

PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS

Autores:

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

Laura Maria Monteiro Viegas

Cristina Maria Rosa Jeremias

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

Fátima Moreira Rodrigues

Amâncio António de Sousa Carvalho

Anabela Salgueiro-Oliveira

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



Volume 1

PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS

Autores:

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

Laura Maria Monteiro Viegas

Cristina Maria Rosa Jeremias

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

Fátima Moreira Rodrigues

Amâncio António de Sousa Carvalho

Anabela Salgueiro-Oliveira

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



Volume 1

Editora Omnis Scientia

**PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA
DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS**

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Autores

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá
Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira
Laura Maria Monteiro Viegas
Cristina Maria Rosa Jeremias
José Edmundo Xavier Furtado de Sousa
Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço
Fátima Moreira Rodrigues
Amâncio António de Sousa Carvalho
Anabela Salgueiro-Oliveira
Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone
Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva
Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão
Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior
Dr. Walter Santos Evangelista Júnior
Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine
Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira
Dr. Leandro dos Santos
Dr. Hugo Barbosa do Nascimento
Dr. Marcio Luiz Lima Taga
Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são
de responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

P962 Problemáticas de saúde na sociedade contemporânea : diversidade de perspectivas e contextos : volume 1 [recurso eletrônico] / Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá... [et al.]. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-626-9
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9

1. Cuidados de saúde. 2. Enfermagem – Prática. 3. Serviços de saúde. 4. Medicina social. I. Sá, Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de. II. Oliveira, Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de. III. Viegas, Laura Maria Monteiro. IV. Jeremias, Cristina Maria Rosa. V. Sousa, José Edmundo Xavier Furtado de. VI. Cabaço, Lina Maria de Jesus Antunes. VII. Rodrigues, Fátima Moreira. VIII. Carvalho, Amâncio António de Sousa. IX. Salgueiro-Oliveira, Anabela. X. Título.

CDD 610.736

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A coletânea de artigos que integram a obra com o título *Problemáticas de saúde na sociedade contemporânea - Diversidade de perspectivas e contextos*, publicada pela Editora Omnis Scientia, apresenta diversas temáticas do conhecimento na área da saúde e também das ciências sociais. Os estudos apresentados neste volume abordam temas atuais e de interesse para diferentes tipos de público.

Agradecemos aos autores por todo esforço e empenho na elaboração do e-book, desejando que os materiais divulgados possam contribuir para a fundamentação, discussão e olhares renovados sobre questões contemporâneas na área da saúde, que interessam a estes profissionais, em diferentes domínios, mas também a docentes, estudantes e investigadores, potenciando a reflexão em torno da saúde na atualidade.

Fatima Moreira Rodrigues

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....10

CUIDADOS DE SAUDE CULTURALMENTE COMPETENTES-PRECONCEITO

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/10-20

CAPÍTULO 2.....21

CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL NUMA PERSPETIVA MULTICULTURAL

Cristina Maria Rosa Jeremias

Maria dos Anjos Pereira Lopes

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/21-39

CAPÍTULO 3.....40

O ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/40-52

CAPÍTULO 4.....53

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO CUIDADOR FAMILIAR

Laura Maria Monteiro Viegas

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/53-71

CAPÍTULO 5.....72

CIDADANIA (IN)VISÍVEL DA PESSOA EM CONDIÇÃO DE SEM-ABRIGO: PERCURSOS COM DIVERSOS ANDAMENTOS

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/72-88

CAPÍTULO 6.....	89
A DIMENSÃO HOLÍSTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
Amâncio António de Sousa Carvalho	
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/89-110	
CAPÍTULO 7.....	111
TRAJETÓRIA PEDAGÓGICA DE PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira	
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/111-124	
CAPÍTULO 8.....	125
MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A CONTINUIDADE	
Fátima Moreira Rodrigues	
Cristina Maria Rosa Jeremias	
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/125-144	
CAPÍTULO 9.....	145
PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA: CONTRIBUTOS PARA A PREVENÇÃO DE INFECCÕES	
Anabela Salgueiro-Oliveira	
Remy Cardoso	
Beatriz Serembeque	
Paulo Santos-Costa	
Rafael A. Bernardes	
Fernando Gama	
David Adriano	
Joana Bernardo	
Liliana B. Sousa	
Nádia Osório	
João Graveto	

Pedro Parreira

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/145-161

CAPÍTULO 10.....162

**CONHECIMENTOS ÚTEIS SOBRE PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL:
CONTRIBUTOS PARA A LITERACIA FAMILIAR**

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Lídia Susana Mendes Moutinho

Ana Isabel Fernandes Querido

João José Rolo Longo

Tânia Sofia Pereira Correia

Carlos António Laranjeira

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/162-176

A DIMENSÃO HOLÍSTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Amâncio António de Sousa Carvalho.

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), Escola Superior de Saúde, Vila Real Portugal. CIEC - Centro de Investigação em Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

E-mail: amancioc@utad.pt

RESUMO: **Introdução:** A importância da Educação em Saúde (ES) reside no seu contributo para o desenvolvimento dos cidadãos e de sociedades saudáveis, a efetividade e sustentabilidade dos sistemas de saúde, o alcançar das metas estabelecidas pela OMS e desenvolvimento sustentável, a qualidade de vida das pessoas, o aumento dos conhecimentos dos participantes e melhoria das suas habilidades e competências, que poderão constituir uma mais-valia para a prevenção de comportamentos de risco e agravos à saúde. **Objetivo:** Refletir sobre a conceptualização da ES e a sua dimensão holística. **Desenvolvimento:** Os termos Promoção da Saúde e ES estão intimamente relacionados, mas não são sinónimos, sendo a Promoção da Saúde considerada mais abrangente do que a ES, uma vez que esta atividade faz parte daquela, que constitui um processo mais amplo. A ES pode definir-se como uma combinação de experiências de aprendizagem planeadas, no sentido de produzir mudanças nos conhecimentos, podendo influenciar atitudes, valores e facilitar a mudança de comportamentos e de estilos de vida. Educação e saúde exigem uma visão holística, devendo ter uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões em constante interação com o meio envolvente. Por isso, a ES deve ser um processo holístico e trabalhar a dimensão cognitiva, atitudinal, emocional e comportamental para poder ser efetiva. **Considerações finais:** Podemos concluir que a dimensão holística é essencial a esta atividade para que se possa falar de uma verdadeira ES! É esse o desafio para todos os profissionais envolvidos nesta atividade fazer desta atividade um processo holístico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública. Promoção da Saúde. Educação em saúde. Assistência integral à saúde. Comportamento.

THE HOLISTIC DIMENSION OF HEALTH EDUCATION

ABSTRACT: Introduction: The importance of Health Education (HE) lies in its contribution to the development of citizens and healthy societies, the effectiveness and sustainability of health systems, the achievement of the goals set by the WHO and sustainable development, people's quality of life, the increase of participants' knowledge and improvement of their skills and competencies, which may constitute an added value for the prevention of risk behaviours and health problems. **Objective:** To reflect upon the conceptualisation of Health Promotion and its holistic dimension. **Development:** The terms Health Promotion and HE are closely related, but not synonymous, and Health Promotion is considered to be more comprehensive than HE since this activity is part of the latter, which is a broader process. HE can be defined as a combination of planned learning experiences that produce changes in knowledge, can influence attitudes, values, and facilitate behavioural and lifestyle changes. Education and health require a holistic vision and should have a global and particular approach to the person in its various dimensions in constant interaction with the surrounding environment. Therefore, HE should be a holistic process and work the cognitive, attitudinal, emotional and behavioural dimension in order to be effective. **Final considerations:** We can conclude that the holistic dimension is essential to this activity so that we can speak of a true HE! That is the challenge for all professionals involved in this activity to make this activity a holistic process.

KEY-WORDS: Public Health. Health Promotion. Health Education. Comprehensive Health Care. Behavior.

INTRODUÇÃO

Atualmente existe evidência considerável de que a Educação (Na qual também enquadro a Educação em Saúde – ES), a literacia e o autocontrolo são de grande importância não só para a promoção e proteção da saúde da população, mas também para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, constituindo um fator crítico para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (PORTUGAL. DESPACHO N.º 3618-A/2016).

É relevante conhecer a contribuição conceitual da Educação Permanente em Saúde e ES, para a compreensão dos acontecimentos atuais, no setor da saúde. Sem essa compreensão a efetividade da prestação de cuidados de saúde está comprometida (FERREIRA et al., 2019).

