educador deve...tem o dever moral de abordar...quer concorde quer não, portanto, a minha opinião fica de fora e não pode ser imposta. (Enf 10)

A segunda subcategoria prende-se com dificuldades *associadas à dinâmica das parcerias e da articulação escola-família* que se expressam por exemplo com a

existência de plataformas informáticas não compatíveis nas escolas e nos centros de saúde e com o excesso de burocracia existente. A subcategoria seguinte reúne os relatos que remetem para dificuldades *associadas à falta de formação do formador*, como por exemplo para a abordagem da sexualidade ou outro tema no domínio de outras áreas do conhecimento. As dificuldades associadas à *valorização da área*, presentes na quarta subcategoria, englobam os relatos dos participantes que expressam a necessidade de a EpS ser valorizada a vários níveis e de o trabalho nesta área ter maior envolvimento, por exemplo, por parte dos professores e enfermeiros.

Na subcategoria seguinte englobam-se os discursos referentes às dificuldades *associadas ao planeamento e avaliação das atividades formativas*, nomeadamente em saber quais os objetivos e a metas a atingir, em adequar o planeamento às necessidades detetadas, bem como em avaliar o impacto da formação.

Associadas à heterogeneidade e desmotivação dos estudantes encontram-se as dificuldades apresentadas pelos participantes em lidar com turmas heterogêneas e em motivar os estudantes que apresentam uma postura de passividade perante a formação.

Por fim, na última subcategoria englobamos os discursos que expressam as dificuldades *associadas a questões deontológicas*, nomeadamente os discursos que revelam as dificuldades do formador em lidar com os juízos de valor ou com preconceitos que vai encontrando no decorrer das suas práticas com os outros profissionais com quem interage.

Categoria 14 – Fonte de competências em EpS

Esta categoria pretende identificar o modo como os participantes adquiriram as competências que possuem no âmbito da EpS em contexto escolar. Nesta categoria emergiram três subcategorias, diferenciando-se entre as aprendizagens desenvolvidas na *formação inicial*, as adquiridas na sequência da *formação contínua* e as resultantes da própria *autoformação* (Quadro 16). A primeira reporta-se aos aspetos da formação inicial considerados mais significativos para os participantes, tais como a unidade curricular de “Educação para a Saúde”, o próprio curso, a intervenção dos professores na avaliação das sessões de EpS efetuadas, bem como a sua experiência na área e as sessões e projetos de EpS desenvolvidos durante a aprendizagem clínica. A segunda subcategoria refere-se a toda a formação desenvolvida pelos participantes após terem efetuado a sua formação inicial. A última subcategoria *autoformação* reporta-se a diferentes fontes consideradas para os participantes como fonte de desenvolvimento das

competências que detêm, tais como a própria experiência, a pesquisa que efetuam, a autoavaliação que fazem sobre a sua ação e o trabalho desenvolvido com os seus pares.

Quadro 16. Subcategorias e exemplos das unidades de registo relativamente à fonte de competências adquiridas

Subcategorias	Unidades de registo
14.1. Formação inicial	<ul style="list-style-type: none"> • A disciplina de educação para a saúde foi muito importante Como se faz uma sessão de educação para a saúde, como se faz toda a parte do planeamento, como se faz a avaliação, foi muito importante... (Enf 12) • As avaliações dos professores [<i>os professores/orientadores em Ensino Clínico</i>], a esta educação para a saúde (Enf 12)
14.2. Formação contínua	<ul style="list-style-type: none"> • Formação proporcionada pela direção regional da saúde em parceria com a direção regional da educação, em que nos indicaram quais os pontos, os tópicos que deveríamos trabalhar nas várias vertentes e dimensões da EPS... (Prof 2) • E depois senti necessidade de fazer uma pós- graduação em sexualidade e a especialidade em enfermagem comunitária também ajudou na parte de planeamento... (Enf 11)
14.3. Autoformação	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendi também trabalhando com os meus pares... (Enf 8) • Avaliando os aspetos positivos e negativos que tirava das minhas formações e...fui crescendo...crescendo com eles... (Enf 12)

Categoria 15 – Formação desejada

Esta categoria reflete as necessidades de formação verbalizadas pelos participantes que estão expressas nas diferentes subcategorias criadas (Quadro 17). A subcategoria *saúde escolar* expressa a necessidade de uma especialidade na área, assim com a subcategoria *sexualidade* contém a necessidade de uma pós-graduação, para além de incluir discursos alusivos à formação específica na área. As restantes subcategoria criadas contêm os discursos com asserções de cada tema anunciado na denominação das subcategorias.

Quadro 17. Subcategorias e exemplos das unidades de registo relativamente à formação desejada

Subcategorias	Unidades de registo
15.1.Sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Ou uma formação específica em trabalhar gente com alterações...com deficiência...trabalhar esta vertente...é o que me falta... (Enf 7) • Nesta fase era mesmo a sexualidade, porque é assim, eu não tive ajuda quando passei por ela, torna-se complicado porque não tenho exemplo de trás e sei que o H precisa e vai precisar de ajuda... (Pai 10)
15.2.Saúde escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Ter uma especialidade em saúde escolar para trabalhar...na escola...mas com pés e cabeça ... (Enf 7)
15.3.Prevenção da violência em meio escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Gostaria muito de ver o Bullying, gostaria muito de ver a violência ... (Prof 3)
15.4.Prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco	<ul style="list-style-type: none"> • Ainda na resposta anterior, esqueci-me de dizer que é muito importante, também trabalhar-se a prevenção das toxicodependências, ... (Prof 3) • Na droga...que já se torna uma doença, não é? (Pai 3)
15.5.Atualização científica em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Deem prioridade às equipas de projeto da EpS nas escolas, elas precisam de formação a vários níveis, mas não...aí terá que haver mudança (Prof 2) • Formação ministrada por especialistas sobre vários temas alusivos à saúde e que não devem ser só para os profissionais de saúde, mas também para pais e encarregados de educação (Pais 8)
15.6.Primeiros socorros	<ul style="list-style-type: none"> • São os primeiros socorros, que acho também importante fazer-se formação aos professores... (Prof 4)
15.7.Saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> • Eu gostaria muito de trabalhar a saúde mental... (Prof 2)
15.8.Alimentação saudável	<ul style="list-style-type: none"> • Não me importava nada de fazer alguma formação relativamente a...nutrição...valores nutricionais...não é valores nutricionais é saber escolher os alimentos...para podermos falar com os miúdos sobre isso... (Pai 2)
15.9.Higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene oral... (Pai 8)
15.10.Função parental	<ul style="list-style-type: none"> • Devíamos investir mais nessa área de formação parental. (Enf 9)
15.11.Educação para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Desejo era...ter [...] e...formação nesta área...E – Quando diz nesta área refere-se a que área? R – Na área da educação para a saúde (Enf 9)

Categoria 16 – Sugestões no âmbito da educação para a saúde

Aquando da realização das entrevistas introduzimos espaço para que os participantes dessem sugestões no âmbito da EpS com o objetivo de explorar tanto os aspetos que não fossem abordados durante a entrevista como os seus desejos nesta matéria. Da categoria *sugestões no âmbito da EpS* emergiram quatro subcategorias diferenciando-se entre elas consoante as sugestões se enquadravam no *âmbito da organização de práticas em saúde escolar, no âmbito do desenvolvimento das sessões de EpS, no âmbito da gestão e difusão da informação e no âmbito das parcerias* (Quadro 18).

A primeira subcategoria identifica sugestões relacionadas com a importância da permanência a tempo inteiro de um enfermeiro na escola assim como sugerem que o enfermeiro que desenvolvesse as atividades de saúde escolar devia trabalhar somente nesta área. Incluem-se, também, as sugestões que propõem que a EpS seja uma disciplina; que a ação formadora no âmbito da EpS na escola fosse da responsabilidade dos professores cabendo aos enfermeiros a formação científica dos professores na área da saúde; que o gabinete do aluno fosse assegurado por uma equipa multidisciplinar; que houvesse o desenvolvimento de mais práticas de EpS nas escolas e com mais abrangência relativamente à população alvo (pais, professores e adolescentes no final da adolescência). Sugerem, ainda, o recurso a peritos da prática.

A segunda subcategoria *no âmbito do desenvolvimento das sessões de EpS* engloba alusões que sugerem que a EpS deveria mobilizar estratégias mais dinâmicas e privilegiar uma perspetiva positiva por parte dos profissionais.

No âmbito da gestão e difusão da informação, foram englobados os discursos referentes à necessidade de ensinar os jovens a gerir a vasta informação disponível, de criar bancos de recursos científicos em português que possam ser acessíveis e utilizados por qualquer pessoa. Também é sugerido que a informação em saúde possa ser veiculada nos intervalos das aulas e através de panfletos em cafés e bares.

Relativamente à penúltima subcategoria *no âmbito das parcerias* reunimos os relatos que se reportam à necessidade e importância de se desenvolverem parcerias mais fortes e projetos mais prolongados no tempo.

Quadro 18. Subcategorias e exemplos das unidades de registo relativamente às sugestões no âmbito da educação para a saúde

Subcategorias	Subsubcategorias	Unidades de registo
16.1.No âmbito da organização de práticas em saúde escolar	<i>Um enfermeiro permanente na escola</i>	• Justificava-se...sem qualquer dúvida que se tivéssemos um enfermeiro na escola... (Prof 1)
	<i>Trabalhar somente na área da saúde escolar</i>	• Em primeiro lugar o enfermeiro de saúde escolar deveria de ser só de saúde escolar... (Enf 5)
	<i>A EpS ser uma disciplina</i>	• A criação de uma disciplina específica de educação para a saúde senão não funciona, não acredito na transversalidade... (Prof 5)
	<i>A ação formadora ser apenas da responsabilidade da escola</i>	• Ação formadora fosse da responsabilidade da escola e ação de formação científica dos formadores fosse da responsabilidade do centro de saúde... (Prof 5)
	<i>Gabinete de apoio e promoção da saúde assegurado pela equipa multidisciplinar</i>	• A legislação diz que o gabinete tem de estar disponível pelo menos uma manhã e uma tarde...e não conseguimos só com os profissionais de saúde... (Prof 1)
	<i>Desenvolver mais práticas de EpS na escola</i>	• Ir mais às escolas... (Pai 1)
	<i>Desenvolver EpS para pais e professores e jovens no final da adolescência</i>	• Dar formação não só aos alunos mas também aos professores e aos pais...que...aqui ...tem sido sempre em função do aluno e também tem de ser em função do professor e em função dos pais que é...com quem os alunos passam mais tempo. (Enf 1) • No entanto, sinto que...a EpS incide muito nas idades mais jovens...até aos 12/13 anos e...depois...há como que um vazio...e...ali a partir dos...16/17 anos...parece que não se intervém e foi aí que eu passei os piores anos com o meu mais velho... (Pai 8)
	<i>Recurso a peritos na área</i>	• Como já fizeram na escola, no meu 6º ano, chamar enfermeiros, pessoas que sabem mesmo do que estão a falar, virem à escola...ah...e penso que é só (A 5)
16.2.No âmbito do desenvolvimento das sessões de EpS	<i>Uso de metodologias mais dinâmicas</i>	• Eu acho que não deviam falar tanto...quando vão lá à escola,...falam muito e...as pessoas da nossa idade...distraem-se sempre um bocado...é um bocado aborrecido...era só tentar mudar isso... (A 5)
	<i>Abordagem pela positiva da EpS</i>	• Uma perspetiva positiva da parte dos profissionais de saúde...uma abordagem mais pela positiva (Prof 5)

Quadro 18. Subcategorias e exemplos das unidades de registo relativamente às sugestões no âmbito da educação para a saúde (continuação)

Subcategorias	Subsubcategorias	Unidades de registo
16.3.No âmbito da gestão e difusão da informação	<i>Criação de bancos de recursos científicos</i>	• Ou seja, criar bancos de recursos científicos em português...utilizáveis por pessoas normais...que o cidadão possa utilizar... (Prof 5)
	<i>Ensino sobre a gestão da informação</i>	• Existe um excesso de informação e nós temos que ensinar os jovens a receber informação ... (Prof 5)
	<i>Aproveitar os intervalos das aulas para falarem com os alunos</i>	• Aproveitar os intervalos para falar com esses jovens que estão na droga...pô-los nervosos de modo a eles largarem aquilo (A 6)
	<i>Distribuição de panfletos em cafés</i>	• Talvez...panfletos nos cafés e...assim...pedindo para os senhores dos cafés darem aos jovens...quando entregavam a comida, entregavam o panfleto, sempre era mais...tipo...”aproveito e vou ler isto”...eu gosto de ler essas coisas (A 6)
16.4.No âmbito das parcerias	<i>Parcerias mais duradouras com as escolas</i>	• Uma ideia importante é fazer com as ligações com o Centro de saúde e outras instituições sejam cada vez mais fortes. Isto é importante para o funcionamento...para o trabalho ser mais rico...é isso...é fundamental ... (Prof 4)
	<i>Projetos mais prolongados</i>	• Mas haver projetos muito mais prolongados...1, 2 e 3 anos... (Prof 3)
16.5.No âmbito da formação inicial	<i>Aumento do conhecimento em áreas científicas do saber</i>	• Falta-nos é teoria da motivação...mais da saúde mental...mais psicologia do que propriamente, como fazer projetos, planos...penso que fomos muito bem preparados...é mais...teoria...da...psicologia...mais...nos consumos nocivos... (Enf 5)
	<i>Aumento de práticas de EpS</i>	• Fazer mais sessões de educação para a saúde durante a formação inicial... (Enf 1)
	<i>Aumento de horas de contato com a comunidade escolar</i>	• Já na prática...mais horas...mais contato com a realidade das escolas... (Enf 12)
	<i>Estratégias de formação</i>	• Se calhar convidar enfermeiros com prática em saúde escolar...não é para ir dar a disciplina toda, mas ir dar o seu testemunho sobre o que é fazer educação... (Enf 12)

A última subcategoria que se relaciona com as sugestões *no âmbito da formação inicial* reúne os discursos dos participantes em torno de diferentes campos conceituais (subsubcategorias). Assim na subsubcategoria *aumento do conhecimento em áreas científicas do saber* estão reunidos os discursos que expressam as sugestões relativamente a conteúdos a incluir e a aprofundar na formação como por exemplo Pedagogia. *No aumento de práticas de EpS* estão agrupados os relatos que referem a

necessidade de aumentar o treino das sessões de Eps e a sua execução nas aprendizagens clínicas. O *aumento de horas de contato com a comunidade escolar* reúne as asserções a este respeito e por fim no âmbito *das estratégias de formação contextuais* agrupou-se as que se referiam à importância de recorrer a testemunhos de peritos da prática, à formação através de projetos de intervenção na comunidade, assim como as que sugeriam que não deveria haver avaliação sumativa quando o estudante desenvolvesse as primeiras sessões de educação para a saúde em contexto da sua aprendizagem clínica.

Esta categoria proporciona informação acerca do que os participantes esperam para as suas práticas no âmbito da EpS em contexto escolar. Partimos do princípio que os participantes sabendo o que desejam mais facilmente desenvolvem esforços para práticas mais eficazes e satisfatórias.

4.3. Considerações éticas

As questões éticas são transversais a todo o processo investigativo, pelo que tivemos em consideração um conjunto de condutas de modo a assegurar que o estudo que desenvolvemos fosse consistente do ponto de vista ético e moral.

Assim, no acesso ao terreno para recrutamento dos participantes foram dados a conhecer os objetivos do estudo e solicitada a respetiva autorização aos presidentes dos Conselhos Diretivos das escolas e dos Conselhos de Administração dos Centros de Saúde e aos pais dos alunos participantes. Todos os contactos iniciais com as instituições de saúde e de educação e com os participantes foram mediados pelo enfermeiro coordenador da saúde escolar de cada centro de saúde.

A seleção dos participantes obedeceu a critérios fundamentais como estarem dispostos positivamente para participarem no estudo, tendo-se garantido que todos os participantes integravam o estudo de forma voluntária, esclarecida e informada. Para o efeito foi elaborado um modelo de “consentimento informado”, onde explicitamente constavam: o motivo por que foram selecionados, os objetivos do estudo, as condições em que o estudo decorreria, o nome e contacto da investigadora, o contexto em que se insere o estudo, o carácter voluntário da participação, a sua liberdade de participarem ou não na pesquisa bem como a garantia de confidencialidade no tratamento dos dados, tudo aspetos normalmente referenciados na literatura investigativa (Lima, 2006, Streubert & Carpenter, 2002) (Anexo II). No caso dos alunos, por se tratar de menores,

foi pedida autorização aos pais para participarem no estudo, sendo o consentimento informado discutido com eles na presença dos alunos. O procedimento foi compreendido por ambos, não havendo necessidade de explicações acrescidas. Antes de se ter efetuado a entrevista o consentimento informado foi assinado, como também o foi pelos restantes participantes.

Na relação com os participantes foi privilegiada uma abordagem que permitisse estabelecer um clima de confiança e minimizar o incómodo da presença do investigador. Nas entrevistas, o primeiro momento era de conversa informal, para que os participantes se sentissem à vontade o que se revelou especialmente pertinente e útil no caso dos alunos. Os locais e o horário em que decorreram as entrevistas foram deixados à livre escolha dos participantes, assim como a liberdade para os alterar.

No tratamento da informação e nas asserções utilizadas, no âmbito desta investigação, foi omissa o nome dos participantes e atribuído um número de modo a resguardar a sua identificação.

Os direitos humanos não podem ser violados, pelo que se salvaguardou uma base ética no trabalho desenvolvido.

CAPÍTULO V. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é inteiramente dedicado à apresentação e análise dos resultados e à sua discussão, concretizando de forma articulada o percurso metodológico e conceptual descrito nos capítulos precedentes.

Com este trabalho pretendemos compreender como os diferentes atores implicados neste estudo perspetivam a EpS em contexto escolar e como descrevem as suas práticas neste âmbito. O foco centra-se numa abordagem compreensiva ao fenómeno, de forma a reunir a informação necessária e pertinente com vista à determinação de necessidades de formação a partir da expressão das expectativas dos indivíduos ou de grupos de indivíduos, conforme alguns autores documentam (Barbier & Lesne, 1986; Rodrigues & Esteves, 1993).

Na apresentação dos resultados, para melhor retirar e compreender o sentido dos dados obtidos e caracterizar as necessidades de formação, consideramos os eixos de análise já referenciados como enquadradores dos objetivos do estudo.

A análise efetuada organiza-se em torno de questões específicas relacionadas com cada uma das categorias e subcategorias que fazem parte dos diferentes eixos de análise. Os discursos obtidos pelas entrevistas, realizadas a diversos atores, embora codificados e categorizados separadamente, serão, sempre que possível, analisados de forma conjunta procurando não dissociar as diferentes perspetivas, mas pelo contrário, encontrar possibilidades de compromisso e de articulação, como via de enriquecimento da análise dos discursos.

Assim, no primeiro eixo a análise centra-se nos aspetos conceptuais relacionados com a EpS em interface com a valorização que lhe é atribuída pelos diferentes participantes e com o perfil desejado ao educador para a saúde. Procuramos abordar questões gerais da EpS e ao mesmo tempo encontrar referências reveladoras que nos permitem esboçar as tendências dominantes nos discursos quanto ao posicionamento dos diferentes atores relativamente à EpS. No segundo eixo, a análise organiza-se em

torno do relato de práticas de EpS em contexto escolar sobretudo nas ações relacionadas com a sua concretização, nomeadamente: modos de identificação das necessidades de formação; áreas/temas da educação para a saúde; estratégias de intervenção utilizadas; recursos mobilizados; tipos de avaliação efetuada; envolvimento dos pais; papel dos diplomas legais sobre a EpS nas escolas e evolução de práticas de EpS. O terceiro eixo de análise foca-se nas dificuldades e preocupações relacionadas com o desenvolvimento das práticas de EpS. O quarto eixo de análise organiza-se em função das fontes de aquisição de competências para o exercício da função e dos aspetos relacionados com a formação desejada no âmbito da EpS. Por fim, o último eixo estrutura-se em função das sugestões apresentadas pelos participantes relativamente à EpS.

Para melhor ilustrar os resultados obtidos e demonstrar os fundamentos da análise efetuada apresentaremos, no decorrer deste capítulo, segmentos de texto relativos aos discursos dos entrevistados. Reserva-se, no final um espaço onde apresentamos a análise de necessidades de formação em EpS em contexto escolar, fruto do contributo dos diferentes atores implicados neste estudo de modo a podermos compreender aspetos da formação em enfermagem nesta área.

5.1. Educação para a saúde: conceções, utilidade e perfil do educador

Neste eixo de análise pretendemos compreender as conceções dos diversos atores (enfermeiros, professores, pais e alunos) associadas à EpS. São também explorados aspetos relacionados com a utilidade ou importância que atribuem à EpS em contexto escolar e com o perfil desejado para o educador em saúde (Figura 4).

Conhecer o significado atribuído ao conceito EpS por estes diversos atores e principalmente pelos profissionais da saúde e da educação, parece-nos pertinente pela informação valiosa que nos poderão dar acerca da importância que atribuem a este processo podendo constituir-se como um preditor do investimento que farão no âmbito da educação para a saúde em contexto escolar (Carvalho & Carvalho, 2010).

Pretendemos aqui explorar e confrontar as diferentes conceções expressas pelos diferentes atores tentando encontrar tendências no que há de convergente entre eles, mas também compreender e explicitar o que existe de divergente.

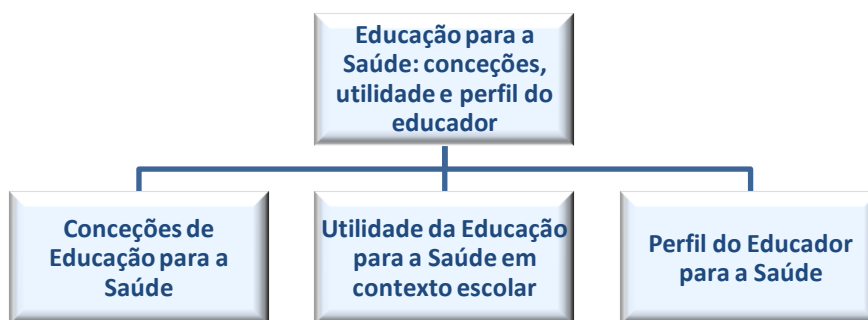


Figura 4 - Educação para a Saúde: concepções, utilidade e perfil do educador

5.1.1. Concepções de educação para a saúde

A primeira categoria refere-se ao significado que os diferentes atores atribuem à EpS. O interesse de compreender as suas diferentes concepções baseia-se no pressuposto de que existe um substrato conceptual que tem um papel determinante nos seus pensamentos e nas suas ações. As concepções possuem uma natureza essencialmente cognitiva pois são produtos do que a mente humana concebe ou entende: conhecimento, ideia ou opinião que permite o homem descobrir e comunicar as suas perceções do mundo que o rodeia (Figuerola et al., 2004).

A análise demonstra que são várias as concepções que os participantes possuem relativamente à EpS. Assumem uma posição de relevo as que dizem respeito à *transmissão de conhecimentos*, à *promoção da saúde*, à *prevenção da doença* e à *mudança de atitudes e comportamentos*, como podemos observar na Figura 5 que destaca a representação visual das designações das subcategorias mais pontuadas, sabendo que às expressões com letras de maior tamanho correspondem frequências mais elevadas, conforme dados da Tabela 1, onde se observa a distribuição das respostas dos participantes, contabilizadas em unidades de registo (UR)²², pelas suas diferentes concepções.

²² Nas tabelas que se seguem utiliza-se nos seus cabeçalhos as siglas UR e UC cujo significado é: UR- unidade de registo e UC- unidade de contexto, correspondendo a esta última o número de participantes que aludem à subcategoria e à primeira sigla a frequência, por subcategoria, das falas dos entrevistados.

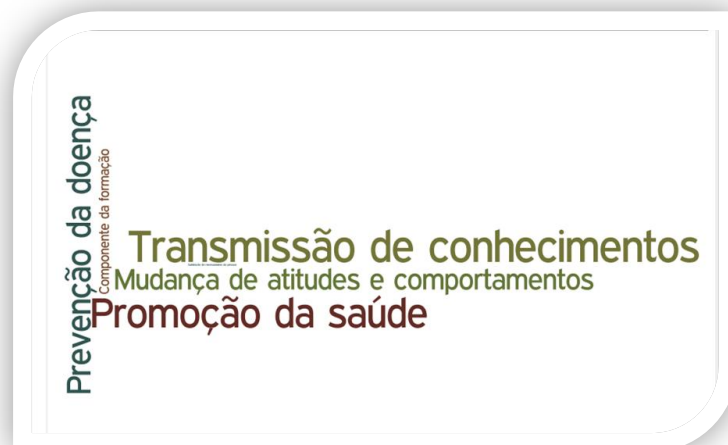


Figura 5. Concepções de educação para a saúde mais evidenciadas

Para além destas concepções graficamente representadas, surgem outras que associam a EpS a uma *componente da formação* bem como à *satisfação de necessidades da pessoa* (Tabela 1). A concepção que associa a EpS à *transmissão do conhecimento* está presente nos diferentes atores como se verifica na tabela em análise.

Tabela 1. Concepções de educação para a saúde segundo os diferentes atores

Subcategorias \ Atores	Enfermeiros		Professores		Pais		Alunos		Total	
	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR
Transmissão de conhecimentos	6	10	2	5	3	7	5	7	16	29
Promoção da saúde	8	10	4	11	5	5	1	1	18	27
Prevenção da doença	7	9			4	7	4	6	15	22
Mudança de atitudes e comportamentos	3	5	2	5	2	3	5	6	12	19
Componente da formação		---		---	4	5	2	4	6	9
Satisfação de necessidades da pessoa	2	2		---		---		---	2	2
Total		36		21		27		24		108

As definições conceituais dos participantes parecem apontar para um processo essencialmente transmissivo da informação. Esta abordagem enquadra-se na forma mais convencional de orientar as atividades educativas. Em princípio, são os profissionais de

saúde e educação que possuem os conhecimentos necessários para o cuidado em saúde e assumem um papel de destaque neste processo, como se verifica nas suas alusões:

É ensinarmos a eles e eles serem capazes de ensinar outros no futuro. (Prof 1)

Dando-lhes informação. (Enf 11)

Todos os conhecimentos que nós possamos transmitir, todas as experiências, tudo aquilo que...possamos transmitir...para que esta pessoa possa utilizar da melhor forma. (Enf 4)

Esta postura, que sugere uma prática educativa centrada no ensinar e não no aprender, é consentânea com uma concepção de EpS do período clássico e com o paradigma tradicional, onde o aluno é considerado um recetor passivo das informações recebidas e conduzido para a memorização do conhecimento.

Educar para a saúde é...dizer aos jovens coisas que...os ponham no caminho certo...e...ajudá-los sobre qualquer dúvidas que tenham...informar...acho que acima de tudo é informá-los sobre assuntos...que são necessários.... (A 7)

É as pessoas que sabem sobre saúde...exporem o que sabem e...dar a entender às pessoas que necessitam... (A 10)

Como se pode observar parece evidenciar-se nestes discursos uma postura de passividade dos alunos, relativamente à sua participação voluntária.

Com uma representação quase semelhante à posição assumida na subcategoria anterior, e com maior ênfase no discurso dos professores e dos enfermeiros seguido pelo dos pais e alunos podemos constatar que todos os grupos de participantes associam a EpS à *promoção da saúde*.

Emerge nos discursos a ideia de que a EpS promove a saúde, através do apelo à participação, ao empoderamento, ao incremento de uma consciência crítica nas pessoas, à reflexão e aquisição de habilidades individuais de modo a poderem fazer as suas próprias escolhas, como ilustram os excertos que se seguem.

Digo que a EpS...dá-lhes ferramentas para serem...aprenderem a ser saudáveis, (...) tentar que eles sejam pró-ativos, eles próprios construirão a sua saúde. (Prof 2)

Fazer com que os alunos tenham consciência que eles é que são os responsáveis pela saúde deles, eles e não os pais e não os médicos...está na mão deles...a...saúde deles. (Prof 4)

É o munir as pessoas de competências, de instrumentos para que na sua vida possam melhorar ou possam atuar de forma diferente, com bases sólidas, científicas nas evidências disponíveis. (Enf 11)

Para mim educação para a saúde é tentar capacitar a pessoa a tomar decisões que sejam benéficas à sua saúde. (Enf1)

Com ela nós tentamos promover a saúde ... sempre com o propósito de ser o próprio indivíduo a fazer por si estimulando o auto cuidado. (Enf11)

Denota-se nestes relatos uma concepção de EpS que visa promover a autonomia, a tomada de decisão e a aquisição de competências para que os alunos possam confrontar-se positivamente consigo mesmos e com os outros. As concepções de EpS tendem, de certo modo, para uma abordagem da EpS crítica, participativa e emancipatória. É o assumir da importância de desenvolver um comportamento responsável no aluno. A EpS torna-se, assim, uma estratégia de promoção da saúde.

A análise efetuada torna visível que os participantes também associam a EpS à *prevenção da doença*. Esta tendência é mais evidente nos enfermeiros seguidos dos pais e alunos e ausente nos professores.

Uma das ideias que emerge nestas concepções é que a EpS é encarada como um procedimento preventivo contra as doenças como se exemplifica:

Todo um conjunto de ações que eu faço em que vou prevenir uma série de...complicações. (Enf 12)

Prevenir contra as doenças... (A 9).

Com ela nós tentamos ... prevenir a doença. (Enf 11)

A importância e valor atribuídos pelos enfermeiros a esta concepção de EpS poderá dever-se à sua formação em saúde, às competências desenvolvidas nos contextos das suas práticas e à posição de liderança que muitas vezes assumem em atividades de prevenção da doença como, por exemplo, a vacinação. Alguns dos seus discursos posicionam-se na complementaridade de posições entre a promoção da saúde e prevenção da doença. A promoção da saúde e a prevenção da doença são áreas conceptualmente distintas, mas complementares para o propósito da educação em saúde que consiste na melhoria da qualidade de vida e bem-estar, assim como a obtenção de ganhos em saúde.

A subcategoria *mudança de atitudes e comportamentos* é comum a todos os participantes (enfermeiros, professores, pais e alunos).

Mudar atitudes e comportamentos, isto acima de tudo. (Prof 4)

Que as crianças ouvissem e efetuassem aquilo que ouvirem...pronto...há crianças que ouvem...eles ouvem...só que fazer não se faz, mas eles ouvem. (Pai 1)

O que fazer ou não fazer...como agir. (A 9)

Estes excertos são reveladores que a EpS tem como objetivo o compromisso com a prática e a mudança de comportamentos e atitudes assim como proporcionar a informação como parte deste processo. A adoção de comportamentos saudáveis, ou seja, comportamentos que permitem melhorar a saúde, não deixa de ser um fim a atingir com um projeto de EpS dado que cada indivíduo possui um modo de vida que está condicionado pelo seu desenvolvimento, herança, cultura e ambiente o que implica que cada pessoa tenha os seus próprios comportamentos, atitudes, valores, conhecimentos e experiências.

Com uma fraca expressão estão as últimas duas subcategorias que associam a EpS a uma *componente de formação*, com representatividade apenas nos pais e alunos, e à *satisfação de necessidades da pessoa* com representatividade somente nos enfermeiros.

Os alunos conceptualizam a EpS como uma *componente da formação* circunscrita a uma disciplina dizendo “*eu dizia que era uma...disciplina... é uma área importante e mais interessante dentro das disciplinas que temos*” (A8). Não só verbalizam o interesse pela disciplina como a importância que esta assume para eles. Este posicionamento pode dever-se ao facto de terem como opção a unidade curricular “Educação para a Saúde”. A flexibilidade curricular prevista na reforma do sistema educativo português tem permitido que as escolas criem disciplinas de saúde inclusive com a denominação de Educação para a Saúde.

Os pais, por sua vez, associam a EpS a uma *componente da formação* alargada e contínua. Encaram-na “*como as outras coisas todas que fazem parte da...formação educacional de uma pessoa...ao longo dos anos...todos os anos temos de aprender a EpS é ao longo da nossa vida*” (Pai 2).

A associação da EpS à *satisfação de necessidades da pessoa* emerge apenas nos enfermeiros que referem que “*a educação para a saúde é fazer satisfazer nas pessoas as necessidades que possam sentir, múltiplas...em diferentes níveis*”. (Enf 10)

Não deixa de ser pertinente esta referência na medida que a EpS procura responder à evolução das necessidades de saúde e dos fenómenos associados aos processos de saúde-doença em diferentes níveis nomeadamente individual e grupal (Jarauta et al., 2006).

Reconhece-se que a EpS é uma área de investigação complexa. Contudo, com a análise efetuada podemos concluir que mesmo encontrando conceções que ampliam o conceito de EpS, principalmente nos discursos dos professores e dos enfermeiros, dando ênfase a pressupostos condicentes com a promoção da saúde, ainda é evidente a relação

das concepções dos participantes com a transmissão do conhecimento com o objetivo de prevenir a doença e mudar atitudes e comportamentos.

Os primeiros relatórios da OMS (1954) sobre a EpS já determinavam que se devia oferecer à população conhecimentos suficientes para que pudessem resolver os problemas de saúde (Navarro Cano et al., 2007). Proporcionar conhecimento é um dos objetivos da EpS em meio escolar (Carvalho, Clément & Berger, 2009) assim como é importante assegurar o conhecimento e a compreensão das questões de saúde de modo a que os alunos tomem decisões informadas e busquem a autonomia na condução de sua vida (Carvalho et al., 2008; Tones & Tilford, 2001).

Porém, confrontando as posições assumidas pelos participantes com a literatura na área (Navarro Cano et al., 2007; Figueroa, 2004; Moreno et al., 1995; Moreno et al., 2000a; Sanmartí, 1988) podemos aludir que prevalece nos seus discursos uma visão da EpS mais tendente com a transmissão da informação do que numa atividade conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença com o propósito de clarificar valores e produzir mudanças no conhecimento e nas formas de pensar.

A EpS em contexto escolar para além de visar a aquisição de informações científicas de saúde deve colocar a tónica na ajuda às crianças e jovens no processo de desenvolvimento de competências consonantes com uma vida saudável (Carvalho & Carvalho, 2006).

Uma boa prática de EpS assenta numa postura profissional e intencional destinada a desenhar propostas de aprendizagem planeadas. Aspeto que esteve omissa no discurso dos participantes, o que poderá por em causa o processo de reflexão sistemático que deve preceder à elaboração de um projeto de EpS.

