

AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA ÁREA DA SIDA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

CLÁUDIA CHAVES *
JOÃO DUARTE *
MANUELA FERREIRA *
RUI DIONÍSIO **

* Docente da Escola Superior de Saúde e investigador(a)
do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu.

** ACES Dão Lafões II - Unidade de Saúde Pública.

Resumo

Entre múltiplos problemas que hoje afectam o utente infectado pelo VIH/SIDA, emerge uma questão de fundo relacionada com a sua interacção com os serviços de saúde primários, sobretudo as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde em relação aos utentes infectados, e a informação e conhecimentos que os profissionais de saúde detêm em relação à SIDA, que influenciam negativamente ou positivamente, de acordo com os contextos, a forma como eles são tratados na nossa sociedade, remetendo-os para uma posição desfavorável.

Foi nosso desejo podermos, de alguma forma, contribuir para a consciencialização sobre o potencial dos profissionais de saúde, como agentes educativos, no âmbito da educação para a saúde na área da SIDA.

Apontam-se, nesta pesquisa, alguns factores (sócio-demográficos, profissionais, cognitivos e psicológicos) que, de forma diferenciada, afectam a educação para a saúde na área da SIDA.

A investigação realizada foi principalmente de tipo quantitativo (descritivo e correlacional), tendo sido precedida de uma análise de 18 entrevistas semi-estruturadas a profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) a exercer funções em Centros de Saúde do distrito de Viseu, na qual se baseou a identificação das dimensões e temáticas da educação para a saúde no âmbito da SIDA mais comuns ou expressivas e a construção dos 59 itens da versão inicial da “Escala da

Educação para a Saúde” que foi utilizada para medir a variável central.

O estudo subsequente baseou-se numa amostra de 190 profissionais de saúde (143 enfermeiros e 47 médicos) de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 22 e 66 anos, a exercer funções nos Centros de Saúde. Dos resultados salienta-se a confirmação empírica da estrutura multidimensional da prática da educação para a saúde, próxima da estrutura de derivação racional baseada na literatura, atestando a complexidade e a abrangência da educação para a saúde no âmbito da SIDA. Por sua vez, os resultados indicam esta actividade como uma experiência subjectiva, não sendo exclusivamente explicada pelas atitudes e comportamentos perante a SIDA. As variáveis de atributo sexo e nível sócio-económico, assim como as variáveis de caracterização profissional, tempo de exercício, vínculo e categoria profissional, e, ainda, as variáveis cognitivas, formação e informação sobre SIDA, não se evidenciaram como relevantes, tendo sido preditoras da educação para a saúde a idade e o auto-conceito no total.

Os resultados apontam, assim, a complexidade da prática da educação para a saúde no âmbito da SIDA, devendo as variáveis acima referidas ser tomadas em consideração para uma prática mais intencional e eficaz.

Palavras-chave: Educação para a saúde, SIDA, profissionais de saúde.

Abstract

A basic question emerges among multiple problems that affect the HIV/AIDS infected patient today, related to his interactions with the primary health services, mainly the health staff attitudes and behaviours towards the infected patients and the information and knowledge the health staff have about AIDS, which will influence positively or negatively, according to the context, the way they will be treated in our society, sending them in to an unfavourable position.

It was our purpose to, in a way, contribute to the consciousness about the health staff potential, as educational agents in the AIDS' health education context.

Some factors (socio-demographic, professional, cognitive and psychological) are pointed out in this research which affect differentially the AIDS' health education.

The investigation was mainly quantitative (descriptive and correlational) and was preceded by the analysis of 18 semi-structured interviews to health professionals (doctors and nurses) working in Viseu's district Health Centres, in which the identification of the most common or expressive AIDS' health education dimensions and topics was based, as well as the edification of the "Health Education Scale" was used to measure the central variable. The subsequent study was based in a sample of 190 health professionals (143 nurses and 47 doctors), from both sex, aged from 22 to 66 years old, working in Health Centres.

From the results we point out the empirical confirmation of the health education practice multidimensional structure, close to the literature based rational derivation structure, which confirms the complexity and comprisement of AIDS health education. On the other turn, the tests results indicate this activity as a subjective experience, not exclusively explained by the attitudes and behaviours towards AIDS. The attribute variables sex and socio-economic level as well as the service time, tie and professional category professional characterization variables and also the formation and information about AIDS cognitive variables did not evidence as relevant. Age and self-concept were predictors of health education in total.

Being so, the results point out the AIDS' health education practice complexity. The above mentioned variables should be taken into consideration towards a more intentional and effective practice.

Keywords: Health education, AIDS, health professionals.

Introdução

A complexidade inerente a um mundo em metamorfose conduz a uma necessidade de uma formação profissional adaptada a essa evolução. Para dar resposta a estas mudanças e para compreender um mundo em transformação, é necessário o domínio de saberes e de competências específicas.

A formação profissional não se pode limitar à aprendizagem inicial. É fundamental insistir nela ao longo de toda a vida. Acreditarmos que a formação é o catalisador da sociedade em mudança e que as transformações sociais em curso exigem novos desafios aos profissionais de saúde nos seus locais de trabalho.

A infecção por VIH e a SIDA representa um dos maiores problemas sócio-sanitários a nível mundial, sendo também motivo de inquietação pessoal e profissional. A expansão destas doenças infecciosas resultou, em parte, do desenvolvimento tecnológico contemporâneo, traduzindo-se numa mudança do ecossistema físico-químico e “vivencial” dos humanos, e determinou o aparecimento de muitas doenças infecciosas emergentes, novas ou antigas, mas desconhecidas e com grave repercussão na Sociedade Humana.

No início, a SIDA manifestou-se como um processo complexo, cujas patologias associadas eram infecções e tumores muito pouco frequentes, raramente diagnosticados nos Cuidados Diferenciados. Acresce que os indivíduos infectados eram maioritariamente toxicodependentes de drogas por via endovenosa e residentes em zonas muito concretas do nosso País. Por outro lado, a atenção inicial a este problema foi essencialmente hospitalar.

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida: O primeiro termo desta designação, ‘síndrome’, significa que se trata de um conjunto de sintomas e sinais de doença; ‘imunodeficiência’ traduz o mau funcionamento do sistema imunitário; ‘humana’, porque diz respeito ao ser humano e ‘adquirida’, significa que se desenvolve durante a vida do sujeito. É provocada por um vírus que ataca o sistema imunitário da pessoa, impedindo que este funcione como defesa contra os microorganismos patogénicos que provocam várias doenças e infecções, denominado de VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) (Mateus & Cláudio, 2000).

Com o passar do tempo, o número de casos foi aumentando, pois a prática de risco continuou e continua a ser, maioritariamente, a utilização de drogas injectadas, existindo também um grande número de infectados por outras vias (transmissão hetero e homossexual e filhos de mães infectadas ...).

Apesar de não se ter conseguido um tratamento curativo para esta infecção, os meios de que a Medicina dispõe melhoraram a sobrevivência e a qualidade de vida dos infectados de forma considerável e, hoje em dia, já se considera a infecção por VIH como uma doença de carácter crónico. A aplicação de medidas profilácticas e tratamentos em fases assintomáticas, o seguimento continuado, o acompanhamento do ponto de vista psicológico e familiar e o cuidar dos doentes terminais exige articulação de mecanismos de resposta difíceis de coordenar a partir de um hospital.