Por sua vez, Carvalho et al. (2021) afirmam que a Promoção da Saúde e ES têm um papel fulcral no desenvolvimento de cidadãos e sociedades saudáveis, sustentáveis e felizes, contribuindo para as metas e objetivos definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Bem-Estar na Europa, no que concerne ao crescimento sustentável e à educação

inclusiva e para a Agenda 2030, para o desenvolvimento sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU). Para Caetano et al. (2017) a ES é uma ferramenta fundamental para se alcançar a Promoção da Saúde.

Loureiro (2014) refere que a escolaridade e a ES são direitos consagrados na constituição portuguesa (e de muitos outros países acrescentamos nós) e investimentos essenciais para que a população seja mais saudável. Acrescenta, ainda, que os níveis de literacia, que podem ser alcançados através de intervenções de ES são fatores preditivos de emprego, de participação ativa no desenvolvimento comunitário, de melhores níveis de saúde e de gestão de doenças crónicas, estando associados ao sucesso de uma nação.

Na mesma linha de pensamento Meireles et al. (2017) referem que a ES é uma ferramenta importante no processo de sensibilização individual e coletiva de responsabilidade e direitos à saúde, contribuindo para a consciencialização, de cada indivíduo acerca dos fatores que influenciam a sua saúde e dos riscos a que está exposto. Para Assunção et al. (2020) a importância da ES reside no facto de contribuir para a construção de uma consciência crítica, que leve os participantes a pensar na formação da sua identidade.

Monteiro et al. (2021) acrescentam a estas ideias a de que a ES estimula a luta pelos direitos à saúde, contribui para a melhoria da Qualidade de Vida e aumenta as possibilidades de conquista da autonomia, tendo sido imprescindível para informar a população e proteger a saúde mental das pessoas durante a crise pandémica da COVID-19. No mesmo sentido Costa et al. (2020) salientam a importância das ações de ES para a Promoção da Saúde e para o desenvolvimento de tarefas diárias das pessoas.

Outros autores (PAES et al, 2016) reforçam o papel importante das ações de ES, desenvolvidas em contexto escolar, para a formação integral dos alunos, referindo que as esferas da educação e da saúde se complementam, funcionando como mecanismos interdependentes, estabelecendo a associação entre a educação e melhores níveis de saúde e de bem-estar. Para estes autores sem saúde não há educação, assim como sem educação não há saúde.

Um olhar diferente para a ES é dado por Carvalho et al. (2021), quando reconhecem a sua importância no focar das necessidades específicas das pessoas, através da escuta ativa, permitindo a compreensão dos fatores biopsicossociais do grupo alvo e contribuindo para a promoção do conhecimento e diminuição de comportamentos de risco.

O efeito da ES na melhoria do conhecimento dos participantes é também abordado por outros autores, entre os quais Cruz et al. (2021), que afirmam que todas as ações de ES tiveram efeito nos conhecimentos dos participantes, tendo aquelas que utilizaram metodologias ativas obtido ainda melhores resultados. Esta afirmação é ainda corroborada por Gueterres et al. (2017), dizendo que a ES é importante para aumentar o conhecimento sobre práticas relacionadas com comportamentos saudáveis por parte dos indivíduos, contribuindo para a prevenção de agravos à saúde e potencializa a Qualidade de Vida.

Ao analisarmos estas perspectivas acerca da ES podemos visualizar uma visão mais macro na qual a importância da ES se centra no desenvolvimento dos cidadãos e de sociedades saudáveis, na efetividade e sustentabilidade dos sistemas de saúde, no contributo para o alcançar das metas estabelecidas pela OMS e desenvolvimento sustentável e para a qualidade de vida das pessoas. Uma outra perspectiva mais micro foca-se na consciencialização dos indivíduos acerca dos fatores que afetam a sua saúde, informação das pessoas, aumento dos conhecimentos dos participantes e melhoria das suas habilidades e competências, que poderão contribuir para a prevenção de comportamentos de risco e agravos à saúde. Existe um consenso alargado sobre o papel relevante das ações de ES desenvolvidas em contexto escolar e na garantia da formação integral dos alunos.

O objetivo deste trabalho foi refletir sobre a conceptualização da ES e a sua dimensão holística.

Este trabalho encontra-se organizado numa introdução, na qual se fundamenta a importância da ES, um enquadramento teórico no qual se aborda a promoção da saúde, enquanto processo abrangente e a ES, refletindo acerca das suas conceptualizações, gerações, a sua dimensão holística e as fases de desenvolvimento de um programa.

1. A PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM PROCESSO ABRANGENTE

Existe alguma confusão na sociedade acerca do conceito de Promoção da Saúde (PrS), que muitas vezes é visto como sinónimo de ES. Uma condição fundamental inerente à PrS é que visa capacitar as pessoas por forma a terem mais controlo sobre os aspetos da vida que afetam a sua saúde. Estes dois elementos (melhorar a saúde e ter maior controlo sobre ela) são fundamentais para os objetivos e processos da PrS, como é expresso na definição emanada na primeira conferência internacional sobre PrS: “*Promoção da Saúde é o processo que permite às pessoas aumentarem o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la*” (WHO, 1986: 2). Esta definição que tem sido largamente adotada, concebe a PrS como um processo, mas também implica um objetivo, com uma clara base filosófica e auto capacitação (Carvalho, 2007).

Por sua vez, Tones e Tilford (1994: 7), apresentam um conceito de PrS, através da fórmula: “*PrS = EpS X Política de saúde*”, baseando a sua conceptualização na opinião, de que um dos papéis da nova ES é capacitar as pessoas, torná-las mais conscientes acerca dos determinantes da saúde, principalmente, dos fatores ambientais e socioeconómicos, para que possam exercer pressão sobre quem define as políticas de saúde.

Outra definição de PrS foi lançada por Downie, Tannahill e Tannahill (2000: 2), os quais referem que a “*Promoção da Saúde compreende esforços para aumentar a saúde e reduzir o risco de doença, através das esferas de acção sobrepostas da educação, prevenção e protecção da saúde*”. Afirmam, ainda, que a PrS está relacionada com a Saúde Pública.

1.1. DIFERENCIAÇÃO ENTRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Neste ponto partimos das seguintes questões: Existe diferença entre PrS e ES? Se sim, qual a diferença entre estes dois termos?

No que diz respeito à diferenciação entre estes dois termos podemos afirmar que é um assunto não consensual. Contudo apresentaremos a nossa perspetiva assente numa vasta análise da literatura neste campo, nos últimos 20 anos.

Os termos PrS e ES estão intimamente relacionados, mas não são sinónimos. Tendo presente as definições atrás apresentadas, principalmente, a definição de Downie, Tannahill e Tannahill (2000), que diferenciam claramente PrS da ES, considerando a PrS mais abrangente do que a ES, uma vez que esta atividade faz parte da PrS, que constitui um processo mais amplo.

1.2. ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Relativamente a este assunto Ewles e Simnett (1999) propuseram um esquema onde constam as principais atividades que atribuem à PrS, das quais fazem parte: i) os programas de ES; ii) a prestação de cuidados de saúde de prevenção primária, secundária e terciária (nós acrescentamos a prevenção quaternária e quinquenária); iii) o trabalho baseado na comunidade; iv) o desenvolvimento organizacional; v) as políticas públicas saudáveis; vi) as medidas de saúde ambiental e; vii) as atividades económicas e reguladoras. De seguida explicitamos melhor cada uma destas atividades.

- i. **Programas de ES** – Oportunidades de aprendizagem acerca da saúde para desencadear mudanças voluntárias de comportamento. Podem incluir o disponibilizar informação, explorar valores e atitudes, tomar decisões relacionadas com a saúde e adquirir competências.
- ii. **Cuidados de saúde preventivos** – Incluem os serviços que visam prevenir a doença como a vacinação, os exames periódicos, vigilância de saúde.
- iii. **Trabalho baseado na comunidade** – Trabalha-se com e pelas pessoas envolvendo as comunidades no trabalho pela saúde. Inclui o desenvolvimento comunitário, no qual as comunidades identificam as suas necessidades e atuam no sentido de as satisfazer.
- iv. **Desenvolvimento organizacional** – Refere-se ao desenvolvimento e implementação de políticas dentro das organizações que promovam a saúde dos trabalhadores e clientes (ex: implementação de políticas de igualdade de oportunidades e desenvolvimento de produtos mais saudáveis).
- v. **Políticas públicas saudáveis** – Dizem respeito às implicações na saúde de políticas de habitação, emprego, transportes e lazer com o propósito de provocar mudanças

nas condições de vida. Ex: Bons transportes públicos.