A visão da EpS centrada na transmissão de conhecimentos corrobora as conclusões do estudo sobre o conceito de EpS dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), desenvolvido por Carvalho e Carvalho (2006), que mostra que a maioria dos enfermeiros apresenta uma perspetiva tradicional e normativa da EpS, muito focada na transmissão de informação.

É interessante verificar que o estudo desenvolvido por Carvalho et al. (2007) com os manuais escolares de 16 países, onde Portugal se inclui, revela que os do ensino básico apresentam uma abordagem mais centrada numa conceção holística da promoção da saúde, enquanto os do ensino secundário tendem a enquadrar-se mais no modelo biomédico. Em complementaridade e nos mesmos países foi desenvolvido um estudo por Carvalho, et al. (2009) com professores e futuros professores sobre as concepções de

saúde e EpS que mostra que os professores e futuros professores do ensino básico estão mais próximos da conceção de promoção de saúde do que os professores e futuros professores do ensino secundário. Para os autores estes estudos parecem, assim, expressar a perspetiva de que a EpS nos primeiros anos de escolaridade deve privilegiar uma abordagem mais centrada na promoção da saúde enquanto nos anos de escolaridade mais avançada a EpS deve privilegiar a transmissão dos conhecimentos sobre as doenças, a sua prevenção e o seu tratamento. Poderão os manuais escolares condicionar a visão dos professores e alunos sobre a EpS?

A conceção de EpS associada à transmissão do conhecimento com vista à mudança de comportamentos, também, é manifesta nos discursos analisados dos participantes do nosso estudo. Porém, Rochon (1996) sugere que o papel da EpS seja o de facilitar a mudança de comportamentos, mas de forma voluntária. A mudança de atitudes e dos comportamentos individuais não garante a resolução dos problemas de saúde, assim como foi demonstrado que as ações de educação em saúde, focadas apenas no indivíduo, são pouco eficazes na modificação dos comportamentos prejudiciais à saúde (Cano Navarro, 2007; Figueroa, 2004; Sanmartí, 1988). Os profissionais da saúde e da educação, os dirigentes e responsáveis políticos devem envolver-se nesses projetos de EpS, uma vez que têm uma grande influência sobre a saúde através das suas ações no meio ambiente, condições de vida ou serviços para a população (MS, 2012).

Denota-se que os participantes, à exceção dos professores, imprimem uma tónica preventiva à EpS nos seus discursos. Embora a educação em saúde, historicamente, tivesse a sua tónica na prevenção das doenças centrando sua abordagem na mudança individual (Cano Navarro, 2007; Figueroa et al. 2004; Moreno et al. 1995), este foco foi-se modificando após as conferências de Promoção da Saúde realizadas mundialmente nas últimas décadas do século XX (WHO, 1998).

Os modelos de EpS assentes só na vertente preventiva foram bastante criticados por reduzirem a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual e por não terem em conta, na saúde e nos comportamentos adotados pelos indivíduos, os fatores ambientais físicos e sociais em que estão inseridos. Se é ignorado que as estruturas e as diferenças socioculturais e económicas influenciam as escolhas por comportamentos saudáveis, ou não, os profissionais de saúde e de educação podem ser levados a considerar os indivíduos como únicos responsáveis pelas suas condições de saúde/doença. Desconhecer, por exemplo, a dimensão social parece considerar que todas as pessoas vivem nas mesmas condições e que assim todas são capazes de cuidar

de si, logo que possuam conhecimento para tal (Cano Navarro, 2007; Figueroa et al. 2004; Moreno et al. 1995).

Pela importância que os projetos de promoção da saúde assumem em várias dimensões da vida individual e social (família, escola e comunidade), torna-se pertinente a discussão das dimensões individuais e coletivas do processo saúde-doença.

A ausência de referências dos professores a esta matéria poderá condicionar pontos de partida, perspectivas e prioridades diferentes para o modelo que se possa assumir na escola em termos de promoção da saúde e prevenção da doença. Este facto torna-se um desafio para uma abordagem intersectorial e de trabalho conjunto, especialmente, entre os profissionais da saúde e educação uma vez que os professores, pelo papel que desempenham na formação das crianças e jovens, assumem uma função relevante nas escolhas que estes possam vir a fazer em matéria de saúde.

Os modelos assentes só na vertente preventiva são tendencialmente fundamentados em paradigmas de natureza positivista e/ ou cognitivista e partem de uma conceção negativa de saúde entendida como “ausência de doença”. A EpS deve abranger objetivos mais amplos como preparar o indivíduo e os grupos para que sejam capazes de promoverem uma vida mais saudável.

Contudo, as posições assumidas pelos nossos entrevistados parecem, também, indiciar o início de uma viragem na forma de conceber a EpS, uma vez que apelam à participação das pessoas na mudança. Com uma visão mais alargada do que a tradicional transmissão do conhecimento tendem a romper com o paradigma da conceção estática da educação como transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas. Porém, e tendo em conta a literatura na área (Cano Navarro, 2007; Figueroa et al., 2004; Martín, Fernández & García, 2007; Moreno et al., 1995; OMS, 1998, 1986) não transparece nos seus discursos o reconhecimento dos fatores sociais, económicos e ambientais na promoção de estilos de vida saudáveis, nem a interação dialética entre as pessoas e as suas realidades, sabendo que é na estrutura social que se encontra o “tecido causal” dos padrões de morbilidade e mortalidade (Figueroa et al., 2004)

Este facto pode ser revelador de dificuldades em trabalhar de acordo com os princípios de uma abordagem holística. É manifesta a necessidade da EpS incidir sobre os contextos em que as pessoas vivem, trabalham e estudam para que possa ser uma verdadeira estratégia da promoção da saúde.

O conceito de EpS tem assumido distintos sentidos e significados dependentes do contexto histórico e social em que se tem desenvolvido (Carvalho, 2012; Figueroa et al.,

2004; Navarro Cano et al., 2007; Moreno et al., 1995) o que poderá ter-se refletido nas diversas concepções aqui analisadas.

Em síntese, nas concepções aqui comentadas de EpS podem encontrar-se elementos que se podem enquadrar nas três gerações referentes à evolução da EpS propostas por Moreno et al. (2000a): i) informativa e prescritiva; ii) comportamental; iii) participativa, crítica e emancipatória que comprovam o carácter multifacetado da EpS.

As concepções aqui refletidas acerca da EpS não deixam de ser constructos culturais, que estão para além do espaço escolar mas que indiscutivelmente por ele transitam. A compreensão das concepções dos participantes torna-se indispensável para se poder conceber uma formação que se posicione na dialética entre as posições assumidas que aqueles apresentam e os desafios que lhes são colocados em matéria de saúde de modo a que possam redefinir os seus papéis e promover uma EpS efetiva na escola.

5.1.2. Utilidade da educação para a saúde em contexto escolar

Esta categoria diz respeito à utilidade ou importância que os participantes atribuem à EpS em contexto escolar. Perceber a utilidade e a importância que é conferida à EpS em contexto escolar poderá dar-nos a possibilidade de compreender melhor as suas concepções de EpS e o relato das suas práticas neste âmbito.

A EpS é considerada importante para todos os grupos de entrevistados, essencialmente porque *transmite conhecimentos* (Tabela 2). A EpS assume, também, importância porque *promove a saúde, promove a mudança de comportamentos e previne doenças*. Estas posições refletem e reforçam as suas concepções de EpS já anteriormente analisadas. Apenas os enfermeiros consideram-na importante por permitir *a concretização de processos formativos e por permitir a formação contextualizada em idade escolar*. Unicamente os professores atribuem importância à EpS na *orientação e gestão da informação em saúde*.

Tabela 2. Utilidade da educação para a saúde em contexto escolar segundo os diferentes atores

Atores \ Subcategorias	Enfermeiros		Professores		Pais		Alunos		Total	
	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR
Transmite conhecimentos	4	5	2	3	3	6	5	7	14	21
Promove a saúde	5	10	---	---	---	---	4	4	9	14
Promove a mudança de comportamentos	5	8	1	1	3	3	---	---	9	12
Previne doenças	3	3	---	---	1	1	3	4	7	8
Permite a formação contextualizada em idade escolar	3	7	---	---	---	---	---	---	3	7
Permite a concretização de processos formativos	1	2	---	---	---	---	---	---	1	2
Orienta a gestão da informação em saúde	---	---	1	2	---	---	---	---	1	2
Total		35		6		10		15		66

A posição mais defendida pelos participantes, principalmente pelos alunos, é que a EpS em contexto escolar é importante porque *transmite conhecimentos*.

Porque não se sabe, o que eu acho que quanto mais se falar nas coisas é melhor. (Pai 6)

Acho que cada vez vai ser importante porque os problemas são cada vez mais e cada vez mais complexos por isso eles têm que ter os conhecimentos para poderem lidar com eles e terem saúde. (Pai 9)

É na escola que estamos todos os dias, é na escola que aprendemos e é de lá que devemos sair com o conhecimento de saúde ... acho que é o sítio certo aonde podemos conviver com os nossos colegas e tirar as nossas dúvidas. (A 10)

É interessante porque eles também vão para casa e são educadores. (Enf 8)

...e por isso se eles não tiverem informação correta...como podem fazer escolhas acertadas?(Enf 6)

Como mencionam nos seus discursos, a EpS além de proporcionar e aumentar o conhecimento em saúde nos alunos, de modo a que possam tomar decisões informadas e lidar com os problemas cada vez mais complexos, é um veículo de informação correta, e

como refere um dos participantes “*se aquela informação é correta é bom porque as crianças entre si comentam, conversam...é sempre positivo.*” (Enf 4). A EpS dá, igualmente, a possibilidade de os alunos tirarem dúvidas e de a mensagem correta ser disseminada em casa, ou até mesmo no grupo em que estão inseridos, o que contribui para que o aluno desenvolva o papel de educador.

Relativamente à subcategoria *promoção da saúde*, embora os professores fossem o grupo que mais valorizou a promoção da saúde no conceito de EpS, quando questionados relativamente à importância que atribuem à EpS, omitem qualquer referência a este respeito. São os enfermeiros e os alunos que mais enfatizam a sua importância em contexto escolar para a promoção da saúde.

É como lhe disse é muito importante, é muito importante as nossas idas...porque eles refletem nos assuntos, pelo menos a gente tenta. (Enf 5)

Porque sem saúde a gente fica muito mal na vida, a saúde é um bem precioso, sem isso...não faz sentido...viver. (A11)

Como referem os participantes, é importante porque proporciona a reflexão sobre as questões associadas ao processo de saúde-doença e permite a apresentação aos alunos de diferentes perspetivas sobre a promoção da saúde. Como menciona um deles “*Ajudamos a ter mais segurança...* (A9). É com a EpS em contexto escolar que se poderá conseguir “... *futuramente ganhos em saúde.*” (Enf 11)

A EpS em contexto escolar é importante na promoção da *mudança de comportamentos*. Esta posição também assume uma posição de relevo como se verifica no quadro em análise e na evidência dos discursos que se seguem:

Acho que se deve esperar mudança de comportamentos e atitudes nem que seja a médio e a longo prazo... (Pai 9)

É muito importante porque é assim, a maioria dos nossos alunos são o espelho dos pais e nós vemos que...alunos obesos, os pais e família têm problemas de obesidade e senão for a escola a inculcá-lhes determinadas regras e valores, que não são inculcados em casa, dificilmente o aluno segue outro caminho, não é? (Prof 1)

No entanto, esperamos sempre que as pessoas mudem os seus comportamentos em virtude daquilo que se diz. (Enf 1)

Salvaguardando-se a importância do papel da família em todo este processo, na realidade, e em muitas situações, é na escola que as crianças e jovens têm oportunidades de aprendizagens conducentes à promoção da saúde e à mudança de comportamentos.

Promover na escola conhecimentos e hábitos que beneficiam a saúde das crianças e jovens não só favorece um desenvolvimento e crescimento normal como previne doenças que possam surgir nestas idades (Navarro Cano et al., 2007). Os participantes vão ao encontro desta ideia quando nos seus discursos referem que a EpS em contexto escolar é importante porque *previne doenças*.

A educação para a saúde é fundamental, é indispensável porque, quer dizer permite...ou pode permitir evitar uma série de problemas (Enf 2)

Acho que a grande vantagem da educação para a saúde é prevenir comportamentos de risco, que podem pôr em risco a saúde daquele indivíduo...acho que é o grande objetivo... (Enf 1)

Sim, porque se não achar importante...viria trazer problemas muito graves. (A 1)

A escola deve oferecer uma formação específica na área da saúde e ajudar as crianças e jovens a compreender os processos de saúde-doença, bem como capacita-las para intervirem de forma individual e coletiva na promoção, manutenção, recuperação e prevenção da doença.

Somente os enfermeiros justificam a importância da EpS, em contexto escolar dizendo que ela *permite a formação contextualizada em idade escolar*.

Fundamental...fundamental...porque as crianças estão a construir-se ...a construir um adulto...e é aí que elas estão mais...disponíveis...para adquirirem os conhecimentos que mais tarde irão precisar na idade adulta... (Enf 5)

Daí a importância de eu ir para a escola e ver o que é que se passa naquele contexto. (Enf 12)

É muito importante porque eles estão no seu meio, eu tenho que avaliar o comportamento deles no meio escolar, aonde eles passam maior parte do seu tempo. (Enf 12)

Permite um contato mais próximo entre o profissional e a população que eu acho que é muito importante, porque às vezes há aquela distância... (Enf 3)

O período escolar, como narram os enfermeiros, é fundamental para o desenvolvimento de projetos de EpS, porque as crianças estão mais disponíveis para adquirirem os conhecimentos e permite o conhecimento do contexto onde se encontram e da interação da criança com o seu meio.

A EpS também é importante porque *orienta a gestão da informação em saúde* e como expressa um professor “*agora, a educação para a saúde é muito importante, porque a informação existe e existe em grande quantidade, muitas vezes de uma forma*

parcial, errada e convinha ensinar as pessoas a gerir e avaliar as fontes de informação em saúde. (Prof 5)

Todo este processo que acabámos de analisar está imbricado na importância que a EpS assume na *concretização de processos formativos*. “*O educador para a saúde, em muitas áreas, não é só o educador para a saúde, porque de uma forma geral estamos sempre a educar e é a nossa função, enquanto funcionários da saúde, contribuímos com a nossa parte, na parte da saúde e na parte do desenvolvimento global.*” (Enf 10)

Na análise efetuada no âmbito desta categoria é evidente que a importância atribuída pelos participantes à EpS em contexto escolar está na transmissão do conhecimento. Esta evidência reforça a posição já revelada pelos participantes nas suas conceções de EpS. Como é defendido e recomendado por várias organizações internacionais como a OMS, a UNESCO e a Oficina Internacional da EpS, as crianças e jovens na escola não devem só adquirir os conhecimentos relacionados com a saúde mas também os hábitos para que possam atingir um nível ótimo de saúde (St Leger et al., 2010). Para os autores acabados de referenciar a educação para a saúde na escola enquadra-se nesse propósito dado que é uma atividade de comunicação que envolve ensino e aprendizagem relativos aos conhecimentos, crenças, atitudes, valores, habilidades e competências. A escola para além da transmissão do conhecimento tem outros desafios como o de promover a saúde, o de educar para a formação ético-social, para a participação cívica e autonomia num processo de desenvolvimento de competências para uma aprendizagem ao longo da vida (Portaria nº 105/2012 de 12 Outubro; MS, 2006; SRS-DRS, 2010).

O relato dos participantes é omissivo em alusões à importância da EpS para facilitar às crianças e jovens a implicação informada nos processos de transformação dos fatores que condicionam a saúde, bem como à necessidade de aqueles aprenderem a cuidar de si, dos outros e do ambiente em que estão inseridos. As crianças são mais do que beneficiários das atividades de EpS, são participantes importantes neste processo. Está demonstrado que as crianças que estão envolvidas no desenvolvimento de políticas de saúde e nas atividades de implementação esforçam-se na promoção de um ambiente seguro e mais saudável (St Leger et al., 2010).

Está omissivo, também, a importância de implicarem os pais nos projetos de EpS. A escola, conjuntamente com a família e o meio ambiente são meios educacionais por excelência. A maior responsabilidade no período escolar deve estar nas mãos dos pais e

de outros educadores e isto só será possível se existir uma EpS planeada, que lhes seja dirigida, de modo a formá-los como “agentes de saúde” (Navarro Cano, 2007).

A EpS tem um papel importante na promoção da saúde das crianças e jovens em contexto escolar (St Leger et al., 2010; Portaria nº 105/2012 de 12 Outubro). Esta premissa é reforçada, no âmbito deste estudo, pelos enfermeiros e alunos. Contudo, o conceito de promoção de saúde é um conceito amplo que implica o desenvolvimento de atividades relacionadas com as políticas escolares saudáveis, o ambiente físico e social da escola, o currículo, a interligação com a comunidade e com os serviços de saúde para o qual contribuem o setor da educação e da saúde (St Leger et al., 2010). Esta visão é concordante com os princípios de uma Escola Promotora de Saúde onde está implícito o reconhecimento de que a EpS deve fazer parte integrante do programa global da escola (ME, 1999). Para a Organização Mundial de Saúde a Escola Promotora de Saúde deve contemplar EpS no seu currículo, possuir atividades de saúde escolar e assentar na interação escola/família/meio por serem consideradas áreas fulcrais para a abordagem holística da promoção da saúde (WHO 1999).

Os enfermeiros ao atribuírem importância à EpS em contexto escolar porque ela permite a formação contextualizada em idade escolar vão ao encontro do defendido por Sanmarti (1988) e Navarro Cano et al. (2007) quando mencionam que é neste período que as crianças e jovens apresentam uma grande capacidade de aprendizagem e assimilação de hábitos pelo facto de estarem em processo de crescimento e desenvolvimento a todos os níveis. Muitos dos comportamentos e atitudes importantes para a saúde iniciam-se na infância e adolescência (MS & DGS, 2002; Sanmarti, 1988) o que torna o período escolar essencial na vida do ser humano. O período de vida escolar converte-se, assim, num período chave para que as crianças e jovens adquiram e consolidem hábitos saudáveis que podem ter continuidade na vida adulta. Promover a saúde nos períodos mais propícios ao desenvolvimento humano também assume grande relevância, por contribuir para a evolução económica e sustentabilidade de um país (WHO, 2005) e redução das desigualdades em saúde (IUHPE, 2000).

Da mesma forma, os enfermeiros ao valorizarem o conhecimento do contexto e da interação da criança com o seu meio contribuem para que os projetos de EpS possam ir mais facilmente ao encontro das necessidades dos alunos. Corroboram a ideia que o meio escolar é considerado o mais adequado para a promoção e EpS, pois é nele que se identificam, abordam, ensinam e alteram muitos dos hábitos e comportamentos que contribuem para a saúde individual e coletiva (Riera, 2011).

De acordo com Navarro Cano (2007) e López Santos (2000) a EpS tem uma grande utilidade e importância dado que os seus objetivos se centram em três grandes finalidades, nomeadamente: ajudar a capacitar as crianças e jovens para que eles possam cuidar da sua saúde e da dos outros, facultando ferramentas conceituais e metodológicas; promover nas crianças e jovens o interesse pela sua saúde e adoção de estilos de vida saudáveis, facilitando-os o conhecimento crítico do ambiente e o desenvolvimento de habilidades pessoais para uma tomada de decisão livre e responsável e uma interação positiva com o seu contexto; e, por último, fomentar nos alunos a necessidade de participarem ativamente de forma individual e coletiva na transformação do ambiente natural e social em prol da saúde.

5.1.3. Perfil do educador para a saúde

O perfil de educador desejado pelos participantes, embora assente em quatro pilares fundamentais: as características empático-relacionais, as competências didático/comunicacionais, o domínio técnico científico do conteúdo, e o domínio deontológico (Tabela 3), ultrapassa largamente os limites profissionais e escolares com a valorização que é atribuída à dimensão empático-relacional como se observa na Figura 6. A nuvem de palavras, representada nesta figura a partir das frequências das unidades de registo de cada dimensão do perfil de educador, identificadas pelos participantes, é visivelmente esclarecedora da dimensão mais valorizada por eles.



Figura 6. Perfil do educador desejado

Para além das características empático-relacionais, as competências didático/comunicacionais e o domínio técnico-científico do conteúdo do educador para a saúde são valorizados por todos os participantes. O domínio deontológico é valorizado apenas pelos enfermeiros e professores (Tabela 3).

Tabela 3. Perfil desejável ao educador para a saúde segundo os diferentes atores

Subcategorias	Enfermeiros		Professores		Pais		Alunos		Total	
	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR
Características empático-relacionais	4	22	4	16	8	14	10	21	26	73
Competências didático/comunicacionais	3	6	3	8	5	13	9	22	20	49
Domínio técnico-científico do conteúdo	4	7	4	7	6	12	4	7	18	33
Domínio deontológico	2	4	2	2	---	---	---	---	4	6
Total		39		33		39		50		161

As *características empático-relacionais*, onde se incluem os atributos pessoais do educador, assumem o maior relevo nos discursos analisados na caracterização do perfil ideal do educador para a saúde.

Várias características associadas a um bom educador são valorizadas pelos participantes neste domínio, por exemplo os enfermeiros reportam-se muito à empatia, mas também, à flexibilidade, ao dinamismo, à criatividade, à abertura, à responsabilidade, ao saber estar e relacionar-se, entre outros.

Empático. A empatia, para mim, é fundamental...chegar lá...eu sou enfermeiro e vocês os alunos...não...dá...certo...temos de nos pôr um pouco no lugar deles...disponível...assertivo... e...sempre que possível reforçar positivamente os alunos. Penso que este é o perfil ideal de um enfermeiro que faz educação para a saúde. A empatia para mim é uma das características muito importantes e...responsável. (Enf 12)

Os professores, por sua vez, aludem nos seus discursos ao cativar, ao dinamismo, à criatividade, à disponibilidade, ao ser amigo, entre outros.

Nem sei se isto é uma competência, mas tem de saber ser amigo...senão conseguir cativar, eu acho que uma grande competência é saber cativar, até pode ter os maiores conhecimentos e muitas competências em muitos níveis, mas não vai conseguir nada com aqueles alunos...tem que mostrar ao aluno que ele pode contar comigo...está ali não para reprimi-lo, não para repreende-lo mas sim para ajudá-lo, considero essa uma competência muito importante, o saber cativar (Prof 2)

Os pais valorizam mais o saber cativar os jovens, o saber lidar com eles e ir ao encontro do mundo deles, assim como a simpatia e a abertura a todos os níveis.

Deve ser simpático e saber cativar os jovens (Pai 9)

Em termos de relacionamento pessoal...deve haver...portanto, como hei-de dizer...deve ter uma forma hábil de...empatia para com os que vão ouvir...porque há crianças e crianças...há adolescentes e adolescentes... (Pai 2)

A simpatia volta a ser reforçada pelos alunos e emerge o ser engraçado, o ser divertido mesmo nos assuntos sérios, o que vem reforçar a importância do educador desenvolver uma convivência prazerosa com a aprendizagem. É, igualmente, evidenciada a importância que atribuem ao estabelecimento duma relação de confiança e de proximidade com os educadores.

Deve ser engraçado, simpático, não ser muito austero, ajudar e estar disponível para qualquer coisa...é importante. (A7)

Termos uma boa relação e sabermos quando é preciso trabalhar no duro. (A 9)

Estar mais perto de nós. (A 9)

Perguntar o que nós sabemos, os nomes...estabelecer contato...acho muito importante, ...tipo como hei-de dizer isto, tipo uma relação de confiança, ...mesmo que esteja ali muita gente, se uma pessoa se sentir bem...se a pessoa inspirar confiança...eu acho que é bom...uma pessoa sente-se muito melhor do que...acho que é assim. (A7)

É evidente que o educador para o aluno é aquele que o ajuda a desenvolver a sua autoestima e autoconfiança e que se coloca num plano de apoio e não impositivo.

Se por um lado, a visão humanística que trespassa por estes discursos, relativamente ao perfil do educador, é valorizada pelos participantes, por outro, é manifesta a valorização que atribuem à formação do educador nas *competências didático/comunicacionais*. Enquanto os professores valorizam mais uma “boa formação em pedagogia.” (Prof 5), os restantes participantes valorizam a capacidade de o educador se exprimir, de se explicar, de comunicar.

Bom comunicador, porque acho que só formação em si não é o suficiente. (Enf 11)

Tem de saber adequar a linguagem e a forma de explicitar as coisas...aos...adolescentes, crianças, etc. (Pai 2)

Ah...não estar sempre sentado à secretária a falar...falar...falar, ir falando, passeando pela sala. (A 6)

Uma boa técnica de comunicação é uma ferramenta fundamental para se obter a participação dos indivíduos na ação que se pretende desenvolver com os alunos. A comunicação é um requisito indispensável à EpS e essencial para a eficiência do educador para a saúde, assim como o é o *domínio técnico-científico do conteúdo*.

Tem de ter sempre formação na área e eu penso que nós temos. (Enf 5)

Eu acho que têm de estar bem preparados, têm de saber muito e responder a todas as perguntas que lhe são feitas e as crianças fazem. (Pai 8)

Primeiro deve saber o que está a fazer, deve saber o que é saúde. (A 8)

Os participantes reforçam a ideia de que para ensinar é importante o domínio dos saberes a ensinar, assim como valorizam “*um vasto conhecimento científico na área da saúde...*” (Prof 5)

A dimensão relacionada com o domínio deontológico é pouco relevante nos discursos analisados. No entanto, no âmbito do seu exercício profissional os participantes observam valores humanos pelos quais se regem os indivíduos e os grupos, e como referem:

“Tal como um adulto tem as suas opiniões as crianças também as têm e devem ser respeitadas...com as quais muitas vezes não concordamos, mas se elas são capazes de argumentar e defender o seu ponto de vista, porque não? (Enf 10)

Não emitir juízos de valor. (Enf 12)

Não ... pode estar ali para punir, ...nem para fazer juízos de valor. (Prof 3)

Os profissionais e especificamente os enfermeiros devem ser capazes de assumir o dever de salvaguardar os direitos das pessoas e abster-se de emitir juízos de valor sobre os seus comportamentos, assim como as suas intervenções devem ser pautadas pela preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (OE, 2009). Esta faceta, sem dúvida crucial, e por isso importante no perfil do educador que aqui se procura valorizar, corresponde ao seu compromisso individual e social com os valores de determinada comunidade. Esse compromisso deve ser entendido como a prática do pensamento e da ação no universo valorativo em que se encontra.

Esta faceta, não muito valorizada no perfil do educador para a saúde, remete-nos para o âmbito da sua formação axiológica. No contexto da formação em enfermagem o estudo realizado por Pacheco (2011) com os estudantes de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada (ESEnfPD) revela que há um aumento gradual da competência ética ao longo do curso, não só na capacidade de identificação de um problema ético, como na forma como o refletem e tomam decisões e mesmo como agem perante situações. Para a autora, os alunos de enfermagem ao confrontarem-se com a realização de novos procedimentos geralmente não conseguem estar devidamente despertos para os problemas éticos, uma vez que se concentram no que estão a “fazer” pelas primeiras vezes. Este facto vem reforçar a necessidade de se refletir na sua formação, nos problemas éticos e deontológicos que possam estar relacionados com a EpS em contexto escolar. Em nosso entender a formação só será completa, neste âmbito, se passar pela compreensão e pelo desenvolvimento de valores éticos e deontológicos, individuais e sociais, que digam respeito à proteção da vida, aos ideais da vida comunitária cooperativa, à interação e relação social pacífica e solidária, sem intolerâncias e discriminações de qualquer espécie.

Em contraste com a dimensão deontológica está a dimensão mais valorizada pelos participantes que diz respeito às características relacionais. Os elementos configuradores do perfil do educador, neste âmbito, remetem-nos para a necessidade de se estabelecer um bom clima afetivo-relacional numa atmosfera de entreajuda recíproca, empática, colaborativa e solidária entre o formando e o formador. Uma relação desta natureza facilita o desenvolvimento cognitivo e psíquico do aluno. O educador não se afirma apenas pela autoridade do conhecimento mas também pela conquista do espaço-tempo das interações educativas com apropriação do poder da relação (Rodrigues et al., 2005). Para o autor referenciado, esta caminhada da autoridade do conhecimento para o poder da ação e relação construída requer do educador capacidade de resiliência e flexibilidade estratégica para defrontar a dinâmica que caracteriza os contextos formativos.

Em complementaridade são valorizadas as competências didático/comunicacionais que proporcionam um ambiente facilitador do processo de ensino e aprendizagem, com grande ênfase na capacidade de comunicação do formador e na sua formação pedagógica. A comunicação é uma aspeto relevante em saúde na medida em que a informação em saúde necessita de ser clara, compreensível, credível e consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e adaptada ao nível cognitivo e

cultural do educando. Os profissionais deparam-se na atualidade com uma realidade social diversificada o que torna o ato de comunicar complexo quando se pretende que todos os alunos entendem e compreendem o que se diz.

No que se relaciona ao domínio técnico-científico do conteúdo torna-se desnecessário enfatizar que ao educador incumbe ter domínio pleno sobre a sua área de atuação específica. Porém, dada a rápida obsolescência que hoje afeta todos os campos do conhecimento sobretudo os técnico-científicos torna-se pertinente que o educador tenha a capacidade de aprender durante a vida, de refletir e de atender às transformações sociais da sua comunidade. A reflexão sobre o conhecimento a ser trabalhado junto dos educandos, atendendo à sua contextualização de modo a ser relevante ao grupo a que se dirige, assim como o uso de metodologias e estratégias adequadas, torna-se essencial em EpS em contexto escolar (IUHPE, 2008). Deste modo, a comunicação é um recurso do professor que não se pode dissociar quer das estratégias pedagógicas, quer da relação pedagógica entre os parceiros educativos.

A análise dos discursos permite-nos captar uma posição centrada em características do formador, sem transparecer uma abertura para um trabalho em equipa. Neste caso, a formação depende do formador e não de estruturas organizacionais e/ou de trabalho colaborativo. Neste contexto, configura-se relevante que a formação seja encarada como resultado de um trabalho conjunto. Essa construção passa pela redefinição do processo de trabalho em saúde e das atribuições e responsabilidades entre todos, assim como, pela transformação dos papéis desempenhados.

Deste modo, torna-se pertinente na formação do educador para a saúde um conjunto de competências relacionadas com o saber técnico-científico, saber ser e saber estar consigo e com os outros para um agir autónomo, ético e responsável. Considerando literatura na área (Fabre, 1994; Honoré, 2013), a formação do educador não deverá ser apenas para assumir a função social de transmissão dos saberes, de saber-fazer ou do saber-ser, mas também, para o processo de desenvolvimento e de estruturação da pessoa.

Apesar das profundas e complexas transformações que estão ocorrendo nas políticas e nas práticas educacionais, acreditamos que o educador continuará a ser uma peça chave no processo de aprendizagem dos alunos e no desenvolvimento da sociedade.

Sintetizando, para uma praxis pedagógica em EpS em contexto escolar foram valorizadas no perfil do educador para a saúde as características empático-relacionais e

didático comunicacionais, o domínio do saber técnico-científico do conteúdo e uma postura ético-profissional.

5.2. Relato de práticas de educação para a saúde em contexto escolar

Atualmente a EpS configura-se como uma das atividades essenciais para a promoção da saúde da população e, como tal, justifica-se que ocupe uma posição importante entre as intervenções dos sistemas de saúde e educativo. A EpS é encarada como um processo que requer um planeamento sistemático para que as suas atividades tenham o efeito esperado e necessário. O planeamento tem implicações na efetividade da EpS que, por sua vez, é condicionada por um diagnóstico de necessidades de formação, bem como pelo seu processo de implementação e avaliação.

Assim, nesta dimensão, procura-se perceber como é que os participantes organizam as suas práticas de EpS em contexto escolar tendo por base os seus discursos sobre a ação. O conjunto de categorias que emergiram dos seus relatos, relativamente a esta matéria, está expresso na Figura 7, em função dos objetivos que nortearam a análise efetuada. Existem categorias que não emergiram em todos os grupos de participantes.

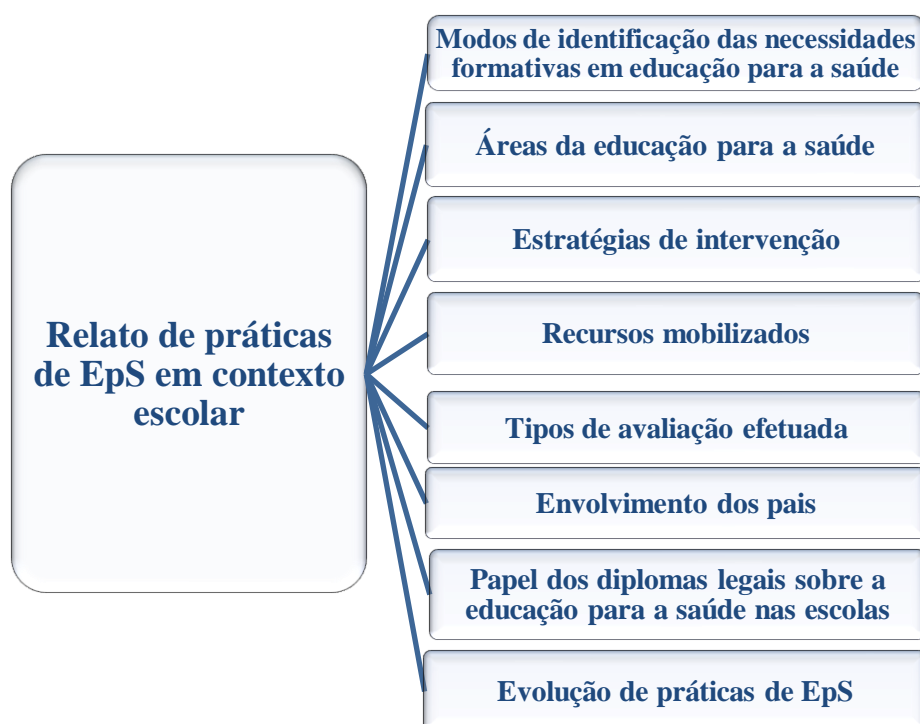


Figura 7. Componentes das práticas relatadas de educação para a saúde em contexto escolar

5.2.1. Modos de identificação das necessidades formativas em educação para a saúde

A identificação de necessidades de formação constitui a primeira fase do ciclo de formação e determina todas as fases subsequentes do processo. Através do diagnóstico de necessidades é possível detetar carências a nível individual e/ou coletivo, referentes a conhecimentos, capacidades e comportamentos com vista à elaboração de um plano de formação.