Por várias razões, uma articulação eficaz exige maior agilidade no processo de diálogo aos diversos níveis, transferindo maior capacidade de decisão e maior responsabilidade para os cuidados primários. De facto, a relação entre os cidadãos e o sistema de saúde começa no contacto imediato com os serviços periféricos, isto é, nos que se situam ao nível das estruturas que prestam cuidados básicos. Por outro lado, a percentagem dos problemas que se podem resolver a este nível é superior a 90%, o que

torna incompreensível a sobrecarga de solicitações aos cuidados diferenciados nalguns países como Portugal (Grande, 2000).

Por tudo isto, é inquestionável que a prevenção continua a ocupar um lugar primordial na luta contra esta pandemia, sendo o combate à discriminação e marginalização dos indivíduos infectados outro dos pilares fundamentais na luta a esta infecção, através da educação para a saúde.

A prevenção, através da educação para a saúde, é uma das actividades da saúde pública e da medicina preventiva que desperta as maiores expectativas entre os profissionais e a população. Se bem que existam múltiplas definições, de forma ecléctica, pode definir-se como um processo multidimensional (de comunicação e de intervenção social e educativa) que tem por finalidade a capacitação e responsabilização das pessoas nas tomadas de decisões relacionadas com a saúde.

Como processo de comunicação, a educação para a saúde implica a transmissão de uma mensagem de um emissor a um receptor. Neste processo, temos como elemento chave o agente educativo, que será a pessoa que contribui de forma consciente ou inconsciente para que os indivíduos adoptem uma conduta favorável à saúde, tendo, como meio, a mensagem. Paradoxalmente, nos grupos em que a necessidade de capacitação é maior, a escassa intervenção dos serviços de saúde e de educação impede que se possam realizar actividades efectivas.

A marcada influência da opinião pública, moda, publicidade, valores, crenças, costumes, justifica a acção da educação para a saúde pois, ao realizar a análise dos citados factores, está a intervir em processos sociais e, como processo educativo, dirige-se às pessoas com objectivos pedagógicos adequados às características dessas mesmas pessoas.

A opção pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP) resulta também da emergência de problemas de saúde, como a toxicod dependência e a SIDA, que não têm tido, até ao momento, uma resposta adequada do Sistema Nacional de Saúde (SNS), mesmo no âmbito restrito do tratamento e da reabilitação, como é referido em *Reflexão sobre a Saúde: recomendações para uma reforma estrutural* (1998).

Desta forma, pensamos que é necessário reclamar-se uma maior implicação dos Cuidados de Saúde Primários, porque possuem uma visão holística do indivíduo e podem facilitar uma abordagem global das patologias associadas à SIDA.

Para a selecção desta área de estudo, contribuiu ainda o facto de verificarmos a existência de distintos modelos de intervenção na comunidade, em diferentes estádios de evolução. Foi também motor impulsor deste trabalho a constatação da existência de profissionais com desigual formação, em relação aos quais não temos conhecimento sobre as suas necessidades e atitudes em relação a uma abordagem do VIH/SIDA a partir dos Cuidados de Saúde Primários. Pretendemos assim dar resposta

às seguintes questões: Existe educação para a saúde na área da SIDA nos Centros de Saúde do distrito de Viseu? Quais as estratégias utilizadas nos CSP, no distrito de Viseu, de forma a prevenir a SIDA? Nas dinâmicas de intervenção comunitária, os CSP estabelecem parcerias com agentes educativos da comunidade?

Face às questões apresentadas, o objectivo deste trabalho não é testar modelos ou fundamentar teorias. O que se pretende é o maior envolvimento possível da sociedade em geral na prevenção, o que só se tornará possível à medida que a prevenção vá sendo compreendida, bem como a necessidade da sua implementação.

Assim, a finalidade deste estudo consiste em produzir conhecimentos e saberes em relação aos CSP na área da educação para a saúde no contexto da SIDA no distrito de Viseu. Para a consecução deste propósito, teremos de atingir objectivos de menor dimensão mas obrigatoriamente escalares para o fim a que nos propomos. Pretendemos, portanto: Identificar áreas deficitárias em termos pedagógicos na vertente da formação profissional no âmbito da infecção VIH/SIDA; Caracterizar sinergias transversais com os apoios institucionais ou não na área da SIDA que, na opinião dos profissionais de saúde dos Centros de Saúde, tendem para a resolução do problema em questão; Identificar as estratégias da Educação para a Saúde já aplicadas, recursos utilizados e avaliação efectuada e analisar os saberes dos intervenientes relacionados com a infecção VIH/SIDA e quais as necessidades sentidas de formação.

Damos a conhecer as conclusões e sugestões percebidas após o nosso estudo, reflectindo-se aqui a visão de muitos técnicos acerca da necessidade de uma atitude que, de facto, previna, no sentido de delinear uma estratégia de intervenção que pressupõe o trabalho em equipa e as parcerias em rede, e que, presumivelmente, permite uma mudança efectiva da situação problema no contexto populacional em estudo.

Metodologia

Optámos neste estudo por uma metodologia mista: numa primeira fase, de carácter qualitativo, realizando um estudo do tipo exploratório descritivo, e, numa segunda, por um estudo quantitativo, descritivo analítico-correlacional.

No 1º estudo empírico - a amostra para esta fase de estudo foi seleccionada de forma intencional e por conveniência entre médicos e enfermeiros que compõem as equipas de três Centros de Saúde, a quem fizemos entrevista semi-estruturada. Os três centros de saúde contactados abrangem diferentes realidades sócio-culturais do distrito por estarem inseridos em áreas geograficamente distintas.

Através de análise de conteúdo resultante das entrevistas realizadas foi possível seleccionar os indicadores e categorias que considerámos mais importantes para operacionalizar a variável dependente “educação para a saúde na área da SIDA em cuidados de saúde primários”. Emergiram então: Saberes relatados da experiência

prática, Equipas, Redes e parcerias existentes, Concepção de formação e Ideias de futuro.

Elaborado este, iniciamos de seguida as entrevistas a um grupo de profissionais de saúde constituído por oito médicos e dez enfermeiros, que reuniam características idênticas às da população a estudar.

Foi com base nas informações colhidas que constituímos uma lista de itens que serviu como ponto de partida para a construção do questionário que iria permitir avaliar a educação para a saúde em SIDA.

Para a construção da escala baseamo-nos na literatura existente e o formato adoptado foi o usual em instrumentos de auto-avaliação - o tipo Likert. Após a escolha da *poule* dos itens, efectuámos a sua passagem à amostra em estudo, tendo cada um dos inquiridos sido informado de que as respostas dadas eram individuais e que não se destinavam a análises individualizadas, mas apenas a fins de investigação científica.