- vi. **Medidas de saúde ambiental** – Pretendem tornar o meio ambiente físico mais benéfico para a saúde em diversos contextos. Incluem o fornecimento de água potável, saneamento e controlo da poluição ambiental.
- vii. **Atividades económicas e reguladoras** – Envolvem a atividade política e educacional dirigida a políticos, ideólogos políticos, responsáveis pelo planeamento, feitura e implementação de mudanças legislativas, tais como regulação de rótulos alimentares, advertências nas bebidas alcoólicas e aumento das taxas aplicadas ao tabaco.

Por seu lado, Downie, Tannahill e Tannahill (2000), perspetivam a PrS a englobar a ES, a prevenção e a proteção da saúde, envolvendo sete domínios de atividades, alguns dos quais pertencem a mais do que um dos três campos mencionados. Estes domínios foram assim apresentados para demonstrar a vasta gama de possibilidades da PrS, não devendo serem vistos separadamente como se formassem compartimentos estanques.

Por sua vez, Scriven (2005), faz referência a quatro níveis de PrS: primário, secundário, terciário e quaternário (Mais tarde foi introduzido o nível quinquenário). O nível primário envolve atividades preventivas dirigidas à população em geral com o objetivo de evitar a doença. As abordagens são diversas podendo ir da ES às medidas legislativas, fiscais e políticas. O nível secundário é dirigido a indivíduos ou a grupos populacionais nos quais os danos à saúde já tenham ocorrido. O propósito é mudar os estilos de vida não saudáveis e aumentar o nível de saúde, reforçando o comportamento que previne que a doença evolua para o estado crónico ou irreversível e, quando possível, restaurar a saúde para o estado anterior à doença. O nível terciário visa capacitar indivíduos ou grupos que têm doenças crónicas ou deficiência, a maximizar o seu potencial para um viver saudável. Por último, o nível quaternário concentra-se no facilitar ótimos estados de capacitação e bem-estar emocional, social e físico durante o estado terminal.

2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Já refletimos sobre o conceito de PrS. De seguida vamos fazer o mesmo exercício relativamente ao termo ES. Mas afinal o que é a ES?

2.1. CONCRETUALIZAÇÕES E REFLEXÕES

O autor Rochon (1996), apresenta um conceito de ES baseado na combinação de experiências de aprendizagem planeadas, no sentido de facilitar a mudança voluntária de comportamentos saudáveis. Para este autor podemos encontrar alguns aspetos importantes implícitos nesta definição. Subjacente ao termo “combinação” encontra-se a necessidade da

utilização de diferentes métodos educativos, que favoreçam a aprendizagem e a importância da sua complementaridade; a referência a aprendizagens planeadas acentua o processo de reflexão sistemática; o verbo “facilitar” designa o papel do educador como facilitador da mudança de comportamentos; ao falar em mudanças voluntárias de comportamento refere-se à participação voluntária do indivíduo no que concerne à mudança no comportamento desejado; a adoção de “comportamentos saudáveis” como a finalidade a atingir (Carvalho, 2007).

Este primeiro conceito está muito centralizado na mudança de comportamento individual, não tendo em conta os determinantes sociais da saúde, nem inclui aspetos importantes como os valores pessoais, a autoestima das pessoas e a auto capacitação que são essenciais no processo de ES.

Mais tarde Tones e Tilford (1994: 11) definem ES 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 definição é mais abrangente do que a anterior, incorporando implícita e explicitamente muitos dos fatores que influenciam as tomadas de decisão. Para além da transmissão de conhecimento será necessário um conjunto de apoios para uma mudança de atitudes, trabalhar as convicções pessoais, as crenças e os valores individuais para alcançar a mudança de comportamentos e de estilos de vida (Carvalho, 2002).

Uma conceptualização de ES mais recente é a apresentada por Downie, Tannahill e Tannahill (2000: 28), na qual afirmam que é:

“A actividade comunicacional visando aumentar a saúde, prevenir ou diminuir a doença nos indivíduos e grupos influenciando as crenças, atitudes e comportamento daqueles que detêm o poder e da comunidade em geral”.

Este conceito introduz um aspeto algo diferente dos anteriores, uma vez que para além do indivíduo comum, também inclui os líderes comunitários, que constituem modelos para toda a sociedade.

2.2. GERAÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com Moreno, Garcia e Campos (2000), na evolução da ES ao longo dos tempos podem observar-se três gerações, em paralelo com as alterações sociopolíticas e dos fatores de risco.

A primeira geração designada “ES informativa”, segundo aqueles autores possui duas linhas: uma autoritária, que obriga o utente a seguir as normas para uma boa saúde; e outra, democrática, de informação neutra. Inerente a estas duas linhas está a transmissão de conhecimentos com intenção prescritiva.

Em paralelo com esta classificação encontra-se a tipologia em focos de atenção de Santos (2000). Nesta classificação, à primeira geração, “ES informativa”, corresponde o “foco divulgativo” da tipologia de Santos (2000), sendo que a premissa básica deste foco é considerar que os comportamentos não saudáveis têm origem na falta de informação. Estes autores afirmam que esta geração de ES se inspira no modelo biomédico de saúde, estando muito centrada no ensinar como processo de comunicação de conhecimentos, orientada, fundamentalmente, para a prevenção e tratamento da doença, sob a forma de prescrições e recomendações, utilizando uma metodologia expositiva e unidirecional (Carvalho e Carvalho, 2006).

As críticas que Santos (2000), faz a este “foco divulgativo” é de que o conceito de saúde subjacente é um conceito negativo, que a concepção de educação é autoritária, que se fundamenta nos aspetos biológicos da doença e que parte de um pressuposto errado, de que a informação é suficiente para mudar atitudes e comportamentos. Neste sentido, Carvalho (2002: 4), afirma que:

“Na verdade, há ainda quem acredite que os estilos de vida não saudáveis são exclusivamente devido à ignorância das pessoas e, conseqüentemente, ficam altamente surpreendidos quando verificam que os indivíduos persistem nas suas formas de vida mesmo depois de “bombardeados” com grandes quantidades de informação”.

Esta autora considera esta visão muito simplista, pois se baseia na fórmula de que o Conhecimento (C) por si só conduz às Práticas (P). Utilizando a linguagem matemática reconhece que C é condição necessária, mas não suficiente para que ocorra P e por isso assume ser necessário inserir “A” de Atitude entre C e P, indicando que para além do Conhecimento adquirido, as Atitudes terão também de ser mudadas, para que se possa processar a adoção de comportamentos saudáveis.

A segunda geração proposta por Moreno, García e Campos (2000), perspectiva a ES “centrada no comportamento”. Considera os fatores sociais e culturais e analisa as motivações e resistências aos instrumentos educativos e persuasivos para a mudança

de comportamentos. Surgiu devido à necessidade de encontrar respostas para a elevada morbimortalidade cardiovascular e oncológica associada aos estilos de vida não saudáveis. Por isso, o seu objetivo é obter comportamentos saudáveis e a informação é, apenas, um elo do processo.

Por sua vez, na tipologia de Santos (2000), a geração “centrada no comportamento” corresponde ao “foco comportamental”. Esta tendência engloba o conjunto de modelos centrados em evitar e modificar comportamentos-problema. A saúde, neste foco, é considerada resultante do comportamento do indivíduo, determinado por estímulos do meio onde está inserido. O processo educativo gira em torno da aprendizagem e a preocupação centra-se em como dirigir a aprendizagem.

As principais críticas dirigidas pelo autor a este “foco comportamental” é de que é uma abordagem adaptativa, uma vez que, o seu objetivo é conseguir a melhor adequação possível ao meio, sem implicar as pessoas afetadas na modificação do seu meio ambiente. A posição reducionista da pessoa resulta da centralização no estudo da atuação sobre o comportamento, ignorando as outras dimensões humanas, uma vez que para que se considere uma intervenção de ES formativa esta deve abranger, também, os processos cognitivos e atitudinais, que tornem a modificação de comportamento uma ação consciente, racional e voluntária.

Por último, emergiu a terceira geração da ES denominada “crítica”, perspectiva associada a uma cultura preventiva social e democrática, propondo alternativas de mudanças sociais, tentando reduzir as desigualdades e potenciando a participação comunitária (Moreno, Garcia e Campos, 2000).