Os discursos dos entrevistados são reveladores da existência desta primeira fase do ciclo da formação nas práticas de EpS desenvolvidas pelos participantes em contexto escolar. A tabela 4, que se segue, revela as diferentes fontes da sua identificação.

Tabela 4. Modos de identificação das necessidades formativas em educação para a saúde

Subcategorias	Atores	Enfermeiros		Professores		Total	
		UC	UR	UC	UR	UC	UR
Informação fornecida pelos professores		8	26		---	8	26
Auscultação dos estudantes		7	13	4	7	11	20
Observação direta		3	7	1	2	4	9
Reuniões de equipa		1	1		---	1	1
Total			47		9		56

Os enfermeiros têm conhecimento das necessidades formativas dos alunos através da *informação fornecida pelos professores*. As sessões de EpS desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto escolar são, na sua grande maioria, a pedido dos professores.

Tento perceber o que eles sabem...pelos professores e...nem tanto pelos alunos.
(Enf 5)

A mim, eles só dizem ...a gente precisava que a enfermeira fosse lá, falar sobre isso e pronto e eu vou lá, de resto eu não fiz parte do despiste das necessidades, não fui à escola antes nem...nada. (Enf 3)

Os discursos revelam que os enfermeiros não só pedem aos professores que identifiquem as necessidades dos alunos, como também respondem às solicitações por eles formuladas para o desenvolvimento de sessões de EpS na escola.

Os profissionais de educação e de saúde também identificam as necessidades formativas através da *auscultação dos estudantes*. Os discursos dos enfermeiros são reveladores de que, antes das sessões de EpS, procuram identificar as necessidades formativas dos alunos através de uma combinação de métodos e técnicas, ora através de “*uma caixinha de perguntas...*” (Enf 9), ora pedindo aos professores ou aos diretores de turma que “*falem na turma para dizer que vai haver aquela sessão e para eles fazerem perguntas, anónimas, para eu orientar...um pouco a apresentação, e também de acordo com as dúvidas deles no fim esclarecer as suas dúvidas...*” (Enf 6)

Os professores fazem uma auscultação inicial, bastante abrangente, sondando todos os alunos ou então através de um processo de amostragem como indicam os seus relatos:

Então fizemos uma auscultação, fizemos inquéritos a uma amostra, não fizemos aos alunos todos, colocamos algumas questões chave e a partir das respostas que nos deram e das necessidades que demonstraram, avançamos para um plano...vamos ver quais as áreas em que eles têm mais desconhecimento, ou que nunca ouviram falar e foi a partir daí que avançamos. (Prof 2)

É que inicialmente, nós fizemos um inquérito a...toda a escola, inquérito, este que abrangeu cerca de 700 alunos, e que abrangeu todas as temáticas, acho que foi muito completo, a...e destas temáticas, depois de ter-se feito o estudo, vimos realmente as necessidades dos nossos alunos, daí, termos avançado...com as temáticas...prioritárias. (Prof 3)

Estes procedimentos são elucidativos da importância que os nossos participantes atribuem a esta fase de identificação de necessidades para a elaboração de um programa de EpS que vá ao encontro das necessidades dos alunos.

No quotidiano das suas práticas, os profissionais de saúde e educação também identificam problemas de saúde de intervenção prioritária por uma *observação direta*, como se valida pelas asserções:

Agora também fazemos de acordo com as necessidades que nós próprios detetamos, enquanto membros da comunidade escolar e isto por que cada vez mais estamos a passar mais tempo nas escolas e a trabalhar num trabalho efetivo nas escolas. (Enf 10)

Consoante, aquilo que o diretor de turma ache que..., ele é que é responsável pela cidadania, ache que é necessidade mais relevante, por exemplo, turmas com problemas de...violência, eles adotam a parte do bullying, turmas aonde existem

problemas de higiene, ou piolhos, vamos falar diretamente, é dada uma iniciativa na área da higiene a...turmas em que o professor de educação física identifique problemas de obesidade, é dada muitas vezes formação em termos de alimentação, turmas aonde há claramente suspeitas de fenómenos de toxicodependências, há uma intervenção na área das dependências. (Prof 5)

Apenas com um relato, e emergindo só nos enfermeiros, a identificação de necessidades dos alunos, bem como as intervenções a realizar, também, é feita nas reuniões de equipa realizadas com os seus pares na unidade de saúde, como refere:

Detetamos e identificamos muita coisa nas nossas consultas e nas reuniões semanais, quando falamos dos casos, identificamos e decidimos as intervenções a fazer. (Enf 12)

A referência nos discursos ao trabalho em equipa entre os profissionais de educação e da saúde no processo de análise de necessidades dos alunos é rudimentar. É revelado apenas contatos e preocupação com a sintonia e sentido do que é feito. O Despacho n.º 25 995/2005 (2.ª série), emanado pelo Ministério da Educação, que aprova e reafirma os princípios orientadores das conclusões dos relatórios no que se refere ao modelo de educação para a promoção da saúde, defende a necessidade de articulação estreita entre escolas e centros de saúde. Porém, este mesmo despacho ressalva a autonomia das escolas na definição, planificação e concretização do projeto educativo e a responsabilidade do Ministério da Educação na orientação deste processo. Este facto não nos parece impeditivo do acompanhamento dos profissionais de saúde, no âmbito das equipas multidisciplinares, em todo este decurso dado que o sucesso de programas de saúde escolar requer uma parceria eficaz entre professores e profissionais da saúde.

Nesta medida, compreende-se que as intervenções dos enfermeiros na escola, no âmbito da EpS, sejam maioritariamente em resposta ao solicitado pelos professores e, em consequência, que a identificação de necessidades nos alunos seja feita através dos mesmos.

Denota-se a preocupação dos enfermeiros e a dos professores em identificar as necessidades dos alunos, o que vai ao encontro do defendido por Martín et al. (2007) quando referem que é importante dispor de uma avaliação prévia que forneça os dados necessários para determinar as necessidades e a viabilidade da intervenção. É igualmente evidente, nos discursos analisados, a utilidade da identificação das necessidades para a realização de um projeto sustentável, conforme documentado na literatura da área (Martín et al., 2007; MS, 2006; SRS-DRS, 2010; Stufflebeam et al.,

1985), com o objetivo de reduzir ou anular a discrepância através da intervenção educativa planeada com este objetivo.

Conhecer as necessidades da população escolar e participar na busca de soluções para os problemas de saúde detetados é um dever que os enfermeiros têm para com a comunidade (OE, 2009) que, no nosso entender, pode ser extensível a outros profissionais, nomeadamente aos da educação.

5.2.2. Áreas da educação para a saúde abordadas na escola

No conjunto das categorias analisadas, esta categoria é a que mais unidades de registo engloba.

Como elucida a Tabela 5, são várias as áreas temáticas da EpS que merecem atenção dos profissionais da saúde e da educação e que os alunos referenciam como as que lhes foram abordadas.

Tabela 5. Áreas da educação para a saúde abordadas na escola

Subcategorias	Atores		Professores		Alunos		Total	
	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR
Saúde afetivo-sexual e reprodutiva	12	42	3	12	8	16	23	70
Alimentação saudável	8	23	5	7	4	8	17	38
Prevenção de consumos nocivos	4	11	4	11	7	14	15	36
Higiene	9	24	2	5	3	4	14	33
Segurança individual e coletiva e prevenção de acidentes	7	12	---	---	---	---	7	12
Atividade física	2	5	4	5	---	---	6	10
Ambiente e saúde	---	---	2	5	2	3	4	8
Saúde mental	1	3	2	4	2	5	5	12
Prevenção da violência em meio escolar	4	2	3	3	---	---	7	5
Total		122		52		50		224

A análise efetuada permite-nos inferir que a área relacionada com a *saúde afetivo-sexual e reprodutiva* é a mais abordada em contexto escolar (Figura 8). Numa

abordagem equitativa surgem, de seguida, a *alimentação saudável*, *prevenção de consumos nocivos* e *higiene*. Com menos expressão está a *prevenção da violência em meio escolar*



Figura 8. Áreas de educação para a saúde mais abordadas na escola

Relativamente à área da *saúde afetivo sexual e reprodutiva* os temas mais referidos nos discursos dos enfermeiros relacionam-se com a análise do conceito de sexualidade incluindo a sua componente afetiva, os métodos contraceptivos, as doenças sexualmente transmissíveis, especialmente o SIDA. Embora com pouca relevância há, também, alusão a outros temas, nomeadamente, a gravidez na adolescência e as alterações do corpo durante a puberdade/adolescência. Os professores, por sua vez, referem que cumprem o preconizado nas diretrizes legais para este tema. É evidente nos seus discursos que solicitam a outros profissionais a abordagem dos temas no âmbito da saúde afetivo-sexual. Os alunos reforçam o revelado no discurso dos enfermeiros.

A parte de sexualidade, os métodos contraceptivos, o sistema reprodutor feminino, masculino e as implicações da gravidez na adolescência (Enf 12)

Métodos contraceptivos, tivemos cá enfermeiros e médicos, na...na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, também tivemos cá médicos, sobre sexualidade e afetos, que é muito importante, tivemos cá um sociólogo...também vamos abordar a área da igualdade de oportunidades e de género, que é muito importante e os miúdos veem com muitos preconceitos nessa área, também vamos abordar este tema. (Prof 4)

Falamos da amizade, da puberdade, da sexualidade...também falamos das doenças sexualmente transmissíveis... (A 8)

A segunda área mais abordada em EpS em contexto escolar refere-se à *alimentação saudável*. Os discursos são reveladores da importância da sua abordagem em meio escolar “*devido aos altos índices de obesidade.*” (Enf 8) associados ao comportamento alimentar. Em “*turmas em que o professor de educação física identifique problemas de obesidade, é dado muitas vezes, formação em termos de alimentação...* (Prof 5).

Na origem da obesidade parecem estar comportamentos alimentares inadequados, associados a níveis reduzidos de atividade física (MS, 2012). No presente estudo, embora com fraca expressividade nos profissionais da saúde e educação e ausente nos alunos, há alusões à *atividade física* nos seus discursos:

Relativamente à obesidade vamos às escolas falar da alimentação saudável, da importância do exercício físico (Enf 8)

Na promoção do exercício físico temos feito, também, bastantes atividades...percursos pedestres ao fim de semana (Prof 1)

Este estrato do discurso dos professores é revelador da promoção de experiências propícias ao desenvolvimento de competências motoras e da valorização da atividade física, como promotora de uma vida mais saudável.

A área abordada referente à *prevenção de consumos nocivos* (36) ocupa o terceiro lugar nos discursos dos participantes. Nesta área referem vários temas, tais como: a educação para o consumo e prevenção das dependências; drogas lícitas e ilícitas o que vai ao encontro do preconizado nos documentos legais que regulam esta matéria na escola.

Outra área que se destaca é a *higiene*. “*É um grande problema dos nossos alunos, parece incrível mas é!* (Prof 2). As asserções focam, essencialmente, a higiene oral, mas surgem, igualmente, referências à higiene corporal. “*Às vezes poderemos pensar que é um tema banal...mas temos problemas graves que é a escabiose, a pediculose e a cárie dentária ... (Enf 9).*

A área da *segurança individual e coletiva e prevenção de acidentes* só emerge no discurso dos enfermeiros com alusões a atividades que visem a sensibilização para a intervenção na prevenção de acidentes e para o conhecimento dos primeiros socorros.

Relativamente à área *ambiente e saúde*, a sua abordagem emergiu apenas nos professores e alunos e centrou-se na análise do conceito de saúde e educação ambiental.

A abordagem da *saúde mental* em contexto escolar apresenta uma fraca representação nos discursos dos participantes e está direcionada para os distúrbios alimentares especificamente a anorexia e bulimia, os distúrbios psicológicos, as relações interpessoais e a importância da comunicação. O estrato do discurso que se apresenta demonstra um projeto na área da saúde mental que está sendo desenvolvido numa escola:

Cuja psicóloga, este ano fez-nos uma proposta, porque está a estagiar, de implementar nas turmas do 7º e 8º ano, alunos dos 13/14 anos, um projeto chamado C+ do Coping positivo, no qual ela tenta que os miúdos face a uma adversidade percebem que há sempre uma resposta positiva...são 8 sessões...durante 2 meses consecutivos...todas as semanas...em que ela dá-lhes situações tipo...que são analisadas e depois...parte para a escrita criativa...que não vai ser lida...escrevem sem preocupações de conteúdo, sintaxe...eles estão a gostar e estamos curiosos com a avaliação deste projeto (Prof 2)

Este projeto vem demonstrar a possibilidade de se desenvolver na escola competências favoráveis ao desenvolvimento global das crianças e jovens.

Por último, analisaremos a subcategoria *prevenção da violência em meio escolar* que emergiu com fraca representatividade neste contexto de temas abordados na escola.

Os discursos revelam que as ações desenvolvidas nesta área ocorrem em função dos casos que emergem, por exemplo: *“turmas com problemas de...violência, eles adotam a parte do bullying” (Prof 5. “Casos de bullying dentro da mesma turma, e que se fez uma ação mais consertada e mais direcionada para aquela turma em especial (Enf 10).*

As áreas abordadas em contexto escolar (Tabela 5) vão ao encontro das áreas temáticas prioritárias da EpS preconizadas nas orientações legais vigentes (Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infante-Juvenil, 2009; Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril). Este facto vem demonstrar a importância que a definição de políticas juvenis, com particular relevância no campo da EpS, assume na viragem de um paradigma de intervenção em contexto escolar.

Das áreas/temas abordados na escola algumas são coincidentes com as áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis (alimentação saudável; saúde oral; promoção da segurança e prevenção de acidentes; atividade física; ambiente e saúde; e saúde mental) e com as áreas prioritárias para a prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco (consumo de substâncias lícitas e ilícitas;

doenças transmissíveis e violência em meio escolar) (MS, 2006; SRS-DRS, 2010; DRS, 2009). É patente, aqui, as várias esferas da vida das pessoas em que se pode intervir de modo a promover a adoção de comportamentos saudáveis.

Considerando o que constituem orientações para o desenvolvimento de intervenções no âmbito das áreas temáticas em EpS (Portaria n.º 105/2012), referimos relativamente à saúde afetivo-sexual e reprodutiva na escola, que os discursos dos participantes apontam para a vertente da relação afetivo-sexual entre os jovens, para a dimensão afetiva da sexualidade, para a identificação das alterações físicas e consequente autoconhecimento e para a dimensão da saúde reprodutiva. Contudo, são omissos no que respeita a atividades com o sentido de promover a tomada de decisões saudáveis na área da sexualidade responsável, a autonomia e o espírito crítico, a capacidade de proteção face a todas as formas de abuso ou exploração sexual.

Já o estudo realizado, por Matos et al. em 1994, com jovens portugueses sobre aspetos da vida afetiva e sexual foi revelador de que eles possuíam conhecimentos relativamente à prevenção da gravidez não desejada e às doenças sexualmente transmissíveis, mas apresentavam dificuldades em transformar esses conhecimentos em comportamentos de saúde (Matos et al. 2010). Esta discrepância entre a informação e a adoção de comportamento vem reforçar a ideia da importância de se adotarem medidas promocionais que ajudem os jovens a transformar os seus conhecimentos em práticas saudáveis.

A educação sexual não se deve preocupar, somente, em minimizar os comportamentos de risco, como a gravidez não desejada e as doenças sexualmente transmissíveis mas, também, promover a qualidade das relações interpessoais, a qualidade da vivência da intimidade e a sua contextualização cultural e sócio-histórica (ME-GTES 2007). A sexualidade envolve componentes morfológicas, fisiológicas, emocionais, afetivas, culturais e éticas, o que vem reforçar a necessidade da educação para a saúde, no âmbito da sexualidade, não se limitar a uma abordagem mais sanitária, mecanicista e biológica, mas pelo contrário privilegiar uma abordagem mais holística (ME-GTES 2007).

No que concerne à segunda área mais abordada na escola que se relaciona com a alimentação saudável é justificável face aos elevados índices de obesidade infantil que se verificam no mundo nos quais Portugal e os Açores se incluem. Atualmente a obesidade é uma das principais preocupações de saúde Pública. Segundo a International Obesity Task Force (IOTF) mais de 40 milhões de crianças menores de cinco anos

estavam acima do peso em 2011 (WHO, 2013)²³. Dados da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade revelam que 37% da nossa população tem excesso de peso e 14,5% é obesa (Carmo et al., 2006). A mesma fonte acrescenta que em Portugal nas crianças dos 7 aos 9 anos de idade a prevalência da pré-obesidade e da obesidade é de cerca de 31,56%, sendo que as crianças do sexo feminino apresentam valores superiores às do sexo masculino.

O Plano Regional de Saúde 2009-2012 da Região Autónoma dos Açores referencia que o estudo intitulado *Crescimento e Desenvolvimento de Crianças e Jovens Açorianos* revela que, dos 6 aos 10 anos, 33,1% tem excesso de peso/obesidade (11,6 % são obesas e 21,5% tem excesso de peso), sendo a situação ainda mais grave na coorte das crianças dos 10 aos 13 anos com um total de 39,7%, com excesso de peso/obesidade (DRS, 2009).

O estudo desenvolvido por Gaspar (2006) revelou que as práticas e comportamentos alimentares dos alunos adolescentes tornam-se mais salutogénicas com o desenvolvimento de programas de EpS relacionadas com a Alimentação Saudável, em contexto escolar e quanto mais positiva é a auto-perceção do impacto da informação de saúde, mais salutogénicas são as práticas e comportamentos alimentares dos estudantes.

Toda esta conjuntura é preocupante o que justifica que os temas relacionados com a alimentação assumem uma posição de charneira entre as áreas abordadas nas escola. A obesidade pode prevenir-se através de mudanças no estilo de vida do aluno e do seu entorno, o que requer a aplicação de estratégias a longo prazo, quanto à sua prevenção e controlo (Circular Normativa da DGS n.º 05/DSMIA de 21/02/06).

Trabalhar com os pais nesta matéria também seria vantajoso pela importância que estes têm no desenvolvimento do padrão alimentar das crianças e jovens. Uma pesquisa na Universidade de Minnesota desenvolvida por Berge et al. (2013) referenciada no site do International Obesity Task Force sugere que, quando os pais conversam com os seus filhos sobre a perda de peso ou sobre ser magro, as crianças são mais propensas a utilizarem métodos não saudáveis de perda de peso, como o saltar refeições e usar laxantes, para controlarem o peso (WHO, 2013). Segundo a mesma fonte, os resultados do estudo indicam que os pais devem discutir e promover comportamentos alimentares saudáveis em vez de discutir o peso, independentemente de saber se o seu filho tem excesso de peso ou não. Em um estudo anterior, desenvolvido por Fitzgerald (2013),

²³ www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/

publicado no *journal of nutrition education and behavior*, sugere-se que a criação de um ambiente familiar saudável, modelando comportamentos saudáveis e dando incentivo e apoio aos adolescentes, pode ser mais eficaz do que a discussão de temas com eles relacionados com o peso (WHO, 2013). Há necessidade de não criar nos jovens uma insatisfação sistemática com o seu corpo (Matos et al., 2010).

Em contrapartida, a área relacionada com a importância da atividade física é pouca trabalhada na escola como revela a análise efetuada. As evidências alvitraram para que se adote na escola uma abordagem global para que as iniciativas de promoção da atividade física na escola atinjam a máxima eficácia como é defendido por St Leger et al. (2010).

Atendendo a que os resultados apresentados no relatório HBSC/OMS, 2010²⁴ apontam os jovens portugueses como os menos ativos da Europa, em especial as meninas mais velhas, consideramos que é uma área a ser mais trabalhada. Este relatório também alude que no ano de 2010 o consumo do tabaco diminuiu nos adolescentes (a percentagem de fumadores diários era 5 % em 2006 e 4,5% em 2010) assim como o consumo regular de álcool, mas não o seu abuso episódico.

Segundo o Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (OEDT) o estudo European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) e as conclusões do estudo Behaviour in School-aged Children (HBSC) revelam que a experimentação de drogas ilícitas aparenta uma tendência para aumento desde 2006, tanto nos alunos do sexo masculino como nos do feminino (OEDT, 2012).

Esta tendência reforça a importância que a prevenção dos consumos nocivos assume nos discursos analisados. Em consequência a EpS em contexto escolar justifica-se de modo a poder contribuir para que os jovens reduzam os seus comportamentos de risco e os efeitos nocivos do consumo de substâncias psicoativas na sua integridade física e psicológica e, em simultâneo, desenvolvam uma atitude crítica e responsável face às situações de risco a que estão sujeitos bem como à pressão dos seus pares.

²⁴ Estudo internacional Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) promovido pela OMS e liderado em Portugal pela equipa do projeto Aventura Social da Faculdade de Motricidade Humana e Centro da Malária e Doenças Tropicais I. Atualmente participam 43 países e regiões e Portugal aderiu em 1998, 2002, 2006 e 2010. Neste estudo incluem-se adolescentes de 11,13 e 15 anos (6º, 8º e 10º ano) de todo o continente e, em 2010, também da Madeira. A idade média é de 14 anos, de ambos os sexos.

A análise efetuada revela que a higiene é um tema ainda premente em contexto escolar. Os estudos demonstram os benefícios para a saúde das crianças e jovens sobre o facto de lavarem as mãos, beberem água potável e disporem inseri saneamento básico (St Leger et al., 2010). Os autores referenciados referem, também, que são poucas as publicações de qualidade sobre resultados de iniciativas de escolas que promovessem hábitos de higiene.

No campo de ação das áreas *Segurança individual e coletiva e Prevenção de acidentes ambiente e saúde*, e em confronto com o estipulado nos documentos legais (Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infante-Juvenil; Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril), está omissa nos discursos analisados as ações desenvolvidas na escola e nos espaços circundantes que visem a seguranças das instalações e do ambiente de modo a eliminar as ameaças mais significativas para a saúde.

Os discursos sugerem que os temas que acabámos de analisar são abordados de forma tendencialmente individualista. Este tipo de abordagem tradicional do conhecimento é redutora (Morin 2006; Morin, 2000; Santos, 2007), sendo necessário restituir o pensamento complexo, no sentido originário do termo ‘*complexus*’ o que é tecido junto (Morin 2006). Em EpS em contexto escolar esse tipo de abordagem pode ser problemático ou ineficaz (St Leger et al., 2010). Como é sustentado, pelos autores acabados de citar, os diferentes “temas” estão interligados e não funcionam de forma separada ao nível do comportamento; há o risco de não se valorizar o ambiente social como determinante dos comportamentos; a abordagem por temas tende a pressupor que o comportamento humano está dependente apenas do conhecimento e do raciocínio e separado dos aspetos mentais e emocionais. Com isto não estamos a retirar o lugar da EpS para a abordagem por temas, mas tentar salvaguardar que, quando se aborda um tema, são feitas todas as conexões possíveis com os outros temas nos diferentes contextos em que os alunos se encontrem (St Leger et al., 2010).

Os discursos analisados também sugerem que os conteúdos não são abordados de forma transversal o que não está em consonância com o defendido no *Despacho n.º 25 995/2005* do Ministério da Educação (ME, 2005) e nas diretrizes da Direção Geral de Saúde (DRS, 2009), pelo que é algo que carece de uma melhor articulação uma vez que as áreas temáticas são abordadas e trabalhadas maioritariamente na unidade curricular não disciplinar de Cidadania e Educação para a Saúde.

5.2.3. Áreas da educação para a saúde consideradas prioritárias a abordar na escola

Nesta secção a informação que apresentamos está diretamente ligada à opinião dos entrevistados e não propriamente a um relato das suas práticas de EpS em contexto escolar. Porém, face à similitude de resultados obtidos nas áreas de EpS abordadas na escola e as consideradas prioritárias abordar no mesmo contexto, consideramos que seria pertinente apresenta-los em secções contíguas de modo a permitir uma maior comparabilidade e compreensão dos mesmos.

A análise permitiu-nos verificar que a área considerada mais prioritária a abordar em contexto escolar - *saúde afetivo-sexual e reprodutiva* - coincide com a área mais abordada neste mesmo contexto. As outras áreas consideradas prioritárias são a prevenção de consumos nocivos, alimentação saudável e a prevenção da violência em meio escolar e com menor representatividade a segurança individual e coletiva e a adolescência como se constata na Tabela 6.

Tabela 6. Áreas da educação para a saúde consideradas prioritárias a abordar na escola

Atores / Subcategorias	Enfermeiros		Professores		Pais		Alunos		Total	
	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR
Saúde afetivo-sexual e reprodutiva	10	20	3	5	8	12	7	18	28	55
Prevenção de consumos nocivos	6	7	2	4	7	12	8	13	23	36
Alimentação saudável	6	8	3	4	6	9	5	8	20	29
Prevenção da violência em meio escolar	1	4	2	5	---	---	2	3	5	12
Higiene	1	3	---	---	4	6	2	2	7	11
Saúde mental	3	5	---	---	1	2	---	---	4	7
Uso do computador	---	---	---	---	---	---	1	3	1	3
Segurança individual e coletiva	---	---	---	---	---	---	2	2	2	2
Adolescência	---	---	---	---	---	---	1	2	1	2
Total		47		18		41		51		157

A área da *saúde afetivo-sexual e reprodutiva* apresenta grande representatividade nos enfermeiros e alunos, seguindo-se os pais e professores.

A maioria dos discursos dos participantes está dirigida para a compreensão do uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e conseqüentemente para a prevenção da gravidez na adolescência e das principais Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), o que não deixa de estar em conformidade com algumas das orientações curriculares respeitantes aos conteúdos da educação sexual em contexto escolar.

Mas eu acho a sexualidade importante, por várias razões, as gravidezes na adolescência, as doenças transmissíveis no sexo...continuo a dizer que isto era um pilar...que precisa de se insistir com isto, porque é sempre muito complicado (Pai 7)

Acho que a sexualidade é muito importante nos dias de hoje e...ainda fico chocada...vendo raparigas da minha idade grávidas...sem saberem o que é uma pilula e coisas dessas...acho que são importantes...e que não temos...o ter até temos acesso a informação...não sabemos é utiliza-la...não estamos muito a par de como utilizar bem o preservativo (A 10)

Não...se calhar a sexualidade...sobressai neste momento...a sexualidade...neste momento ganha um pouco de importância em relação aos outros...a gente começa a ter outra idade...sai á noite...namoradas... (A 9)

Há que ter em conta que a sexualidade não deve ser reduzida, apenas, à sua dimensão biológica e reprodutora. Deve-se atender na sua abordagem à sua dimensão ética, à sua compreensão como uma das componentes sensíveis da pessoa no contexto de um projeto de vida que incorpore valores, como por exemplo, os afetos e a ternura entre outros (Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril). Esta preocupação já começa a evidenciar-se em alguns discursos dos enfermeiros como se verifica:

Mas continuo a achar que a sexualidade...mas não é a sexualidade como estamos habituados a falar agora, nos métodos contraceptivos...nada disso...é nos valores, começar desde de cedo, ... acho que é os valores ...porque temos visto crianças...muito jovens...começando com drogas...o cigarro...a...relações sexuais precoces...porque a gente vê, no Centro de Saúde, irem fazer testes de gravidez com 13 anos, isto para mim é “super” precoce. Portanto, talvez, abordando mais o tema dos valores, a parte da psicologia toda em si, conseguia-se atingir mais facilmente esses outros temas, ...claro...desde uma tenra idade. (Enf 11)

A educação afetivo-sexual é um processo contínuo, com início na família, e não deve abranger apenas a transmissão da informação mas também o desenvolvimento de

atitudes e competências que habilitem a pessoa para uma progressiva autorresponsabilização neste domínio.

A educação afetivo-sexual é uma das dimensões da EpS, com caráter de obrigatoriedade, a ser desenvolvida em meio escolar em parceria com a família numa atitude que respeite o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa relativamente a esta matéria.

A área relacionada com a *prevenção de consumos nocivos* é a segunda área que os participantes consideram prioritária abordar em contexto escolar, com mais expressão nos alunos (13) e pais (12). Os pais referem que *“a lacuna que neste momento existe é em relação à toxicodependência* (Pai 8). Os alunos consideram prioritário abordar *“a droga...para ... saber as consequências que traz* (A1) *“E também as drogas que existem cada vez mais e...a gente não...não tem bem a noção do perigo que é.”* (A10)

Como vimos, na categoria anterior, esta área foi uma das áreas bastante abordada, contudo, os discursos dos pais apontam para lacunas relativamente à toxicodependência e os alunos revelam que precisam que lhes falem a este respeito.

Alimentação saudável, nesta subcategoria os discursos posicionam-se entre a alimentação saudável e as doenças associadas ao comportamento alimentar, nomeadamente a obesidade. Como refere um participante é prioritário continuar a trabalhar *“a obesidade, ou erros alimentares. Às vezes não temos crianças obesas, mas temos graves erros alimentares.* (Enf 9)

Dada a conjuntura económica e *“o contexto social, ...a educação ... para uma alimentação saudável em contexto economicamente desfavorável* (Prof 5) torna-se prioritária. Assim, importa explorar *“como nos devemos alimentar... (A 8).*

A *prevenção da violência em meio escolar* tem mais destaque no discurso dos professores. Segue-se o volume de discurso dos enfermeiros e alunos, sendo ausente nos pais. Um dos professores afirma: *“este ano, para nós o tema mais urgente e importante é o da violência. Infelizmente o bullying é uma realidade, não só nas grandes escolas e também nas pequenas escolas como a nossa. Temos tido casos muito graves e...este ano temos investido muito na prevenção do bullying.* (Prof 2). Há a considerar neste âmbito *“a própria violência no namoro.”* (Prof 3).

Os alunos referem o *“Bullying...porque os rapazes hoje, qualquer coisa é logo porrada...porque não têm mais calma e pensam antes de agirem? ...Houve pessoas que foram agredidas...e que depois podem ter problemas psicológicos e ao pensarem ou falarem sobre isso podem fazer as pessoas pensarem antes de agirem* (A 11).

Estes depoimentos revelam que o *bullying* é uma realidade também nos espaços escolares do contexto regional.

Relativamente à subcategoria *higiene*, ela emerge em duas dimensões, designadamente a oral e a corporal. Esta temática merece ser continuamente foco de atenção dos professores, enfermeiros e pais, dado que uma higiene precária tem grandes implicações na saúde das crianças e jovens.

A área da *saúde mental*, apenas referenciada pelos enfermeiros e pais, é considerada “*muito importante também, ...na perspectiva de os jovens adquirirem a...autoconfiança e a autoestima e..., isso é muito importante,...importantíssimo,...eu vejo crianças que precisam mesmo disso!* (Enf 5)

As últimas subcategorias – *Uso do computador; Segurança individual e coletiva e Adolescência* emergiram apenas nos alunos e com fraca expressão.

Os alunos referem nos seus discursos a necessidade de estarem informados sobre o tempo de permanência em excesso no computador, como por exemplo “*passo muito tempo nele, ...quero mesmo saber o tempo que posso estar lá...* “ (A 8).

Relativamente à sua segurança individual mostram interesse em saber como se tratam feridas para, na eventualidade de se magoarem quando estiverem sozinhos, poderem cuidar-se.

Por fim, quanto à adolescência referem o seguinte: “*...as preocupações que temos... stressamos muito facilmente...acho que ...pessoas com experiência na área da saúde, deviam nos mentalizar que...são coisas...que não são problemas...pelo menos para os adultos não são problemas, o que a gente... adolescentes... tem... esclarecer... como ultrapassamos esta fase da vida...como devemos vive-la* (A 10).

Denota-se não só a preocupação com esta fase da vida, mas também com a necessidade de serem ajudados. Mencionam a existência de dúvidas que podem ter uma resposta simples mas para eles como adolescentes podem ser fonte de angústia e preocupação.

No âmbito desta categoria constata-se que as três principais áreas consideradas prioritárias abordar em contexto escolar pelos participantes coincidem com as abordadas no mesmo contexto (Figura 9).

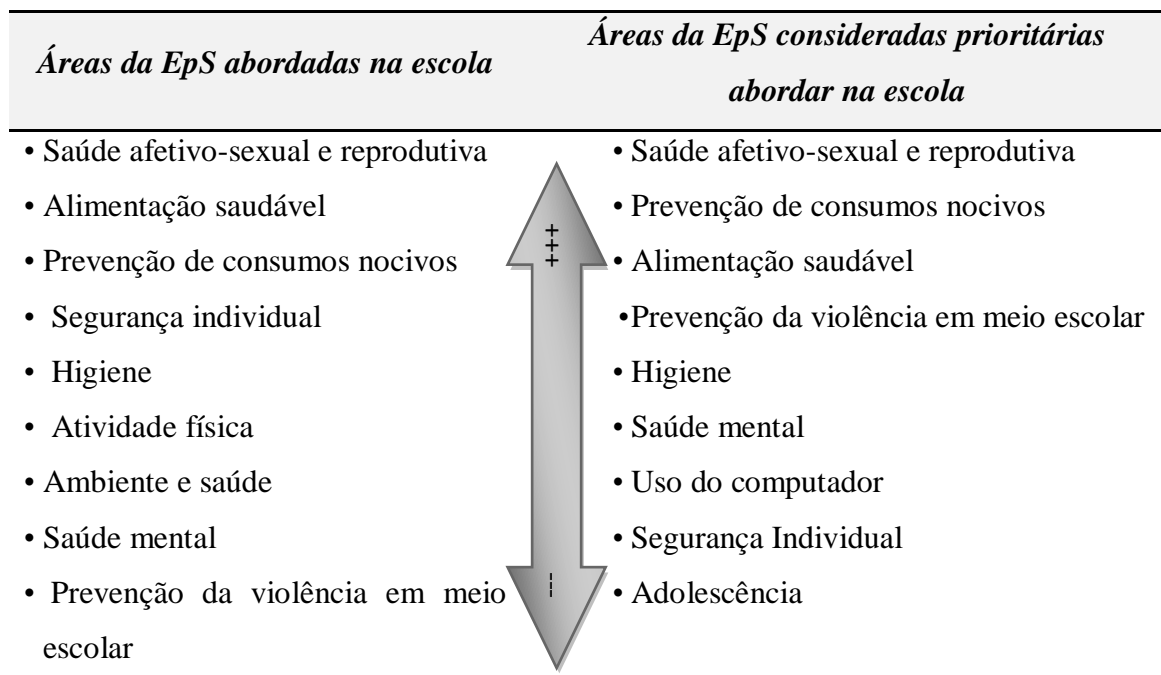


Figura 9. Posicionamento entre as áreas da educação para a saúde abordadas e as consideradas prioritárias a abordar na escola

A área da saúde afetivo-sexual e reprodutiva volta a ocupar um lugar prioritário nos discursos dos participantes. A relevância que esta área assume, inclusive nos alunos, pode ser justificada pelo desconhecimento que ainda existe relativamente a temas de saúde sexual e reprodutiva e a alguma ineficácia pessoal a nível das atitudes, como por exemplo na conversação com o parceiro sobre o uso do preservativo, como demonstra o estudo HBSC/OMS, 2010 (WHO-ROE, 2010a). O estudo revela, ainda, que existe alguma dificuldade, por parte dos jovens, na obtenção e porte de preservativos.