A recolha de informação foi feita através de um questionário para avaliação das variáveis atributo, de caracterização profissional e cognitivas, assim como variáveis relativas à prestação de assistência a pessoas infectadas pelo VIH e experiência pessoal com as mesmas, e de escalas de avaliação de atitudes. As escalas de atitudes, comportamentos e conhecimentos em relação à VIH, permitem medir as atitudes e os comportamentos através das crenças, opiniões e avaliações dos sujeitos acerca de um determinado objecto, partindo da auto-descrição do seu posicionamento individual; ou seja, permitem a avaliação de um dos três tipos de resposta atitudinais: afectiva, cognitiva e comportamental. Os instrumentos utilizados para medir as variáveis em estudo foram os seguintes, segundo a ordem de apresentação aos sujeitos: Questionário Sócio-Demográfico (atributo) e Profissional; Questionário de formação sobre SIDA; Escala de Graffar; Inventário das Atitudes e crenças perante a SIDA – IAS (Pinto, 1995); Inventário dos Comportamentos Perante os Doentes com VIH/SIDA – ICS (Pinto, 1995); Inventário de Informação/conhecimentos acerca da SIDA – IIS (Pinto, 1995); Inventário Clínico do Auto-Conceito (Vaz Serra, 1986) e a Escala de Avaliação da Educação para a Saúde.

Estudo da escala de avaliação da educação para a saúde

Apoiámo-nos na conceptualização de Educação para a saúde de Tones (1994), para quem a educação para a saúde é toda a actividade livremente elegida em que se participa na aprendizagem da saúde ou da doença, é decidir, é uma mudança relativamente permanente das disposições ou das capacidades do sujeito. Uma educação para a saúde, eficaz, pode produzir mudanças a nível dos conhecimentos, da compreensão ou das formas de pensar; pode influenciar ou clarificar valores; pode determinar mudanças de atitudes e de crenças; pode facilitar a aquisição de

competências; inclusive, pode produzir mudanças de comportamentos ou modos de vida.

Alguns autores (Tones & Tilford, 1994; Martínez *et al*, 2000) consideram que é possível estabelecer avaliações genéricas da Educação para a Saúde tendo em conta: Meio específico em que se desenvolve (escola, centro de saúde, local de trabalho, comunidade, organizações de voluntários, ...); Os conteúdos educativos específicos (nutrição, sexualidade, prevenção da toxicodependência, SIDA, ...); População a que se destina; Métodos educativos (individual, designado na linguagem anglo-saxónica por *one-to-one*; em grupo, *role-playing*, jogos, treino de competências); Recursos (vídeos, panfletos, posters.); Capacidades e formação específica do agente educativo (em planeamento, pedagogia, organização,...). Desenvolve acções de acordo com as suas perspectivas do que é Educação para a saúde, influenciado por aspectos chaves como: conhecimentos, atitudes e comportamentos.

No âmbito do nosso estudo, de construirmos um instrumento que nos permitisse obter dados necessários para a conclusão do mesmo.

Tratamento psicométrico dos itens

Deste modo, o estudo da homogeneidade dos itens foi conduzido realizando os seguintes passos: Determinação do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global. Indica-nos “se cada parte se subordina ao todo”, ou seja, se cada item se define como um todo “operante” do “constructo geral” que pretende medir (Vaz Serra, 1994; Determinação do coeficiente alfa de Cronbach tanto para os factores como para o total da escala. Este indicador permite medir a variância devido à heterogeneidade dos itens. Determinação da correlação de *split-half*., que constitui uma forma de comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. Comprovação de que os itens não são sensíveis a diferenças de grupos profissionais. Esta comprovação é um procedimento importante, na medida em que se pretende criar um inventário que registe os aspectos comuns e não as formas diferentes de expressão das atitudes dos médicos e enfermeiros no nosso estudo.

Os estudos de validade são obtidos através da validade de conteúdo, da validade de critério e da validade de constructo. Dentro destes, a validade de constructo é a mais importante e procura dar resposta à seguinte questão “em que medida este instrumento mede realmente o que se pretende medir?”

Para a determinação dos estudos de validade, utilizámos a análise factorial dos itens e dos resultados. Para se conseguir uma boa definição de factor convencionou-se que não se deveriam considerar os itens ou variáveis que tenham correlações “r” menores que 0,2, com a nota global, quando esta não contém esse item específico.

Consistência interna (homogeneidade dos itens)

O quadro 1 mostra-nos as correlações obtidas entre o item e o valor global, que nos dá uma ideia da forma como cada um se combina com o valor global. Como verificamos, o item 2 foi eliminado por apresentar um valor correlacional inferior a 0,2, o que nos forçou à realização de novas correlações e determinação dos *alfas de Cronbach*.

Todavia, no que se refere aos valores médios, estes oscilam entre os 2,83 nos itens 14 e 22 e os 3,54 no item 41, mas os desvios padrões dos diversos itens permitem-nos dizer que os dados se encontram bem centrados.

QUADRO 1 - Consistência interna da escala de Educação para a Saúde

Educação para a saúde	Média	Dp	r
1 Prelecção, ensino programado, exercício e prática	3,61	1,03	0,296
2 Prelecção e ensino programado	3,42	1,05	0,181
3 Discussão, simulação, jogos e dramatização	3,53	1,07	0,298
4 Jogos, dramatização, experiência de campo	3,48	1,10	0,271
5 Ensino de pares, jogos, dramatização	3,43	1,09	0,301
6 Prelecção, questionamento, demonstração	3,53	0,99	0,217
7 Discussão de classe, ensino de pares, projectores de grupo	3,45	1,11	0,350
8 Dramatização, simulação, jogos e exercício	3,41	1,07	0,282
9 Os objectivos de aprendizagem estão claros para o grupo alvo	3,48	1,27	0,887
10 As dimensões do material de educação para a saúde tornam-no facilmente manipulável pelo grupo alvo	3,12	1,12	0,784
11 Os objectivos de ensino abrangem os pontos principais do material de educação para a saúde	3,38	1,20	0,885
12 A relevância do conteúdo para o grupo alvo está claramente definida	3,42	1,24	0,863
13 Apenas a informação mais essencial é apresentada, utilizando não mais do que 3 – 4 pontos principais (isto é, o quê, onde, quando e como)	3,11	1,14	0,704
14 As frases são mantidas por ordem cronológica	2,83	1,08	0,694
15 Os títulos e subtítulos são claros e informativos	3,34	1,21	0,871
16 Os desenhos e ilustrações estão rotulados de modo claro	3,43	1,21	0,884
17 O conteúdo é apresentado sem preconceitos, respeitando a livre escolha por parte do grupo alvo	3,40	1,25	0,850
18 O conteúdo é apresentado de modo que relata e integra nova informação na que já é conhecida e compreendida pelo grupo alvo	3,24	1,16	0,867
19 O conteúdo de ensino é apropriado para os padrões da comunidade	3,42	1,19	0,891
20 O foco do material de educação para a saúde está no cumprimento das tarefas de aprendizagem	3,17	1,09	0,907
21 O conteúdo educacional está escrito num estilo específico e centrado no utente	3,29	1,17	0,857
22 O conteúdo inclui descrições das sensações físicas que o grupo alvo pode experimentar durante os procedimentos de diagnóstico e de tratamento	2,83	1,08	0,719
23 O vocabulário usado na educação para a saúde incide em palavras usadas correntemente pelo grupo alvo	3,35	1,20	0,855
24 As ideias e pontos importantes do conteúdo são repetidas como reforço	3,34	1,18	0,857
25 A informação importante está organizada em listas ou categorias	2,97	1,12	0,762
26 A informação mais importante para o grupo alvo é apresentada primeiro	3,14	1,12	0,818
27 É apresentada uma ideia por parágrafo	2,94	1,09	0,732