Na classificação de Santos (2000), à ES crítica corresponde o “foco integral”, que preconiza que a ES deve ir além da modificação dos comportamentos individuais e, por conseguinte, influenciar o ambiente e as instituições. Está claramente orientado para a promoção da saúde, e ainda que, integre a ação educativa individualizada e informação sobre saúde à população.

A principal crítica à abordagem integral da ES é de que ainda está numa fase de emergência e, ainda que, as suas bases conceptuais e metodológicas estejam suficientemente desenvolvidas, foi poucas vezes utilizada experimentalmente. A amplitude da sua estrutura e a exigência de um compromisso prévio de todos os implicados no processo de ES são os seus maiores obstáculos.

2.3. ABORDAGEM HOLÍSTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Machado et al. (2007), partindo do princípio da integralidade, afirmam que todos os profissionais que trabalham com seres humanos, como é o caso dos profissionais de saúde, devem aprimorar uma visão holístico-ecológica, quer na prestação de cuidados, quer na produção de conhecimento.

No dizer de Teixeira (1996), a saúde para ser holística necessita ser perspectivada como um fenómeno multidimensional, que envolve aspetos físicos, psicológicos, sociais e culturais, todos interdependentes.

Educação e saúde exigem uma visão holística, englobando uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões em constante interação com o meio envolvente. Como tal, a ES deve ser um processo holístico, porque pretendendo aumentar a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que permitam à pessoa adotar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças, sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte (Cracel, 2000; Carvalho & Carvalho, 2006).

Por sua vez, esta pessoa também influencia a comunidade provocando-lhe processos internos geradores da adoção de comportamentos saudáveis, uma vez que *“Não existe ser humano que não seja transformado pela sociedade em que se encontra, do mesmo modo que não existe sociedade que não se funde na autonomia com que os seus membros participam no programa que ela estabeleça”* (Illich, 1977: 124).

Segundo Oliveira (2000: 287), o conceito «holismo» possui, usualmente, uma denotação referente a uma «visão global», significado que, na sua opinião, parece derivar em grande parte das perspetivas sistémicas da cibernética e da engenharia da computação. No dizer de Griffin (1994), o holismo implica a síntese de todas as partes para obter um todo em que se deverá atingir a harmonia. Referindo-nos, especificamente, ao ser humano, «objeto» e ator da ES, a perspetiva holística considera-o como uma unidade bio fisiológica, psicológica, social e espiritual que se encontra em constante interação consigo mesmo, com outros seres humanos e com o meio ambiente (Casanova, 1992).

Na concepção holística, o organismo vivo é visto como um sistema cujos componentes estão interligados e interdependentes estabelecendo processos entre si. Este sistema é parte integrante de sistemas mais vastos, uma vez que o organismo está continuamente em interação contínua com o seu meio envolvente. Este é o caso do ser humano e da ES. Como os seres humanos comunicam entre si e interagem, sendo esses fenómenos componentes essenciais da ES, então por conseguinte, a ES é um processo holístico (Carvalho & Carvalho, 2006).

Na opinião de Damásio (1998), o homem é um todo e não se pode separar a dimensão física da psíquica, da social e da mental. Participa ativamente na sua própria construção e evolução, constituindo uma totalidade da interação entre as suas várias dimensões. Qualquer perturbação numa dimensão, transmitir-se-á a todas as outras e como tal para a globalidade que constitui o ser humano. Através das suas investigações consegue demonstrar que a componente emocional tem um peso muito importante no processo de decisão do ser humano e apelida de mito a separação entre mente e corpo. Os programas de ES devem ser dirigidos não apenas à dimensão física, mas a todas as dimensões, constituindo uma interação holística.

2.4. ETAPAS DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Um programa de ES deverá ser relativamente estruturado que defina as linhas fundamentais de atuação, em que participe desde os primeiros momentos o utente, tanto na identificação de necessidades como no planeamento e execução do programa. Deve ser suficientemente flexível, que tenha a capacidade de se adaptar em cada momento a novas necessidades e a situações concretas que se possam apresentar no seu desenvolvimento (Osuna e Moral, 2000).

Os programas de ES são constituídos por uma série de etapas ou fases. Diferentes autores propõem modelos de programas constituídos por diversas etapas. Contudo, as etapas comuns a quase todos eles são as seguintes (Osuna e Moral, 2000; Carvalho & Carvalho, 2006): i) Análise da situação – determinação das necessidades educativas, também conhecida por conhecimento prévio do grupo; ii) Justificação da necessidade do programa; iii) Definição de objetivos; iv) Conteúdos educativos; v) Determinação das estratégias de intervenção; vi) Atividades e metodologia educativa; vii) Previsão dos recursos; e viii) Desenho da avaliação do programa. De seguida descreve-se detalhadamente cada uma destas sete etapas.

i) Análise da situação - Esta etapa tem dois objetivos: a) identificar as necessidades educativas do grupo alvo do programa de ES a executar, com o propósito de desenhar um programa que dê resposta a essas necessidades; b) conhecer, o mais amplamente possível, as características desse grupo, com o fim de poder adaptar a metodologia, as atividades e recursos a essas características.

Geralmente, os programas de ES planeiam-se logo que se tenham identificado as necessidades de determinada comunidade e estabelecido prioridades. Uma vez realizado o diagnóstico de situação de saúde da comunidade e tendo selecionado os problemas sobre os quais intervir prioritariamente, assim como os fatores que os condicionam, estão satisfeitas as condições para iniciar o processo de elaboração do programa. O programa deve dirigir-se à modificação dos comportamentos, que influenciam negativamente os problemas de saúde identificados.

O processo de avaliação das necessidades educativas pode ser mais ou menos amplo e complexo, dependendo da natureza do problema sobre o qual se pretende intervir, do tempo e dos recursos disponíveis (Osuna e Moral, 2000; Carvalho & Carvalho, 2006).

No dizer de Clark (1996), a avaliação das necessidades educativas, na perspetiva epidemiológica, tem quatro componentes: a) biologia humana, b) ambiente, c) estilo de vida e d) sistema de cuidados de saúde, que coincidem com os determinantes de saúde.

A biologia humana influencia as necessidades de aprendizagem e as capacidades de aprendizagem do participante. As referidas necessidades e capacidades estão relacionadas com o nível de maturidade do participante e a adequação à sua função fisiológica.

Os fatores ambientais podem também influenciar as necessidades de aprendizagem e capacidades, especificamente, o ambiente físico, o ambiente psicológico e o ambiente social. As condições do ambiente físico muitas vezes alteram as necessidades educativas da ES. É o caso de um idoso que vive numa habitação com deficiente iluminação e muitas escadas, tornando-se necessário trabalhar esses conteúdos. Por sua vez os fatores psicológicos tais como o stresse e a ansiedade, podem também dificultar a aprendizagem dos participantes. Por último, o ambiente social é particularmente importante na formação de atitudes acerca da saúde e comportamentos relacionados com esta.

Os fatores relacionados com o estilo de vida influenciam as necessidades educativas dos participantes nos programas de ES. Por exemplo, os participantes que possuem comportamentos alimentares não saudáveis provavelmente necessitarão de uma educação alimentar e aqueles que apresentam comportamentos de risco de não utilização de cinto de segurança na condução de viaturas automóveis necessitarão de educação no âmbito da segurança rodoviária.

O grau de ênfase atribuído à ES pelos profissionais de saúde e outros profissionais que atuam nos processos de ES são fatores associados ao sistema de cuidados de saúde que influenciam o conhecimento e as atitudes relacionados com a saúde dos participantes (Clark, 1996).

Osuna e Moral (2000) propõem o estudo de variáveis como a mortalidade e morbidade, fatores de risco, incapacidade, demografia, estrutura socioeconómica, recursos de saúde, aspetos culturais, necessidades sentidas por parte da população e organização social da comunidade, entre outros. Todos estes fatores podem condicionar de forma mais ou menos direta as necessidades educativas e a orientação que se dará posteriormente ao programa de ES.

ii) Justificação da necessidade do programa - Esta etapa da programação consiste em apresentar de forma explícita a necessidade de realização do programa de ES. Deve-se responder à pergunta: porque é que se pretende realizar o programa? Na sua elaboração deve ter-se em conta que esta é a fase de marketing do programa, em que se devem convencer os possíveis interessados (Instituições de saúde, gestores, políticos e a comunidade) da necessidade e importância do desenvolvimento do mesmo e do impacto que terá na saúde da comunidade.