A complexidade de que se reveste a área da sexualidade, a necessidade de promover uma dinâmica curricular que corresponda a uma educação para a autonomia, para a participação e responsabilização e os discursos dos participantes analisados permitem-nos depreender a necessidade de formação nesta área em todos os grupos de participantes deste estudo.

Os dados da investigação evidenciam que os programas de educação sexual quando realizados por educadores com formação e empatia não só aumentam os conhecimentos sobre a sexualidade como podem aumentar as práticas de sexo seguro e atrasar o momento da primeira relação sexual (Matos et al., 2010; St Leger et al., 2010). Para os autores acabados de referenciar a evidência também mostra que as iniciativas sobre a redução do consumo de drogas centradas na escola têm mais possibilidade de terem êxito se os programas: apostarem na interatividade; se forem focados nas

competências para a vida, como por exemplo a assertividade ou a capacidade de dizer não; se privilegiarem uma abordagem global; se promoverem a ligação com a família e com a comunidade local; e se abordarem a melhoria das relações entre os alunos, aspetos que não identificamos nos discursos analisados.

A evidência aponta, igualmente, para que as iniciativas no âmbito da alimentação saudável consigam alguma mudança de comportamentos, devendo englobar várias medidas tais como: uma abordagem global; programas de longa duração; formação contínua do pessoal da escola; interligação com os pais e preparação das refeições em casa; coerência entre o currículo ensinado e a alimentação disponível na escola (MS, 2006; SRS-DRS, 2010; SRS-DRS, 2010; St Leger et al., 2010).

O conjunto de evidências que temos vindo a apresentar vem reforçar a necessidade de se continuar a investir na escola nestas áreas, consideradas pelos nossos participantes como prioritárias e vem igualmente demonstrar a importância e a necessidade de o educador ter formação abrangente e adequada nas mesmas. A dinâmica que é necessária imprimir à EpS nas escolas, para o cumprimento de todo este desiderato, em nosso entender dificilmente se coaduna com as conceções de EpS apresentadas pelos participantes deste estudo, como já o analisámos.

Nas restantes áreas consideradas prioritárias abordar na escola, para além da higiene, ressalta a prevenção da violência em meio escolar e a saúde mental. A violência mais propriamente o *bullying* existe nas escolas açorianas como foi referido nos discursos dos entrevistados. Tem sido demonstrado que o recreio é o local da escola onde mais ocorrem episódios de violência e que as situações menos estruturadas da escola tendem a ser aquelas onde a provocação é maior (Matos et al., 2010). Para os autores poderá ser uma estratégia de prevenção da provocação na escola a organização do espaço dos recreios, do ponto de vista arquitetónico, da ocupação pró-social do tempo de lazer, e da possibilidade de aí se usufruir de um bem-estar físico e psicológico, aliás como é defendido na filosofia da Escola Promotora de Saúde.

Relativamente à saúde mental há que ter em conta os dados da Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS-Região Europeia, que referem que uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e esta realidade tende a aumentar (MS, 2008). Esta fonte realça a urgência de em Portugal se desenvolver serviços e programas que permitam respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência, a nível da prevenção e do tratamento das doenças mentais. A infância oferece uma oportunidade inigualável para a

promoção e prevenção universais, uma vez que a introdução dos programas nas escolas possibilita o acesso a todas as crianças. Neste sentido as iniciativas de saúde mental na escola pretendem consolidar o bem-estar a vários níveis dos alunos para que possam atingir os objetivos educativos e de saúde, criando relações plenas com os pares, professores, família e comunidade, numa base de respeito e justiça (MS, 2012; MS, 2006; SRS-DRS, 2010; SRS-DRS, 2010; St Leger et al., 2010).

Como podemos constatar pela análise efetuada muito do que pode ser feito no âmbito da promoção da saúde e prevenção das doenças está na esfera dos comportamentos e da sua modificação. As questões relativas à saúde pessoal, tais como a alimentação saudável, o abuso de substâncias e a saúde mental, estão relacionadas com uma visão holística da saúde e da promoção da saúde.

O posicionamento das áreas da EpS abordadas na escola e as consideradas prioritárias a abordar no mesmo contexto (Figura 9) permite-nos verificar que as áreas temáticas da EpS que apresentam maior expressão, até à terceira posição, são as mesmas nas duas categorias anteriormente analisadas. A Figura revela, ainda, que a área relacionada com a prevenção da violência em meio escolar, embora seja a menos abordada na escola, é considerada pelos participantes uma das prioritárias a abordar em contexto escolar. Ainda comparando com o relato das práticas, novas áreas emergem como prioritárias nomeadamente o uso do computador e a adolescência.

Podemos, assim, concluir que a EpS descrita em contexto escolar vai ao encontro da maioria das expectativas dos participantes relativamente às áreas de EpS que devem ser abordadas na escola.

É evidente pelas áreas da EpS abordadas que há preocupação, por parte dos profissionais da saúde e da educação, em dar resposta às que constituem as áreas temáticas prioritárias da EpS em contexto escolar contempladas nos documentos legais que regulam esta atividade na escola, uma vez que todas as áreas recomendadas nos dispositivos legais tiveram reflexo nos discursos dos participantes.

O investimento que está a ser feito, intersetorial e multidimensional, pressupõe que seja aliado ao envolvimento e capacitação dos jovens e associado a uma maior consciência da sociedade e da família pelo papel que lhes cabe desempenhar, na promoção deste desiderato na escola.

5.2.4. Estratégias utilizadas

Nesta categoria estão reunidos os discursos alusivos às estratégias utilizadas pelos participantes no desenvolvimento da EpS em contexto escolar.

O relato dos participantes revela diversidade de estratégias e, no seu conjunto, a estratégia mais utilizada em EpS em contexto escolar é a referente às sessões expositivas, seguida da discussão e debates, trabalhos de grupo e demonstrações (Figura 10).



Figura 10. Estratégias mais utilizadas em educação para a saúde

O discurso dos profissionais da saúde e da educação é rico na diversidade de estratégias utilizadas, contrastando com o dos alunos (Tabela 7). Este facto pode ser justificado pelo desconhecimento que estes possam ter sobre as mesmas e que conseqüentemente os impede de as identificar.

As diferentes estratégias agora elencadas parecem adaptar-se às áreas científicas da EpS e às situações reais em que foram usadas. O discurso dos enfermeiros indica que privilegiam nas suas práticas as *sessões expositivas*. O seu discurso é igualmente revelador da utilização conjunta de mais uma estratégia, nomeadamente a utilização do *Brainstorming* no início para a abordagem de conceitos e as *dinâmicas de grupo* com o intuito de “animar o grupo”. Associam, igualmente, as *demonstrações* quando, por exemplo, têm que demonstrar a correta colocação do preservativo ou a confeção de uma sopa, quando se trata do tema da alimentação. Alguns discursos, também, evidenciam o

espaço para o *debate* que é proporcionado no fim com o intuito de os alunos tirarem as suas dúvidas.

Tínhamos sempre uma parte expositiva usando o método expositivo e depois demonstrativo, participativo, até à colocação do preservativo, ... (Enf 4)

Preparamos sempre um PowerPoint com conceitos, com ideias chave...que é importante...vamos pedindo sempre o feedback do que eles sabem...a...fazemos técnicas de quebra-gelo no início. (Enf 7)

Gosto de usar dinâmicas de grupos, geralmente faço técnicas de quebra-gelo no início...uso muito o brainstorming de início (Enf 9)

Tabela 7. Estratégias utilizadas em educação para a saúde

Estratégias	Atores		Enfermeiros		Professores		Alunos		Total	
	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR
Sessões expositivas	9	16	3	5	3	3	15	24		
Discussão e debates	6	8	1	4	2	2	9	14		
Trabalhos de grupo	2	3	2	5	3	5	7	13		
Demonstrações	5	8	1	2	---		6	10		
Dramatização	2	2	2	5	---		4	7		
Dinâmicas de grupo	2	6	---		---		2	6		
Brainstorming	2	4	2	2	---		4	6		
Atividades desportivas e recreativas	---		2	5	---		2	5		
Sessões práticas	3	3	1	1	---		5	4		
Jogos	1	1	---		2	3	3	4		
Abordagem interdisciplinar	---		2	3	---		2	3		
Projetos	---		1	3	---		1	3		
Formação por pares	---		2	2	---		2	2		
Pesquisas	---		1	1	1	1	2	2		
Focus group	1	2	---		---		1	2		
Total		53		38		14		105		

Daí que hoje, quando vou falar de alimentação a crianças, já faça uma sopa ao vivo, com elas a descascarem batatas, cenouras, porque e, aproveitando aquela oportunidade em que elas estão a ser agentes ativos, estou a falar dos benefícios de uma alimentação que eu quero que seja saudável, portanto, isto para perceber a

mudança de paradigma, nós vamos sentindo isto e vamos sentindo uma resposta melhor...quando as crianças, quando os adolescentes fazem e trabalham, do que quando nós vamos lá debitamos e vamos embora...porque isso acaba por...está provado que não é eficaz...não é isso que se pretende. (Enf 9)

Os professores, por sua vez, recorrem especialmente a *palestras* e ações de sensibilização convidando, por vezes, outros profissionais para o efeito.

Recorrem igualmente a *trabalhos de grupo* e *dramatizações* para a abordagem dos temas da saúde:

Eu tento fazer isto e os meus colegas também, atividades práticas, por os miúdos a...serem eles os protagonistas e não ser aquele...antigo transmitir de informação, não é? Muitos trabalhos de grupo de Role Playing, Brainstorming, a...peças de teatro, ...eles é que têm de ser os principais...e eles gostam. (Prof 4)

Na comemoração dos dias mundiais recorrem a *atividades desportivas e recreativas*.

Fizemos o dia da saúde..., conseguimos que todos os alunos da escola praticassem modalidades diferentes das praticadas dia-a-dia, desde o Step, Kickboxing, Ténis...pusemos toda a escola a mexer ao mesmo tempo...os alunos iam rodando de modalidade em modalidade. (Prof 1)

Os alunos confirmam a utilização dos *trabalhos de grupo*, das *sessões expositivas*, *discussão e debates*, *pesquisas*, apreciando os jogos:

Fazíamos jogos...coisas assim...de maneira que a gente percebesse sem ser chato...eram a seguir ao almoço e por vezes estávamos com sono...eram diferentes e faziam-se bem, eram temas interessantes... Fizemos jogos de maneira a que houvesse mais união e nos conhecêssemos melhor uns aos outros... (A 9)

Embora o modelo de educação para a promoção da saúde deva assentar na diversidade de estratégias de ensino-aprendizagem que envolvem o aluno (IUHPE, 2008; St Leger et al., 2010), é preconizado para as áreas prioritárias da EpS, acima descritas, a utilização da metodologia de projeto, para que as intervenções sejam adaptadas à comunidade educativa, com o seu envolvimento em todas as fases do processo (MS, 2006; SRS-DRS, 2010; DRS, 2009). No entanto, os discursos apontam, na sua maioria, para a utilização de sessões expositivas. A exposição relacionada com conotações teóricas tradicionalistas remete-nos para uma conceção de ensino de natureza transmissiva, assente na valorização do conteúdo, em detrimento da atualização de competências, da resolução de problemas ou da intervenção mediante

projetos, uma estratégia que permite ao aluno liderar o próprio processo de aprendizagem (Serpa, 2010). Não sendo um método mais propício para o desenvolvimento de atitudes, há que repensar o seu uso acentuado em áreas tão sensíveis como as da EpS em contexto escolar em que não se pode perder a visão holística do ser humano, da sociedade, da saúde e da educação.

Embora as sessões expositivas correspondam à estratégia mais utilizada em contexto escolar pelos profissionais, transparece nos seus discursos alguma preocupação pela utilização de estratégias que promovam o envolvimento do formando na sua formação, nomeadamente quando utilizam para além do método expositivo o método demonstrativo e a dramatização. Embora a dramatização apresente pouca representatividade no discurso dos participantes, convém lembrar que é um método propício à modificação de atitudes. Como defendido teoricamente (Portaria nº 105/2012 de 12 Outubro), o processo educativo em saúde exige estratégias de ensino e aprendizagem que concorram para a aquisição de conhecimentos, atitudes e valores nas crianças e jovens para que sejam capazes de fazer opções e tomarem decisões acertadas à sua saúde e à dos que a rodeiam.

Contudo, como refere Roldão (2009), o elemento que define a estratégia de ensino é o seu grau de conceção intencional de um conjunto de ações planeadas e organizadas com o objetivo de melhorar uma determinada aprendizagem. Como alude a autora citada, o planeamento de ações que se pretendem eficazes implica assumir uma postura estratégica, ou seja, conceber um percurso orientado para a maximização da aprendizagem do outro. Planificar as estratégias pressupõe, naturalmente, o conhecimento das características e situação dos alunos a quem se dirige o processo de ensino. Representa uma operação fundamental para o sucesso final que se pretende, sendo o papel do educador crucial nesta área de competência. Em pedagogia não há métodos únicos e válidos para ensinar todo o tipo de estudantes. Os alunos diferem entre si, pelo que necessitam de diferentes tipos de aprendizagem para o seu desenvolvimento.

5.2.5. Recursos mobilizados

Em complementaridade com as estratégias utilizadas analisam-se de seguida os recursos mobilizados, nomeadamente os didáticos e os humanos entre outros apoios.

Relativamente aos *materiais didáticos* utilizados (Tabela 8), o discurso dos enfermeiros revela, na sua maioria, o uso do projetor de imagem com a utilização do programa Power-Point com o objetivo de informar e veicular imagens. Revela ainda o uso de materiais que fazem parte do Kit da Associação para o Planeamento da Família (APF) nomeadamente modelos anatómicos, preservativos, pilulas, filmes e livros. Com menos frequência se alude ao uso de filmes e a músicas. O discurso dos professores aponta igualmente para a utilização dos meios áudio visuais e da internet (Google e YouTube). Os alunos referem que os profissionais recorrem nas suas práticas ao projetor de imagem. Utilizando a sua linguagem, um deles afirma: “*a professora que foi apresentar...levou um PowerPoint muito grande e tornava-se um bocadinho cansativo*” (A 9).

Tabela 8. Materiais didáticos utilizados em educação para a saúde

Materiais didáticos	Atores	Enfermeiros	Professores	Alunos	Total
	UR	UR	UR	UR	UR
Data show	8	5	6	19	
Kit de educação sexual	6	---	---	6	
Filmes	4	1	---	5	
Musicas	4	---	---	4	
Internet	---	2	---	2	
Jornal de escola	---	1	---	1	
Roda dos alimentos	1	---	---	1	
Prótese oral	---	---	1	1	
Total	23	9	7	39	

Cruzando estes dados com os referenciados na categoria anterior relacionada com as estratégias utilizadas em EpS, percebe-se a preferência pelo método transmissivo do conteúdo com o uso de algum recurso auxiliar como os audiovisuais e modelos tridimensionais.

Relativamente aos recursos *humanos* denota-se que os enfermeiros e os professores parecem mobilizar nas suas práticas de EpS vários profissionais.

Os professores consideram os diretores de turma “*o grande recurso humano do nosso projeto. São os diretores de turma que dão as aulas de cidadania...a maioria das atividades são feitas nessas aulas ou para as aulas de cidadania... Eles têm sido*

excelentes e se não fosse a sua abertura...não conseguíamos nem implementar metade das sessões” (Prof 2). A “própria equipa de saúde escolar, que está disponível, está no gabinete para apoiar quer os alunos, quer os próprios colegas que solicitem qualquer intervenção nas suas aulas e...e nós vamos” (Prof 3).

Os professores recorrem a técnicos de diferentes associações e como refere um professor *“temos...semanalmente, um dia por semana, está um grupo de elementos deles, pelos corredores e conversam com os alunos, até porque eles identificam muito bem os alunos que têm comportamentos mais desviantes (Prof 3). Solicitam à Polícia de Segurança Pública (PSP) para trabalhar vários temas relacionados como a segurança rodoviária e aos sociólogos e enfermeiros para falar sobre sexualidade e afetos. O “projeto ciência divertida...também tem sido um parceiro muito importante, os bombeiros no apoio aos percursos pedestres” (Prof 2). Num entrelaçar de vários saberes contam também com médicos, professores, nutricionistas, encarregados de educação, técnicos ambientais e psicólogos.*

Os enfermeiros recorrem aos seus próprios colegas mas também a *“médicos, psicólogos, fisioterapeutas, depende da atividade. Eu não tenho vergonha de pedir, há pessoas que acham que é só enfermagem...enfermagem, pronto, eu gosto de partilhar de levar outros profissionais, cada um com o seu valor...” (Enf 9). Também referem ter “a colaboração dos professores...também temos a colaboração dos outros membros da saúde escolar...nalguma coisa que seja em conjunto... a nutricionista, o médico, o dentista... (Enf 1).*

Há referência à participação de diferentes técnicos de diversos setores da sociedade, com o objetivo de promoverem a saúde das crianças e jovens em contexto escolar. Esta dinâmica curricular e interdisciplinaridade imprimida nas atividades de EpS estão em consonância com a literatura na área (IUHPE, 2000; MS, 2012; Sampaio et al., 2005), ao referir que a promoção da saúde impõe a necessidade de articulação de vários saberes e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para enfrentar e resolver os problemas de saúde e seus determinantes em diferentes contextos. A promoção da saúde no âmbito escolar é da responsabilidade de todos, porém, e atendendo ao preconizado na filosofia das escolas promotoras da saúde, fica a dúvida se o envolvimento de todos os membros da escola e da comunidade é só a nível das intervenções ou alargam-se, também, à tomada de decisões. Parcerias reais (consulta, participação adequada) com os grupos e pessoas chave da comunidade local

reforçam a EpS e fornecem aos alunos e ao pessoal um contexto e suporte para as suas ações (IUHPE, 2008).

A análise e a interpretação dos discursos possibilitaram a construção de uma visão geral sobre as estratégias de ensino e os recursos didáticos e humanos possivelmente mais utilizados na EpS em contexto escolar.

5.2.6. Avaliação efetuada

Nesta categoria estão agrupados os discursos respeitantes ao tipo de avaliação efetuada pelos profissionais participantes no decurso da EpS em contexto escolar. Do discurso dos participantes a este respeito emergiram duas categorias: *inicial* e *final* como demonstra a Tabela 9.

Tabela 9. Avaliação efetuada em educação para a saúde

Atores \ Categorias	Enfermeiros		Professores		Total	
	UC	UR	UC	UR	UC	UR
Inicial	6	6	2	2	8	8
Final	10	14	5	13	15	27
Total		20		15		35

A avaliação final é a que assume maior representatividade nas práticas de EpS em contexto escolar.

É importante ter em conta nesta análise, e como já fundamentámos anteriormente, que os enfermeiros, na maior parte das vezes, vão à escola desenvolver sessões pontuais de EpS por solicitação dos professores, pelo que a avaliação *final* reporta-se à que é efetuada no final de cada sessão formativa.

A avaliação *final*, efetuada pelos enfermeiros, demonstra a sua preocupação em obter *feedback* dos participantes, não com o objetivo de lhes atribuir uma nota, mas de avaliar os conhecimentos que os alunos possuem no final das sessões de EpS, ou seja, determinar o grau de consecução dos objetivos delineados para aquela sessão, bem como de colher uma apreciação crítica ao processo formativo.

Esta avaliação processa-se através da aplicação de vários instrumentos de avaliação. Por um lado, mediante a observação direta decorrente da interação com os mesmos e um conjunto de questões que são colocadas aos alunos aquando da síntese final da sessão, por vezes com a aplicação de um questionário, que em muitos casos corresponde ao que foi efetuado antes da realização da sessão, conforme documenta o seguinte relato: *Fiz sempre o questionário da avaliação dos conhecimentos antes e depois* (Enf 9), uma avaliação mais centrada no saber do domínio cognitivo.

Por outro lado, a avaliação do próprio processo formativo também foi alvo da preocupação dos enfermeiros. O excerto de discurso que a seguir se apresenta dá conta de ambas as preocupações avaliativas acabadas de referenciar:

“...também pergunto o que eles acharam da sessão...dou...algum caso prático...algumas demonstrações...encenações...de modo que eles de uma forma prática...mostrem aquilo que aprenderam” (Enf5)

Esta última alusão, embora única, ultrapassa a avaliação centrada apenas no domínio do conhecimento e contempla aspetos do saber fazer. Esta postura alia às atividades formativas momentos de experimentação, possibilitando experiências que contribuem para a tomada de consciência e para a atribuição de um sentido ao que é feito em formação.

Relativamente aos professores, os seus discursos no âmbito desta subcategoria em análise reportam-se à avaliação não só do grau de satisfação com as atividades desenvolvidas como também do programa em EpS ao nível da escola, de forma a se obterem dados estatísticos de controlo na abordagem dos temas, como se verifica pelas seguintes asserções:

Para haver controlo, criamos uma grelha onde os diretores de turma, no final de cada período, fazem a avaliação dessas atividades, que é entregue à equipa de Saúde Escolar e nós fazemos um balanço se realmente o número de horas estipuladas na lei foi ou não cumprido e também para, nos anos seguintes, os professores saberem que aqueles temas já foram tratados, evitando repetições que põem os miúdos a ouvir sempre as mesmas coisas. (Prof 1)

É prática cá na escola termos um formulário de avaliação do grau de satisfação, qualquer atividade que se faça cá na escola aplicamo-lo. (Prof 4)

Trata-se de um discurso que evidencia preocupações com a avaliação sumativa, um aspeto documentado na literatura da área (Serpa, 2006; 2010).

Verifica-se, igualmente, que os trabalhos dos alunos, no âmbito da educação para a saúde na escola, são avaliados na disciplina de Cidadania.

As avaliações das coisas que os alunos fazem...são avaliadas...nas disciplinas...na disciplina de cidadania os alunos fazem trabalhos...ou é violência doméstica...ou é bullying... (Prof 5)

Também se verifica a avaliação final associada à avaliação de conhecimentos após o desenvolvimento do programa de EpS e em comparação com a avaliação efetuada inicialmente.

Já começamos a fazer e vamos continuar a fazer ao longo do ano e no final do ano, aos mesmos alunos do 9.º e 10.º ano, vamos aplicar, o mesmo questionário, para sabermos a evolução em termos de conhecimentos. (Prof 4)

O que parece estar em causa é a execução de uma avaliação de uma área temática vasta desenvolvida durante o ano letivo por vários intervenientes.

Verifica-se que há preocupação com a avaliação final, que é feita em diferentes níveis consoante os objetivos que movem os participantes que a fazem.

A avaliação *inicial* emerge nos discursos dos participantes por vezes ligada à avaliação final por possibilitar um termo de comparação relativamente aos ganhos alcançados. Em ambos os grupos de participantes (enfermeiros e professores) a avaliação inicial, que parece ser feita sobretudo através de um questionário, visa avaliar o nível de conhecimentos que os alunos possuem antes das atividades de EpS de modo a irem ao encontro das necessidades apresentadas pelos formandos.

Com a análise desta categoria, podemos inferir que a avaliação faz parte das práticas de EpS desenvolvidas em contexto escolar. Há uma avaliação diagnóstica para determinar o que fazer, uma avaliação final, da aprendizagem (para verificar se os conhecimentos foram atingidos) e das sessões ou do plano (para apreciar o trabalho realizado ou determinar o cumprimento do plano). Contudo a avaliação do impacto da formação está omissa nos discursos analisados. Raramente as escolas tentam avaliar as suas próprias iniciativas de saúde avaliando os resultados de saúde como os parâmetros relacionados com a obesidade, níveis de transmissão da doença ou a prevalência do uso/abuso de substâncias (St Leger; Young & Blanchard, 2012).

A repercussão da avaliação efetuada em futuras atividades formativas, a gestão do conhecimento provindo da avaliação efetuada, a monitorização dos alunos em matéria de saúde e a identificação de ganhos positivos em saúde, constituem aspetos

fundamentais que justificam a sua pertinência e relevância na investigação que possa ser feita em matéria de EpS em contexto escolar.

A formação e a avaliação são duas faces da mesma moeda que fomentam a melhoria a vários níveis, na medida que procuram que as atividades formativas sejam consequentes, ajustadas e com repercussões positivas.

5.2.7. Envolvimento dos pais

O envolvimento dos pais é reconhecido *como importante* pelos nossos participantes, como se constata na Tabela 10.

Tabela 10. Envolvimento dos pais na educação para a saúde

Atores / Subcategorias	Enfermeiros		Professores		Pais		Total	
	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR
Reconhecido como importante	5	7	2	4	8	14	15	25
Fraco envolvimento	4	9	3	8	---		7	17
Não conseguido	7	13	2	2	---		9	15
Só em situações problemáticas	1	1	2	2	---		3	3
Não solicitados	---		---		2	3	2	3
Total		30		16		17		63

Esta posição é assumida com maior relevância pelos pais, considerando os participantes que:

O que é dito e aprendido na escola deve ter continuidade em casa. (Pai 9)

Muita importância. Somos como uma cadeia, basta um falhar e o resto vai correr mal (Enf 12)

É muito importante, também, que aquilo que é dito aos seus filhos ou educandos, quer sobre uma boa alimentação, quer sobre o exercício físico, tenha a respetiva resposta em casa, ao nível do que fazem e do acompanhamento...senão não serve de nada dizermos aos alunos...tudo isso e...chegam a casa e a alimentação é a mais incorreta possível. (Prof 3)

Na subcategoria, *fraco envolvimento*, estão agregados os discursos reveladores da fraca adesão dos pais às atividades no âmbito da EpS em contexto escolar, contudo, está ausente nos mesmos, estratégias que possam ser desenvolvidas no sentido de melhorar a

situação. Em formações especificamente organizadas para os pais e em horário pós laboral a adesão foi muito fraca sendo muito “*difícil*” a sua participação apesar dos seus esforços, referem os participantes.

Depois...se nós...vamos fazer alguma coisa...extra Centro de Saúde...eles também não aderem e...eu não sei, como é que a gente vai dar a volta aos pais? (Enf 5)

Para além de ser patente nesta asserção a impotência e o desconhecimento de como se pode conduzir os pais a uma participação efetiva, há várias questões que podem ser colocadas relativamente a esta matéria, nomeadamente se a dificuldade em envolver os pais nas atividades de EpS está no âmbito das famílias ou da escola, ou ainda de ambos.

Na subcategoria *não conseguido* estão reunidos os discursos que mencionam que o envolvimento dos pais não é conseguido por não terem tempo para trabalhar com os pais, mas porque os pais não assistem às sessões e/ou por não haver disponibilidade pós laboral por parte dos profissionais.

Como eu já lhe disse, foi difícil dar as 3 formações ao 9.º ano, quanto mais depois chegarmos aos pais, nós não conseguimos (Enf 4).

Os participantes continuam a valorizar o envolvimento dos pais nas atividades de EpS, mas acabam por não o promover.

Há também alusões que referenciam que apelam à participação dos pais só em *situações problemáticas*

Normalmente chamamos à escola,...quando há dificuldades de aprendizagem... (Prof 1)

Apontar apenas aspetos negativos sobre os filhos não poderá ser impeditivo a uma participação efetiva por parte dos pais? A participação dos pais deve resumir-se à receção de informações acerca dos filhos?

É interessante verificar que foi o discurso dos pais que mais considerou a importância do seu envolvimento na escola. Contudo quando questionados se foram solicitados para irem à escola respondem:

Até agora não, neste nível não, é mais com as crianças, nunca fui solicitada para ir à escola para EpS, até agora não. (Pai 10)

Eu acho que não existe...eu não sinto...é pena não existir porque é uma matéria...digamos o setor da saúde é tão distante da pessoa comum... (Pai 7)

Embora os pais não sejam solicitados a participarem e até considerarem o setor da saúde distante da pessoa comum, não demonstram sinais nos seus discursos da sua

responsabilidade em participarem na vida da escola e nos projetos que ela desenvolve em matéria de EpS em contexto escolar.

Podemos concluir que o envolvimento dos pais assume diversas formas e graus de acordo com os contextos em que aqueles se inserem. Os participantes ao reconhecerem a participação dos pais como importante vão ao encontro do defendido na literatura (González de Haro, 2008; IUHPE, 2000; ME 1998; Sampaio et al., 2005; WHO, 1999). A referida literatura enfatiza o relevante papel da família no desenvolvimento das capacidades necessárias à manutenção e promoção da saúde e a importância de se constituírem ligações fortes com os pais de forma a se criar um ambiente físico e psicossocial de apoio. Como também já referenciámos, uma das premissas verdadeiramente importante numa Escola Promotora de Saúde é o envolvimento das famílias nos processos de aprendizagem dos filhos pois muito do sucesso educacional depende de uma colaboração estreita entre a escola e a família. A relação entre a família e a escola é essencial pela informação recíproca que pode ser proporcionada e pela importância que tem no desenvolvimento pessoal e escolar das crianças.

Os participantes embora valorizem o envolvimento dos pais nas atividades de EpS acabam por não o promover. Este facto pressupõe a necessidade de um planeamento e uma ação coordenada e convergente de trocas e de complementaridade entre as instituições de saúde e de educação para promover a participação mais efetiva dos pais.

Os resultados apontam, também, para um fraco envolvimento dos pais ou para uma participação limitada o que vem ao encontro do defendido por Barroso (1998) quando refere que a participação dos pais é muito limitada a nível dos estabelecimentos de ensino em Portugal. O autor refere que é importante que a organização e gestão da escola permitam o envolvimento da família com as finalidades de: articular as práticas escolares com as práticas educativas familiares; beneficiar do contributo dos seus membros, como educadores, em atividades de natureza socioeducativa e associar os pais à tomada de decisão sobre questões que afetam diretamente as modalidades da sua colaboração com a escola.

Se a relação entre a escola e a família é uma necessidade em diferentes domínios é com certeza no âmbito da EpS em contexto escolar quando se quer conceber um trabalho educativo em conexão com as vivências trazidas de casa pelo aluno. Mais do que nunca, se afirma a necessidade de se conhecer a família para bem se compreender a criança, assim como para se obter uma continuidade da ação educativa. A evidência disponível demonstra que gerar nos alunos e pais o sentimento de pertença na vida da

escola funciona para o desenvolvimento da sustentabilidade da promoção da saúde em meio escolar (St Leger et al., 2010).

Em síntese, os dados mostram que o não envolvimento dos pais, mencionado no discurso dos participantes, se deve à falta de tempo para trabalhar com os pais, à ausência dos pais em sessões para as quais foram convocados e à pouca disponibilidade pós laboral por parte dos profissionais.

5.2.8. Papel dos diplomas legais sobre a educação para a saúde na escola

A EpS em contexto escolar tem merecido uma atenção crescente nas políticas públicas, que se refletem no surgimento de leis, diplomas legais e diretrizes com o intuito de promover a EpS em meio escolar e contribuir para a adoção, por parte das escolas, de práticas e políticas adequadas à promoção da saúde.

Os participantes, quando questionados sobre a utilidade nas suas práticas dos diplomas legais vigentes que regulam a educação para a saúde em contexto escolar²⁵, referem nos seus discursos que eles não só *orientam a ação*, como *promovem o trabalho de equipa, justificam a ação e uniformizam práticas* como se verifica na Tabela 11.

Orientam a ação é a subcategoria que mais unidades de registo engloba, principalmente nos enfermeiros como se ilustra com a seguinte asserção:

Um exemplo que lhe dou...o novo diploma que regulamente a...educação para a saúde nas escolas...os gabinetes que estamos a implementar nas escolas de apoio ao aluno...nós já estamos a fazer consoante o que estava a ser preconizado pelos diplomas legais...porque aquilo que havia nas escolas não eram verdadeiros gabinetes como estavam preconizados...agora...se temos que os fazer,...façamo-los consoante os preceitos definidos (Enf 10)

Tabela 11. Papel dos diplomas legais sobre a educação para a saúde na escola

²⁵ No período que decorreu a colheita de dados deste estudo ainda não estavam publicados o Decreto Legislativo Regional n.º 8/2012/A de 16 de março de 2012, a Portaria n.º 100/2012 de setembro de 2012 e a Portaria 105/2012 de 12 de outubro que o regulamenta, pelo que as práticas dos participantes, até à data das entrevistas, tiveram como suporte o Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infante-Juvenil, bem como todos os dispositivos legais que regulam a Educação Sexual na escola, sendo que a última emanada pelos Ministérios da Saúde e da Educação corresponde à Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril.

Subcategorias	Atores		Professores		Total	
	UC	UR	UC	UR	UC	UR
Orientam a ação	5	12	1	4	6	16
Promovem o trabalho de equipa	5	6	3	5	8	11
Justificam a ação	5	8	---		5	8
Uniformizam práticas	1	3	1	1	1	4
Total		29		10		39

Os diplomas legais criaram um novo dinamismo na promoção do *trabalho de equipa* entre instituições de saúde e de educação.

Melhorou muito com o plano, porque com o plano a gente consegue ter um intercâmbio melhor com as escolas. (Enf 3)

No ano passado...uma circular que saiu...alguns meses antes de prepararmos o plano para este ano letivo de 20011/2012, já exigia que a planificação fosse feita em conjunto, tendo em conta o relatório que tínhamos feito, ... em parceria e...claro nós só falamos bem dessa parceria, desse trabalho que arrancou com as duas entidades parceiras...que consideramos mais fácil do que cada uma a trabalhar para o seu lado... (Prof 2)

A terceira subcategoria - *justificam a ação*, só surge nos enfermeiros. Este grupo profissional tem necessidade, em algumas situações, de se reportar à lei para justificar as suas ações perante os professores e alunos. Menciona a lei para que estes últimos entendam que o que está a ser feito está abrangido por ela, legitimando, assim a sua ação formadora.