	Educação para a saúde	Média	Dp	r
28	São usadas frases pequenas e simples para incluir uma ideia de cada vez	3,36	1,20	0,890
29	Os termos são utilizados de modo consistente ao longo da sessão de educação para a saúde	3,24	1,16	0,893
30	O planeamento da sessão de educação para a saúde inclui um espaço para questões dos utentes	3,39	1,27	0,878
31	Existe informação acerca de recursos que fornece mais informação sobre o assunto	3,01	1,14	0,811
32	Os termos de saúde estão definidos	3,26	1,24	0,860
33	O conteúdo é apresentado em termos concretos e não em conceitos e ideias abstractas	3,38	1,28	0,888
34	A primeira frase de cada parágrafo é a frase tópico	3,04	1,11	0,838
35	São dadas instruções específicas e precisas se se espera que o grupo alvo desempenhe algumas actividades de auto cuidado	3,12	1,10	0,865
36	Os exemplos utilizados e ilustrações são reconhecíveis pelo grupo alvo com ou sem texto explícito	3,16	1,11	0,848
37	O material de educação para a saúde inclui um espaço para as perguntas dos utentes	3,41	1,27	0,874
38	O conteúdo foca no que o grupo alvo deve fazer bem como no que necessita saber	3,33	1,20	0,917
39	Os desenhos e ilustrações representam o conteúdo com rigor para melhorar a compreensão do material	3,26	1,17	0,900
40	São fornecidas oportunidades para o grupo alvo usar os novos conceitos	3,22	1,17	0,870
41	O tipo e o tamanho da letra são fáceis de ler pelo grupo alvo	3,54	1,31	0,902
42	É utilizado um estilo de linguagem pessoal, excepto em situações em que o conteúdo possa ter carga emocional (p. ex. informação sobre cancro ou SIDA)	3,12	1,18	0,795
43	O estilo é de fácil leitura	3,40	1,20	0,929
44	São colocadas perguntas ao longo do material de educação para a saúde, como forma de comprometer o leitor com o conteúdo e os pontos mais importantes são evidenciados	3,08	1,17	0,809
45	É utilizado um estilo de escrita positivo	3,24	1,16	0,899
46	O tom de voz na sessão de educação para a saúde é pessoal e não ameaçador	3,27	1,21	0,861
47	É dada igual consideração ao género na utilização de pronomes	3,05	1,09	0,839
48	O conteúdo respeita os costumes e tradições do grupo alvo	3,19	1,17	0,876
49	O estilo de escrita compromete-se com o leitor e estimula a participação activa	3,20	1,16	0,858
50	A finalidade do material de educação para a saúde está claro para o grupo alvo de formandos	3,28	1,17	0,912
51	O material move-se de conteúdo mais simples para mais complexo de uma maneira organizada e lógica	3,22	1,19	0,883
52	Os exemplos utilizados contêm as características centrais das ideias e conceitos apresentados	3,27	1,15	0,934
53	São utilizados exemplos para ligar aquilo que o grupo alvo já sabe com o conteúdo a ser ensinado	3,30	1,14	0,906
54	Os objectivos de aprendizagem e o conteúdo educacional relacionam-se uns com os outros	3,39	1,22	0,914
55	É utilizada a voz activa	3,37	1,21	0,908
56	Os objectivos de aprendizagem do material de educação para a saúde estão relacionados com o resultado pretendido	3,33	1,18	0,922
57	O conteúdo educacional está actualizado	3,45	1,28	0,905
58	São incluídos resumos e sinopses rigorosos e coerentes ao longo do material de educação para a saúde	3,02	1,09	0,831
59	As ideias apresentadas estão logicamente relacionadas e apresentam uma estrutura coerente	3,33	1,19	0,924

Entretanto, a determinação das novas correlações e do respectivo alfa de Cronbach fez manter todos os itens, por apresentarem uma correlação com o valor global superior a 0,2 e os valores de alfa de Cronbach situam-se entre os 0,750 e 0,754, o que os enquadra dentro dos intervalos considerados normais, tal como referimos (cf. Quadro 2).

QUADRO 2 - Consistência interna da escala de Educação para a Saúde

Educação para a saúde	Média	Dp	Ritem-total(s/item)	α
1 Prelecção, ensino programado, exercício e prática	3,61	1,03	0,279	0,754
3 Discussão, simulação, jogos e dramatização	3,53	1,07	0,283	0,754
4 Jogos, dramatização, experiência de campo	3,48	1,10	0,256	0,754
5 Ensino de pares, jogos, dramatização	3,43	1,09	0,285	0,754
6 Prelecção, questionamento, demonstração	3,53	0,99	0,202	0,755
7 Discussão de classe, ensino de pares, projectores de grupo	3,45	1,11	0,336	0,754
8 Dramatização, simulação, jogos e exercício	3,41	1,07	0,269	0,754
9 Os objectivos de aprendizagem estão claros para o grupo alvo	3,48	1,27	0,884	0,750
10 As dimensões do material de educação para a saúde tornam-no facilmente manipulável pelo grupo alvo	3,12	1,12	0,779	0,752
11 Os objectivos de ensino abrangem os pontos principais do material de educação para a saúde	3,38	1,20	0,883	0,751
12 A relevância do conteúdo para o grupo alvo está claramente definida	3,42	1,24	0,860	0,751
13 Apenas a informação mais essencial é apresentada, utilizando não mais do que 3 – 4 pontos principais (isto é, o quê, onde, quando e como)	3,11	1,14	0,701	0,752
14 As frases são mantidas por ordem cronológica	2,83	1,08	0,688	0,752
15 Os títulos e subtítulos são claros e informativos	3,34	1,21	0,868	0,751
16 Os desenhos e ilustrações estão rotulados de modo claro	3,43	1,21	0,881	0,751
17 O conteúdo é apresentado sem preconceitos, respeitando a livre escolha por parte do grupo alvo	3,40	1,25	0,846	0,751
18 O conteúdo é apresentado de modo que relata e integra nova informação na que já é conhecida e compreendida pelo grupo alvo	3,24	1,16	0,865	0,751
19 O conteúdo de ensino é apropriado para os padrões da comunidade	3,42	1,19	0,889	0,751
20 O foco do material de educação para a saúde está no cumprimento das tarefas de aprendizagem	3,17	1,09	0,905	0,751
21 O conteúdo educacional está escrito num estilo específico e centrado no utente	3,29	1,17	0,854	0,751
22 O conteúdo inclui descrições das sensações físicas que o grupo alvo pode experimentar durante os procedimentos de diagnóstico e de tratamento	2,83	1,08	0,713	0,752
23 O vocabulário usado na educação para a saúde incide em palavras usadas correntemente pelo grupo alvo	3,35	1,20	0,852	0,751
24 As ideias e pontos importantes do conteúdo são repetidas como reforço	3,34	1,18	0,856	0,751
25 A informação importante está organizada em listas ou categorias	2,97	1,12	0,758	0,752
26 A informação mais importante para o grupo alvo é apresentada primeiro	3,14	1,12	0,814	0,751
27 É apresentada uma ideia por parágrafo	2,94	1,09	0,727	0,752
28 São usadas frases pequenas e simples para incluir uma ideia de cada vez	3,36	1,20	0,888	0,751
29 Os termos são utilizados de modo consistente ao longo da sessão de educação para a saúde	3,24	1,16	0,890	0,751