A maioria da informação necessária à justificação de um programa de ES procede da etapa anterior. Deve fazer-se referência aos seguintes aspetos: a) Magnitude do problema; b) Custos em saúde, na área familiar e social; c) Evolução do problema e tendências; d) Relação do problema de saúde com os comportamentos; e) Existência de experiências prévias que demonstrem o efeito da ES sobre o problema ou, pelo menos, o efeito que a modificação de comportamentos tem sobre o mesmo (Osuna e Moral, 2000).

iii) **Definição de objetivos** - A definição de objetivos tem uma dupla finalidade. Por um lado, indicar o fim a que se espera chegar, com a intenção de não perdermos o caminho a percorrer e de que todas as ações contribuam para atingir esse fim. Por outro lado, os objetivos são um instrumento chave para a posterior avaliação do programa de ES. Para que os objetivos sejam um instrumento útil e atingir aquelas finalidades é necessário que apresentem as seguintes características: a) Pertinentes – Significativos e importantes para o problema de saúde; b) Mensuráveis – Utilizando os instrumentos disponíveis; c) Precisos – Fazerem referência a aspetos concretos e só a um deles; d) Compreensíveis – Devem identificar a que nos estamos a referir com o objetivo; e) Exequíveis – Realizáveis no tempo previsto.

Os objetivos devem também integrar os seguintes elementos: a) Natureza da situação desejada – Resultado concreto que se pretende alcançar com o programa (conhecimento, atitude, comportamento); b) Critérios de êxito ou de fracasso – Deve precisar os critérios que permitam apreciar o grau de êxito. Referem-se a taxas ou percentagens da população em que se pretende conseguir atingir o objetivo, à natureza do efeito da intervenção sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos, etc; c) Data para a consecução do objetivo – Momento em que o objetivo deve ser alcançado ou em que terá lugar a avaliação; d) População de referência – Definir o grupo populacional sobre o qual o programa de ES vai intervir; e) Âmbito de aplicação do programa – Refere-se à zona geográfica (distrito, bairro, localidade) bem como ao local onde se desenvolverá a atividade (Escola, Empresa, Centro de Saúde, Hospital, etc.) (Osuna e Moral, 2000).

Existem diversas tipologias de objetivos. Vamos abordar duas classificações: (i) objetivos gerais e específicos e (ii) objetivos de processo e objetivos de resultado (Osuna e Moral, 2000; Clark, 1996).

No que diz respeito à classificação em objetivos gerais e objetivos específicos, a sua definição deve realizar-se mediante uma sequência lógica em forma de árvore, em que cada objetivo geral constitui o tronco de onde partem vários objetivos específicos, que constituem os ramos.

Objetivos gerais – Derivam da justificação do programa. Devem centrar-se na resolução ou diminuição do problema identificado. Têm como referência os indicadores de saúde relacionados com o problema concreto que se deseja ultrapassar (incidência, prevalência, incapacidade, etc.)

Os objetivos gerais podem ser vários de acordo com os problemas de saúde em que se deseje intervir. Geralmente o número é reduzido e é frequente ser, apenas, um único. Ex: Diminuir em 10%, a incidência de complicações, nos diabéticos do Centro de Saúde, no próximo ano.

Objetivos específicos – Derivam dos objetivos gerais e centram-se no utente, grupo ou comunidade. Devem referir-se aos fatores que condicionam a modificação dos comportamentos. Podem formular-se objetivos específicos relativos aos conhecimentos,

atitudes e comportamentos ou competências. O número depende da complexidade do comportamento que se pretende modificar e do nível de especificação com que se deseje definir o resultado esperado, de acordo com os que se considerem imprescindíveis para a resolução ou diminuição do problema de saúde.

No que diz respeito aos objetivos específicos relativos aos conhecimentos devem descrever os conhecimentos que o participante no programa deve adquirir para facilitar a mudança de comportamento. A redação dos objetivos realiza-se utilizando verbos que indiquem ação, para que sejam facilmente observáveis e mensuráveis. Ex: Conseguir que 80% dos diabéticos do Centro de Saúde saibam descrever a técnica correta do cuidado aos pés, no final da sessão.

Quanto aos objetivos específicos de atitudes devem descrever a disposição mental do participante para a mudança de comportamento necessária. Ex: Conseguir que pelo menos 60% dos diabéticos do Centro de Saúde apresentem uma disposição favorável ao cuidado diário dos pés, no final da sessão.

No que se refere, aos objetivos específicos relativos aos comportamentos, que descrevem as ações ou comportamentos que o participante deverá realizar para que tenhamos a garantia que levando a cabo esses comportamentos descritos se consegue o objetivo geral. Ex: Conseguir que 50% dos diabéticos do Centro de Saúde desenvolvam competências no autocuidado aos pés, no final da sessão.

A segunda tipologia integra os objetivos de processo e os objetivos de resultado. Os objetivos de processo definem o processo de educação do participante e descrevem as ações a serem tomadas pelo educador, enquanto os objetivos de resultado descrevem comportamentos que são esperados que o participante desempenhe em resultado da ES.

Os objetivos de resultado podem ser classificados de acordo com o domínio de aprendizagem que descrevem e o nível de tarefas dentro do próprio domínio. Os domínios de aprendizagem são quatro: a) o domínio cognitivo refere-se às capacidades intelectuais relacionadas com a informação e a sua aplicação; b) o domínio afetivo cujo foco da aprendizagem são as atitudes e os valores; c) o domínio psico-motor, cuja ênfase é na aprendizagem de habilidades manuais; d) o domínio perceptivo, com ênfase na percepção e extração de informação (Clark, 1996). Uma vez redigidos os objetivos, fica perfeitamente explícito onde queremos chegar com a realização do programa de ES. Além disso, a descrição dos objetivos assinala o caminho a percorrer, sugerindo os conteúdos educativos a introduzir, as atividades e a metodologia a utilizar. Dá, ainda, indicações acerca dos recursos necessários e define os critérios de avaliação do programa (Osuna e Moral, 2000).

iv) Conteúdos Educativos - Os conteúdos educativos são a informação, os tópicos ou temas, que se devem transmitir ao grupo alvo através de qualquer método ou meio, com o propósito de atingir o objetivo ou objetivos propostos (Dominguez, Larrosa & Regato, 1993).

Os conteúdos de um programa de ES estão condicionados pelos objetivos previamente elaborados e pelas características das pessoas a quem o programa é dirigido. Entre estas características temos a idade dos participantes, o seu nível de instrução, as suas experiências prévias, as doenças, os conhecimentos, as atitudes, entre outras (Osuna e Moral, 2000).

Como a informação existente acerca de determinado tópico é extensa e não pode ser toda apresentada numa sessão de ES, o educador necessita de selecionar a informação mais apropriada e relevante para o grupo alvo. Após se ter selecionado o conteúdo, este deve ser organizado numa sequência lógica uma vez que a nova aprendizagem é baseada na aprendizagem prévia. O conteúdo deve ser organizado do simples para o complexo, do mais importante para o menos importante ou do mais familiar para o menos familiar (Clark, 1996).

v) Determinação das estratégias de intervenção - Pode definir-se estratégia como um procedimento geral metodológico que pode compreender várias atividades de aprendizagem, uso específico de meios de transmissão de informação ou para realizar a intervenção (Greene e Simons-Morton, 1988).

Na opinião de Clark (1996), a seleção das estratégias de ensino-aprendizagem dependem das características dos participantes, das características do educador, do tipo de tarefas de aprendizagem, dos conteúdos envolvidos e da disponibilidade de recursos necessários à implementação de estratégias específicas. As estratégias de ensino-aprendizagem selecionadas devem ser adequadas à idade, nível de desenvolvimento e nível educacional da audiência. Devem ser escolhidas aquelas que mantenham o interesse do educando e se adequem aos conteúdos a serem apresentados. Por sua vez, certas tarefas de aprendizagem adaptam-se a estratégias de ensino específico. Por exemplo, a discussão e o jogo de papéis são métodos eficazes na criação de consciência de valores pessoais, enquanto que a pesquisa é mais apropriada à aquisição de conhecimento.