... a gente reporta-se, também, à pílula do dia seguinte...sempre que a gente ache pertinente, também para demonstrar...não só aos alunos...também aos professores...que aquilo...que a gente faz tem um fundamento e que há uma lei. (Enf 11)

A subcategoria seguinte reúne os discursos que referem que os diplomas legais são úteis porque *uniformizam práticas*. Como aludem os nossos participantes, todos os professores trabalham por igual e a saúde escolar passou a ser feita de uma forma uniforme por todas as unidades de saúde face à grande disparidade de atuações que existiam.

Os discursos são reveladores de que os profissionais da saúde e da educação conhecem os diplomas legais e suportes normativos respeitantes à EpS em meio escolar e tentam conduzir as suas práticas em consonância com o que está preconizado na lei. Assim, os diplomas legais são considerados úteis para o desenvolvimento das suas atividades em EpS em contexto escolar.

Denota-se que os diplomas legais existentes têm um papel essencial para uma atenção crescente por parte dos profissionais da saúde e da educação relativamente à EpS em meio escolar e à progressiva consciencialização do seu papel neste desiderato. Acreditamos que estes documentos legais mais recentes e específicos da EpS, a que já fizemos referência, irão criar um novo dinamismo ao trabalho que as escolas e os centros de saúde estão a desenvolver nesta matéria.

O confronto entre as orientações legais referidas e os discursos analisados permitem-nos acrescentar que: i) cada agrupamento de escolas tem um professor coordenador de EpS e uma equipa de EpS; ii) a EpS é apoiada a nível local pela unidade de saúde pública competente no âmbito da atividade de saúde escolar; iii) a maioria das escolas já possui o gabinete de informação e apoio ao aluno, e nas restantes os mesmos encontram-se em fase de organização e de estruturação; iv) cada centro de saúde tem um enfermeiro coordenador de saúde escolar.

5.2.9. Evolução das práticas de educação para a saúde

Esta categoria só emergiu no grupo de enfermeiros. Os discursos reunidos no âmbito desta categoria dão conta do *progressivo reconhecimento do trabalho desenvolvido* e da *progressiva viragem na conceção da formação* desenvolvida pelos enfermeiros nas suas práticas de EpS (Tabela 12).

Tabela 12. Evolução das práticas de educação para a saúde

Subcategorias	Atores		Total	
	UC	UR	UC	UR
Progressivo reconhecimento do trabalho desenvolvido	6	26	6	26
Progressiva viragem na conceção da formação	3	9	3	9
Total		35		35

Relativamente ao *progressivo reconhecimento do trabalho desenvolvido* pelos enfermeiros é expresso através do aumento das solicitações por parte dos alunos para tirarem dúvidas e das escolas para o desenvolvimento de atividades de EpS; de se sentirem reconhecidos como parceiros na formação dos alunos na escola; e de serem uma referência para o aluno.

Outra forma é eles virem ter connosco...eles se vêm ter connosco é porque realmente nós somos referência...nós transmitimos a confiança necessária para eles nos procurarem e eles procuram-nos...e o que é mais bonito neste trabalho com a escola é exatamente isto, eles conseguirem ter a confiança... “olhe eu quero falar com a enfermeira H, eu quero falar com a enfermeira S...somos referência. (Enf 7)

Na subcategoria *progressiva viragem na conceção da formação* estão reunidos os discursos que revelam que os enfermeiros refletem sobre o trabalho que desenvolvem com as crianças e jovens em contexto escolar e procuram mudar as suas práticas com o objetivo comum de oferecer aos alunos oportunidades de reflexão e aquisição de uma maior capacitação (*empowerment*) para lidarem com a sua saúde e com os assuntos com ela relacionada ao longo da sua vida escolar.

Na minha curta experiência de cinco anos de trabalho, tinha a noção que muitas vezes a educação para a saúde deveria ser feita de forma formal...mas eu acho que cada vez mais isto está errado, errado no sentido de que, as pessoas e especialmente as crianças aprendem melhor se forem elas a fazer e se forem elas a contribuir para o trabalho, claro que é importante através de palestras...seminários...possamos responder a questões, abordar teoricamente alguma assunto...é importante dar-lhes num certo sentido, mais alguma informação...mas acho que são mais eficazes todas as intervenções ...que utilizem metodologias ativas... (Enf 10)

Mas ao longo dos anos, reparei que as coisas foram evoluindo muito e eu não estou tão preocupada a...explicar...tanto a parte...portanto, o aparelho reprodutor...aqueles nomes todos...mas fazê-los pensar naquilo tudo, pensar e saber se realmente estão preparados ou não estão, e tem sido muito...foi esta a evolução que eu vi nas minhas formações (Enf 12).

A investigação com professores tem mostrado que através de metodologias ativas e da reflexão, entre outras estratégias, se pode contribuir para aumentar o envolvimento dos alunos e facilitar a sua aprendizagem, como defendido no quadro teórico (Forbes & Hickey, 2009). Em síntese, observamos que as posturas dos profissionais refletem um conjunto de competências relacionadas com um eixo estruturante de todo o processo de

aprendizagem que é o aprender a aprender, dado que é este que permite ao profissional manter uma atitude de aprendizagem permanente face aos desafios que lhes são colocados (Delors et al. 2006; D’Espiney, 2004).

5.3. Preocupações e dificuldades ligadas à educação para a saúde

Partimos da ideia de que o desenvolvimento de ações de EpS, em qualquer instância, deve ter em consideração as dificuldades e preocupações dos participantes, normalmente emergentes do exercício das suas funções na área (Figura 11).



Figura 11. Preocupações e dificuldades ligadas à educação para a saúde

Dispor do conhecimento advindo das preocupações e dificuldades dos participantes será, sem dúvida, um passo importante para detetar necessidades, dificuldades e prioridades de formação e para um planeamento realista com vista à otimização dos resultados e, conseqüentemente, à eficácia das ações.

5.3.1. Preocupações

Os participantes quando entrevistados sobre as suas preocupações no âmbito da sua atividade como formadores para a saúde em contexto escolar expressam uma grande heterogeneidade de preocupações. Enquanto os pais apresentam preocupações *associadas aos comportamentos de risco dos adolescentes*, os professores e os

enfermeiros manifestam preocupações *associadas ao ato formativo*. Os enfermeiros também revelam preocupações *associadas à destituição do papel parental* (Tabela 13).

Tabela 13. Preocupações associadas à educação para a saúde

Atores								
	Enfermeiros		Professores		Pais		Total	
	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR
Associadas aos comportamentos de risco dos adolescentes	---	---	1	2	9	20	10	22
Associadas ao ato formativo	6	8	2	4	---	---	8	12
Associadas à destituição do papel parental	1	5	---	---	---	---	1	5
Total		13		6		20		39

Os focos de preocupação *associados aos comportamentos de risco dos adolescentes* são mais característicos dos pais e estão centrados nos consumos nocivos (droga e álcool), nas dependências (inclui-se, aqui, os jogos de computador), na entrada na fase da adolescência, na vivência da sexualidade, na gravidez na adolescência e nas saídas noturnas dos jovens.

Vendo este mundo como está...agora...principalmente a droga...o álcool...é uma coisa séria...está-se a ver crianças de 13/14 anos a ingerir álcool...é uma coisa séria...noitadas...já não há idades de sair...de entrar em qualquer lado...eu penso que...devia-se falar mais porque há uma idade...adolescente que pensa que se fumar e beber...são grandes...que ficam com maior idade só por beber e fumar, principalmente...este mundo está perdido e devia-se falar mais, pronto, também às vezes começa de casa, não quero dizer que seja só na escola. (Pai 1)

eu digo a minha maior preocupação, hoje em dia é esta, é mesmo a sexualidade, porque acho que isso...droga e sexualidade são...estão ali...muito perto mas...eu...em relação à droga eu acho que a pessoa vai...se quiser ir...experimentando...agora a sexualidade é...mesmo...um momento de felicidade e que para certas pessoas depois pode calhar num mau momento...acho que a escola...porque é o sítio aonde as crianças passam a maior parte do seu tempo. (Pai 4)

Associadas ao ato formativo os enfermeiros e professores preocupam-se com o responder às necessidades formativas dos alunos, em atingir os objetivos propostos, em

avaliar a formação e a sua eficácia, em fazer com que a mensagem chegue aos alunos, como se exemplifica:

O que me preocupa é fazer com que a mensagem chegue aos alunos. Essa é a minha primeira...é a principal preocupação, de resto não me preocupa...não...não...sinceramente quando faço uma atividade eu quero é que ela seja um sucesso e o sucesso é para quem? Não é para os professores, é para os alunos e conseguir que a mensagem passe e conseguir que se mude a atitude ou os comportamentos, o que é muito difícil, mas aos poucos...essa é a principal preocupação. (Prof 4)

Olha, talvez não...conseguir transmitir aquilo que a pessoa vem perguntar, a dúvida que tem, não é? (Enf 3)

Também emergem, e apenas num enfermeiro, preocupações associadas à destituição do papel parental, nomeadamente à falta de interesse dos pais na educação e acompanhamento dos jovens.

Está patente nos discursos dos pais a inquietação e a apreensão pela probabilidade de os filhos poderem desenvolver comportamentos de risco. As preocupações apresentadas, nomeadamente as que se relacionam com a sexualidade e os consumos nocivos, são sobreponíveis às áreas de EpS que consideraram como sendo prioritárias abordar em contexto escolar e à formação que é desejada por eles. Em nosso entender as preocupações parentais deverão ter eco perante os profissionais de saúde e da educação e vêm reforçar a necessidade de se trabalhar com os pais em tópicos sensíveis como a sexualidade e os consumos nocivos. Em função do processo de crescimento e desenvolvimento dos filhos, as dinâmicas familiares vão-se alterando sendo fundamental apoiá-los nestes processos de transição pela importância que as relações do jovem a nível familiar assumem para a construção da sua autonomia e identidade. A promoção do ajustamento dos pais nesta fase exigente das suas vidas poderá sair favorecida com a compreensão das vicissitudes que caracterizam a adolescência e focada nas maiores áreas de preocupação parental apresentadas. O apoio aos pais e dos pais aumenta as possibilidades para que a promoção da EpS atinja a família e seja reforçada em casa.

Os resultados mostram que as preocupações dos profissionais da saúde e da educação, ao nível do seu discurso, incidem em especial em aspetos relacionados com a eficácia da formação e com os ganhos em saúde para os alunos.

Comprovar resultados de programas e projetos de EpS que traduzam o êxito dos mesmos para a melhoria da qualidade de vida das crianças e jovens parece-nos uma preocupação legítima, não só por evidenciar avanços em prol de uma vida melhor, mas também por propiciar visibilidade aos processos implementados e às razões do êxito ou insucesso de um determinado programa que vise a promoção da saúde. Considerando que a promoção da saúde “é o processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde” (OMS; 1986) leva-nos a refletir sobre a complexidade em comprovar a eficácia de projetos ou programas de EpS em crianças e jovens, principalmente nos que estão inseridos em contextos familiares e sociais desfavorecidos e/ ou problemáticos. Podemos questionar até que ponto um programa de EpS, por mais competente que seja, tem condições de empreender mudanças com alguma sustentabilidade. Contudo, nada impede que se desenvolva a monitorização e a avaliação de programas, não apenas para apreciar resultados mas, também, para facultar visibilidade ao processo, permitindo reajustes, correções ou a diversificação, numa contínua dialética entre o que se faz e os efeitos produzidos.

5.3.2. Dificuldades

Esta categoria, no conjunto de todas as categorias, assume uma grande expressão nos discursos dos participantes (segundo lugar no número de unidades de registo). A análise dos discursos revelou que os profissionais da saúde e da educação vivenciam um conjunto de dificuldades comuns associadas às suas práticas de EpS, enquanto os pais se centram num conjunto mais restrito de obstáculos associados à falta de formação como demonstra a Tabela 14.

As dificuldades *associadas às condições de trabalho* foram as que tiveram maior expressão, seguidas das *associadas à falta de formação* e das *associadas à dinâmica das parcerias e da articulação escola-família*, sendo as *associadas a questões deontológicas* as de menor expressão.

As dificuldades *associadas às condições de trabalho* prendem-se com carências de vária ordem. A grande falta de recursos humanos é mais evidente nos discursos dos profissionais de saúde e a falta de recursos materiais e financeiros no dos profissionais da educação.

Tabela 14. Dificuldades sentidas no âmbito da educação para a saúde

Subcategorias	Enfermeiros		Professores		Pais		Total	
	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR
Associadas às condições de trabalho	12	49	4	28	---	---	16	77
Associadas à falta de formação	10	50	3	7	9	13	22	70
Associadas à dinâmica das parcerias e da articulação escola-família	5	15	4	6	---	---	9	21
Associadas à valorização da área da EpS	3	7	1	2	---	---	4	9
Associadas ao planeamento e avaliação das atividades formativas	3	5	1	4	---	---	4	9
Associadas à heterogeneidade e desmotivação dos alunos	3	4	1	1	---	---	4	5
Associadas a questões deontológicas	1	3	---	---	---	---	1	3
Total		133		48		13		194

A falta de recursos humanos repercute-se na falta de tempo que é manifestada pelos participantes para planear e desenvolver convenientemente o seu trabalho na área da EpS em contexto escolar. Nem todos os centros de saúde têm enfermeiros a trabalhar em exclusivo na área da saúde escolar. Há enfermeiros que acumulam esta atividade com outras decorrentes das suas funções como enfermeiro. Este facto implica que o trabalho em saúde escolar seja desenvolvido quando há tempo e disponibilidade da equipa para os dispensar.

...a minha dificuldade é ter o tempo para pensar, para fazer...ser criativa e eu...nós pensávamos que íamos ter tudo e não tivemos e eu continuo, infelizmente, apesar de ter consciência...continuo a ter esta necessidade...de ter as atividades organizadas...estruturadas ...mas isto tudo por falta de tempo e por estar sozinha no barco (Enf 9)

...é não conseguir encaminhar convenientemente situações que eu encaro...como mais problemáticas...para os serviços públicos de saúde...quando tenho um problema identificado e eu não tenho forma e meio de dar resposta àquela dificuldade...encaminhar corretamente aquela pessoa, ou aquela criança. Muitas vezes

temos que seguir por “portas travessas”...pedir “favores”...e as vias não têm que ser assim, as coisas têm que estar definidas, normalizadas e protocoladas...as coisas devem estar devidamente definidas de modo que o processo evolua no sentido certo...” que a máquina ande”...o projeto da saúde escolar tem pernas para andar...mas exige um grande comprometimento que eu...não sei se todos...os intervenientes...estão dispostos a dar e...eu ficaria por aqui... (Enf 10)

Constitui-se como um constrangimento para este enfermeiro não conseguir encaminhar os casos problemáticos que deteta por falta de resposta nos serviços públicos de saúde, assim como se constitui para os professores entrevistados a dispersão geográfica das escolas e a muita burocracia existente. A continuidade das atividades de EpS poderá ficar, assim, comprometida, bem como a possibilidade de um investimento maior na área.

No âmbito das dificuldades *Associadas à falta de formação*, para intervir em EpS é transversal a todos os participantes a dificuldade na abordagem da sexualidade e dos consumos nocivos. Os enfermeiros participantes referem dificuldades mais específicas na abordagem da sexualidade principalmente com crianças mais pequenas e, também, com crianças portadoras de deficiência. Sentem que lhes falta alguma formação pedagógica e *“a parte da psicologia do adolescente...falar-lhes sobre os afetos...eu acho que tenho mais dificuldade aí...”* (Enf 6).

Tenho...não é com qualquer idade...é a sexualidade e...é nas idades da primária. Porque eu acho que, apesar de ter uma pós graduação em sexualidade, sinto dificuldade em abordá-lo...até que ponto eles podem ouvir alguns aspetos da sexualidade...o que posso falar com eles? E é aí, porque nos adolescentes, pronto, na primária, que considero uma idade importante para se iniciar a falar de sexualidade, sinto muita dificuldade de ir lá falar sobre ela. (Enf 11)

Eu tenho uma grande dificuldade. Que foi pedida durante este ano letivo e que eu tenho alguma dificuldade de dar resposta. Que é a sexualidade e as transformações nos adolescentes...ditos não normais...ou seja...com alguma...deficiência...trabalhar esta área para mim é muito complicado...para mim...e já tive o feedback dos meus colegas enfermeiros da saúde escolar...para eles também...é o maior entrave...porque são população escolar, são adolescentes, só que são adolescentes diferentes, mas são e estão a passar pelas transformações e têm a sua sexualidade...e...eu enquanto profissional de saúde, enquanto enfermeira, estou muito de mãos atadas para trabalhar

esta área esta...estas pessoas...esta população...tenho muita dificuldade e sei que nós falhamos aí e...nós precisamos de trabalhar aí, porque eles têm tanto direito quanto os outros...é a minha maior dificuldade. (Enf 7)

A primeira dificuldade é, portanto, não me sentir totalmente preparada enquanto educadora...falta-me pedagogia, porque a gente tem formação na área da saúde, não é? Mas depois ao...transmitirmos conhecimentos a parte da pedagogia que é necessária ao educador... sinto-me ainda muito limitada e com medo que isto interferisse com a minha função e com o meu papel... (Enf 2)

Os professores participantes manifestam dificuldade para a abordagem da violência em meio escolar, nomeadamente o *bullying*.

A área da educação afetiva e sexual e violência, os bullying...são difíceis (Prof 1)

Os pais, além de apresentarem dificuldades na abordagem da sexualidade e dos consumos tóxicos, como já referimos anteriormente, sentem dificuldade para lidarem com os filhos adolescentes.

Eu acho que a adolescência será a parte pior e que me vai...aquelas teimosias que vão vir...que eu não sei o que é mas que vão ser difíceis, porque as pessoas dizem que, quando eles entram na adolescência, é um desatino...e eu não sei se estou preparada para isso. (Pai 6)

Os pais sentem-se constrangidos para falar de determinados assuntos, por não terem formação suficiente. Os participantes consideram a formação necessária e indispensável para desenvolverem eficazmente as suas funções na área. Alguns profissionais apontam a falta de formação de base como estando na génese de se sentirem pouco à vontade para abordarem determinados assuntos, sendo a área da sexualidade aquela que é referida como a mais difícil, nomeadamente por professores e pais.

As dificuldades *associadas à dinâmica das parcerias e da articulação escola-família* são de várias naturezas, relacionam-se com vários aspetos e divergem entre os profissionais da saúde e da educação. As dificuldades dos profissionais da saúde entrevistados têm a ver com: i) o coadunar e conjugar os *timings* entre o setor da saúde e o da educação face à diversidade de calendários de trabalho; ii) a comunicação nem sempre eficaz dentro da escola, levando os professores ao desconhecimento da ida dos enfermeiros à escola, embora haja um planeamento prévio com o professor coordenador da saúde escolar; iii) a falta de organização entre os diferentes membros que constituem

a equipa de saúde escolar; iv) a falta de articulação com a escola; v) a existência de métodos diferentes de planeamento e ação dentro da equipa de saúde escolar que se refletem no trabalho desenvolvido; vi) a perceção do enfermeiro de que constitui um recurso de conveniência para o professor. Apresentam-se alguns discursos elucidativos de algumas das dificuldades agora elencadas:

Há aspetos que não são assim tão positivos como isso, temos estado a lutar contra, mas às vezes...e nalgumas situações somos vistos como moços de recados...é preciso dar aquela matéria...e o professor muitas vezes... “não me apetece...vamos convidar alguém que vem cá fazer isto e, portanto, fica arrumado”...isso é uma dificuldade que eu sinto. Apesar de ir lá e dar o meu contributo, sinto que não é esta a forma de contribuir naquele processo. Ser um outsider...chegar lá debitar e vir-me embora...temos que trabalhar isto...de vez em quando ainda o faço, admito, mas acho que não é a melhor forma de o fazer...não deve ser assim. Na sexualidade...muitos professores o fazem...são peritos nisso,...não se sentem com à vontade para a abordar... “olha vamos convidar um enfermeiro ou um médico e em duas horinhas fica esta parte do programa despachada” ... (Enf 10)

A escola também põe muitos entraves...não disponibiliza muito tempo para irmos lá...os professores...ah...têm de dar aquela matéria...e para irmos lá tem de...ser sempre nas aulas de cidadania...talvez alterar a carga horária dos alunos...alargar mais o período de aulas...não ser tão concentrado...talvez se arranjasse “um burquinho para a gente se meter” e como são muitos temas...são muitas pessoas a ir à escola e altera...a rotina...dos professores...dos alunos...é muita visita à escola, por parte de muitos profissionais... (Enf 5)

Os professores, nesta subcategoria em análise, apresentam dificuldades que se prendem, essencialmente, em trazer os pais à escola, com a incompatibilidade das bases de dados que impedem a transferência dos mesmos entre as plataformas existentes no setor da saúde e da educação.

Temos muita burocracia...manter a plataforma da saúde escolar atualizada, que é um programa informático no qual temos de inserir todos os alunos das escolas, até aos 18 anos, todas as atividades e a parte da saúde regista nela os exames globais de saúde ...à partida criou-se esta plataforma para facilitar os registos e a consulta dos mesmos por toda a equipa, mas funciona de modo muito lento e não conseguimos tê-la atualizada porque na parte da saúde não está a funcionar. (Prof 1)

Cada profissional apela ao que considera ser da responsabilidade do setor que representa e os aspetos referidos no âmbito desta subcategoria constituem seguramente áreas-problema, a julgar pelos discursos analisados.

Associadas à valorização da área da EpS, as dificuldades relacionam-se com a falta de reconhecimento pela área da EpS em contexto escolar. A EpS é colocada em segundo plano, não só pelos pares enfermeiros mas também por dirigentes. Os enfermeiros participantes sentem que trabalhar com as crianças na escola não é prioritário. “Uma das vertentes, muito importante é a educação para a saúde, que nunca foi muito valorizada e que nunca teve muitos incentivos...de dirigentes...embora as coisas estejam escritas que se deve fazer. No dia-a-dia...não se vê a vontade das pessoas, mesmo daqui de dentro [...] para nos incentivar...dizer...vamos investir nessa área que é prioritária e mesmo em querer organizar o serviço de forma a haver possibilidades para isso...as prioridades eram para outras coisas. (Enf 6)

Outro problema [...] é...fazer as atividades e muitas pessoas não dão importância às atividades que são realizadas...são mesmo da própria escola, não falo de alunos...há colegas que enaltecem, há colegas que dão os parabéns pela atividade, mas outros...pronto...passa-lhes ao lado as atividades e...isso para mim é um dos problemas. (Prof 4)

Emerge o sentimento de “*não haver grande preocupação devida ... merecida*” (Enf 2)

A valorização ambígua da EpS em contexto escolar poderá fazer-se sentir através da não afetação de recursos necessários à manutenção da regularidade deste trabalho como já aludimos anteriormente.

As dificuldades *associadas ao planeamento e avaliação das atividades formativas* relacionam-se com as dificuldades que os professores apresentam em avaliar o impacto da formação. Avaliam competências e os conhecimentos adquiridos no momento, mas o seu efeito anos depois é dificilmente controlado e como refere um professor “*somos aquela profissão que tem mais dificuldade em avaliar no final o efeito do seu trabalho*”. Por seu turno, os enfermeiros apresentam dificuldades no planeamento das suas atividades, como refere esta enfermeira:

Porque é assim, às vezes o que custa mais é...saber...quais são mesmo os meus objetivos? Qual é a minha meta? Que indicador é que hei-de obter e aí a gente sente, na parte teórica, a gente sente mais dificuldades (Enf 1)

Outras dificuldades apresentadas estão *associadas à heterogeneidade e desmotivação dos alunos*. Os participantes sentem dificuldade em motivar os alunos que não se envolvem nas atividades e em adaptarem o que previamente planejaram às características da turma. Desenvolver atividades de EpS em turmas em que a heterogeneidade da população-alvo é dominante, torna-se um foco de dificuldade para estes profissionais.

Por fim, mas não menos importantes, as dificuldades *associadas a questões deontológicas* que surgem no exercício da função. Embora só um participante (enfermeiro) as referencie, fica visível a preocupação pelo respeito relativo aos valores humanos:

Outra dificuldade é...o passar juízos de valor...é o dizer “você não devem fazer isto...porque não está correto”...eu não estou a dizer que as pessoas não tenham direito à sua posição, logicamente que têm, mas não têm é o direito de fazer com que a sua posição...prevaleça...quando estão expondo aquele tema...qualquer tema tem sempre vantagens e desvantagens...tem sempre as duas visões que o educador deve...tem o dever moral de abordar...quer concorde quer não, portanto, a minha opinião fica de fora e não pode ser imposta.

Está evidente nesta asserção a dificuldade e a preocupação em não se limitarem as diferentes leituras de determinada problemática. Respeitar e fazer respeitar os valores, os costumes, as crenças e as práticas das pessoas é um dever do enfermeiro no exercício das suas funções (OE, 2003; 2009). O profissional de enfermagem é desafiado, constantemente, a estar informado, a desenvolver competências de vária natureza e interesse no contexto das suas práticas (Watson, 2002a). Contudo, com a análise efetuada constatamos que as condições de trabalho são a fonte principal das dificuldades apresentadas pelos profissionais participantes, principalmente associadas à falta de recursos humanos e materiais. Este resultado vai ao encontro dos do estudo desenvolvido por Carvalho e Carvalho (2006) que detetam como carências mais apontadas pelos enfermeiros no seu estudo a falta de recursos humanos e a falta de tempo para planear as atividades de EpS.

É manifesto nos discursos analisados que a não dotação de enfermeiros em número suficiente para o trabalho em saúde escolar, onde as atividades de EpS se incluem, contribui para a falta de tempo que manifestam para o planeamento e desenvolvimento de um trabalho articulado e consistente no âmbito da EpS na escola.

Este facto poderá estar relacionado com a falta de reconhecimento e valorização atribuído à EpS em contexto escolar, referida por alguns dos participantes deste estudo. Procurar e manter o reconhecimento das ações de promoção da saúde dentro e fora da escola e garantir o tempo e os recursos necessários para o desenvolvimento apropriado das capacidades do pessoal e dos parceiros-chave são fatores necessários e a ter em conta para uma promoção da saúde sustentável na escola (IUHPE, 2008).

Muitas das dificuldades apresentadas estão, também, associadas à falta de formação para intervir em EpS. Assegurar a participação do pessoal envolvido na escola e parceiros da comunidade, onde se incluem os pais, em cursos de formação é uma necessidade para uma escola que pretenda promover a saúde no seu seio (IUHPE, 2008).

A dinâmica das parcerias e da articulação escola-família é fonte de muitas dificuldades para os profissionais participantes. Os enfermeiros, especialmente no âmbito das parcerias entre o setor da saúde e o da educação e os professores no âmbito da articulação escola-família. As dificuldades advindas desta última vêm reforçar as posições já assumidas e reunidas na categoria “*envolvimento dos pais*” já analisada anteriormente. Como refere a IUHPE (2008), a EpS é mais efetiva quando há um trabalho colaborativo com os grupos-chave, quando há a sua implicação nas tomadas de decisão e não só na implementação das ações, assim como quando há o respeito pelas suas ideias. Os conhecimentos e experiências de todos complementarão a formação e permitirão a realização de um trabalho mais efetivo e integrador em EpS.

Fica, assim, patente que o trabalho em parceria, entre as instituições de saúde e de educação, carece de uma melhor articulação e afinamento. Contudo, há que ter em conta que este trabalho ainda está numa fase inicial, por força dos diplomas legais que regulam o trabalho no âmbito da EpS em contexto escolar serem, também, recentes. O sentimento de que os envolvidos necessitam trabalhar em conjunto e que a cooperação é essencial para o êxito da função favorecerá a prudência nas relações que irão sendo estabelecidas

Os participantes que vivem o quotidiano do exercício profissional apresentam preocupações e percebem inúmeras dificuldades para a obtenção de resultados animadores e consistentes em EpS em contexto escolar, com possíveis reflexos no desenvolvimento das comunidades. Este elenco de preocupações e dificuldades também é revelador de um conjunto de necessidades passíveis de serem colmatadas pela formação, nomeadamente as dificuldades associadas à falta de formação.

5.4. Fonte de competências em educação para a saúde e formação desejada

Neste eixo de análise reunimos os discursos que abordam a perspectiva dos participantes quanto ao modo de aquisição ou desenvolvimento das suas competências profissionais no âmbito da EpS e a identificação dos seus desejos de formação na área (Figura 12).

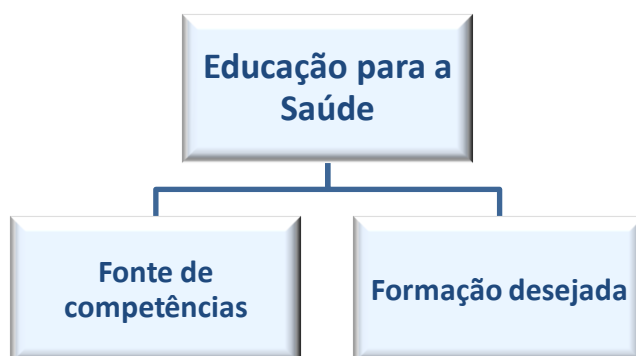


Figura 12. Fonte de competências em educação para a saúde e formação desejada

5.4.1. Fonte de competências

Esta categoria no cômputo geral das categorias assume, também, uma posição de destaque, reunindo uma quantidade considerável de unidades de registo que se distribuem por três subcategorias a *autoformação*, a *formação inicial* e *formação contínua* como se observa na Tabela 15

Tabela 15. Fonte de competências em educação para a saúde

Subcategorias	Atores		Professores		Total	
	UC	UR	UC	UR	UC	UR
Autoformação	12	63	4	14	16	77
Formação inicial	12	73	2	---	14	73
Formação contínua	12	20	---	3	12	23
Total		156		17		173

A fonte de competências mais referenciada para o desenvolvimento de práticas de EpS foi a *autoformação*. Os participantes valorizam, neste âmbito, a própria experiência

como fonte de desenvolvimento e aperfeiçoamento, numa relação do saber com a prática, com a vida; a pesquisa que desenvolvem para colmatarem défices e adquirirem novos conhecimentos; o contato com os pares quer pedindo ajuda quer observando as suas atividades e, a autoavaliação através da avaliação sobre os aspetos positivos e negativos do seu trabalho com vista a uma melhoria.

Agora claro que a experiência vai-se adquirindo com outros colegas ou com a própria experiência...quanta mais vezes eu fizer educação para a saúde...mais experiência adquiro e é diferente. (Enf 11)

Na medida do que posso...vou lendo...vou-me formando...vou tirando informações daqui e de acolá. (Prof 5)

Se acho que não tenho competências...as mais desenvolvidas naquela área...procuro de alguma forma...desenvolver o trabalho e tentar perceber...atualizar-me e instruir-me digamos assim (Enf 10)

Está patente em alguns discursos analisados, que os participantes não só se preocupam com a aquisição de conhecimentos mas, também, com a mudança de comportamentos e atitudes, face à EpS em contexto escolar

A fonte de competências em EpS pela *formação inicial* foi referenciada, apenas, pelos enfermeiros, assumindo neste grupo de participantes, a subcategoria mais representativa. Os participantes, relativamente à sua formação inicial, referem várias fontes de aquisição de competências, como o próprio curso no seu todo, as sessões de EpS efetuadas durante os ensinamentos clínicos e os projetos de intervenção comunitária realizados no curso, assim como os próprios professores que os acompanham nestas atividades. Estas experiências, habitualmente, são seguidas de um momento de reflexão e análise em que o professor está presente e participa da análise das práticas numa estratégia de co formação.

...e as avaliações dos professores a esta educação para a saúde...a avaliação era...nós não gostávamos...mas era importante porque só aí é que víamos se estávamos aptos para fazer educação para a saúde... (Enf 12)

Os enfermeiros consideram que o curso de enfermagem lhes deu a base e foi um contributo importante para a realização de atividades de EpS por esta implicar a mobilização de muitos saberes adquiridos no mesmo. Enfatizam, também, a unidade curricular teórica de Educação para a Saúde que fazia parte do elenco de disciplinas do primeiro ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEnfPD.

Porque nós durante o curso fomos treinados e formados a formular objetivos, a saber o que é que um objetivo deve ter...fomos formados a saber o que era uma estratégia, o que é que era uma filosofia, o que era uma ação, uma meta, etc. [...] os enfermeiros têm sido muito bem formados nessa área e...isto é uma coisa que tem de ser dita, claro que há quem não desenvolveu mas isto é como tudo na vida, mas temos as ferramentas, temos é que saber desenvolvê-las e acho que é algo que deve ser continuado. (Enf 10)

As experiências de aprendizagens referenciadas foram um contributo inegável aos participantes do nosso estudo para o desenvolvimento de atividades de educação para a saúde em contexto escolar.

Aparecem também opiniões que assinalam a *formação contínua* como fonte de competências em EpS e reúne asserções dos enfermeiros que mencionam diferentes formações e cursos, nomeadamente o Curso de Pós- Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, o Curso de Pós- Licenciatura em Enfermagem Comunitária, o Curso de Formação de Formadores, o Curso de Pós Graduação em Sexualidade e outras formações de curta duração. No caso dos professores, assinala-se a formação proporcionada pela Direção Regional da Saúde, com o objetivo de preparar os professores para a implementação da EpS em meio escolar.

Todas estas atividades formativas visam melhorar os conhecimentos, as habilidades práticas e atitudes dos participantes na busca de maior eficácia nos diferentes contextos nas suas práticas.

Em síntese podemos dizer que os participantes, fruto da sua consciência profissional que decorre dos diferentes desafios do seu quotidiano sentem a necessidade da construção de novos saberes e aprendizagens pelo que recorrem à autoformação para se manterem atualizados. Como é defendido teoricamente, a autoformação é um “trabalho sobre si mesmo” para desenvolver a implicação pessoal e social e é chamada a ser simultaneamente sujeito e objeto da formação (Galvani, 1991, 2002; Honoré, 2013; Pineau,1991). A aprendizagem acontece aos participantes ao longo do seu percurso profissional e mesmo pessoal integrando mecanismos de apropriação, utilização e reelaboração da informação realizadas por eles. É refletido, no âmbito dos seus discursos, a capacidade dos participantes de aprender a aprender e de aprender sozinhos quer pela pesquisa, quer pela experimentação. Há, em todo este processo, desenvolvimento e estruturação da pessoa em que os participantes são os atores principais da construção dos conhecimentos e dos sentidos produzidos no seu processo

constante de formação (Pineau, 2006). Os participantes formam-se através da reflexão sobre os seus percursos profissionais e pelo diálogo consigo mesmo. Na procura de um saber mais estruturado recorrem, igualmente, à formação contínua em áreas que suportam a sua atividade de EpS em contexto escolar, o que vem demonstrar a existência de necessidades de formação.

