

UNIVERSIDADE DO MINHO

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO

APRENDEM DOENÇA, EDUCAM PARA A SAÚDE

ISABEL MARIA BATISTA DE ARAÚJO

BRAGA, 2004

UNIVERSIDADE DO MINHO

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

APRENDEM DOENÇA, EDUCAM PARA A SAÚDE

INFLUÊNCIA DA FORMAÇÃO, EM FUTUROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, EM
CONCEPÇÕES SAÚDE/DOENÇA, EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E SUA
IMPLEMENTAÇÃO

Dissertação de Mestrado em educação, área de especialização em educação
para a saúde, orientada pela Doutora Clara Costa Oliveira.

ISABEL MARIA BATISTA DE ARAÚJO

BRAGA 2004

RESUMO

Sucessivas reuniões internacionais apelam à implementação de actividades de educação para a saúde, apoiando-se na evolução do conceito de saúde, entendido como um recurso, um estado positivo de bem-estar individual e comunitário. Perspectivam a educação para a saúde como processo de capacitar os indivíduos e comunidades a aumentar o controlo sobre os factores que determinam a saúde através de diferentes meios e formas de actuação permitindo decisões informadas, livres, responsáveis em defesa da saúde.

Com a realização deste trabalho pretendemos identificar concepções de saúde/doença expressas por estudantes do ensino superior que frequentam cursos na área da saúde e caracterizar as suas práticas de educação para a saúde.

Dadas as características com que este estudo se apresentou, insere-se no âmbito da investigação de natureza descritiva comparativa de medidas repetidas que ocorreu no início de um processo de formação e no fim. Como analisamos “*A influência da formação superior, em futuros profissionais de saúde, em concepções de saúde/doença, e educação para a saúde e sua implementação*”, recorreremos a um estudo triangulado, utilizando-se preferencialmente o método quantitativo.

A colheita de dados partiu de um questionário aplicado na amostra constituída por 115 estudantes de Enfermagem, 128 estudantes de Fisioterapia e 98 estudantes de Podologia, resultando 341 participantes.

Dos discursos dos nossos participantes emerge uma tendência clara da definição de saúde preconizada pela OMS (1946) como “*um estado de bem-estar físico mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade*”. Doença é perspectivada à luz do paradigma biomédico, definida como um estado de desequilíbrio físico e psíquico, alteração do funcionamento, que leva à alteração do bem-estar. Educação para a saúde é definida numa perspectiva salutógena, enquadrando-se as suas concepções principalmente na 2ª geração da educação para a saúde, centrada no comportamento.

De entre os resultados, no que se refere às práticas de educação para a saúde, os alunos atribuem muita importância a esta actividade. Destaca-se que os alunos sentem poucas dificuldades na realização das mesmas. No uso de diferentes estratégias os alunos dos três cursos utilizam os meios com a mesma facilidade; no entanto, no que diz respeito ao fornecimento de informação escrita suplementar, os alunos de Enfermagem destacam-se em relação aos outros dois cursos. São também os alunos de Enfermagem que melhor fazem a avaliação das actividades de educação para a saúde.

ABSTRACT

Numerous international meetings call for the implementation of educational activities for health care, basing themselves on the evaluation of the concept of health, as recourse, a positive state of individual and communitarian well being.

They see education for health as a process to enable individual and communities to increase the control over the factors, which determine health through different means and forms of action enabling free, informed and responsible decision taking in the defence of health care.

With this work we intend to identify conceptions of health/disease expressed by university students who attend courses related to health and characterize their own teaching practices to health.

Considering the characteristics of this study, it's part of an investigation of descriptive nature of repeated measures, which occurred in the beginning and in the end of a teaching process. As we analysed "The influence of superior education, in future health care professionals, in conceptions of Health/illness, and education for health and its implementation" we used a triangle study using the quantitative method.

The gathering of data was based on a questionnaire applied to a sample of 115 nursing students, 128 Physical therapy students and 98 Podology students, in a total of 341 participants.

Most participants define health care as it is defined by the WHO (1946) as "*a state of well-being physical, mental and social, and not only the absence of an illness or infirmity*". Illness is seen under the concept of the biomedical paradigm, defined as a physical and psychic disturbance, male-function which leads to a change in the well-being.

Health education is defined under the conception of the 2nd generation of health education, based on behaviour.