	Educação para a saúde	Média	Dp	Ritem- total(s/item)	α
30	O planeamento da sessão de educação para a saúde inclui um espaço para questões dos utentes	3,39	1,27	0,877	0,750
31	Existe informação acerca de recursos que fornece mas informação sobre o assunto	3,01	1,14	0,807	0,751
32	Os termos de saúde estão definidos	3,26	1,24	0,857	0,751
33	O conteúdo é apresentado em termos concretos e não em conceitos e ideias abstractas	3,38	1,28	0,886	0,750
34	A primeira frase de cada parágrafo é a frase tópico	3,04	1,11	0,835	0,751
35	São dadas instruções específicas e precisas se se espera que o grupo alvo desempenhe algumas actividades de auto cuidado	3,12	1,10	0,862	0,751
36	Os exemplos utilizados e ilustrações são reconhecíveis pelo grupo alvo com ou sem texto explícito	3,16	1,11	0,845	0,751
37	O material de educação para a saúde inclui um espaço para as perguntas dos utentes	3,41	1,27	0,871	0,750
38	O conteúdo foca no que o grupo alvo deve fazer bem como no que necessita saber	3,33	1,20	0,916	0,750
39	Os desenhos e ilustrações representam o conteúdo com rigor para melhorar a compreensão do material	3,26	1,17	0,899	0,751
40	São fornecidas oportunidades para o grupo alvo usar os novos conceitos	3,22	1,17	0,867	0,751
41	O tipo e o tamanho da letra são fáceis de ler pelo grupo alvo	3,54	1,31	0,901	0,750
42	É utilizado um estilo de linguagem pessoal, excepto em situações em que o conteúdo possa ter carga emocional (p. ex. informação sobre cancro ou SIDA)	3,12	1,18	0,791	0,751
43	O estilo é de fácil leitura	3,40	1,20	0,928	0,750
44	São colocadas perguntas ao longo do material de educação para a saúde, como forma de comprometer o leitor com o conteúdo e os pontos mais importantes são evidenciados	3,08	1,17	0,806	0,751
45	É utilizado um estilo de escrita positivo	3,24	1,16	0,897	0,751
46	O tom de voz na sessão de educação para a saúde é pessoal e não ameaçador	3,27	1,21	0,859	0,751
47	É dada igual consideração ao género na utilização de pronomes	3,05	1,09	0,836	0,751
48	O conteúdo respeita os costumes e tradições do grupo alvo	3,19	1,17	0,874	0,751
49	O estilo de escrita compromete-se com o leitor e estimula a participação activa	3,20	1,16	0,856	0,751
50	A finalidade do material de educação para a saúde está claro para o grupo alvo de formandos	3,28	1,17	0,912	0,751
51	O material move-se de conteúdo mais simples para mais complexo de uma maneira organizada e lógica	3,22	1,19	0,882	0,751
52	Os exemplos utilizados contêm as características centrais das ideias e conceitos apresentados	3,27	1,15	0,933	0,751
53	São utilizados exemplos para ligar aquilo que o grupo alvo já sabe com o conteúdo a ser ensinado	3,30	1,14	0,905	0,751
54	Os objectivos de aprendizagem e o conteúdo educacional relacionam-se uns com os outros	3,39	1,22	0,914	0,750
55	É utilizada a voz activa	3,37	1,21	0,906	0,751
56	Os objectivos de aprendizagem do material de educação para a saúde estão relacionados com o resultado pretendido	3,33	1,18	0,921	0,751
57	O conteúdo educacional está actualizado	3,45	1,28	0,904	0,750
58	São incluídos resumos e sinopses rigorosos e coerentes ao longo do material de educação para a saúde	3,02	1,09	0,827	0,751
59	As ideias apresentadas estão logicamente relacionadas e apresentam uma estrutura coerente	3,33	1,19	0,923	0,750

Alpha= 0,756

Alpha standardizado = 0,989

Índice de fiabilidade de *Split-half*

Calculámos o índice de fiabilidade de *split half* dividindo a escala em duas metades e relacionando-a uma com a outra. Tem tendência a produzir valores de fiabilidade mais baixos uma vez que tem em consideração um número mais reduzido de itens. Os valores obtidos em cada uma das metades e, como observamos, os valores médios são maiores na primeira do que na segunda metade, enquanto o alfa de Cronbach é mais elevado na segunda (0,9910 e 0,9686), respectivamente, o que é revelador de boa consistência interna.

Comportamento dos itens perante as diferenças do grupo profissional

De forma a mantermos os itens homogéneos, procedemos à eliminação de todos os itens que fossem sensíveis. Para o efeito realizamos o teste de *U Man Whitney* aplicado aos diversos itens. Os pesos médios das 59 questões revelam diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos nos itens 1, 4, 10, 13, 20, 25, 29, 30, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49 e 51, uma vez que apresentam probabilidades inferiores a 0,05, pelo que foram eliminados por discriminarem o grupo. A escala ficou assim reduzida a 36 itens.

Estudos de validade

A solução factorial final permitiu a selecção de 3 factores com raízes lactentes superiores a 1 e que, no seu conjunto, explicam 75,44% da variância total. O factor 1 foi designado de capacidade/formação do agente educativo e explica 63,14% da variância total. É constituído pelos itens 2, 4, 5, 9, 11, 12, 15, 16, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 31, 32, 33, 37, 38, 39, 40, 47e 50; O factor 2 foi designado por recursos educativos e explica 9,66% da variância total. É constituído pelos itens 14, 17, 19, 26, 34 e 36; O factor 3 foi designado por métodos educativos e explica 2,63% da variância total. É constituído pelos itens 1, 3, 5, 6, 7 e 8. Nos itens 2, 4 e 5, embora os valores semânticos estejam mais relacionados com os métodos educativos, foram englobados no factor 1, por ser neste que apresentam maiores *loadings* (pesos).

Matriz de correlações

De acordo com os resultados obtidos (quadro 2), poderemos referir que as correlações entre os factores e o valor global da escala são positivas e altamente significativas, o que significa que o aumento numa das dimensões da escala se encontra associado a aumentos nas restantes, mas entre os factores recursos e conhecimentos/formação e conhecimentos gerais e capacidades /formação as correlações são altas e baixas entre métodos e capacidades/formação e métodos/recursos.

QUADRO 3 - Matriz de correlação de Pearson entre os factores da escala e o valor global

	Capacidades/formação	Recursos	Métodos
Recursos	0,903 ***	---	---
Métodos educativos	0,203 ***	0,225 **	---
Conhecimento geral	0,987 ***	0,926 ***	0,365 ***

Estadísticas descritivas para as dimensões das escalas

As estatísticas relativas aos três factores da escala e para o seu total encontram-se expressos no quadro 3. Os valores mínimos e máximos do factor capacidades/formação foram de 29 e 143, enquanto nos factores recursos e método foram respectivamente de 7 e 35 e 6 e 30. Os valores médios e desvios padrões foram, para a primeira escala, de 94,89 e 30,03, para a segunda de 20,85 e 6,54, e na terceira de 20,97 e 5,35. De acordo com estes resultados poderemos considerar que os valores obtidos em cada dimensão da escala se encontram bem centrados. Os conhecimentos gerais registaram um valor médio de 130,72 e um desvio padrão de 37,66. Os valores de assimetria e curtose indiciam curvas leptocurticas e enviesadas à direita e os coeficientes de variação apresentam dispersões moderadas nos factores métodos e conhecimentos gerais e altas nos dois factores restantes. Finalmente os valores de *Kolmogorav-Smirnov* são estatisticamente significativos.