O Curso de Licenciatura em Enfermagem é reforçado para os enfermeiros, como fonte importante de conhecimentos. De facto o curso permite o acesso a um saber estruturante e importante para se entender aquilo que se faz. O enfermeiro tem com frequência de mobilizar e combinar saberes para ser eficaz na sua prática.

O Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEnfPD, na sua componente teórica, organiza-se sob a forma de conteúdos disciplinares. As disciplinas são relativamente bem definidas, e o seu currículo constitui um mapeamento do conhecimento considerado relevante para ser ensinado aos estudantes de enfermagem. A formação inicial em Enfermagem tem como missão proporcionar a apropriação de saberes teóricos e práticos que contribuem para um exercício profissional responsável, autónomo e de qualidade. Ela incute o desenvolvimento de um conhecimento e agir profissionais assentes em saberes teóricos e práticos.

O curso, na sua componente prática, proporciona aprendizagens em contexto de trabalho (ensino clínico) que se revelam como momentos imprescindíveis de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais através de processos de reflexão na e sobre as práticas. Como exemplo, aponta-se o desenvolvimento de sessões de EpS efetuadas durante os diversos ensinamentos clínicos e o projeto de intervenção na comunidade desenvolvido no último ano do curso, referidos pelos nossos participantes. Estas experiências promovem o desenvolvimento de competências de ordem técnica, didática, relacional, pedagógica e social desde a sua fase de planeamento até à sua fase de implementação e avaliação.

Parece-nos que podemos sustentar a relação direta entre as atividades que os participantes desenvolveram - sessões de educação para a saúde em contexto escolar – e os conteúdos programáticos do curso que os terão capacitado ao desenvolvimento dessas atividades. Esse postulado parece-nos válido, porque as atividades de educação para a saúde desenvolvidas por eles, requerem, como todo o trabalho humano especializado, saberes específicos que lhes permitem assentar a sua atividade sobre uma base de saberes próprios.

5.4.2. Formação desejada

São várias e diversas as áreas em que os participantes desejam formação, como se constata no Quadro x. A área da sexualidade volta a ter um peso importante nos discursos dos participantes, assim como a área relacionada com os consumos nocivos e comportamentos de risco, a atualização científica em saúde e a relacionada com a prevenção da violência em meio escolar. Emergem, também, outras áreas de formação desejada relacionada com outros temas, como se pode ver na Tabela 16.

Tabela 16. Formação desejada

Subcategorias	Atores							
	Enfermeiros		Professores		Pais		Total	
	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR
Sexualidade	3	5	3	3	6	11	12	19
Prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco	---	---	4	4	3	6	7	10
Atualização científica em saúde	---	---	4	4	4	4	8	8
Prevenção da violência em meio escolar	---	---	5	7	---	---	5	7
Alimentação saudável	---	---	---	---	2	3	2	3
Primeiros socorros	---	---	2	2	---	---	2	2
Saúde mental	---	---	2	2	---	---	2	2
Saúde escolar	1	2	---	---	---	---	2	2
Higiene	---	---	---	---	1	1	1	1
Função parental	1	1	---	---	---	---	1	1
Educação para a saúde	1	1	---	---	---	---	1	1
Total		9		22		25		56

Relativamente à subcategoria com a formação mais desejada – sexualidade, uma pós-graduação em sexualidade é uma necessidade manifestada pelos enfermeiros participantes, “*uma formação específica em trabalhar gente com alterações...com deficiência...trabalhar esta vertente...é o que me falta* (Enf 7) ou “*nesta área da sexualidade e adolescência, aonde eu gostava de fazer uma formação...* (Enf 6). Enquanto os professores a “*educação sobre a sexualidade, é a única coisa da área da saúde...acho que era aí que deviam apostar mais, porque para estar, por exemplo, no gabinete de apoio ao aluno tem que ter formação em saúde ou educação sexual...*”

(Prof 1)

Os pais, onde esta subcategoria apresentou mais unidades de registo, dentro da sexualidade, referem necessidades de formação relativamente à gravidez na adolescência, sua prevenção bem como ao planeamento familiar.

Acho que sim...todos os pais, eu acredito que vão dizer eu estou bem esclarecido sobre isso, eu não tenho dúvidas sobre isso...mas então porque é que há muitas adolescentes grávidas? Muitas adolescentes grávidas, muitas gravidezes não desejadas...alguma coisa está mal...alguma coisa está mal! (Pai 4)

Sim e perante aquilo que nós vemos ultimamente a educação sexual é ...um tema fundamental, porque...eu acho que há pais que não estão preparados para...lidar com a gravidez na adolescência...acho que não devia ser só aos adolescentes em si...acho que os pais também deviam estar preparados para isso...para explicarem e...precaverem estas situações, porque eles não sabem... (Pai 4)

Nesta fase era mesmo a sexualidade, porque é assim, eu não tive ajuda quando passei por ela, torna-se complicado porque não tenho exemplo de trás e sei que o H precisa e vai precisar de ajuda. (Pai 10)

Nesta análise é patente nos discursos dos pais, que as áreas em que referem necessitar de mais formação (sexualidade, a prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco) correspondem às suas preocupações já analisadas anteriormente. Preocupações, estas, que estão associadas aos comportamentos de risco dos adolescentes, onde estão incluídos aspetos relacionados com a sexualidade e os consumos nocivos.

Por sua vez confrontando estes resultados com os obtidos na categoria *dificuldades ligadas à EpS* e mais especificamente na subcategoria - *associadas à falta de formação*, constata-se um sincronismo nas posições assumidas pelos profissionais da saúde e da educação.

Denota-se que a maioria das áreas de formação desejada corresponde às áreas preconizadas nos documentos normativos e legais que regulam a saúde escolar e as áreas da EpS em meio escolar, conseqüentemente às áreas da EpS que os participantes têm que dar resposta no âmbito das suas funções. É legítimo deduzir, pela análise efetuada, que os participantes apresentam necessidades formativas para o exercício da sua função na área.

Embora esta formação desejada possa vir a aumentar os conhecimentos dos participantes, visa também melhorar o seu desempenho na área da EpS em contexto

escolar, contribuído para uma maior segurança nesta função. Contudo é de salientar que a formação desejada pelos participantes está circunscrita às temáticas ligadas aos conceitos e conteúdos da formação. A formação desejada poderia ser mais abrangente, nomeadamente alargada às componentes curriculares. A eficácia da formação não depende apenas do domínio do conteúdo mas também da utilização de estratégias que adotem uma visão escolar global em vez da abordagem principalmente centrada na aprendizagem em sala aula (IUHPE, 2008).

5.5. Sugestões no âmbito da educação para a saúde

Neste último eixo de análise estão reunidos os discursos que evocam sugestões no âmbito da EpS em contexto escolar.

Várias sugestões no âmbito da EpS emergiram neste contexto. Elas enquadram-se em vários âmbitos, nomeadamente, o da formação inicial; o da organização das práticas em saúde escolar, o do desenvolvimento das sessões de EpS, o da gestão e difusão da informação e o das parcerias como se constata na Tabela 17.

Tabela 17. Sugestões no âmbito da educação para a saúde

Atores / Subcategorias	Enfermeiros		Professores		Pais		Alunos		Total	
	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR	UC	UR
No âmbito da formação inicial	12	56	1	6	---	---	---	---	13	62
No âmbito da organização de práticas em saúde escolar	4	11	3	9	8	20	2	2	17	42
No âmbito do desenvolvimento das sessões de EpS	1	2	1	4	---	---	9	10	11	16
No âmbito da gestão e difusão da informação	---	---	1	---	---	7	1	4	2	11
No âmbito das parcerias	---	---	2	3	---	---	---	---	2	3
Total		69		22		27		16		134

No âmbito da formação inicial foi a subcategoria que reuniu mais unidades de registo, com o contributo significativo por parte dos enfermeiros. Os discursos revelam a necessidade dos participantes aumentarem o seu conhecimento em várias áreas científicas do saber (sexualidade, pedagogia). Desta esperam o conhecimento da teoria da motivação, o conhecimento do adolescente, da sua forma de pensar e dos seus problemas e das técnicas comunicacionais para potencializarem melhor o relacionamento com eles e com os pais. Igualmente encontram-se referências às possibilidades de incluírem na formação o conhecimento relacionado com a saúde mental, os consumos nocivos, a sexualidade e a violência em meio escolar, especificamente o bullying.

Sugerem para a formação inicial o aumento de práticas de EpS, o aumento de horas de contato com a comunidade escolar e o recurso a peritos da prática para poderem dar o seu testemunho da sua prática em EpS.

Na forma de sabermos fazer os projetos, as sessões, o planeamento, etc. não! Falta-nos é teoria da motivação...mais da saúde mental...mais psicologia do que propriamente, como fazer projetos, planos...penso que fomos muito bem preparados...é mais...teoria...da...psicologia...mais...nos consumos nocivos... (Enf 5)

Se calhar ter mais prática, fazer mais sessões de educação para a saúde durante a formação inicial...não resolveria mas punha-nos mais à vontade. (Enf 1)

Já na prática...mais horas...mais contato com a realidade das escolas...mais alunos nas escolas...a fazer só sessões...treinar e entrar em contato com a realidade...uma coisa é a teoria e outra é estar na escola e ter um aluno que levanta o dedo e faz uma pergunta e eu pensar “agora o que é que vou fazer?”...aprender a ter “jogo de cintura” (Enf 12)

Eu acho que é muito importante que desde de cedo não se perca a filosofia de formar, de formação...e isto consegue-se como? Através do contato direto com grupos, através de projetos de intervenção que sejam focalizados, porque a um projeto de intervenção está sempre aliada a parte educacional, a parte de educação para a saúde, porque nós não vamos detetar só problemas, vamos ter de atuar em algum deles, ninguém vai para uma comunidade só detetar problemas, só tirar uma fotografia e ir-se embora, temos depois de dar continuidade e aí entra muito a educação para a saúde, entra essencialmente a educação para a saúde.

Quanto mais durante o curso se proporcionar hipóteses de experiência, de contato com a comunidade, hipóteses de formação de educação e de desenvolvimento estratégico, portanto, as cadeiras chamem-lhe educação para a saúde, chamem-lhe pedagogia, chamem-lhe o que quiserem, o importante é que as pessoas sejam munidas de um conjunto de aspetos, que eu tive a sorte de os ter e de ter sido alertado no devido tempo, logo no primeiro ano, portanto, nós fomos logo sensibilizados para tal, isto é muito importante...para depois no futuro a pessoa possa desenvolver... (Enf 10)

Um professor, por sua vez, considera que a sua formação inicial os devia preparar para a função de educadores para a saúde.

“Devia nos preparar mais para trabalhar como educadores e...então na área da saúde...não temos nada que nos alerte para isso, no curso...se calhar na parte de ciências...que tem de trabalhar a parte reprodutiva, sexual...se calhar...não sei...todos os professores de qualquer área curricular e não só professores...todos os profissionais da educação...deveriam ter alguma formação que os habilitassem para a EpS. (Prof 2)

No âmbito da organização de práticas em saúde escolar os participantes apresentam varias sugestões tais como: a necessidade de haver um enfermeiro em permanência na escola; do enfermeiro que desenvolve saúde escolar não acumular outras funções, de modo a que o seu trabalho seja mais efetivo e consistente; a criação de uma disciplina de EpS na escola; a necessidade de se desenvolver na escola mais práticas de EpS; desenvolver EpS para pais, professores e não esquecer os jovens no final da adolescência e por último o recurso a peritos nas áreas abordadas.

No âmbito do desenvolvimento das sessões de EpS, os professores sugerem uma abordagem mais pela positiva da EpS por parte dos profissionais de saúde. Os alunos participantes sugerem o uso de metodologias mais dinâmicas

Eu acho que não deviam falar tanto...quando vão lá à escola...falam muito e...as pessoas da nossa idade...distraem-se sempre um bocado...é um bocado aborrecido...era só tentar mudar isso... (A 5)

Vídeos...coisas que ajudassem a perceber...prática...em vez de estar ali sentado a falar...mais prática e...maneiras que os alunos conseguissem ver uma ligação...que percebessem melhor...com exemplos...a prática é sempre muito mais...entusiasmante do que a teoria...eu acho que era assim. (A 7)

No âmbito da gestão e difusão da informação há sugestões para uma criação de bancos de recursos científicos em português, de fácil acesso ao cidadão comum e, que se ensine os jovens a seleccionar a formação face ao excesso de informação disponível.

Os alunos sugerem que os intervalos das aulas sejam momentos de interação com os jovens e que haja a distribuição de panfletos nos cafés com informação útil para eles.

Por último encontramos referências no *âmbito das parcerias* que sugerem parcerias mais duradouras e fortes com as escolas.

Consideramos que as sugestões dos participantes, aqui apresentadas, correspondentes a diferentes campos (formação inicial em enfermagem, organização das práticas em saúde escolar, desenvolvimento das sessões de EpS, gestão e difusão da informação de saúde e estabelecimento de parcerias) são pertinentes para uma maior efetividade da EpS em contexto escolar.

5.6. Necessidades de formação em educação para a saúde em contexto escolar

Apresentados e discutidos os resultados do estudo efetuado é nossa intenção, no âmbito desta secção, expor uma síntese, de forma esquemática, da relação dos diferentes eixos de análise para a formulação de necessidades de formação (Figura 13) e apresentar uma sistematização dos aspetos mais relevantes e significativos das perspetivas dos quatro grupos de participantes deste estudo sobre a problemática em análise (Quadro 19). Nesta sistematização aparecem apenas as subcategorias que obtiveram o primeiro e o segundo lugar em número de unidades de registo para cada grupo de participantes. Por fim, expomos as necessidades de formação que nos foi possível sistematizar e formular em função da análise efetuada aos discursos dos participantes.

A Figura 13 pretende demonstrar que as necessidades de formação em EpS em contexto escolar, aqui apresentadas, são fruto do contributo das perspetivas dos enfermeiros, professores, pais e alunos sobre: i) as conceções de EpS, sua utilidade em contexto escolar e perfil desejado de educador para a saúde; ii) o relato de práticas de EpS em contexto escolar; iii) as suas preocupações e dificuldades neste âmbito; iv) as suas sugestões e formação desejada.

A análise efetuada permitiu construir as seguintes ideias chave: as conceções de EpS dos participantes (pais e alunos) estão predominantemente centradas num processo transmissivo de conhecimentos. Embora esta conceção transmissiva da EpS assumida nos enfermeiros uma posição de relevo, eles também apresentam, com a mesma evidência,

assim como os professores, concepções de EpS que se configuram com uma EpS mais crítica e emancipatória.

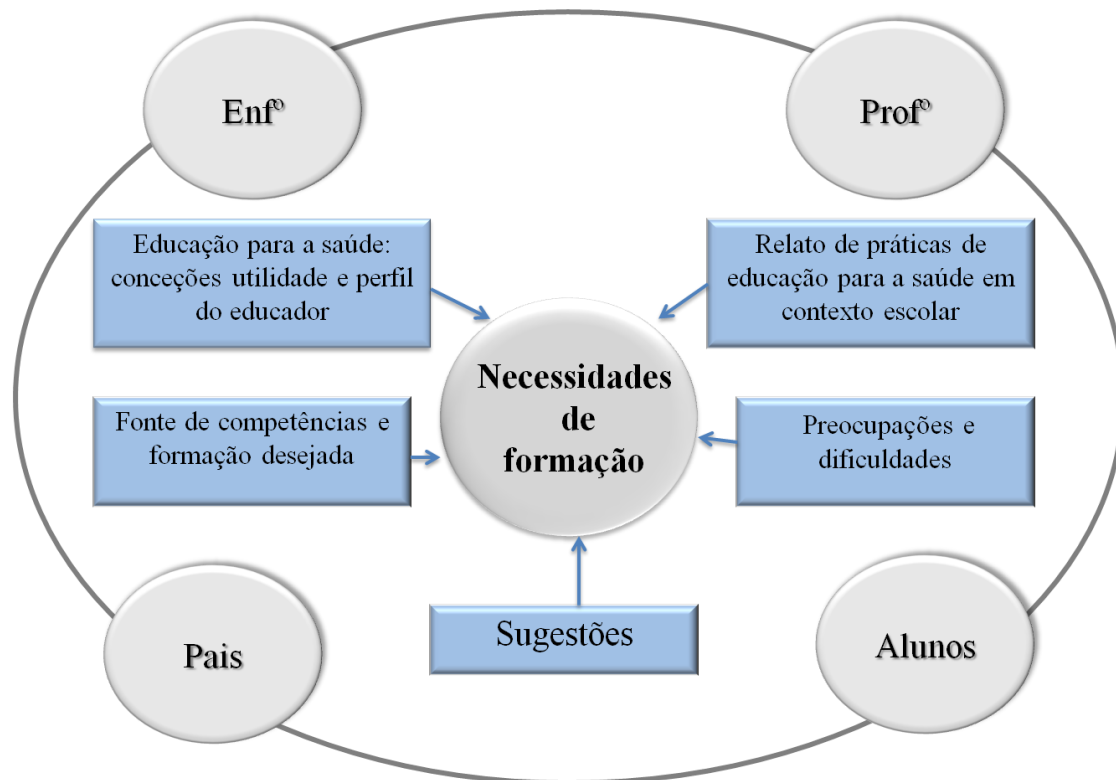


Figura 13. Relação dos eixos de análise para a formulação de necessidades de formação

Esta concepção transmissiva da EpS é reforçada pelos professores, pais e alunos quando foram questionados sobre a utilidade/importância da EpS em contexto escolar, enquanto os enfermeiros reforçam a sua concepção de EpS mais crítica e mais tendente com a promoção da saúde.

Relativamente ao perfil desejado ao educador para a saúde, os enfermeiros, professores e pais enfatizam, em primeiro lugar, as características empático-relacionais, enquanto os alunos valorizam mais as competências didático-relacionais.

Quadro 19. O mais relevante dos quatro olhares sobre a educação para a saúde em contexto escolar

	Categorias	Resultados	Enf.	Prof.	Pais	Alunos
1º Eixo	Conceções de EpS	Centrada na transmissão de conhecimentos	■	■	■	■
		Centrada na promoção da saúde	■	■	■	■
		Centrada na prevenção da doença	■	■	■	■
		Centrada na mudança de atitudes e comportamentos	■	■	■	■
	Utilidade da EpS	Transmite conhecimentos	■	■	■	■
		Promove a saúde	■	■	■	■
		Previne doenças	■	■	■	■
		Promove a mudança de comportamentos	■	■	■	■
	Perfil de educador	Características empático-relacionais	■	■	■	■
		Competências didático/comunicacionais	■	■	■	■
		Domínio técnico-científico do conteúdo	■	■	■	■
	2º Eixo	Áreas da EpS abordadas na escola	Saúde afetivo-sexual e reprodutiva	■	■	■
Higiene			■	■	■	■
Prevenção de consumos nocivos			■	■	■	■
Áreas da EpS consideradas prioritárias abordar na escola		Saúde afetivo-sexual e reprodutiva	■	■	■	■
		Alimentação saudável	■	■	■	■
		Prevenção de consumos nocivos	■	■	■	■
		Prevenção da violência em meio escolar	■	■	■	■
Estratégias mais utilizadas em EpS		Sessões expositivas	■	■	■	■
		Trabalhos de grupo	■	■	■	■
		Discussão e debates	■	■	■	■
		Demonstrações	■	■	■	■
		Dramatização	■	■	■	■
		Jogos	■	■	■	■
Material didático mais utilizado em EpS		<i>Data show</i>	■	■	■	■
Envolvimento dos pais na EpS		Não conseguido	■	■	■	■
		Fraco envolvimento	■	■	■	■
		Reconhecido como importante	■	■	■	■
		Não solicitados	■	■	■	■

Legenda:

■	Primeira posição em UR
■	Segunda posição em UR
■	UR de menor frequência, aqui não contabilizadas

Quadro 19. O mais relevante dos quatro olhares sobre a educação para a saúde em contexto escolar (continuação)

3º Eixo	Preocupações mais evidenciadas	Associadas ao ato formativo				
		Associadas aos comportamentos de risco dos adolescentes				
	Dificuldades mais evidenciadas	Associadas à falta de formação				
		Associadas às condições de trabalho				
4º Eixo	Fonte de competências	Formação inicial				
		Autoformação				
		Formação contínua				
	Formação desejada	Sexualidade				
		Prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco				
		Prevenção da violência em meio escolar				
		Atualização científica em saúde				
Saúde escolar						

Legenda:

	Primeira posição em UR
	Segunda posição em UR
	UR de menor frequência, aqui não contabilizadas

Os participantes, no relato das suas práticas de EpS em contexto escolar, deixam transparecer uma moldura concetual, legal, pessoal e profissional suscetível de reger o quotidiano das suas práticas. Os profissionais da saúde e da educação fazem o diagnóstico de necessidades formativas em EpS, sobretudo a partir de dados dos alunos, e em função deste processo selecionam e desenvolvem vários temas das áreas de EpS em contexto escolar. Relativamente às áreas da EpS abordadas na escola todos os grupos de participantes inquiridos foram unânimes em mencionar a área da saúde afetivo-sexual e reprodutiva não só como a mais abordada mas, também, como a prioritária a abordar em contexto escolar. Os professores também priorizam a prevenção da violência em meio escolar e os pais a prevenção de consumos nocivos.

Para os enfermeiros e professores a estratégia mais utilizada na abordagem da EpS em contexto escolar é a sessão de carácter expositivo. Com o mesmo número de unidades

de registo, os professores também consideram utilizar as dramatizações e os trabalhos de grupo. Os alunos referenciam em primeiro lugar os trabalhos de grupo. Por sua vez, o *Data show* é referenciado por todos os grupos de participantes como o material didático mais utilizado nas atividades de EpS.

Relativamente ao envolvimento dos pais nas atividades de EpS em contexto escolar os enfermeiros admitem que não conseguem o seu envolvimento, os professores afirmam que há um fraco envolvimento e os pais reconhecem em primeiro lugar a sua importância mas referem que não são solicitados a participarem.

No que concerne às preocupações os enfermeiros e professores revelam preocupações mais associadas ao ato formativo ligado à EpS e os pais aos comportamentos de risco dos adolescentes. Por sua vez as dificuldades no âmbito da EpS em contexto escolar apresentadas pelos enfermeiros e pelos pais estão maioritariamente associadas à falta de formação, enquanto as dos professores relacionam-se com as condições de trabalho.

A fonte de competências mais referenciada para o desenvolvimento de práticas de EpS foi a formação inicial para os enfermeiros e a autoformação para os professores.

No que concerne à formação desejada a área da sexualidade é a mais referida pelos enfermeiros e pais enquanto os professores priorizam a área que se relaciona com a prevenção da violência em meio escolar.

Foi através desta pluralidade e riqueza de informação recolhida pela análise dos discursos dos quatro grupos de participantes que formulámos as necessidades de formação aqui apresentadas.

No processo da formulação das necessidades de formação tivemos em consideração: i) o facto de as necessidades de formação não surgirem isoladamente, como algo dotado de significado em si, mas contextualizadas e referenciadas a situações, valores, ou padrões desejados ou desejáveis, numa projeção e antecipação do futuro (Rodrigues & Esteves, 1993); ii) a ideia de que a EpS em contexto escolar deve ser enquadrada numa visão mais proactiva, emancipatória e holística da formação; iii) o conceito de necessidades de formação entendido como as dificuldades, as carências, os problemas e as expectativas sentidas (Montero, 1987, citado por Garcia, 1999), ou seja, as representações construídas mental e socialmente pelos sujeitos num determinado contexto (Estrela et al., 1998); iv) a legislação relativa à EpS em contexto escolar.

Deste modo, temos necessidades que foram inferidas quer das conceções de EpS veiculadas pelos participantes tendo em conta a importância que lhes atribuem em

contexto escolar e o perfil desejado do educador para a saúde, quer do relato das suas práticas de EpS em contexto escolar onde se incluem as suas dificuldades e preocupações daí decorrentes. Apresentamos, também, as necessidades explicitamente assumidas pelos participantes através da formação desejada e sugestões (Figura 13).

Após estes considerandos e pressupostos expomos, de seguida, as necessidades de formação formuladas com o propósito de contribuir para os currículos de enfermagem, mais propriamente para a formação em enfermagem no âmbito da EpS em contexto escolar.

A análise efetuada permite-nos inferir necessidades de formação, nomeadamente a necessidade de se abrirem espaços de discussão, reflexão e debate sobre:

- As conceções de saúde e seus determinantes;
- EpS, EpS em contexto escolar e os paradigmas que a suportam;
- A importância de uma visão holística e contextualizada da EpS e da sua relevância como estratégia de promoção da saúde em meio escolar e sua interligação com o conceito de saúde;
- As questões éticas e deontológicas associadas à EpS e ao perfil do educador para a saúde;
- As questões da relação pedagógica nomeadamente as características empático-relacionais e as competências didático/relacionais;
- A importância da relação da escola com o meio, da participação dos pais nos projetos de EpS e da implicação dos alunos nos processos de transformação dos fatores que condicionam a saúde, nas tomadas de decisão e na responsabilização pela sua saúde.

Decorrente dos relatos das práticas de EpS dos entrevistados foi possível identificar necessidades de formação que se relacionam com importância a dar:

- ao planeamento sustentado e da intervenção programada;
- à seleção adequada de métodos e estratégias de ensino;
- à avaliação das intervenções em saúde no sentido de se poder ter uma compreensão crítica e refletida sobre as mudanças operadas e sobre o custo benefício das atividades desenvolvidas;
- à transversalidade e articulação curricular para uma EpS mais holística e contextualizada;
- ao trabalho em parceria entre as escolas, os centros de saúde e a família, incentivando a participação desta.

O conjunto de preocupações e dificuldades dos participantes no âmbito da sua ação em EpS em contexto escolar e a formação que desejam permitem-nos compreender o sentido das suas necessidades de formação, sendo revelador de um conjunto de necessidades passíveis de colmatação através da formação, nomeadamente em áreas relacionadas com:

- Sexualidade;
- Consumos nocivos;
- Violência em meio escolar;
- Pedagogia;
- Psicologia do adolescente.

Foi evidente nos discursos analisados um interesse particular em receber formação relacionada com as áreas da EpS preconizadas nos diplomas legais. Este facto não deixa de sugerir participantes preocupados com as problemáticas que essas áreas representam.

Embora conscientes de que as necessidades aqui enunciadas são as que mais se evidenciaram, admite-se a existência de necessidades que se configuram diferentes das que aqui foram anunciadas e que não devem ser ignoradas na conceção de uma oferta formativa a qualquer um dos grupos de participantes (enfermeiros, professores, pais e alunos).

Suprir as necessidades que emergiram nos discursos analisados dos diferentes grupos de participantes é contribuir para promover uma consciência mais crítica e a necessidade de se assumirem novos papéis no âmbito da EpS na escola.

Pretendemos que as necessidades de formação aqui expressas possam ser um ponto de partida útil à elaboração ou adequação de programas formativos elementares ou avançados, em especial em enfermagem, na área da educação/promoção da saúde.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

A educação para a saúde em contexto escolar é reconhecida, atualmente, como uma estratégia de promoção da saúde com vista à obtenção de ganhos em saúde a nível individual e coletivo. É um processo para o qual concorrem não só o setor da saúde mas também o da educação, o que implica que se abram e se mantenham espaços para a atuação do enfermeiro nas escolas, através da realização de práticas educativas com os alunos e restante comunidade escolar. Na escola, os profissionais de saúde e de educação têm promovido programas e ações de EpS que visam melhorar o nível de conhecimentos dos alunos e as suas práticas de saúde de modo a poderem alcançar o mais elevado grau possível de saúde física, mental e social, bem como a saúde dos que os rodeiam.

Pensar na EpS em contexto escolar é considerar que ela é um processo mutável e contextualizado o que implica ter em conta a interação, que se pretende dialética e permanente, entre os diferentes atores implicados. É essencial atender ao contexto onde é produzida, às suas práticas e à participação dos envolvidos neste processo.

Com este estudo pretendemos dar contributos para uma maior compreensão da EpS em contexto escolar, incluindo formação para diferentes atores, em especial enfermeiros, através da definição de necessidades de formação. Deste modo, entendemos que os enfermeiros, os professores, os pais e os alunos, pelo lugar que ocupam neste processo, fruto da sua responsabilidade profissional como educadores, ou da sua responsabilidade no exercício da função parental ou como alvo das intervenções, justificam a sua participação no presente estudo. Com efeito, o seu contributo para a compreensão da natureza e dinâmica do trabalho desenvolvido nas escolas, no âmbito da EpS, faz de cada conjunto de participantes um grupo de especiais informantes de experiências e saberes diferenciados e originais na área. As diferentes perspetivas que apontam podem trazer novos elementos para a perceção e melhor entendimento do fenómeno em estudo, reajustar metodologias de trabalho, nortear ações e adequar as intervenções desenvolvidas na área.

Embora os diferentes participantes recorram a discursos próprios para definirem conceitos e perfis profissionais, para relatarem práticas desenvolvidas e expressarem as

suas dificuldades, preocupações, desejos e expectativas face à educação para a saúde em contexto escolar, do ponto de vista semântico, há certa coincidência de perspectivas, como comprova o elevado número de categorias em comum. Ou seja, quando se interpreta o significado dos seus discursos, estes convergem para características comuns, o que nos possibilitou fazer uma análise conjunta e conexa do fenómeno em estudo, sem deixar de evidenciar os contrastes entre os diferentes grupos de participantes.

Parece-nos pertinente considerar que as conclusões apresentadas têm um caráter contextual sem ter a pretensão de generalização dos resultados obtidos. São fruto de uma “leitura” da realidade estudada, com as necessárias tomadas de posição. Porém, consideramos que trará alguma luz sobre este fenómeno em particular.

Após estes considerandos, podemos destacar da análise dos dados, da presente pesquisa, algumas conclusões que apresentamos segundo os cinco eixos temáticos que temos vindo a referenciar: o primeiro referente à EpS, suas conceções, utilidade em meio escolar e perfil desejado do educador; o segundo, respeitante ao relato de práticas em EpS em contexto escolar; o terceiro, associado às dificuldades e preocupações que emergem do trabalho desenvolvido na área; o quarto, relacionado com a fonte de competências em educação para a saúde e a formação desejada; e o último, centrado nas sugestões dos participantes no âmbito da EpS. Em seguida apresentamos contributos para a formação em enfermagem na área da EpS e eventualmente para outras formações decorrentes da análise das necessidades de formação que emergiram nesta pesquisa, uma vez que ao longo deste trabalho, e atentando aos possíveis contributos dos diferentes entrevistados, foi possível identificar achegas para as práticas de EpS e formação dos atores.

Conceções de educação para a saúde, sua utilidade em contexto escolar e perfil de educador

Os resultados do estudo empírico acerca das conceções de EpS apontam para um discurso orientado para um processo transmissivo e de receção do conhecimento com o objetivo de prevenir a doença e de mudar comportamentos nas crianças e jovens. Ou seja, os discursos são predominantemente consentâneos com uma perspectiva tradicional e normativa da EpS focada na transmissão de informação, em que os conhecimentos estão na posse dos profissionais e os alunos devem adquiri-los e aceitar e cumprir com

precisão as indicações dadas por eles. É, também, patente nos conceitos de EpS a tônica individual na mudança de comportamentos e estilos de vida.

Se por um lado estes resultados são, de certa forma, coincidentes com o paradigma tradicional, por outro, no discurso dos participantes emergem expressões como “*pró-ativos*”, “*construírem a sua saúde*”, “*aprenderem a serem saudáveis*”, “*consciência crítica*”, “*capacitar a pessoa a tomar decisões*” que, de certo modo, nos remetem para uma visão da EpS mais crítica, participativa e emancipatória.

A diversidade de conceções que emergiram como consequência lógica das mudanças paradigmáticas que têm ocorrido, além de comprovar o caráter multifacetado da EpS, está em confluência com as três gerações referentes à evolução da EpS, nomeadamente a informativa e prescritiva, a comportamental, e a participativa, crítica e emancipatória (Moreno et al., 2000a).

Há que apontar que não transparece, de forma consistente, a visão holística da EpS nem a importância desta incidir nos contextos onde as pessoas estão inseridas. Está omissa nos discursos a influência dos fatores sociais, económicos e ambientais na aquisição de estilos de vida saudáveis nas crianças e jovens. O processo saúde-doença é, assim, reduzido a uma dimensão individual com pouca consideração pela influência das condições de vida na saúde.

A utilidade que os participantes atribuem à EpS em contexto escolar está em conformidade com as conceções dominantes de EpS que manifestam. Assim, omitem que a EpS pode ser útil para crianças e jovens se implicarem de modo informado na melhoria e manutenção da sua saúde, da dos outros e do ambiente em que se inserem, bem como na promoção da participação da família, mais especificamente no envolvimento dos pais nos projetos de EpS, o que vem reforçar a ideia de que os participantes ainda não se enquadram numa visão mais participativa da EpS.

Especificamente os enfermeiros valorizam a EpS em contexto escolar, não só porque ela pode ser potencializada na idade escolar de forma próxima e contextualizada, mas, também, porque as crianças e jovens possuem uma grande capacidade de aprendizagem e assimilação de hábitos, fruto do seu processo de crescimento e desenvolvimento a todos os níveis, corroborando, deste modo, o defendido por Carvalho e Berger (2012), Navarro Cano et al. (2007), Pardal (1990) e Sanmarti (1988).

Relativamente ao perfil desejado para o educador para a saúde é revelado que, para além das competências didático/comunicacionais e do domínio técnico-científico do conteúdo, os participantes valorizam mais as competências empático- relacionais. Ao

definirem o ideal do profissional formador valorizam características como a empatia, o dinamismo, a criatividade, a abertura, a responsabilidade, a capacidade de cativar os estudantes, a disponibilidade, a simpatia e o saber estar e relacionar-se. Os alunos acrescentam, ainda, o ser divertido e o ser engraçado como características relevantes do formador.