Segundo Osuna e Moral (2000), na seleção de estratégias devem ter-se em conta os seguintes aspetos: a) Orientação conceptual e filosófica – Dos próprios educadores quanto ao foco teórico da ES, à importância a dar aos participantes no próprio programa. Tudo isto pode conduzir a estratégias de intervenção de carácter mais individual ou comunitário, estratégias de maior implicação e protagonismo dos profissionais ou dos líderes da comunidade; b) Natureza e alcance dos recursos disponíveis – A disponibilidade dos meios de comunicação social (rádio, televisão) determina que a estratégia possa estar centrada mais no trabalho comunitário ou no foro individual; c) Grupo alvo do programa – No caso de utentes do Centro de Saúde (Ex: doentes crónicos), a estratégia orienta-se para intervenções individuais e grupais no próprio Centro. Se pelo contrário a população é caracterizada pela sua atividade (estudantes, operários de uma empresa), as estratégias centram-se na intervenção sobre o local de atividade e sobre os responsáveis

e líderes do contexto de trabalho; d) Nível de estruturação social da zona de saúde – É de primordial importância para definir a estratégia mais adequada. Em zonas com alto nível de estruturação pode-se centrar a intervenção em organizações e líderes sociais (Associação de Utentes, Associações Religiosas, Desportivas, etc); e) Tipo de problema objeto do programa – Os problemas ou necessidades de Saúde Pública (cancro, sida, prevenção de doenças cardiovasculares, etc.) requerem estratégias orientadas à implicação de todos os indivíduos da comunidade. Pelo contrário, problemas de saúde que afetam grupos mais específicos podem utilizar-se estratégias de carácter individual ou grupal; f) Características culturais e socioeconómicas – A credibilidade que o sistema e os profissionais de saúde têm junto da população condicionam a estratégia adequada. Neste sentido existem diferentes experiências que põem a manifesto que estratégias de intervenção válidas para a população em geral não têm nenhum impacto sobre grupos específicos (adolescentes, ciganos, população rural, etc.).

No dizer de Greene e Simons-Morton (1988) é preferível optar por uma aproximação flexível aquando da seleção da estratégia mais adequada para cada programa. No caso de um programa de ES dirigido a diferentes grupos (alunos, professores, pais) é necessário adotar estratégias diferentes para cada grupo, uma vez que a estratégia adequada contribui de forma significativa para o êxito do programa.

vi) Atividades e metodologia educativa - Depois de definir a estratégia de intervenção mais adequada, torna-se necessário prever a metodologia educativa que se considera mais útil para alcançar os objetivos. Este passo compreende a identificação de meios, métodos, atividades e procedimentos pedagógicos na execução do programa de ES.

Os meios são o suporte que se utiliza para transmitir uma informação, estimular um comportamento, mobilizar sentimentos, entre outros. Entende-se por método a forma sistemática e ordenada de realizar uma ou mais atividades para ensino-aprendizagem de algo. Garcia et al. (1995), definiram método pedagógico como a caminho que se deve seguir para expor a informação da forma mais fácil e vantajosa, pondo em prática de forma ordenada e racional os princípios e regras que sejam necessários.

Pode afirmar-se que não existem regras definidas para a seleção de materiais e métodos mais adequados a cada situação. No entanto, conhecem-se diversos fatores que condicionam a seleção de atividades e metodologias, entre os quais: a) Natureza do conteúdo – Se se trata da aprendizagem de factos simples, provavelmente será suficiente, o uso de materiais escritos (folhetos, slides, etc.). Se o objetivo é o desenvolvimento de competências devem incorporar-se métodos como a demonstração e a prática por parte do utente/cliente. Os objetivos relacionados com as atitudes e motivações requerem métodos grupais em que se compartilhem ideias, haja discussão e os participantes interatuem entre eles, assim, como os objetivos que tenham implícito o desempenho de papéis e atividades de clarificação de valores; b) Características do grupo alvo – Se o grupo tem um nível

de instrução alto e conhecimentos sobre o tema, podem utilizar-se métodos clássicos como o expositivo (aula), a conferência. Se o nível de instrução é mais baixo ou existe um desconhecimento total do tema, utilizam-se métodos (método demonstrativo) que permitam uma observação direta de cada uma das fases que constituem o comportamento concreto a que nos estamos a referir; c) Capacidades do próprio educador – Geralmente, o educador utiliza com maior destreza um método do que outro. A experiência acumulada na utilização das diferentes metodologias deve ser um critério a ter em conta; d) Marco teórico – Cada teoria de aprendizagem ou de modificação de comportamento sugere uma série de atividades de aprendizagem. Dependendo de como se entenda que se produzem as mudanças de comportamento e os fatores que as condicionam utilizar-se-ão métodos caracterizados pela transmissão de mensagens, a participação e negociação com o utente, os reforçadores, a influência do meio, etc.; e) Materiais disponíveis – Cada metodologia requer para o seu desenvolvimento a utilização de materiais e condições específicas. Os métodos demonstrativos necessitam de material clínico (instrumentos, modelos, meios audiovisuais). O desenvolvimento de certas técnicas requer a participação de um número determinado de participantes e a disponibilidade de um tempo concreto (Osuna e Moral, 2000).

vii) Previsão dos recursos - Nesta fase do planeamento do programa devem seleccionar-se e prover-se os recursos humanos, materiais e financeiros. O êxito de um programa de ES pode estar condicionado pela disponibilidade dos recursos necessários. A sua provisão não pode deixar-se ao acaso já que se põe em perigo o desenvolvimento da sessão (Osuna e Moral, 2000).

Os programas de ES envolvem a utilização de diferentes materiais (folhetos, cartazes, diapositivos, vídeos, material clínico, etc.). Deve definir-se todo o material necessário assim como prever a forma de o obter. Em certas ocasiões é necessária a aquisição do mesmo ou a solicitação à instituição para quem se planeia o programa.

Os materiais selecionados devem ser apropriados ao grupo alvo e aos conteúdos apresentados. Por exemplo, se a audiência é um grupo de crianças, um livro colorido pode ser uma ajuda efetiva numa sessão de educação alimentar, mas não o será para um grupo de adolescentes.

Estes materiais necessitam transmitir informação a um nível que possa ser compreendido pelos participantes. Também devem ser sensíveis às crenças culturais dos participantes, atitudes e valores. Por exemplo, materiais usados na temática das infeções sexualmente transmissíveis (IST) cujas fotografias mostram, apenas, membros de grupos minoritários, transmitem a ideia de que somente os membros desse grupo, contraem estas infeções. Estas suposições são erradas, discriminatórias e ofensivas para os membros dessas minorias que possam fazer parte da audiência.

Podem ocorrer problemas com materiais escritos quando os participantes têm uma baixa escolaridade. Estudos recentes acerca de informação escrita relacionada com métodos contraceptivos indicaram que muitos desses documentos são escritos acima dos níveis de literacia de muitos leitores (Swanson et al., 1990). Assim, para clientes com níveis de literacia baixos, as fotografias, as figuras ou vídeos são mais apropriadas para o ensino do que os materiais escritos.

Outras considerações na seleção de materiais de ensino incluem a necessidade de equipamento especial (projetores multimédia, computadores), adaptação à exposição dos conteúdos e a facilidade de utilização. Podem haver constrangimentos resultantes das circunstâncias onde a aprendizagem tem lugar. É o caso de uma exposição ao ar livre onde os vídeos são inapropriados. Por último, na seleção de materiais a visualizar é necessário ter em conta a capacidade dos participantes para ver os materiais. Por exemplo, se são usados slides, o tamanho da letra deve permitir a leitura por todos os participantes no fundo da sala. Da mesma maneira quando se fazem demonstrações, todos os participantes devem poder visualizar aquilo que é demonstrado (Clark, 1996).

Quanto aos recursos humanos devem integrar a equipa os profissionais que vão participar como educadores, que reúnam as características mais adequadas ao desenvolvimento do programa. Geralmente, os profissionais responsáveis pelo planeamento do programa de ES são os mais implicados na execução do mesmo o que garante o conhecimento deste. Nesta fase devem definir-se as atividades que cada um dos educadores deve desenvolver e se for necessário prever as competências requeridas para cada um deles.

Devem prever-se as instalações necessárias ao desenvolvimento do programa (sala de reuniões, sala de aula, sala de consulta, ginásio) e garantir que reúnem as características necessárias para a utilização da metodologia prevista e que se encontrem disponíveis na altura necessária.