QUADRO 4 - Estatísticas da educação para a saúde

	Min	Max	Média	Dp	Sk	K	CV	KS	p
Capacidades/formação	29	143	94,89	30,035	-1,015	0,342	31,62	0,202	0,000
Recursos	7	35	20,85	6,549	-0,758	0,329	31,41	0,214	0,000
Métodos educativos	6	30	20,97	5,358	-0,382	0,044	25,55	0,106	0,000
Conhecimentos gerais	44	200	136,72	37,667	-0,953	0,363	27,55	0,162	0,000

Face ao critério de classificação adoptado e acima apresentado, verificamos que, relativamente às capacidades/formação do agente educativo, a percentagem dos que apresentam poucos conhecimentos é bastante similar aos que possuem muitos conhecimentos, pois entre os dois grupos apenas existe um diferencial de 6,8%. Quanto aos recursos, quase metade da amostra 44,2% os usa e valores percentuais próximos distribuem-se pelos que os utilizam pouco ou algumas vezes. Para os métodos, a percentagem do grupo que mais os utiliza é substancialmente significativa 48,9% quando comparada com os que utilizam pouco 38,4% ou algumas vezes 12,6%. Finalmente, no conhecimento geral, metade da amostra apresenta ter muitos conhecimentos, sendo secundado pelos que referem ter poucos conhecimentos gerais 31,1%.

Consideramos que a análise de confiabilidade e validade da Escala de Educação para a Saúde é um aspecto fundamental, tendo sido este instrumento utilizado para operacionalizar a variável central e dependente do estudo; o valor dos resultados obtidos, assim como das conclusões deles retiradas, dependem naturalmente das suas qualidades psicométricas e conceptuais.

Discussão dos Resultados

Considerando o grupo profissional verificamos que este é representado maioritariamente por enfermeiros, o que vai de encontro à realidade das equipas nos cuidados de saúde primários, reforçado pela nossa intenção de comparar apenas os profissionais que efectuam educação para a saúde.

A idade média dos profissionais foi 39,31 anos para a amostra global, sendo que é ligeiramente superior no grupo dos médicos. Ao verificarmos a relação de idade com o modo como efectuaram a educação para a saúde verificamos que o grupo etário mais idoso (48-66 anos) é o possuidor de um nível de conhecimentos gerais de Educação para a Saúde na área da SIDA inferior, com diferenças estatísticas significativas, sendo que os profissionais mais jovens (21-31 anos) possuem um nível de conhecimentos mais elevado. Há um considerável desencontro entre os diversos autores relativamente à análise efectuada do parâmetro idade.

Figueiras (1997) justifica o facto de grande parte dos profissionais de saúde não terem informação/conhecimentos acerca do VIH/SIDA, dizendo que tal se deve à sua formação profissional ter ocorrido antes da divulgação da SIDA, o que vai de encontro aos nossos resultados. Também Casabella Abril *et al* (1997) relaciona os conhecimentos do VIH/SIDA com as variáveis idade e sexo, observando certas relações significativas, tais como, os sujeitos mais jovens (< 40 anos) tinham conhecimentos superiores na área da SIDA ($t = -4,12$ e $p < 0,001$).

No que se refere ao sexo, verificamos que 74,2% dos elementos da amostra são do sexo feminino, o que está em consonância com os contextos de trabalho na área da saúde em Portugal, pois são profissões essencialmente de género feminino. Estes dados comprovam os de Casabella Abril *et al* (1997) que evidenciou uma maior participação das mulheres em relação aos homens em ambos os grupos profissionais no seu estudo.

No que se refere à prática da educação para a saúde verificámos, através dos índices médios, que as mulheres apresentam índices mais elevados nas capacidades/formação na Educação para a Saúde, mas mais baixos na utilização de recursos, métodos educativos e conhecimentos gerais em relação à Educação para a Saúde na área da SIDA, embora as diferenças encontradas não sejam estatisticamente significativas. Hobfoll cit. por Pereira (1997), menciona que as mulheres se mostram como sendo o grupo menos informado sobre o modo de prevenção do VIH.

O pressuposto de que os profissionais de saúde com mais anos e com mais experiência possuiriam mais conhecimentos não se comprovou, pois foram os mais jovens que obtiveram melhores valores no que respeita às capacidades/formação no âmbito da Educação para a Saúde na área da SIDA, utilização de recursos e ainda nos métodos educativos usados nas sessões. Estes resultados são discrepantes em relação aos do estudo de Taggart (1992), referenciado por Pereira (1997), onde destaca que os profissionais de saúde que manifestam maior desconhecimento são os enfermeiros mais jovens (21-34 anos) e, portanto, com menos experiência profissional.

Ao verificarmos de que modo a categoria profissional influenciava o conhecimento sobre educação para a saúde na área da SIDA, concluímos que no grupo dos médicos sobressaíram os assistentes graduados (66,0% da amostra dos médicos) como possuidores de melhores conhecimentos gerais para a prática da educação para a saúde na SIDA, quando comparados com os chefes de serviço (8,5%). Estes resultados vão ao encontro aos obtidos por Figueiras *et al* (1997), em que a maioria dos médicos dos Cuidados de Saúde Primários da Galiza, a título individual, realizam actividades de educação para a saúde nos doentes que vão à sua consulta, apesar dos meios precários de que dispõem e da sua escassa formação em metodologias de educação para a saúde e prevenção do VIH. Ainda no mesmo estudo, estes profissionais de saúde percebem diferenças entre o que é a sua prática habitual e o que seria desejável, expressando uma série de necessidades, fundamentalmente de formação, recursos e maior coordenação entre os diferentes níveis assistenciais, através do estabelecimento de protocolos e coordenadores.

Também na nossa amostra se verificou uma predominância dos profissionais de saúde sem formação no âmbito da SIDA (60,5% da amostra total). Ao aprofundarmos o estudo da influência da formação em SIDA na realização de educação para a saúde nesta área, verificámos, ao contrário do que seria de esperar, que as diferenças encontradas entre os sujeitos que fizeram formação e os que não fizeram não são estatisticamente significativas. No seguimento desta questão procurámos saber (dentro do grupo que fez formação) se o tempo de formação influencia a prática da educação para a saúde e verificámos não existirem diferenças em função desta variável. O facto de desconhecermos estudos neste âmbito impede-nos de confrontar os resultados obtidos.

Ao analisarmos a fonte de conhecimentos sobre a SIDA, verificámos que de uma forma global, prevalecem os departamentos de educação permanente (60,5% dos sujeitos responderam “sempre” e “muitas vezes”). Estes resultados não são concordantes com Taggart, referenciado por Pereira (1997), destaca que os enfermeiros têm como principal fonte de informação sobre o VIH/SIDA os *mass media*.