A dimensão deontológica, ainda que parcamente aludida, começa a emergir nos discursos dos enfermeiros e dos professores pelo que se conclui que o perfil desejado para o educador para a saúde em contexto escolar assenta, predominantemente, nas características empático-relacionais, mas também em competências didático-comunicacionais, no domínio do saber técnico-científico do conteúdo e “timidamente” numa postura ético-profissional.

Relato de práticas em EpS em contexto escolar

No que concerne ao relato de práticas de EpS em contexto escolar, onde se engloba a identificação de necessidades para a concetualização e concretização de formação em EpS, as áreas/temas de EpS, as estratégias utilizadas, os recursos mobilizados, a avaliação efetuada, o envolvimento dos pais, o papel dos diplomas legais e a evolução das práticas, evidenciaram-se algumas conclusões que apresentamos de seguida.

Os profissionais da saúde e da educação contemplam a fase da identificação das necessidades formativas em EpS nas suas práticas. Os professores identificam as necessidades de formação dos alunos ao nível macro de toda a escola e os enfermeiros ao nível micro da sala de aula. Recorrem, para o efeito, a diferentes técnicas, sendo as mais utilizadas o questionário e caixa de perguntas. Fazem-no com o intuito de detetar carências a nível coletivo com vista à elaboração de um plano de formação sustentável.

A área temática mais abordada no âmbito da EpS na escola é a relacionada com a saúde afetivo-sexual e reprodutiva, mais especificamente com a análise do conceito de sexualidade incluindo a sua componente afetiva, os métodos contraceptivos e as doenças sexualmente transmissíveis, especialmente o SIDA. São igualmente abordadas as áreas relacionadas com a alimentação saudável, prevenção de consumos nocivos e higiene, o que demonstra a preocupação dos profissionais agirem em conformidade com as orientações legais que regulam esta matéria a nível escolar.

Observa-se que as áreas de EpS abordadas em contexto escolar coincidem com as áreas que os participantes consideram pertinentes abordar no mesmo contexto o que vem demonstrar a importância de se continuar a investir nestas áreas da EpS na escola.

Neste âmbito, não são explícitos, nos discursos, as conexões possíveis que devem ser feitas entre os temas de saúde, nomeadamente os que se relacionam com o consumo de substâncias nocivas, a atividade física, a alimentação saudável, a sexualidade e as relações interpessoais, a segurança, a saúde mental, entre outros, o que alvitra que a transversalidade sugerida legalmente para a sua abordagem poderá estar deficientemente implementada. A interligação entre os “temas” deve ser promovida, pois estes não funcionam de forma separada ao nível do comportamento (St Leger et al., 2010). Uma abordagem parcial ou isolada tende a subentender que o comportamento humano depende apenas do conhecimento e do raciocínio relegando a dimensão das emoções para um segundo plano, considerando-a como uma componente individualizada, quando, de facto, os aspetos mentais e emocionais são elementos pertencentes às questões da saúde.

Relativamente às estratégias utilizadas em EpS, os discursos deixam transparecer a sua diversidade. Os enfermeiros indicam o uso de diferentes estratégias na mesma sessão educativa, contudo, apontam, maioritariamente, para sessões de caráter expositivo. Esta evidência remete-nos, novamente, para uma conceção transmissiva do ensino. Também se identifica a utilização de estratégias que implicam o formando na sua formação, como o uso de demonstrações e a dramatização.

Se a natureza das estratégias utilizadas permite inferir um enquadramento dos participantes num paradigma tradicional de ensino, o uso dos materiais didáticos vem ratificar esta tendência por apontar, na sua maioria, para o uso do “data show” com o recurso ao programa Power-Point com o objetivo de informar e utilizar imagens. Esta asserção discursiva é confirmada no relato dos alunos.

Na EpS em contexto escolar há mobilização de diversidade de recursos humanos a título individual (médicos, psicólogos, enfermeiros, professores, sociólogos, nutricionistas, encarregados de educação) e a título coletivo (Associações de apoio social, PSP, Bombeiros, entre outros) o que contribui para uma nova dinâmica curricular. Esta cooperação e trabalho em equipa entre prestadores de cuidados de saúde, indivíduos, famílias e grupos da comunidade vão ao encontro do preconizado em metas da saúde da Organização Mundial de Saúde.

A avaliação consta das práticas dos profissionais, da saúde e da educação, no âmbito da EpS em contexto escolar, sendo a avaliação final a que assume maior expressividade. A que é feita pelos enfermeiros não tem como objetivo a atribuição de uma classificação, mas apreciar a consecução dos objetivos delineados para a sessão que desenvolveram. Por seu turno, a avaliação final, feita pelos professores, é enquadrada na Unidade Curricular de Cidadania e, no caso de apenas de uma escola, na Unidade Curricular de opção denominada Educação para a Saúde.

Neste desenrolar de práticas pedagógicas em torno da EpS em contexto escolar, que se configuram complexas, introduzir a participação dos pais neste processo revela-se uma tarefa difícil para alguns dos participantes, embora por eles reconhecida como importante, principalmente pelos pais. Nesta posição bipolarizada entre o reconhecido como importante e a dificuldade em se conseguir a adesão e participação dos pais nas atividades de EpS fica a dúvida sobre a quem recai a responsabilidade de proporcionar este envolvimento, se à família, se à escola, se a ambas.

Orientando todas estas práticas de EpS em contexto escolar está um conjunto de diplomas legais²⁶, que são do conhecimento das equipas de saúde escolar, dos centros de saúde e dos coordenadores da EpS na escola. Refletindo sobre os significados possíveis das explicações que compõem os seus discursos percebe-se que os referentes legais em torno da EpS são considerados úteis e importantes para o desenvolvimento das suas práticas. Orientam e legitimam a sua ação, mas também promovem o trabalho em equipa e uniformizam práticas. Têm um papel essencial para uma atenção crescente por parte dos profissionais da saúde e da educação relativamente à EpS em meio escolar e à progressiva consciencialização do seu papel neste desiderato.

A nível das práticas de EpS em contexto escolar desenvolvidas pelos enfermeiros emerge uma tendência evolutiva no sentido de um progressivo reconhecimento do seu trabalho na área e em saúde escolar. Os enfermeiros são considerados uma figura de referência para os alunos e são procurados por eles para tirarem dúvidas. Por sua vez, os professores começam a dar espaço aos enfermeiros para que se sintam parceiros na formação dos alunos na escola. Em paralelo, os enfermeiros demonstram uma progressiva viragem na conceção da formação, pela reflexão que têm vindo a fazer

²⁶ Despacho n.º 25 995/2005 (2ª série); Decreto Legislativo Regional n.º 8/2012/A; Portaria n.º 105/2012; Programa Nacional de Saúde Escolar, Despacho n.º 12.045/2006 (2ª série); Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infante-Juvenil (DRS, 2009);

sobre o trabalho que desenvolvem em contexto escolar e pela insipiente mudança de práticas com o objetivo de oferecerem aos alunos oportunidades de reflexão de modo a estes adquirirem uma maior capacitação (*empowerment*) para lidarem com a sua saúde e os assuntos com ela relacionados ao longo da sua vida escolar.

Dificuldades e preocupações relacionadas com o desenvolvimento de práticas de EpS

Referente às preocupações e dificuldades ligadas à educação para a saúde denota-se que a natureza das funções e dos papéis assumidos pelos participantes suscita a construção de focos de preocupações e dificuldades próprias. Enquanto os pais se preocupam com os comportamentos de risco dos adolescentes associados aos consumos nocivos (droga e álcool), às dependências (inclui-se, aqui, os jogos de computador), à fase da adolescência, à vivência da sexualidade, à gravidez na adolescência e às saídas noturnas dos jovens, os professores e os enfermeiros preocupam-se com a concretização dos programas formativos, mais especificamente em dar resposta às necessidades de formação dos alunos, em atingir os objetivos propostos, em avaliar a formação e a sua eficácia o que pode ser revelador de algum distanciamento entre o currículo e os problemas da vida diária.

Verifica-se que as dificuldades ligadas à EpS são de diversa natureza, destacando-se no seu conjunto as relacionadas com as condições de trabalho e a falta de formação. As dificuldades relacionadas com as condições de trabalho (ausentes nos pais) apontam carências de recursos humanos, materiais e financeiros, e falta de tempo para um investimento maior na área da EpS em contexto escolar. As dificuldades associadas à falta de formação são igualmente evidenciadas, com grande representação nos enfermeiros e pais. Os educadores admitem que a falta de formação lhes dificulta a abordagem da sexualidade, dos consumos nocivos e da violência em meio escolar. Os enfermeiros, em particular, destacam a necessidade de reforço da sua formação pedagógica.

Para além das dificuldades referidas, constata-se outros agrupamentos de dificuldades, nomeadamente associados à dinâmica das parcerias e da articulação escola-família, à valorização da área da EpS, ao planeamento e avaliação das atividades formativas, à heterogeneidade e desmotivação dos alunos e a questões deontológicas. Este elenco de preocupações e dificuldades ajuda-nos a compreender o sentido das necessidades de formação dos participantes e a detetar um conjunto de necessidades passíveis de serem colmatadas pela formação.

Fonte de competências em educação para a saúde e formação desejada na área

A fonte de competências mais evidente para o desenvolvimento de práticas de EpS foi a autoformação, isto é, a aprendizagem sobre si mesmo, com a valorização da própria experiência como fonte de desenvolvimento, da pesquisa por si realizada, do contato com os pares e da autoavaliação efetuada sobre o trabalho realizado.

Verifica-se que apenas os enfermeiros valorizam a formação inicial como fonte de competências e de acesso a um saber estruturante, importante e de suporte à realização de atividades de EpS em contexto escolar.

Salientamos a forte articulação que existe entre as dificuldades associadas à falta de formação e a formação desejada pelos participantes, incidindo esta, nas temáticas relacionadas com a sexualidade, a prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco nos adolescentes. É manifesto nos discursos que as áreas de formação desejada correspondem às preconizadas nos documentos normativos e legais que regulam a saúde escolar e as áreas da EpS em meio escolar, tornando-se, assim, explícito que os participantes sentem necessidades de formação nas áreas da EpS que têm que dar resposta no âmbito das suas funções como educadores para a saúde em contexto escolar.

Sugestões dos participantes no âmbito da EpS na escola

Por fim apresentamos contributos dos participantes para o desenvolvimento da EpS, decorrentes de sugestões por eles apresentadas neste âmbito. As sugestões reúnem-se em variados campos de ação e estão explicitadas no Quadro 18, assumindo a posição de destaque as que se relacionam com a formação inicial e com a organização de práticas em saúde escolar. Os enfermeiros reforçam a necessidade de se incluir na formação inicial não só conteúdos relacionados com a Psicologia, nomeadamente a teoria da motivação, a psicologia do adolescente e as técnicas comunicacionais a eles dirigidas, como também o aumento de horas práticas de EpS e de contato com a comunidade escolar. Interpelam-nos, deste modo, à mudança das práticas de formação e a uma reflexão sobre a formação em enfermagem.

No campo da organização de práticas em saúde escolar, com o objetivo de desenvolverem nesta área um trabalho mais efetivo, sugerem a permanência a tempo inteiro de um enfermeiro na escola e a não acumulação de outras funções do enfermeiro que desenvolve atividades de saúde escolar. Outras sugestões emergiram e que se

enquadram no âmbito do desenvolvimento das sessões de EpS, da gestão e difusão da informação e no âmbito das parcerias como se pode observar no Quadro 18.

Contributos para a formação em enfermagem decorrentes da análise das necessidades de formação

A moldura legal em torno da EpS em contexto escolar prevê o acompanhamento dos profissionais de saúde, no âmbito das equipas multidisciplinares de saúde escolar, onde o enfermeiro se inclui. Este facto, associado às necessidades de formação que emergiram conduz-nos a ponderar as implicações dos resultados deste estudo na formação em enfermagem ou em outras áreas. Defendemos que a formação inicial deve garantir uma plataforma de aprendizagens em EpS, contudo, a incerteza acerca do conhecimento necessário no futuro, o tempo exigido para o desenvolvimento do capital humano e a natureza cumulativa e subjetiva do conhecimento obrigam a que os futuros profissionais também sejam capacitados para aprenderem nos mais variados contextos da vida.

Deste modo, ouvir a opinião daqueles que se confrontam no quotidiano com a realidade e refletir sobre as suas dificuldades e preocupações poderá contribuir para que as instituições de ensino superior responsáveis pela formação inicial de enfermeiros conheçam melhor os problemas reais dos contextos e encontrem algumas respostas para esses problemas. Julgamos que é possível transpor para a formação inicial muitas das questões relacionadas com a prática destes participantes, constituindo matéria de reflexão e discussão, em articulação com os aspetos teóricos e práticos da formação.

Sugere-se, assim, a necessidade de se salvaguardarem espaços para a análise de conceitos, modelos e paradigmas explicativos da EpS e da EpS em contexto escolar em interface com o conceito de saúde, para uma visão mais holística da mesma. Quando se desconhecem os princípios básicos e orientadores da ação de EpS dificilmente se pode esperar uma melhoria no seu desenvolvimento. Para além do estímulo à pesquisa e autonomia na procura do conhecimento, tornam-se, prioritárias na formação, as questões relacionadas com a ligação escola-meio, a participação dos pais nos projetos de EpS e a implicação dos alunos nos processos de transformação dos fatores que condicionam a saúde, nas tomadas de decisão e na responsabilização pela sua saúde.

A integração do contexto escolar no âmbito das situações de ensino clínico do curso de enfermagem possibilitaria ao aluno de enfermagem uma intervenção de proximidade com os alunos dos diferentes ciclos de aprendizagem ampliando, deste

modo, o seu campo de conhecimentos, de competências, de intervenção e de contato, bem como a oportunidade de desenvolver atividades de EpS. Em paralelo, o contexto escolar tornar-se-ia, para o aluno de enfermagem, promotor do desenvolvimento do trabalho em parceria com os professores, com os pais e encarregados de educação e respetivas estruturas representativas. Acreditamos que é através da organização e sistematização da colaboração entre as escolas, as organizações de saúde, as famílias e as comunidades que poderá haver uma EpS efetiva, contextualizada e conducente à promoção da saúde nas crianças e jovens.

Planear momentos conjuntos de reflexão entre os alunos de enfermagem e professores no âmbito da EpS em contexto escolar seria útil e uma fonte de aprendizagem para um planeamento de estratégias de intervenção adaptadas à comunidade escolar. Estes momentos permitiriam identificar pontos fortes, partilhar boas práticas, aferir conceitos e linguagem e sugerir melhorias. Profissionais da saúde e da educação deverão refletir e criar condições de abertura dos serviços de saúde, de educação e de si próprios aos novos desafios da sua profissão face à EpS em contexto escolar.

Um dos pilares no desenvolvimento de respostas aos novos desafios que são colocados nesta área é, indiscutivelmente, a formação pedagógica dos profissionais de saúde mais especificamente a dos enfermeiros. Na prática educacional em saúde, está inerente à função de educador desenhar e planear atividades de EpS adequadas ao público-alvo e aos objetivos a atingir, implementar as ações planeadas e avaliá-las. Estas ações pressupõem a tomada de um conjunto de decisões que se relacionam com o ensino a adotar, as competências a desenvolver, a forma de relacionar as áreas temáticas da EpS com os conteúdos de outros domínios, a seleção dos métodos e estratégias de ensino-aprendizagem mais adequados, a mobilização dos recursos a utilizar e a avaliação dos processos pedagógicos e produtos de aprendizagem, entre outras decisões. Explicitar as razões que presidem às decisões tomadas e justificar as opções assumidas não só é desejável como é essencial a um profissional, o que legitima a necessidade de se fomentar a formação pedagógica teórica e prática dos futuros profissionais de enfermagem.

Associado a este processo está a constatação da complexidade do comportamento humano, já descrito por nós, e o facto de as pessoas não mudarem os seus comportamentos de risco apenas porque alguém lhes dá a indicação da necessidade de mudança ou lhes fornece informação atualizada. O recurso recorrente a sessões de EpS

de cariz informativo e descontextualizadas estão, em parte, na base da falta da eficácia do método de intervenção e educação para a saúde em termos de mudança efetiva de comportamentos (Rodrigues et al., 2005). Os conhecimentos científicos e técnicos que os profissionais de saúde possuem podem ser insuficientes para que ocorra uma mudança nas crenças, atitudes ou comportamentos das crianças e jovens. Estes pressupostos fazem com que a estratégia psicológica e pedagógica em EpS seja determinante para que se obtenha a adesão dos sujeitos à mensagem (Rodrigues et al., 2005). Esta realidade complexa exige, da parte do educador de saúde, uma preparação prévia adequada, incluindo o desenvolvimento de habilidades, capacidades e competências pessoais, sociais e pedagógicas na área. Torna-se, assim, necessário que a abordagem atual da formação dos enfermeiros ajude os futuros profissionais de saúde a desenvolverem competências pedagógicas e didáticas para que sejam capazes de colocar em prática intervenções eficientes e eficazes na promoção de saúde das crianças e jovens. Esta ajuda poderia passar, numa primeira fase, pela organização de momentos de formação em contexto de prática simulada. Estas sessões em sala de aula, com grupos pequenos de formandos permitiriam simular contextos de EpS, em que se desenvolvem sessões educativas a grupos específicos e a oportunidade de treinar técnicas e procedimentos de modo a contribuir para uma maior segurança na sua realização.

No processo de EpS em contexto escolar há um envolvimento e uma interação com um público muito específico, que é composto essencialmente por crianças e jovens, com o intuito de melhorar as suas competências pessoais e psico-sociais e de capacitá-las para a tomada de decisão consciente em matéria de saúde. Este facto associado a valores e aspetos de ordem cultural e religiosa, entre outros, justifica que se promovam na formação em enfermagem espaços de reflexão sobre as questões éticas e deontológicas associadas à EpS.

Como implicação a nível do currículo, parece-nos possível, no processo de formação dos futuros educadores para a saúde, proporcionar as ferramentas necessárias para a compreensão dos processos educativos, salvaguardar o desenvolvimento de competências que lhes permitam organizar, planear e executar ações e projetos de intervenção de forma integrada e continuada com vista à promoção da saúde das pessoas. Parece-nos, igualmente, possível fomentar a EpS como foco da intervenção em enfermagem enquadrada numa perspetiva mais holística, participativa, crítica e emancipatória. Com as propostas de formação agora avançadas pretende-se que

profissionais diretamente ligados à EpS estejam devidamente informados e tenham a oportunidade de refletirem sobre ela.

Face aos desafios que a evolução constante suscita aos profissionais, torna-se necessário que o currículo salvguarde o desenvolvimento de competências para uma procura da qualidade, equidade, eficiência e eficácia do desempenho do futuro profissional de saúde. Uma perspectiva socio construtivista da educação em que o indivíduo é o ator e em que o conteúdo é contextualizado e baseado na resolução de problemas deverá estar cada vez mais presente nas intenções curriculares.

A formação ao longo do exercício profissional é também essencial, sublinhando-se, neste contexto, a importância de apoiar os profissionais da saúde e da educação na aquisição de competências ou de conhecimentos necessários ao desenvolvimento das suas práticas de EpS em contexto escolar. Importa utilizar estratégias promotoras de uma tomada de consciência das características que se evidenciaram nos seus discursos em relação à EpS e às conceções a ela associadas e implícitas no relato das suas práticas. É fundamental refletirem criticamente sobre elas e adaptarem aos seus contextos novos conhecimentos e novas formas de intervenção. Nesse sentido, a formação que tenha como ponto de partida a análise de necessidades de formação, passíveis de serem discutidas, problematizadas, refletidas e negociadas é um caminho para que estas questões encontrem um espaço de debate, de modo a contribuir para uma mudança positiva nas práticas de EpS. Consideramos que a formação contínua é essencial para o desenvolvimento de uma EpS mais crítica, participativa e emancipatória, partindo do princípio de que esta decorre da e com a participação dos diferentes atores envolvidos, dos seus problemas, dificuldades e das suas expetativas.

Para além destas considerações não se deixou de apreciar que as implicações deste estudo se estendem também à investigação. A necessidade de se intervir cada vez mais de forma precoce nas crianças e jovens, com vista a aumentar os ganhos em saúde, faz com que a EpS em contexto escolar se apresente como um eixo prioritário de investigação. É fundamental a produção de conhecimento científico útil que possa ser transferível para a sua prática. A investigação nesta área poderá contribuir para o desenvolvimento de recursos de intervenção inovadores e determinantes para ganhos em saúde nas crianças e jovens. Neste sentido parece-nos pertinente que a realização de estudos que contemplam esta temática será certamente uma mais-valia para a formação e para a prática profissional dos enfermeiros, tais como por exemplo: as conceções de saúde em relação com as práticas dos profissionais de saúde em matéria de EpS; os

modelos de formação que norteiam a formação dos estudantes de enfermagem na sua prática clínica; os modelos de parceria entre as escolas e as instituições de saúde; o trabalho em equipa pluridisciplinar; a participação dos pais/família nas atividades de EpS. Por outro lado, auscultar a opinião dos alunos de enfermagem e a dos seus professores relativamente às áreas de interesse neste domínio de formação constitui um foco relevante a considerar na realização de estudos futuros.

Antes de terminarmos a nossa reflexão acerca da investigação realizada, consideramos ser este o momento para identificar as limitações que fomos sentindo ao longo da sua realização. Assim, uma das limitações inerentes ao trabalho prende-se com a natureza do quadro conceptual adotado. O facto de optarmos por estudar as necessidades de formação em EpS em contexto escolar a partir da expressão das expectativas dos participantes, ainda que corresponda a uma perspetiva possível e necessária, não elimina outros modos de abordagem igualmente necessários e legítimos. Admitimos que o estudo das necessidades centrado nos contextos das instituições de saúde e de educação, no sentido da realização de projetos globais e interdisciplinares no âmbito da EpS na escola, e o estudo das necessidades centrado na definição dos interesses coletivos do grupo de professores e do grupo de enfermeiros, no sentido de um estatuto de maior especialização nas situações de trabalho relacionadas com a EpS em contexto escolar, contribuiria para a uma visão mais abrangente do fenómeno em estudo. O estudo das necessidades que tivesse em conta estes dois níveis traria reflexos futuros na conceção de um plano de formação mais efetivo que correspondesse às exigências destes diferentes posicionamentos relativamente às necessidades e à formação.

Embora este trabalho contribua para a compreensão do fenómeno da EpS em contexto escolar estamos conscientes da necessidade da utilização em tempo útil dos seus resultados para a formação dado o carácter dinâmico e mutável das necessidades. A EpS em contexto escolar está em constante evolução, de modo que as necessidades sentidas pelos participantes terão um carácter evolutivo. Esta realidade mutante imprime uma natureza provisória a qualquer estudo sobre necessidades. Contudo, e no nosso entender, este risco não elimina a necessidade de um esforço de análise prévio que contribua para uma reflexão mais ampla sobre a formação. A heterogeneidade de participantes envolvidos neste estudo que se reflete na diversidade de experiências profissionais e pessoais leva-nos a admitir que é imprescindível ouvir as suas

expectativas interesses e necessidades no que se refere à EpS em contexto escolar, no intuito de se oferecer formação na área.

Apesar das limitações expostas consideramos que a perspectiva escolhida e as opções metodológicas assumidas contribuirão para um estudo que permite compreender a problemática inicialmente avançada e contribuir para processos formativos na área.

Em suma, podemos referir que foi possível, ao longo deste estudo, identificar necessidades de formação, compreender melhor as práticas realizadas no campo da EpS em contexto escolar e vislumbrar as concepções de EpS que as norteiam. A aproximação efetuada a esta realidade permite-nos sugerir que a EpS em meio escolar deve ser contextualizada. Ou seja, as práticas de EpS ganharão amplitude e profundidade se forem considerados os contextos da sua ação e a influência dos fatores sociais e ambientais no processo de saúde/ doença, partindo, nós, do pressuposto de que, o que foi expresso pelos participantes não será de todo independente das formas de pensamento que estes constroem e partilham

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Alonso, L. & Uribe, C. (2010). La educación para la salud, un reto actual. Health's education as an actual challenge. *Salud Uninorte, Medical Journals* 26 (1), 1- 4.
- Alves, A. (1999). Educação para a saúde em meio escolar. *O Professor*, 67, 3-30.
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de enfermagem perspectivas de desenvolvimento. *Pensar em Enfermagem*, 13, 2-12.
- American Association of Colleges of Nursing (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Washington: One Dupont Circle.
- Antunes, M.C. (2008). *Educação, saúde e desenvolvimento*. Coimbra: Almedina
- Avanzini, G. (2001). *L'Éducation dès adultes*. Paris: Anthropos.
- Ávila-Agüero, M. L. (2009). Hacia una nueva salud pública: Determinantes de la salud. *Acta Médica Costarricense*, 51(2), 71-73.
- Barbier, J. M., Lesne, M. (1986). *L'analyse des besoins en formation*. Paris: Robert Jauze.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barroso, J. (1998). *Para o desenvolvimento de uma cultura de participação na escola*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional - Cadernos.
- Behrens, M. (2007). O paradigma da complexidade na formação e no desenvolvimento profissional de professores universitários. *Educação*, 3(63), 439-455.
- Behrens, M. et al. (2005). Educação, formação profissional docente e os paradigmas da ciência. *Olhar de professor*, 8(2), 93-106.

- Behrens, M. & Oliari, A. (2007). A evolução dos paradigmas na educação do pensamento científico tradicional a complexidade. *Revista diálogo educacional*, 7(22), 53-66.
- Bevis, E. O. & Watson, J. (2005). *Rumo a um curriculum de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (2007). *Qualitative research for education: an introduction to theory and methods* (5ªed.). Califórnia: Pearson/Allyn and Bacon.
- Bourgeois, É. (1991). L'analyse des besoins de formation dans les organisations: un modèle théorique et méthodologique. *Mesure et évaluation en éducation*, 14 (1), pp. 17-60.
- Bradshaw, J. (1972). The concept of social need. *New Society*, pp. 640-643.
- Burns, N., & Grove, S. (2005). *The practice of nursing research. Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis: Elsevier/Saunders.
- Canário, R. (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In R. Canário (Org.). *Formação e situações de trabalho* (pp.119-146). Porto: Editora.
- Capra, F. (1996). *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos seres vivos*. S. Paulo: Cultrix.
- Carmo, I. et al. (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews*, 7(3), 233-237.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2010). Efeito da formação nas concepções de saúde e de promoção da saúde de estudantes do ensino superior. *Revista portuguesa de saúde pública*, 18(2), 161-170.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. S. (2004). Educação para a saúde: diagnóstico das necessidades de formação dos enfermeiros. *Revista portuguesa de saúde pública*, 22(1),57-69.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. S. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência.

- Carvalho, A. (2007). *Promoção da saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. (Tese de Doutoramento em Estudos da Criança - Ciências da Educação). Braga: Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho.
- Carvalho, A., Carvalho, G. & Rodrigues, V. (2012). Valores na educação em saúde e a formação profissional. *Trabalho. Educação. Saúde*. 10(3), 527-540 em: <http://hdl.handle.net/1822/20880>
- Carvalho, G. S. & Berger, D. (2012). School Health Education Nowadays. *Cultural Perspectives in Science Education*, 5, 309-34.
- Carvalho, G. S.; Clément, P. & Berger, D. (2009). Educação para a saúde: concepções de professores de 16 países europeus, africanos e do próximo oriente. In Bonito, J., (Org). – *Educação para a saúde no século XX: teorias, modelos e práticas: atas do Congresso Nacional de Educação para a Saúde, 2, Évora, 2008* (pp.527-540). Évora: Universidade de Évora.
- Carvalho, G.S. (2012). Health Education in Portuguese Schools. *Health Education in Context*, 37- 46.
- Carvalho, G.S. et al. (2007). Health education approaches in school textbooks of 16 countries: biomedical model versus health promotion. In *Proceedings of IOSTE conference critical analysis of school sciences textbooks*, Tunisia.
- Carvalho, G.S. et al. (2008). Comparing health education approaches in textbooks of sixteen countries. *Science Education International*, 19, 133 – 146.
- Cervo, A. L., Bervian, P. A. (2002). *Metodologia científica* (5ª ed.). S. Paulo: Prentice Hall.
- Colliére, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa. SEP.
- Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde CDSS. (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Lisboa: Organização Mundial da Saúde em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por_contents.pdf

- Commission of the European Communities. (2007). *White paper. Together for health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*. Brussels em: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf
- Commission of the European Communities. (2007a). *Commission staff working document. Document accompanying the white paper together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013*. Brussels em: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/working_doc_strategy.pdf
- Correia, J., Lopes, A., & Felgueiras, J. (1994). *Análise de necessidades de formação profissional de professores*. Porto: ME / DEB em: <http://hdl.handle.net/10216/54209>
- Creswell, J. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). London: SAGE Publications, Inc.
- D'Epiney, L. (2008). Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. *Sífito/ revista de ciências de educação*, 6, pp. 7-20.
- De Ketele, J., Chatrette, M., Cros, D., Mettelin, P., & Thomas, J. (1994). *Guia do formador*. Lisboa: Horizontes pedagógicos.
- Declaração de Vilnius. (2009). *3ª Conferência Europeia de Escolas Promotoras de Saúde: Melhores escolas, escolas mais saudáveis*. Junho. Lituânia em: http://www.schoolsforhealth.eu/upload/Vilnius_resolution_Portugees.pdf
- Delors, J. et al. (2006). *Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a educação para o século XXI* (10ª ed.). S. Paulo: UNESCO.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2003). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Collecting and interpreting qualitative materials* (2nd ed.) (pp 1-45). Thousand Oaks: Sage.
- Direção Regional de Saúde. (2009). *Plano Regional de Saúde 2009-2012*. Região Autónoma dos Açores. DRS.

- Duarte J., Nelas P. & Ferreira M. (2006). Educação para a Saúde Reprodutiva: Um contributo para a melhoria da qualidade de cuidados-Prémio NUK 2006. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 7, 25-26.
- Eder, D. & Fingerson, L. (2003). Interviewing children and adolescents. In J. A. Holstein, J. F. Gubrium. *Inside interviewing, new lenses, new concerns* (pp.33-53). London: Sage Publications.
- Education Committee of the Association of Community Health Nurse Educators Public Health Nursing. (2010). Essentials of Baccalaureate Nursing Education for Entry-Level Community/Public Health Nursing. *Wiley Periodicals*, 27 (4), 371–382.
- Esteves, M. (1999). *A Investigação enquanto estratégia de formação de professores*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Tese de Doutoramento (dact).
- Esteves, M. (2006). Análise de conteúdo. In J. Lima & J. Pacheco (Orgs.). *Fazer investigação. Contributos para a elaboração de dissertações e teses* (pp. 105-126). Porto: Porto Editora.
- Estrela, M.T., Madureira, I. & Leite, T. (1999). Processos de identificação de necessidades - uma reflexão. *Revista de Educação*, 8(1), 29-49.
- Estrela, M.T.; Rodrigues, A.; Moreira, J.& Esteves, M. (1998). Necessidades de formação contínua de professores: uma tentativa de resposta a pedidos de centros de formação. *Revista de Educação*, 7(2), pp. 129-149.
- Fabre, M. (1994). *Penser la formation*. Paris: Puf.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 16, 84-89.
- Fawcett, J. (2000). Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Ferreira, J. Carpin, L. & Behrens, M. (2010). Do paradigma tradicional ao paradigma da complexidade: um novo caminhar na educação profissional. *R. Educ. Prof*, 36(1), 51- 59.

- Ferry, G. (2003). *El trayecto de la formación. Los enseñantes entre la teoría y la práctica*. Barcelona: Ed. Piados S.A.
- Figueiredo, M., Neto, J. & Leite, M. (2009). Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 117-121.
- Figuerola, I., Farías, M. & Alfaro, N. (2004). Educación para la salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1, 44 - 48.
- Forbes, M. O. & Hickey, M. T. (2009). Curriculum reform in baccalaureate nursing education: review of the literature. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6 (1) Pages – ISSN (Online).
- Fortin, M. F. (2008). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fundação Nacional de Saúde FUNASA. (2007). *Educação em saúde. Diretrizes*. Brasília: Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde. Ascom/Presi/Funasa/MS.
- Fundação para o Desenvolvimento da Enfermagem FUDEN. (2004). *Enfermería y educación para la salud*. Madrid: Aula virtual em: <http://www.fuden.es/>.
- Galvani, P. (1991). *Autoformation et fonction de formateur. Des courants théoriques aux pratiques de formateurs les ateliers pédagogiques personnalisés*. Lyon: Chronique Sociale.
- Galvani, P. (2002). A autoformação, uma perspectiva transpessoal, transdisciplinar e transcultural. In A. Sommerman; M. Mello & V. Barros (Org.). *Educação e transdisciplinaridade II*, (93-122). S. Paulo: Conselho Editorial da UNESCO no Brasil.
- Galvani, P. (2013). Prefácio. In B. Honoré. *L'ouverture spirituelle de la formation* (pp. 5-13) Paris: L' Harmattan.
- García, C. (1999). *Formação de Professores. Para uma mudança educativa*. Porto: Porto Editora.

- García, J., Owen, E., Alarcón. (2005). Aplicación del modelo PRECED-PROCEED para el diseño de un programa de educación en salud. *Psicología y Salud, 15*, 135-151.
- Gairín, J. (2010). La evaluación del impacto en programas de formación. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 8(5)*, 20-43. Em <http://www.rinace.net/reice/numeros/arts/vol8num5/art1.pdf>
- Gaspar, P. (2006). *Efetividade da educação para a saúde no comportamento alimentar dos adolescentes e jovens estudantes*. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde de Leiria em: <http://hdl.handle.net/10400.8/100>
- Gavídea, V. & Rodes, M. (1996). Tratamiento de la Educación para la Salud como materia transversal. *Didáctica de las Ciencias Experimentales, 9*, 7-16.
- Ghiglione, R., & Matalon B. (2001). *O inquérito: teoria e prática* (4ºed.). Oeiras: Celta Editora.
- Giddens, J. et al. (2008). A new curriculum for a for a new era of nursing education. *Nursing Education Perspectives, 29* (4) Online em: <http://www.questia.com/library/1P3-1538660611/a-new-curriculum-for-a-for-a-new-era-of-nursing-education>
- Giddens, J. & Brady, D. (2007). Rescuing nursing education from content saturation: a case for a concept-based curriculum. *Journal of Nursing Education, 46(2)*, 9-65.
- González de Haro, M. (2008). La educación para la salud: “asignatura pendiente” para la escola. *O XXI, Revista de Educação, 10*, 123-136.
- González, M.I.S. (2002). La educabilidad de la salud. Tiene importancia la educación para la salud en nuestra sociedade. In M.I.S González (coord). *La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud* (2ª ed.) (pp.23-30). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Green, W. & Morton, B. (1988). *Education para la salud*. Méhico: Interamericana McGraw-Hill.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo, sentidos e formas de uso*. Estoril: Príncipe Editora, Lda.