A execução de um programa de ES envolve determinados custos que se devem calcular, elaborando-se um orçamento para conseguir os recursos financeiros necessários. Nesta fase devem determinar-se as fontes de financiamento que suportarão o custo do programa (Centro de Saúde, Sub-Região de Saúde, Ministério da Saúde, etc.) (Osuna e Moral, 2000).

viii) Desenho da avaliação do Programa - A última etapa do planeamento em ES é o desenho de um plano de avaliação do programa. A avaliação deve entender-se como uma atividade permanente e que percorre cada uma das etapas do planeamento da ES.

A avaliação do programa deve centrar-se nos seus diferentes componentes: estrutura, processo e resultado. Por sua vez a avaliação da adequação dos recursos às necessidades do programa permite identificar a eficiência e a contribuição de cada um deles para se atingirem os resultados pretendidos, facilitando a identificação dos recursos imprescindíveis

ao seu desenvolvimento. A avaliação das diferentes atividades e metodologias posta em marcha proporciona informação sobre os métodos mais adequados para a consecução dos objetivos estabelecidos.

A avaliação dos resultados deve ser o eixo central desta tarefa que com uma adequada definição dos objetivos, gerais e específicos, praticamente identificará os indicadores de avaliação. Os critérios para avaliação dos resultados da ES derivam dos objetivos de resultado, critérios para avaliação do desempenho do educador e os do processo educacional resultam dos objetivos de processo (Osuna e Moral, 2000; Clark, 1996).

O que deve desenhar-se são os instrumentos de recolha de dados para a avaliação do programa (questionários, grelhas de observação, indicadores sanitários, escalas de autonomia, etc.). Além disso, deve determinar-se o momento, a forma e as pessoas encarregues da recolha dos dados necessários, assim como do seu tratamento e análise posterior.

Os resultados da avaliação devem servir não só para comprovar a eficácia do programa, mas também para melhorar a sua qualidade. Nesta linha torna-se necessário introduzir elementos de avaliação durante o desenvolvimento do programa para identificar possíveis desvios e introduzir as modificações precisas (Osuna e Moral, 2000).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em termos da conceptualização da ES, na nossa opinião existe diferença entre PrS e ES, que constitui um processo mais amplo, englobando a própria ES. A ES pode ser considerada como uma combinação de experiências de aprendizagem relacionadas com a saúde e a doença, destinada a facilitar mudanças voluntárias de comportamento dos participantes. A ES deverá trabalhar o domínio cognitivo, atitudinal, dos valores e psicomotor/comportamental. Se tal não acontecer não se tratará de uma verdadeira ES, mas sim de uma pseudo ES. Os líderes comunitários também deverão ser envolvidos, enquanto modelos sociais e uma vez que também aprendemos por modelagem.

Não existem dúvidas que a ES deverá ser implementada de forma holística, para que possa ser considerada efetiva, uma vez que exige uma abordagem global e particular de cada pessoa, nas suas várias dimensões, incluindo ainda o ambiente em constante interação, com todas essas dimensões e com os outros seres humanos.

Assim podemos concluir que a dimensão holística é essencial a esta atividade para que se possa falar de uma verdadeira ES! É esse o nosso desafio para todos os envolvidos nesta atividade.

Este trabalho foi financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito dos projetos do CIEC (Centro de Investigação em Estudos da Criança da Universidade do Minho) com as referências UIDB/00317/2020 e

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, M.L.B.; SILVA, C.T.S.; ALVES, C.A.M.; ESPÍNDOLA, M.M.M. Educação em Saúde: a atuação da Enfermagem no ambiente escolar. *Rev enferm UFPE online*, Recife, v.14, e243745, 2020. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.243745. Acesso em 12 fev. 2022.

CAETANO, A.; LEITE, S.Q.M.; ROSA, C.A. Educação em Saúde na escola: plano de intervenção escolar para debater infecções sexualmente transmissíveis no Ensino Médio. *Experiências em Ensino de Ciências*, Cuiabá, v. 12 , n.º 8, 2017. Disponível em: https://if.ufmt.br/eenci/artigos/Artigo_ID447/v12_n8_a2017.pdf. Acesso em: 31 jan. 2022.

CARVALHO, G. S. Literacia para a saúde: um contributo para a resolução das desigualdades em saúde. In Atas do Colóquio Saúde e discriminação social, p. 119-135, 2002, Braga.

CARVALHO, A. A. S.; CARVALHO, G. S. *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde dos enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2006.

CARVALHO, A.A.S. Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior. 2007. 31 f. Tese (Doutoramento em Estudos da Criança com Especialização em Saúde Infantil) não publicada – Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga.

CARVALHO, R.O.; RAMOS, W.T.; MANZOLI, G.N.; PEIXOTO, M.G.; SOUZA, D.R.V.; LIMA, D.S. Medidas de educação em saúde sobre infecções sexualmente adquiridas para escolares do ensino médio. *Revista ELO – Diálogos em Extensão*, Viçosa, v. 10, p. 1-7, 2021. DOI: 10.21284/elo.v10i.12400. Acesso em: 31 jan. 2022.

CASANOVA, R. G. Q. Holismo: consecuencias de una errónea interpretación. Rol de enfermería, Vol. 165, p. 65 – 67, 1992.

CLARK, M. J. Nursing in the community. 2ª ed. Connecticut: Stanford, 1996.

COSTA, D.A.C.; CABRAL, K.B.; TEIXEIRA, C.C.; ROSA, R.R.; MENDES, J.L.L.; CABRAL, F.D. Enfermagem e a Educação em Saúde. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”*. V. 6, n. 3:e6000012, 2020. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/234/90>. Acesso em: 31 jan. 2022.

CRACEL, C. Paradigma holístico. *Revista Trajectos e Projectos*, Vol. 2, p. 31-35, 2000.

CRUZ, K.B.; MARTINS, T.C.R.; CUNHA, P.H.B.; GODAS, A.G.L.; CESÁRIO, E.S.; LUCHES, B.M. Intervenções de educação em saúde de primeiros socorros, no ambiente escolar: uma revisão integrativa. *Revista Enfermería Actual*, San José, n. 40, p. 1-20, jan-jun 2022. DOI: 10.15517/revenf.v0i40.43542. Acesso em: 31 jan. 2022.

DAMÁSIO, A. R. *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Publicações Europa América, 1998.

DOMINGUEZ, J.; LARROSA, A.; REGATO, P. *La educación para la salud es cosa de todos. Sector 11 de Atención Primaria*. Madrid: Insalud, 1993.

DOWNIE, R.; TANNAHILL, C.; TANNAHILL, A. *Health promotion. Models and values* (2nd ed., pp. 9-75). Oxford: University Press, 2000.

FERREIRA, L.; BARBOSA, J.S.A.; ESPOSTI, C.D.D.; CRUZ, M.M. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan-mar 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912017. Acesso em: 31 jan. 2022.

GREENE, W.H.; SIMONS-MORTON B. G. Planeación, ejecución y administración de programas. In: GREENE, W.H.; SIMONS-MORTONS, B.G. *Educación para la salud*. p. 231-261. México: McGraw-Hill-Interamericana, 1988.

GUETERRES, E.C.; ROSA, E.O.; SILVEIRA, A.; SANTOS, W.M. Educação em saúde no contexto escolar: estudo de revisão integrativa. *Enfermería Global*, n. 46, p. 477-488, abr 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.235801>. Acesso em: 12 fev. 2022.

ILLICH, I. *Limites para a medicina*. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora, 1977.

LOUREIRO, I. *A importância social da educação para a saúde*. In: XI Jornadas APDIS, 27-28 março 2014, Lisboa. Jornadas APDIS ACTAS. Lisboa: APDIS Publicações, 2014. Disponível em: <https://apdis.pt/publicacoes/index.php/jornadas/issue/view/13>. Acesso em: 20 out. 2021.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T., VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol 2, n. 12, p. 335-342, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Acesso em: 20 out. 2021.

MEIRELLES, R.M.S.; PEREIRA-FERREIRA, C.; PEREIRA-COSTA, E.; OLIVEIRA, M.F.A. Jogos sobre educação em saúde: limites e possibilidades. *Enseñanza de las Ciencias*, n. Extraordinário X Congresso Internacional sobre Investigación em Didáctica de las Ciencias, Sevilla, 2017. Disponível em: https://ddd.uab.cat/pub/edlc/edlc_a2017nEXTRA/24_-_Jogos_sobre_educacao_em_saude.pdf. Acesso em: 31 jan. 2022.