Dado o facto de a SIDA ser já considerada uma doença crónica, o acompanhamento médico/doente também é longo. Para se sentirem seguros, os doentes precisam de ter à sua frente médicos competentes, que os ouçam e respondam às suas dúvidas. Estes têm que fazer um enorme esforço de constante actualização, para poderem responder de forma adequada a todas as necessidades destas pessoas. A SIDA veio colocar aos profissionais de saúde novos desafios (Sims & Moss, 1995; Bez & Jasmin, 1993).

Contudo, Sousa (2002) refere que o ensino aos doentes infectados por VIH/SIDA é hoje uma grande arma que pode cortar a cadeia de propagação do VIH e, ainda, aumentar a adesão à terapêutica e aos cuidados de saúde. Portanto, cuidar destes doentes implica um programa centrado nos mesmos. A qualidade dos cuidados de enfermagem pressupõe que os enfermeiros tenham preparação técnico-científica e competências relacionais e comunicacionais bem desenvolvidas.

Verificamos que, quando necessário o recurso a parceiros para obter apoio, é, de uma forma global, às equipas coordenadoras dos programas que os profissionais de saúde recorrem. No entanto, salientamos que o fazem muito poucas vezes.

É importante salientarmos que os apoios necessários a estes doentes são vários. Compreendem a assistência médica, o alojamento, o tratamento das pessoas no seu domicílio, o aconselhamento com técnicos especializados, como psicólogos ou assistentes sociais, ou simplesmente a participação num grupo de ajuda, normalmente constituído por pessoas com o mesmo problema (Sousa, 2002).

As atitudes dos profissionais de saúde perante os doentes com VIH/SIDA apresentaram maior índice nos factores “medo” e “desejabilidade social”, seguido de “atitude moralista”. Ao olharmos para a totalidade dos factores verificamos que as atitudes não diferiram em função do grupo profissional.

Também Casabella Abril (1997) em relação às atitudes perante o doente infectado com HIV não encontrou diferenças entre grupos de profissionais.

Os comportamentos profissionais em relação a doentes com SIDA situam-se maioritariamente no adaptativo/protector, tanto para o grupo dos médicos, como para o grupo dos enfermeiros.

A grande maioria dos estudos ligados ao impacto da SIDA nos profissionais de saúde demonstrou que estes apresentavam atitudes negativas para com os doentes com SIDA, tal como a população em geral. Focando a relação interpessoal do técnico de saúde/doente, os estudos de Pinto (1995), demonstraram que os profissionais de saúde consideravam mais difícil tratar os doentes com SIDA que outros doentes, com uma doença de igual importância. Esta dificuldade intensificava-se quando estes pacientes eram homossexuais, além de que consideravam não ter vontade de lidar com estes doentes, falar com eles, trabalhar ou partilhar qualquer sentimento de amizade. Por

outro lado, os profissionais de saúde consideraram a SIDA como uma doença menos transmissível e com uma maior prevenção em relação a outras doenças de igual importância, mas demonstraram um grande receio de contágio (Ryan, 1990; Mannetti & Pierro, 1991; Costa, 1993; Lopes, 1994; Pinto, 1995). Alguns médicos, para se protegerem da exaustão emocional, mantêm-se desapegados e mais controlados.

Constatamos pelos resultados obtidos com a aplicação do inventário de informação acerca da SIDA que os mesmos não diferem em função do grupo profissional, o que contraria o referido por Melby (1992) cit. por Pereira (1997) que considera o grupo dos enfermeiros com mais conhecimentos relacionados com VIH.

Ao analisarmos o auto-conceito do grupo de profissionais de saúde em estudo verificamos que, em valores médios, os enfermeiros apresentam melhores índices de auto-conceito que os médicos, excepto no factor auto-eficácia, contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas.

Para Casabella Abril (1997), os médicos têm uma percepção de maior segurança no controlo/atendimento dos doentes VIH positivos do que os profissionais de enfermagem, sendo de ressaltar que estes últimos evidenciavam uma maior necessidade de formação. No global, 82% dos técnicos declaravam uma clara necessidade de formação, o que, de certo modo, contraria os nossos resultados.

Constatamos que as capacidades/formação do agente educativo alternaram-se significativamente em função da idade e tempo profissional, embora variando na razão inversa. Verificamos que a atitude de controlo influenciou as capacidades/formação, variando também na razão inversa. O auto-conceito, tanto de uma forma global como em cada factor, influenciou as capacidades/formação do agente educativo na área da SIDA. É, portanto, essencial que, no âmbito educativo, se criem condições que favoreçam o desenvolvimento do auto-conceito de forma a capacitar os jovens a tomar decisões conscientes, relativamente a si mesmos, à própria vida e ao seu futuro pois, *ter aprendido a decidir é a melhor das aprendizagens* (Fierro, 1997, p. 93,94). Em suma, as pessoas com um auto-conceito e auto-estima altos estão mais habilitados para assumir escolhas, opinar mais e possuir maior capacidade de agir segundo as suas convicções (Frasquilho, 1996).

Esta ideia foi reforçada quando efectuado o modelo de regressão múltipla, tendo-se verificado que o auto-conceito surge como predictor das capacidades e formação do profissional de saúde, do tipo de recursos utilizados na realização da educação para a saúde e nos conhecimentos gerais para a prática de educação para a saúde (e com maior peso predictivo) na educação para a saúde no âmbito da SIDA.

Revuelta & Diáz (2001) referem que o profissional de saúde não pode ser indiferente aos instrumentos de apoio educativos (recursos: folhetos, filmes, cartazes),

pois aprender a partir de materiais impressos é uma forma de promover a aprendizagem, se estiverem de acordo com os níveis de literacia dos utentes.

Em relação à regressão múltipla entre os métodos educativos usados na educação para a saúde e as variáveis independentes, foi estatisticamente significativa apenas com a idade, tempo de exercício profissional, comportamento de evitamento de suspeitos de estarem infectados, negação e alheamento, informação sobre sida e maturidade psicológica.

A idade e o tempo de exercício profissional influenciaram os métodos educativos utilizados nas sessões de educação para a saúde, embora variando na razão inversa. Os comportamentos de evitamento de indivíduos suspeitos de estarem infectados também influenciaram a opção da metodologia a seguir, variando na razão directa.

Constatámos, ainda, que a atitude moralista também influenciou a escolha dos métodos. Conforme Sagrestano et al (2001), no seu estudo, conclui que a maioria dos métodos utilizados eram meios eficazes de comunicar mensagens de prevenção. Assim como Nyamathi (2001), que refere, na sua investigação, que a abordagem habitual dos profissionais dos cuidados de saúde parece mudar eficazmente os comportamentos de risco do HIV, para a maioria dos participantes. Contudo, Whitehead (2001) alerta para o facto de os enfermeiros não incorporarem na sua prática da educação para a saúde modelos preventivos de comportamento sociais-cognitivos contemporâneos e de não os usarem como meios para desenvolver outras estruturas conceptuais na educação para a saúde.