- Heady, S. (2006). Health education. In C. L. Edelman & C. L. Mandle (Eds.). *Health promotion throughout the life span* (6ªed.) (p. 219- 225). St Louis: Mosby Elsevier.
- Honoré, B. (1980). *Para una teoría de la formación*. Madrid: Narcea.
- Honoré, B. (2002). *A saúde em projeto*. Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2013). *L'ouverture spirituelle de la formation*. Paris: L' Harmattan.
- Im, E., & Meleis, A. (1999). Situation-specific theories: philosophical roots, properties, and approach. *Advances in Nursing Science*, 22 (2), 11-24
- Institute of Medicine. (2010). *The future of nursing focus on education*. Washington: IMO.
- Instituto Nacional de Estatística, (2009). *Projeções de população residente em Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65946767&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística, (2012). *Censos 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUEsdest_boui=107624784&DESTAQUEstema=55466&DESTAQUEsmodo=2
- International Union for Health Promotion and Education IUHPE. (2000). *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: ConFigurando la salud pública en una nueva Europa. Un informe de la unión internacional de promoción de la salud e educación para la salud para la Comisión Europea*. Parte dos. Libro de evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- International Union for Health Promotion and Education IUHPE. (2008). *Construindo escolas promotoras de saúde: diretrizes para promover a saúde em meio escolar*. Saint-Denis Cedex: IUHPE em: www.iuhpe.org
- Jarauta, M. J. P., Ozcoidi, M. E., Irure E. A. & San Martín, J. C. (2006). *Manual de Educación para la Salud*. Navarra: ONA Industria Gráfica.

- Jourdan, D. (2011). *Health education in schools. The challenge of teacher training*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action.
- Josso, M.C. (2002). *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa.
- Josso, M.C. (2011). *Expériences de vie et formation*. Paris: L'Harmattan.
- Kauffman, R. (1973). *Planificación de sistemas educativos. Ideas básicas concretas*. Mexico: Ed. Trillas, S.A.
- Kérouac, S. et al. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson, S.A.
- Kuhn, T. (2001). *A estrutura das revoluções científicas*. 16. ed. S. Paulo: Perspetivas.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Lapoint, J. (1992). *La conduit d'une etude de besoins en éducation et en formation: une approche systémique*. Québec: L'Université du Québec.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde. Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidactica.
- Leavell, H. R., Clark, E. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach*. New York: McGraw- Hill Book.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lima, J. (2006). Ética na investigação. In J. Lima & J. Pacheco (orgs.). *Fazer investigação. Contributos para a elaboração de dissertações e teses* (pp. 127-159). Porto: Porto Editora.
- Lopes, M. (1999). *Conceções de Enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Coimbra: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- López-Gamiño, M.; Alarcón- Armendáriz, M. & Cepeda-Islas, M. (2010). La educación para la salud y las diversas mediaciones comunicativas que intervienen. *Perinatología y Reproducción Humana*, 24(2), 140-145.

- López Santos, M.V. (2000). Educación para la salud en la escuela. In Frias Osuna, A. *Salud pública y educación para la salud*. Madrid: Masson.
- Martin, C. (2000). Cuidados de enfermagem e complexidade, complexidade e cuidados de enfermagem. In M. Costa, M Mestrinho, & M. Sampaio (Org.). *Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação. Balanço de um projeto* (pp. 14-25). Lisboa: Ministério da saúde/ Departamento de Recursos Humanos de Saúde.
- Martín, J. L., Fernández, M. M. & García, R. M. (2007). Metodología en educación para la Salud. In R. M. García. *Fundamentos de la educación para la salud y la atención primaria* (pp.69-84). Madrid: Editorial CEP.
- Martínez, A.G., Carreras, J.S., & González de Haro, A.E. (2000). *Educación para la salud: La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán Ediciones S.A.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.
- Matos, M.G, Simões, C., Tomé, G., et al. (2010). *A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL.
- Mckillip, J. (1987). *Need Analysis. Tools for the human services and education*. London: Sage Pub. Inc.
- Meignant, A. (2009). *Manager la formation*. (8ª éd.). Paris: Éditions Liaisons.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing. Development progress*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mestrinho, M. (2011a). *Profissionalismo docente: competências dos professores de enfermagem*. Tese de doutoramento em Educação: área de Formação de Professores.Instituto de Educação. Lisboa: Universidade de Liboa.
- Mestrinho, M. (2011b). Modelos de formação em enfermagem e desenvolvimento curricular: Transição para um novo profissionalismo docente, *Pensar Enfermagem* 16(2), 1-30.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis*. (2ª ed.). London: SAGE Publications.

- Ministério da Educação & Ministério da Saúde. (2000). *O que é a saúde na escola. Guião orientador. Escolas promotoras da saúde*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Ministério da Educação & Ministério da Saúde (2001). *A rede nacional de escolas promotoras de saúde*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação, Ministério da Saúde.
- Ministério da Educação & Ministério da Saúde. (2006). *Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde* em: http://apei.no.sapo.pt/novo/novidades/Protocolo%20ME_MS.pdf
- Ministério da Educação e do Desporto & Secretaria de Educação Fundamental. (1998). *Parâmetros curriculares nacionais de educação para a saúde*. Saúde. Brasília: MEC/SEF em: portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf
- Ministério da Educação. (1998). *A rede europeia de escolas promotoras de saúde*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Ministério da Educação. (1999). *Promover a saúde da juventude europeia – educação para a saúde nas escolas. Manual de formação para professores e outros profissionais que trabalham com jovens*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Ministério da Educação. Grupo de Trabalho de Educação Sexual. (2007). *Relatório final*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Ministério da Saúde & Direção Geral da Saúde. (2002). *Ganhos de saúde em Portugal. Ponto da situação. Relatório do diretor geral e alto-comissário da saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde & Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Vol. I - Prioridades, Vol. II - Orientações estratégicas - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf
- Ministério da Saúde. (2002). *As cartas da promoção da saúde*. Série: textos básicos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. (2006). *Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2000). *Relatório de atividades – Rede nacional de escolas promotoras de saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde – Direcção Geral de Saúde – Divisão de Saúde Escolar.
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano nacional de saúde 2004-2010*. Volume 1. Prioridades e Volume 2. Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2006). *Plano nacional de saúde escolar*. Lisboa: Ministério da Saúde – Direcção Geral de Saúde – Divisão de Saúde Escolar.
- Ministério da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - resumo executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Ministério da Saúde. (2009a). *Participação do ministério da saúde no cenário internacional da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009b). *Saúde na escola*. Cadernos de Atenção Básica, n.º24. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde em: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- Moore, R. (2011). Desigualdades e desvantagens na saúde. In H. Cooke & S. Philpin (Eds.). *Sociologia em enfermagem e cuidados de saúde*. (pp. 161-176). Loures: Lusociência.
- Moraes, M. (2002). *O paradigma educacional emergente*. 8ª ed. Campinas/SP: Papirus.
- Moreno, A. S., García, E. R. & Campos, P. M. (2000a). Conceptos en educación para la salud. In A. S. Moreno, E. R. García, & P. M. Campos (Dir.). *Enfermería comunitária* (vol. 3, pp. 155-168). Madrid: McGraw-Hill.
- Moreno, A.S., García, E.G, & Campos, P. M. (2000b). Participación comunitaria en la salud. In L. Mazarrasa, A. Moreno, C. Bes, A. García, A. Tormo, & V. Aparicio.

Enfermería Profesional: Salud Pública y Enfermería Comunitaria (pp. 417-454). Madrid: McGRAW- HILL Interamericana.

Moreno, A.S., García, E.G, & Campos, P. M. (2000c). Paradigmas y modelos en educación para la salud. In L. Mazarrasa, A. Moreno, C. Bes, A. García, A. Tormo, & V. Aparicio. *Enfermería Profesional: Salud Pública y Enfermería Comunitaria* (pp. 455-479). Madrid: McGRAW Interamericana.

Moreno, A.S., García, E.R, Estévez, V. S., & Campos, P. M. (1995). Estructuras de racionalidade en educacion para la salud: Fundamentos y sistematizacion. *Rev San Hig Púb*, 69, 5-15 em: <http://www.msc.es>.

Morin E. (1992). *O Método IV. As ideias: a sua natureza, vida habitual e sua organização*. Sintra: Europa América.

Morin E. (1996). *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Morin E. (2000). *Os sete saberes necessários à educação de futuro*. S. Paulo: Cortez.

Morin E. (2001). *A religação dos saberes: o desafio do século XXI*. Rio de Janeiro: Bertrand.

Morin E. (2002). *Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios*. S. Paulo: Cortez.

Morin E. (2006). *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina.

Morse, J. M. (2007). *Aspetos essenciais de metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: FORMASAU.

Munhall, P. (2007). A Phenomenological Method. In P. Munhall (Ed.), *Nursing research: a qualitative perspective* (pp. 145-210). Sudbury: Jones and Bartlett.

Navarro Cano, A. M., Castillo Bueno, H. M. & Vilchez Melgarejo, J. L. (2007). Definiciones en educación para la salud. Agentes de salud. In R. M. García. *Fundamentos de la educación para la salud y la atención primaria*, (pp.23-46). Madrid: Editorial CEP.

- Navarro, M. F. (1995). *Modelos de intervenção em saúde na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário*. Lisboa: Programa de Promoção e Educação para a Saúde. (Documento policopiado).
- Navarro, M. F. (2000). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. In J. Precioso et al. (Eds.). *Educação para a saúde* (2ª ed.) (pp. 13- 28). Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Newman, M. A. (1991). Prevailing paradigms in nursing. *Nursing Outlook*, 40, 10-13, 32.
- Newman, M., Sime, A., & Corcoran-Perry, S. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(1), 1-6.
- Nogueira, M. (1990). *História da Enfermagem*. 2ª ed. Porto: Edições Salesianas.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Lisboa: Lusociência.
- Nunes, L. (2007). Olhar no sentido do futuro: do que temos ao que queremos- na encruzilhada do presente. *Percursos, número especial*, 36-42.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2012). *Relatório anual 2010: a evolução do fenómeno da droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Onega, L. L.; Devers, E. (2011). Educação para a saúde e processo de grupo. In M. Stanhope & J. Lancaster (Eds.). *Enfermagem de Saúde Pública* (7ª ed.) (747-752). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento concetual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Divulgar – Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enfermagem portuguesa implicações na adequação ao processo de Bolonha no atual quadro regulamentar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Plano estratégico do ensino de enfermagem 2008-2012*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estatuto*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2000). *Les infirmières et les sage-femme un atout pour la santé*. Copenhague: OMS.
- Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. Lisboa: Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal.
- Organização das Nações Unidas. (2000). *Declaração do Milénio*. Lisboa: Centro de Informação das Nações Unidas.
- Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Otava para a promoção da saúde*. Lisboa: Divisão da Educação para a Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Relatório mundial de saúde: cuidados de saúde primários agora mais que nunca*. Lisboa: Ministério da Saúde em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Relatório Mundial da Saúde – financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*. Lisboa: Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) em: http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2010a). *Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas*. Governo da Austrália Meridional, Adelaide: Organização Mundial de Saúde.

- Oro, R. (1990). *Evaluación de programas en orientación educativa*. Madrid: Edições Pirâmide, S.A.
- Pacheco, S. (2011). *Desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem. Uma teoria explicativa*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- Pan American Health Org. (2000). *Desafios para la educación en salud pública: la reforma setorial y las funciones esenciales de salud pública*. Washington DC: OMS.
- Pardal, M. (1990). Educação para a saúde – conceitos e perspectivas. *Saúde e Escola*, 6, 11-14.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3ª ed.). London: SAGE Publications, LTD.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de Enfermagem*. Lisboa: Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde.
- Pereira, H. (2005). *Conceções de enfermagem e desenvolvimento cognitivo*. Ponta Delgada: Nova Gráfica, Lda.
- Pereira, H. (2008). Percursos em enfermagem transições e identidade profissional – uma abordagem a partir dos resultados da investigação. In J. Lima & Pereira, H. (Orgs) *Políticas públicas e conhecimento profissional a educação e a enfermagem em reestruturação* (pp.165-182). Porto: Livpsic.
- Pereira, H. (2011). *Subitamente cuidadores informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Pereira, H.; Nunes, L.; Rocha, M. & Barbieri, M. (2008). A educação em enfermagem em Portugal. *Ordem dos enfermeiros*, 28 (3), 42- 45.
- Pfetscher, S. A. (2004). Florence Nightingale: enfermagem moderna. In. A. Tomey, & M. Alligood (Eds). *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp.73-93). Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas.

- Philpin, S. (2011). Noções de saúde, doença risco e corpo. In H. Cooke & S. Philpin (Eds.). *Sociologia em enfermagem e cuidados de saúde*. (pp. 161-176). Loures: Lusociência.
- Pineau, G. (1991). La formation expérientielle et théorie tripolaire de la formation. In B. Courtois & G. Pineau (Coord.). *La formation expérientielle des adults*, (pp. 29-40). Paris: La Documentation Francaise.
- Pineau, G. (2011). Prefácio. In M.C. Josso (2011). *Expériences de vie et formation* (11-15). Paris: L'Harmattan.
- Pineau, G. & Patrick, P. (2006). Investigaciones transdisciplinarias em formación. In: *Jornada de Innovación Universitária: Transdisciplinaridade*. Barcelona: Universidade de Barcelona.
- Piper, S. (2009). *Health promotion for nurses: theory and practice*. New York: Taylor & Francis Group.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem, métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed.). S. Paulo: Artmed Ed.
- Precioso, J. (2004). Educação para a saúde na universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Ensenanza de las Ciências*, 3 (2), 161-170.
- Precioso, J. (2009). As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação*, 32 (1), 84-91.
- Quesada, R. P. (2004). *Educación para la salud: reto de nuestro tiempo*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Quesada, R. P. (2009a). Promoción y educación para la salud. Algunos pilares básicos. In Quesada, R. P. (dir.). *Promoción y educación para la salud: Tendencias inovadoras*, (pp.3-26). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Quesada, R. P. (2009b). La escuela como el cenário para um desarrollo saludable. In R. P. Quesada (dir.). *Promoción y educación para la salud: Tendencias inovadoras*, (pp.123-148). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (4ªed.). Lisboa: Gradiva.
- Riera, J. R. (2011). Intervención comunitária en la escuela. *Revista Rol Enfermería*, 34(1), 42-49.
- Rochon, A. (1996). *Educación para la salud: Un guia práctico para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.
- Rodrigues, Â. (1999). A análise de necessidades de formação como estratégia de promoção de uma prática reflexiva na formação contínua de professores Comunicação apresentada na Conferência "*Behind the Rhetoric, the Realities of Teacher Education: Successful Networking in Teacher Education in Europe*", em 05.1999 – Universidade Católica Portuguesa. em <http://tntee.umu.se/lisboa/papers/full-papers/pdf/f6-rodrigues-pt.pdf>
- Rodrigues, Â. (2001). *A formação de formadores para a prática na formação inicial de professores*. Comunicação apresentada no Seminário Modelos e Práticas de Formação Inicial de Professores, em 10.2001 – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa em: <http://www.educ.fc.ul.pt/recentes/mpfip/pdfs/arodrigues.pdf>
- Rodrigues, Â. (2006). *A análise de necessidades de formação contínua dos professores: um contributo para a prática da diferenciação pedagógica*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Rodrigues, Â. (2006a). *Análise de práticas e de necessidades de formação*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Rodrigues, Â. & Esteves, M. (1993). *A análise de necessidades na formação de professores*. Porto: Porto Editora.
- Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J. & García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Ediciones Algibe, S.L.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.

- Rodríguez, M. & Padial, A. (2008). Formación. In M. Rodríguez & A. Padial (Coord.). *Psicología de los recursos humanos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Roldão, M. C. (1994). *O Pensamento concreto da criança: Uma perspectiva a questionar no currículo*. Lisboa: IIE.
- Roldão, M. C. (2004). Transversalidade e especificidade no currículo: Como se constrói o conhecimento?. *Infância e Educação: Investigação e Práticas*, 6, 61-72.
- Roldão, M.C. (2009). *Estratégias de ensino: o saber e o agir do professor*. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão.
- Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.
- Sampaio, D., Baptista, I., Matos, M. & Silva, M. (GTES). (2005). *Relatório Preliminar*. Lisboa: Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Ministério da Educação.
- Sanmartí, L.S. (1988). *Educación Sanitaria: principios, métodos e aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Santos, B. S. (2007). *Um discurso sobre as ciências* (15ª ed.). Porto: Afrontamento.
- Santos, B.S. (2002). *Introdução a uma ciência pós moderna* (6ªed.). Porto: Afrontamento.
- Santos, J. (2008). *O formador moderno e a organização formadora*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Santos, V. L. (2000). Marco conceptual de educación para la salud. In A.F. Osuna (Eds). *Salud pública y educación para la salud* (pp. 341-352). Barcelona: Masson.
- Santos, V. & Osuna, A. F. (2006). Concepto de la salud pública. In A. Osuna. *Salud pública y educación para la salud* (3-14). Barcelona: Elsevier Masson.
- Secretaria Regional da Educação e Formação & Secretaria Regional da Saúde. (2012) *Portaria n.º 105/2012 de 12 de Outubro de 2012*. Jornal Oficial da Região Autónoma dos Açores n.º 158, I.ª série.

- Secretaria Regional da Saúde. Direção Regional de Saúde. (2010). *Programa regional de saúde escolar e de saúde infanto-juvenil*. Angra do Heroísmo: Direção Regional de Saúde.
- Serpa, M.S.D. (2006). *Realidades docentes em avaliação da aprendizagem*. Actas em suporte digital do XIV Colóquio da AFIRSE/AIPELF. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Serpa, M. S. D. (2010). *Compreender a avaliação*. Lisboa: Colibri.
- Silva, A. M. (2003). *Formação, percursos e identidades*. Coimbra: Quarteto.
- Soares, M. I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca. Contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Lisboa: Educa / Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Sousa, M. D. (1983). Evolução do ensino de enfermagem em Portugal nos últimos 25 anos. *Servir*, (3), pp. 89-103.
- St Leger, L. (2006). *Health promotion and health education in schools – Trends, effectiveness and possibilities*. Victoria (Australia): Royal Automobile Club of Victoria (RACV).
- St Leger, L., Young I., Blanchard C. (2012). *Facilitating dialogue between the health and education setors to advance school health promotion and education*. Saint-Denis Cedex: IUHPE em: www.iuhpe.org
- St Leger, L., Young I., Blanchard C., Perry M. (2010). *Promover a saúde na escola da evidência à ação*. Saint-Denis Cedex: IUHPE em: www.iuhpe.org
- Stanley, M. & Dougherty, J, (2010). A paradigma shift in nursing education: a new model. *Nursing Education Perspectives*, 31(6), pp. 378-380 em: <http://dx.doi.org/10.1043/1536-5026-31.6.378>
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista* (2º ed.). Loures: Lusociência.
- Stufflebeam, D. et al. (1985). *Conducting Educational Needs Assessment*. Boston: Kluwer-Nijhoff Pub.

- Stufflebeam, D., & Shinkfield, A. (1993). *Evaluación sistemática guía teórica y práctica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Stufflebeam, D., & Shinkfield, A. (2007). *Evaluation theory, models and applications*. S. Francisco: Jossey- Bass.
- Tavares, J.; Alarcão I. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica: Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Almedina
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004a). Significado da teoria para a enfermagem, enquanto disciplina e profissão. In. A. Tomey, & M. Alligood (Eds). *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp.15-34). Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004b). Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In. A. Tomey, & M. Alligood (Eds). *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp.3-14). Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas.
- Tones, K., & Tilford, S. (2001). *Health promotion effectiveness, efficiency and equity*. (3rd ed.).United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.
- UNESCO. (1997). *Promoción y educación para la salud*. Hamburg: Druckerei. Seemann em: <http://www.unesco.org>
- UNICEF. (2004). *A Convenção sobre os direitos da criança* em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Vala, J. (2005) A Análise de conteúdo. In A. S. Pinto, J. M. (Orgs). *Metodologia das Ciências Sociais* (13ª ed.) (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Vasconcellos, M.J. (2002). *Pensamento sistémico: novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.
- Vega, O. G. (2007). *Educación para la salud*. Costa Rica: EUNED.
- Watson, J. (2002a). *Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

- Watson. J. (2002b). *Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviewing*. London: Sage.
- World Health Organization (1999). *Health 21. Health for all in the 21st century*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2001). *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. World Health Organization Regional Publications, European Series, N.º 92.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2002). *Children's health and environment: a review of evidence*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2004). Fourth Ministerial Conference on Environment and Health. "The future for our children". Budapest: World Health Organization em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88577/E83335.pdf
- World Health Organization - Regional Office for Europe. (2010a). *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization - Regional Office for Europe. (2010). *Protecting children's health in a changing environment: Report of the Fifth Ministerial Conference on Environment and Health*. Copenhagen: World Health Organization Office for Europe.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the world health organization*. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006 em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Health Organization. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Divisão da Educação para a Saúde.

- World Health Organization. (1990). *Environment and health: the european charter and commentary*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization em:
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization. (2002). *Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, OMS em:
<http://www.who.int>
- World Health Organization. (2003). *European Strategy for continuing education for nurses and midwives*. Copenhagen: OMS.
- World Health Organization. (2005). *The world health report 2005 - make every mother and child count*. Budapest: World Health Organization em:
<http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>
- World Health Organization. (2006). *Health Promotion Glossary: new terms*. Geneva: World Health Organization em:
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HP%20Glossary%20in%20HPI.pdf>
- World Health Organization. (2007). *Intergovernmental Midterm Review (IMR) of the implementation of Budapest Declaration*. Copenhagen: World Health Organization Office for Europe em:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109813/IMR_Vienna_mtgre_p_en.pdf
- World Health Organization. (2008). *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe em:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/81831/E91655.pdf
- World Health Organization. (2010a). *Evaluation of the national health plan of Portugal*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2010b). *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *Obesity and overweight* em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Zabalza, M. (1990). Teoria de las practicas. In M. Zabalza(Coord.). *La formación práctica d'elos profesores. Actas del II Symposium sobre practicas escolares* (pp.15 – 39) Santiago de Compostela: Tórculo.

Zabalza, M. (1994). *Planificação e desenvolvimento curricular na escola*. Rio Tinto: Edições Asa.

LEGISLAÇÃO

Assembleia Constituinte. *Constituição da República Portuguesa de 2 de abril de 1976*. <http://www.tribunalconstitucional.pt/>

Assembleia da República, *Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro, Lei de Bases do Sistema Educativo*. Diário da República n.º 237, I série.

Assembleia da República. *Lei n.º 49/2005 de 30 de Agosto - Segunda alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo e primeira alteração à Lei de Bases do Financiamento do Ensino Superior*. Diário da República n.º 166, I série – A.

Assembleia da Republica. *Lei n.º 48/90 de 24 de agosto – Lei de Bases da saúde*. Diário da República n.º 195, I série.

Assembleia da Republica. *Lei n.º 56/79 de 15 de setembro - Serviço nacional de saúde*. Diário da República n.º 214 I série.

Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores. *Decreto Legislativo Regional n.º 8/2012/A, de 16 de março - regime da educação para a saúde em meio escolar*. Diário da República n.º 55, I série.

Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior. *Decreto-Lei n.º 42/2005 de 22 de Fevereiro*. Diário da República n.º 37, I série-A.

Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior. *Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março*. Diário da República n.º 60, I série-A.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de Junho*. Diário da República n.º 121, I série.

Ministério da Educação. *Decreto-Lei n.º 353/99 de 03 de Setembro*. Diário da República n.º 206, I série-A.

Ministério da Educação. *Despacho n.º 25 995/2005 de 16 de dezembro*. Diário da República N.º 240, II série.

Ministério da Educação. *Despacho n.º 2506/2007 de 20 de Fevereiro*. Diário da República N.º 36, II série.

Ministério da Saúde e Assistência. *Decreto-Lei n.º 48166, de 27 de Dezembro de 1967*. Diário da República n.º 299, I série.

Ministério da Saúde. *Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril*. Diário da República n.º 93/98, I série-A.

Ministério da Saúde. *Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro*. Diário da República n.º 205, I série-A.

Ministério da Saúde. *Decreto-Lei n.º 440/88, de 23 de Dezembro*. Diário da República n.º 295/88, I série.

Ministério da Saúde. *Decreto-lei n.º 480/88, de 23de Dezembro*. Diário da República n.º 295/88, I série.

Ministério da Saúde. *Despacho n.º 1916/2004 de 28 de Janeiro*. Diário da República n.º33, IIª série.

Ministério da Saúde/Direção Geral de Saúde. *Circular Normativa n.º 05/DSMIA de 21 de Fevereiro de 2006*.

Ministério dos Assuntos Sociais. *Decreto-Lei n.º 440/74*. Diário da República n.º 212/74, I série.

Ministérios da Educação e da Saúde. *Despacho conjunto n.º 271/98, de 15 de abril.*
Diário da República n.º 164, II.ª série.

Ministérios da Educação e da Saúde. *Despacho conjunto n.º 734/2000, de 18 de julho.*
Diário da República n.º 8, II.ª série.

Ministérios da Educação e da Saúde. *Portaria n.º 195/90, de 17 de Março.* Diário da
República n.º 64/90, I série.

Ministérios da Educação. *Despacho n.º 19 737/2005, de 13 de setembro.* Diário da
República n.º 176, II.ª série.

Ministérios da Educação. *Despacho n.º 25 995/2005, de 16 de dezembro.* Diário da
República n.º 240, II.ª série.

Ministérios da Saúde e da Educação. *Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril.* Diário da
República n.º 69, I.ª série.

Presidência do Conselho de Ministros. *Programa do XVII Governo Constitucional.*
2005- 2009. <http://www.portugal.gov.pt/media/464060/GC17.pdf>

Secretaria Regional da Educação e Formação, Secretaria Regional da Saúde. *Portaria*
n.º 105/2012 de 12 de Outubro. Jornal Oficial n.º 158, I série.

Secretaria Regional da Educação e Formação, Secretaria Regional da Saúde. *Portaria*
n.º 100/2012 de 28 de Setembro. Jornal Oficial n.º 151, I série.

ANEXOS

ANEXO I

Guiões das entrevistas

GUIÃO DE ENTREVISTA

Enfermeiros/professores

Como entende a educação para a saúde?

Que importância atribui à educação para a saúde em contexto escolar? Porquê?

Quais as qualidades que valoriza no educador para a saúde?

Descreva a sua experiência como educador para a saúde nas escolas.

Como faz o planeamento em educação para a saúde?

Como identifica as necessidades formativas em educação para a saúde?

Quais as estratégias que desenvolve nas atividades de educação para a saúde?

Quais os recursos que mobiliza no âmbito da função?

Como faz a avaliação da formação desenvolvida?

Quais os resultados que obteve em função das práticas que desenvolveu?

Quais as áreas/temas da educação para saúde que mais aborda na sua prática?

Na sua ótica quais são os mais importantes e urgentes?

Quais os temas que tem mais dificuldade em abordar e porquê?

O que tem feito para superar?

Com quem habitualmente trabalha no âmbito desta função?

Em todo este processo onde sente mais dificuldades?

Como é desenvolvido o trabalho de parcerias e de cooperação com os restantes atores envolvidos na educação para a saúde e que importância lhes atribui?

Como adquiriu as competências que possui no âmbito da educação para a saúde?

Quais as dificuldades e preocupações que encontra no exercício da sua função de educador para a saúde em contexto escolar?

Quais são as necessidades de formação que identifica para o exercício da sua função como educador para a saúde?

Que sugestões apresenta quanto à formação, no sentido de uma melhor adequação às funções a desempenhar no âmbito da educação para a saúde nas escolas?

Que utilidade encontra nos diplomas legais vigentes que regulam a educação para a saúde em contexto escolar?

Quer dizer mais alguma coisa? Acrescentar algo?

Conclusão com agradecimentos pela disponibilidade revelada.

GUIÃO DE ENTREVISTA

Pais

Como entende a educação para a saúde?

Qual a importância que atribui à educação para a saúde em contexto escolar? Porquê?

Quais as qualidades que valoriza no educador para a saúde?

Quais as áreas/temas relacionados com a saúde que mais aborda com os seus filhos?

Na sua óptica quais são os mais importantes e urgentes?

Quais os temas que tem mais dificuldade em abordar e porquê?

Que tem feito para superar?

O que precisava para se sentir mais segura para educar os seus filhos para a saúde?

Como tem colaborado com os profissionais da saúde e da educação ou outros na educação para a saúde dos seus filhos e que importância lhes atribui?

Quais as dificuldades e preocupações que encontra no exercício na sua função de educador para a saúde?

Quais os contributos que gostaria de receber dos profissionais no âmbito da EpS ?

Quais são as necessidades de formação que identifica para o exercício da sua função como educador para a saúde?

Que sugestões apresenta quanto à formação, no sentido de uma melhor adequação às funções a desempenhar no âmbito da educação para a saúde nas escolas?

Que utilidade encontra nos diplomas legais vigentes que regulam a educação para a saúde em contexto escolar?

Quer dizer mais alguma coisa? Acrescentar algo?

Conclusão com agradecimentos pela disponibilidade revelada.

GUIÃO DE ENTREVISTA

Alunos

Como entende a educação para a saúde?

Qual a importância que atribui à educação para a saúde em contexto escolar? Porquê?

Quais as qualidades que valoriza no educador para a saúde?

Fale-me das práticas desenvolvidas pelos profissionais da saúde e da educação no âmbito da educação para a saúde na escola.

Que estratégias utilizaram?

Quais os temas que foram mais abordados na educação para a saúde?

Quais são os temas mais importantes e urgentes para si?

Quais os temas que tem mais dúvidas?

Que tem feito para superar?

Quais as suas preocupações relativamente a à saúde que poderiam ser ajudadas pelos profissionais em EpS?

O que desejava que fosse feito na escola no âmbito da educação para a saúde?

Quais os contributos que gostaria de receber dos profissionais no âmbito da educação para a saúde?

Mudou os seus comportamentos em função das EpS que foram desenvolvidas na escola?

Sente necessidade de formação? Em que áreas?

Que sugestões propõe no âmbito da intervenção nesta área na escola?

Quer dizer mais alguma coisa?

Acrescentar algo?

Conclusão com agradecimentos pela disponibilidade revelada.

ANEXO II

Formulário de Consentimento Informado

UNIVERSIDADE DOS AÇORES

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito que o meu filho(a) participe como informante numa investigação no âmbito do doutoramento em Educação da UAc, a realizar por Lúcia de Fátima Mota Ferreira Freitas, cujo tema é “Necessidades de Formação em Educação para a Saúde em Contexto Escolar: contributos para os currículos de enfermagem”, com base nas seguintes condições:

- a) O uso da informação colhida será apenas para uso deste trabalho de investigação e não será fornecida a outras pessoas que não as que estão implicadas nele;
- b) Os dados são colhidos através da técnica da entrevista individual com gravação áudio cujo ficheiro será destruído após o término do trabalho;
- c) A colheita de dados será recolhida no local de trabalho em dia e hora a combinar de acordo com a disponibilidade dos informantes;
- d) Prevê-se que a entrevista dure entre 45 a 60 minutos, terminando assim a sua participação como informante na colheita de dados;
- e) A participação no estudo não prevê qualquer dano emocional ou potenciais efeitos colaterais;
- f) Os benefícios prendem-se com os inerentes a uma investigação na área da saúde e da formação, ou seja, fornecer dados que permitam conhecer a realidade, para a partir dos mesmos se poderem delinear formas de melhoramento da situação estudada;
- g) A participação dos informantes será sempre voluntária, ficando salvaguardado o direito à recusa durante e após a realização da entrevista;
- h) A privacidade dos informantes fica completamente salvaguardada, não sendo conhecida a sua identidade para além das pessoas mais diretamente implicadas no trabalho de investigação;
- i) Em caso de dúvida, necessidade de informação adicional e/ou reclamação relativamente a este estudo podem contactar a pessoa responsável pela investigação, cuja identificação lhes será fornecida.

Data: ___/___/___

Assinatura _____

UNIVERSIDADE DOS AÇORES

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito participar como informante numa investigação no âmbito do doutoramento em Educação da UAc, a realizar por Lúcia de Fátima Mota Ferreira Freitas, cujo tema é “Necessidades de Formação em Educação para a Saúde em Contexto Escolar: um contributo para o currículos de enfermagem”, com base nas seguintes condições:

- a) O uso da informação colhida será apenas para uso deste trabalho de investigação e não será fornecida a outras pessoas que não as que estão implicadas nele;
- b) Os dados são colhidos através da técnica da entrevista individual com gravação áudio cujo ficheiro será destruído após o término do trabalho;
- c) A colheita de dados será recolhida no local de trabalho em dia e hora a combinar de acordo com a disponibilidade dos informantes;
- d) Prevê-se que a entrevista dure entre 45 a 60 minutos, terminando assim a sua participação como informante na colheita de dados;
- e) A participação no estudo não prevê qualquer dano emocional ou potenciais efeitos colaterais;
- f) Os benefícios prendem-se com os inerentes a uma investigação na área da saúde e da formação, ou seja, fornecer dados que permitam conhecer a realidade, para a partir dos mesmos se poderem delinear formas de melhoramento da situação estudada;
- g) A participação dos informantes será sempre voluntária, ficando salvaguardado o direito à recusa durante e após a realização da entrevista;
- h) A privacidade dos informantes fica completamente salvaguardada, não sendo conhecida a sua identidade para além das pessoas mais diretamente implicadas no trabalho de investigação;
- i) Em caso de dúvida, necessidade de informação adicional e/ou reclamação relativamente a este estudo podem contactar a pessoa responsável pela investigação, cuja identificação lhes será fornecida.

Data: ___/___/___

Assinatura _____