MONTEIRO, B.B.S.; TORRES, L.G.S.; SILVA, D.C.F.; CARVALHO, T.P.; ARAÚJO, L.J.F.;

TRINDADE, S.S. et al. A importância da educação em saúde na saúde mental em tempos de pandemia da covid-19: relato de experiência. *Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, Vol. 13, n. 1, p. 1-5, 2021. DOI: 10.36692/v13n1-23. Acesso em: 20 out. 2021.

MORENO, A. S.; GARCÍA, E. R.; CAMPOS, P. M. *Conceptos en educación para la salud*. In: MORENO, A. S.; GARCÍA, E. R.; CAMPOS, P. M. (dir.). *Enfermería comunitária*. Madrid: McGraw-Hill, 2000.

OLIVEIRA, C. C. *Holismo: aprender e educar*. In: CARVALHO, A. D. et al. (coord.). *Diversidade e identidade*. Braga: Tipografia Nunes, 2000.

OSUNA, A. F.; MORAL, P. A. Programación de las actividades de educación para la salud. In: OSUNA, A. F. Salud pública y educación para la salud. p. 409-419. Barcelona: Masson, 2000.

PAES, C.C.D.C.; PAIXÃO, A.N.P. A importância da abordagem da Educação em Saúde: Revisão de literatura. *REVASF*, Petrolina, Vol. 6, n. 11, p.80-90, dez 2016. Disponível em: <http://200.133.3.238/index.php/revasf/article/viewFile/944/634>. Acesso em: 20 out. 2021.

PORTUGAL. DESPACHO n.º 3618-A/2016, de 10 de março. *Determina a criação do programa nacional de educação para a saúde, literacia e autocuidados*. Diário da República, v. 49, Série II, 2016.

ROCHON, A. *Educacion para la salud. Guia practica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson, 1996.

SANTOS, V. L. *Marco conceptual de educación para la salud*. in: OSUNA, F. *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson, 2000.

SCRIVEN, A. *Promoting Health: Perspectives, policies, principles, practice*. In Scriven, A. (Ed.), *Health Promoting practice. The contribution of nurses and allied health professionals* (pp. 1-16). London: Palgrave Macmillan, 2005.

SWANSON, J.M.; FORREST, K.; LEDBETTER, C.; HALL, S.; HOLSTINE, E.J.; SHAFER, M.R. Readability of commercial and generic contraceptive instructions. *Image*, Vol. 22, p. 96-100, 1990. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1990.tb00183.x. Acesso em: 20 out. 2021.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, V. 30, n. 2, p. 286-90, ago. 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Cc7DsQRzKf8BrnqWgp3jtzB/?format=pdf>. Acesso em: 19 fev. 2022.

TONES, K.; TILFORD, S. *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Lisboa: Divisão da Educação para a Saúde, 1986.

Índice Remissivo

A

Acesso à saúde 72, 76, 84, 86
Acolhimento de enfermagem 40, 42, 43, 48
Adesão aos tratamentos 10
Administração de medicação intravenosa 146
Alfabetização 163
Assistência integral à saúde 89
Atentado aos direitos e liberdades 125
Autoeficácia do cuidador 53, 55, 56, 65, 67

B

Backgrounds culturais e religiosos 21
Boas práticas de cuidar 111, 114

C

Cateterismo periférico 147
Cateterização venosa periférica 147, 149, 151, 154
Cateter venoso periférico (cvp) 146
Cidadania 7, 12, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 85, 86, 87, 112, 114, 115, 119, 123
Cidadania e saúde 72, 75, 79, 87
Cidadania (in)visível em saúde 72, 74
Cidadão 12, 17, 72, 74, 75, 76, 84, 86, 87
Competência 10
Comportamento 89, 175
Comunicação terapêutica 40, 46
Conceitos de sexualidade 111, 113
Conflitos 10, 19, 36, 48, 50, 67, 87, 121, 137, 141, 157, 174
Consciência dos direitos, deveres 72
Crenças 10, 11, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 36, 45, 55, 56, 95, 98, 105, 113, 135, 164, 165, 174
Cuidado de enfermagem 40, 41, 43, 44, 45, 49, 50, 55, 61, 123
Cuidado de saúde culturalmente competente 10
Cuidador 14, 15, 23, 27, 36, 46, 47, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 65, 68, 69, 71
Cuidados de saúde 10, 12, 13, 15, 17, 18, 27, 32, 33, 34, 35, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 49, 51, 55, 75, 77, 78, 82, 85, 86, 90, 93, 99, 100, 121, 135, 156, 164, 174
Cultura 10, 17, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 75, 97, 114, 116, 117, 118, 119, 127, 129, 134, 136
Cultura e saúde 21

D

Debate social 72, 74
Desafios aos enfermeiros 21

Desafios aos profissionais de saúde 10
Desenvolvimento dos cidadãos 89, 92
Desenvolvimento sustentável 89, 91, 92, 122
Dimensão holística 89, 92, 107
Direito à integridade física e psicológica 125
Direitos humanos 37, 111, 113, 114, 119, 125, 140, 141
Direitos humanos fundamentais 111, 114
Direitos sexuais 111, 113, 115, 116, 120, 123, 124
Diversidade cultural 10, 27
Diversidade (sexual e de gênero) 111

E

Educação em enfermagem 111, 114, 152
Educação em saúde (es) 89
Educação e promoção em saúde 21
Educação para a sexualidade 111, 114, 117
Enfermagem 10, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 37, 38, 39, 40, 43, 46, 50, 51, 52, 53, 70, 71, 72, 108, 111, 112, 115, 118, 119, 121, 122, 125, 145, 146, 147, 148, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 174, 176
Enfermagem de saúde infantil 21, 23, 24, 27
Enfermagem transcultural 21, 26
Enfermeiro e equipe de saúde 40
Enfermeiro e família 40
Era da diversidade 10
Estilos de vida 10, 26, 74, 77, 81, 89, 94, 95, 96, 97
Estudos em enfermagem 111, 113
Experiência pedagógica 111, 113

F

Família 163
Famílias no serviço hospitalar de emergência 40

G

Gestão do stresse 53, 56, 60, 65

I

Igualdade da mulher 125
Indicadores de saúde 10, 101, 121
Intervenção de enfermagem 42, 43, 47, 49, 50, 53, 55, 56, 61, 65, 67, 164

M

Melhores oportunidades de vida 10
Migração no mundo 10
Mudanças sociais 10, 97, 117
Mutilação genital feminina 125, 127, 128, 142, 143

N

Natureza sexuada do ser humano 111

Normas sociais 10

P

Perturbação do uso do álcool (pua) 162, 164

Pirâmide terapêutica de cuidados 40

Pobreza 10, 11

Populações migrantes 10

Prática profissional 147

Práticas de higiene 10

Práticas de saúde 10, 32, 33, 34, 36, 79

Prevenção 21, 34, 35, 43, 47, 89, 91, 92, 93, 94, 96, 104, 118, 141, 146, 148, 149, 156, 157, 158, 160, 164

Problemáticas de saúde 10

Problemáticas individuais, familiares e comunitárias 21

Processo de acolhimento 40, 42, 46, 47, 48, 49

Processo de cuidar 10

Processo holístico 89, 98

Processos de construção da cidadania 72, 74

Processos de saúde/doença 10

Programa psicoeducativo 53, 56, 65, 67

Programas psicoeducacionais 163

Q

Qualidade de vida 47, 89, 92, 114, 119

R

Refúgio 10

Rejeição a procedimentos 10

S

Saúde infantil 21

Saúde mental e psiquiátrica 163

Saúde pública 86, 125, 127, 162

Saúde pública 37, 89, 92, 104, 108

Saúde sexual 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124

Sem-abrigo 7, 20, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 84, 86, 87, 88

Serviço hospitalar de emergência 40, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50

Singularidades culturais 10

Sociedades saudáveis 89, 90, 92

Stresse de pearlin 53, 54

Stressores primários 53, 58, 61, 63

Stressores secundários 53, 59

T

Tradições 10, 23, 32, 36, 126, 137, 139, 140

Transtorno do uso de álcool 163

V

Valores 10, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 33, 36, 45, 61, 65, 66, 89, 93, 95, 102, 103, 104, 105,
107, 108, 114, 118, 139, 140, 141, 166, 167

Violência 125, 141

EDITORA
OMNIS SCIENTIA



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 
<https://editoraomnisscientia.com.br/> 
[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 
<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 
+55 (87) 9656-3565 