Mas, para se avançar nesta linha, é importante, como advoga Roussilhe, citado por Martinez et al (2000), que se evite a normalização e a medicalização (prescrição) das acções, mas adoptar métodos de trabalho educativos com rigor, participativos e comunitários e tendo como referência os valores da liberdade, responsabilidade, desenvolvimento e prazer, pois o objectivo da educação para a saúde não é negar o risco, que é inerente à vida humana, mas saber dominá-lo e geri-lo.

Nos modelos de formação, estamos de acordo com a teoria de Freire, em que o profissional de cuidados de saúde não pode conferir poder e controlo ao indivíduo, isso apenas pode ser assumido por cada indivíduo. Torna-se evidente que a transmissão passiva da mensagem de cuidados de saúde, apesar de ocorrer do profissional de saúde para o indivíduo não é útil para a comunidade, enquanto que o envolvimento activo do indivíduo permite muito mais sucesso. Por fim, cada indivíduo será responsável pela sua própria saúde (van Wyk, 1999).

Conclusões

A análise dos resultados obtidos permite-nos constatar que os sujeitos do

estudo são maioritariamente enfermeiros (75,3%), no global da amostra predomina o sexo feminino (74,2%), a média de idades é de 39,31 anos (o limite inferior é de 22 anos e o superior de 66 anos), com baixa formação em SIDA (60,50%), que na sua maioria (60,50%) abordam a temática da SIDA nas consultas de saúde materna e saúde do adulto e muito poucos recorrem a outros parceiros em rede na problemática da SIDA. A nossa amostra não se afasta dos dados obtidos em estudos do género.

Através da aplicação da Escala de Educação para a Saúde foi possível identificar as variáveis idade e auto-conceito total como preditoras dos factores capacidades/formação em Educação para a Saúde do profissional de saúde e nos recursos educativos, utilizados com instrumentos de apoio à sessão de Educação para a Saúde na área da SIDA, em relação às metodologias educativas seleccionadas só foi preditor o auto-conceito total.

Na fase preliminar deste trabalho, os sujeitos partilharam connosco as suas vivências, o seu “saber”. Esta experiência de “viver um pouco” as suas ansiedades, expectativas e soluções foi com certeza a parte mais gratificante deste percurso.

Ouvidos os profissionais, obtivemos contributos que nos permitem fazer sugestões em diferentes áreas de intervenção: Que se promovam discussões com os estudantes sobre a problemática da SIDA, nos seus diferentes aspectos relacionais, comunicacionais e técnico-científicos; Dinamizar a discussão de situações reais nas equipas interdisciplinares, com o objectivo de permitir a partilha de saberes dos profissionais de saúde, como intervenientes na promoção da saúde e prevenção do VIH/SIDA e que se enfatize, no ensino teórico e prático, a importância da educação para a cidadania, para desta forma alterar o estigma presente nesta doença.

Em suma, o que se pretendeu com este estudo foi contribuir com subsídios para a fomentação de pesquisas sobre o tema na área da educação, numa perspectiva histórico-cultural, e para a orientação de projectos para o fazer pedagógico nas questões que dizem respeito à SIDA e à infecção por VIH. Como pista final, é necessário criar um grupo de investigação das práticas pedagógicas, conducentes à elaboração de novos modelos de formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEZ, G.& Jasmin C. (1993). *Cancer, SIDA et société: pour une approche globale de la santé*. Paris: ESF Éditions.
- CASABELLA ABRIL, B. *et al.* (1997). Actitudes y necesidades de formación sobre la infección por el VIH en profesionales sanitarios de atención primaria. *Atención Primaria*. Vol. 19, nº 8, p. 395-399.
- CONSELHO DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE (1998). *Recomendações para uma reforma estrutural*. Disponível em < <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=474>>. Consultado em 8 de Maio de 2010.

- COSTA, M. (1995). *Percepções dos jovens sobre a problemática da SIDA : a intervenção educativa e a intervenção médica na escola na prevenção da SIDA*. Coimbra: Faculdade de Medicina. Tese de mestrado.
- FIERRO, A. (1997). La construcción de la identidad personal. In MARTI, Eduardo, coord.; ONRUBIA, Javier, coord. - *Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente*. Barcelona: UCT. (Cuadernos de formación del profesorado; 8). p. 73-94.
- FIGUEIRAS, A. *et al.* (1997). VIH/SIDA en atención primaria: opiniones y necesidades de los profesionales sanitarios gallegos. *Atención Primaria*. Vol. 20, nº 6, p. 319-323.
- FRASQUILHO, M. (1996). *Comportamentos problema em adolescentes: factores protectores e educação para a saúde. O caso da toxicoddependência*. Lisboa : Laborterapia.
- GRANDE, N. (2000). Cuidados de saúde primários: pedra angular dos sistemas de saúde. In *Fórum de Economia da Saúde*. Porto, Departamento de Clínica Geral e Instituto Superior de Estudos Empresariais da Universidade do Porto. p. 77 – 87.
- LOPES, N. (1994). *A Recomposição dos Saberes, Ideologias e Identidades de Enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar*. Dissertação (Mestrado). Instituto superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa.
- MANNETTI, L. & Pierro, A. (1991). Health care workers' reactions to AIDS victims : perception of risk and attribution of responsibility. *Journal of community & applied social psychology*. 1, p. 133-142.
- MARTÍNEZ, A. G. *et al.* (2000). *Educación para la salud : la apuesta por la calidad de vida*. Madrid : Arán Ediciones. ISBN 84-86725-66-6.
- MATEUS, M. & Cláudio, V. (2000). *SIDA: eu e os outros*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores. p. 277-292.
- NYAMATHI, A. *et al.* (October, 2001). Evaluating the impact of peer, nurse case-managed, and standard HIV risk-reduction programs on psychosocial and health-promoting behavioral outcomes among homeless women. *Research in Nursing and Health*. Vol. 24, nº 5, p. 410-422.
- PEREIRA, J. (1997). *Aspectos psico-sociais do doente seropositivo : da morte social à morte física*. Coimbra : Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Univ. de Coimbra.
- PINTO, E. (1995). *Atitudes dos enfermeiros perante a SIDA*. Badajoz: Universidad de Extremadura. Dissertação de mestrado.
- REVUELTA, C. & Díaz C. (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson. ISBN 84-458-1016-2.
- RYAN, C. C. (1990). The training and support of health care professionals dealing with the psychiatric aspects of AIDS. *Behavioral aspects of AIDS*. 20, p. 355-369.
- SAGRESTANO, L. *et al.* (2001). Sources of HIV-prevention Information for Individuals at High Risk. *American Journal Health Behavior*, 25(6), p.545-556
- SIMS, R. & Moss, V. (1995). *Palliative care for people with AIDS*. Edward Arnold, London.
- SOUSA, M. (2002). *SIDA: e a vida contínua*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 972-98149-3-7.
- TONES, B. K & Tilford, S. (1994). *Health education : effectiveness, efficiency and equity*. 2.ª ed. Londres : Chapman and Hall.
- VAZ SERRA, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7, 67-84.
- VAZ SERRA, A. (1994). IACLID - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- WYK, van N. C. (December, 1999). Health education as education of the oppressed. *Curationis*. Vol. 22, nº 4, p. 29-34.
- WHITEHEAD, D. (November, 2001). A social cognitive model for health education/health promotion practice. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 36, nº 3, p. 417-425.