From the results concerning education practices of health care, we can tell that students value these activities greatly. They are comfortable doing those activities. Students all use different strategies with the same facility; however, when it comes to supply further written information the nursing students are better than the students from the other two courses. As well as nursing students do the best evaluation of education for health care activities.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação contou com a ajuda e colaboração de amigos, colegas de trabalho e familiares. Gostaria de expressar toda a minha gratidão e o reconhecimento a todos que tornaram possível a sua concretização, a todos eles deixo aqui o meu agradecimento muito sincero em especial:

De uma forma particular agradeço à Orientadora Doutora Clara Costa a orientação, o apoio, compreensão, disponibilidade essenciais na realização de um trabalho desta natureza.

À Doutora Manuela Martins, agradeço toda a motivação que me soube transmitir, as críticas e sugestões que fez e que tanto me ensinaram, todo o seu empenho e interesse na colaboração desta dissertação.

À Mestre Raquel Esteves expressei os meus agradecimentos pela atenção, disponibilidade, apoio sobre o tema que sempre demonstrou durante todas as fases do desenvolvimento deste trabalho.

Este trabalho não teria sido possível sem a valiosa colaboração dos estudantes do IPSN, participantes neste estudo, a quem quero aqui expressar os meus agradecimentos.

Deixo também uma palavra de agradecimento à minha prima Rosário pelos seus conselhos e colaboração na revisão do texto.

Finalmente, agradeço aos meus pais e irmão todo o alento e ânimo que me deram durante todo o tempo disponibilizado, para execução desta dissertação.

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS.....	8
ÍNDICE DE TABELAS	9
ÍNDICE DE FIGURAS.....	15
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	16
1 - INTRODUÇÃO.....	18
2- EDUCAÇÃO: UM PROCESSO DE CRESCIMENTO	23
2.1 - INTERVENÇÃO EDUCATIVA	27
2.2 - EDUCAÇÃO: QUE DESAFIOS PARA O SÉC XXI?	30
2.3 - FUNDAMENTOS DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PERSONALIZADA	32
3 - SAÚDE E DOENÇA: QUE CONTROVÉRSIAS?.....	34
3.1 – SAÚDE: UM CONCEITO EM MOVIMENTO	34
3.2 - DO PARADIGMA PATOGÉNICO AO PARADIGMA SALUTOGÉNICO	42
3.3 - QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE	48
3.4 - O QUE DETERMINA CONCEPÇÕES DE SAÚDE/DOENÇA?	50
4 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: DO CONCEITO À ACCÇÃO	58
4.1 - UMA TENTATIVA DE DEFINIR EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	58
4.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE	64
4.3 - TEORIAS E MODELOS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	69
4.4 - PRÁTICA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	85
4.5 - PAPEL DO EDUCADOR PARA A SAÚDE.....	92
4.6 - OBJECTIVOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA	95
4.7 - METODOLOGIA E ORGANIZAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO	98
5 - METODOLOGIA	106
5.1 - DA FASE CONCEPTUAL À FASE METODOLÓGICA: OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	106
5.1.1 - OBJECTIVOS	106
5.1.2 - TIPO DE ESTUDO.....	107
5.1.3 - QUESTÕES ORIENTADORAS	108
5.1.4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO.....	109
5.1.5 - VARIÁVEIS EM ESTUDO: OPERACIONALIZAÇÃO	115
5.1.6 - PERCURSO METODOLÓGICO	121

5.1.7 - POPULAÇÃO ALVO E SELECÇÃO DA AMOSTRA	124
5.2 - RESULTADOS	134
5.2.1 - Análise de emergência das concepções: saúde, doença, educação para a saúde	134
5.2.2 – Análise Quantitativa	155
6 - DISCUSSÃO.....	238
7 - CONCLUSÃO.....	247
BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA.....	252
ANEXOS	259
ANEXO I – Questionário versão 1	260
ANEXO II – Questionário Versão 2	261
ANEXO III – Quadros análise de conteúdo	262
ANEXO IV – Concepções pré-teste.....	263
ANEXO V – Resultados Alpha	264

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Paradigmas Saúde/Doença.....	43
Quadro nº 2 – Modelos Patógeno/Salutogénico	47
Quadro nº3 – Gerações da Educação para Saúde.....	84
Quadro nº4 - Variáveis Sociodemográficas	116
Quadro nº5 - Opinião sobre Educação para Saúde.....	117
Quadro nº6 - Avaliação Global da Formação	117
Quadro nº7 - Área que mais contribuiu para a formação como educador.....	118
Quadro nº8 - Capacidade de Intervir como Educador.....	118
Quadro nº9 - Oportunidade de implementar actividades de Educação para Saúde.....	119
Quadro nº10 - Entendimento de Educação para Saúde	119
Quadro nº11 - Planeamento de Educação para Saúde.....	120
Quadro nº12 - Estratégias de Educação para Saúde.....	120
Quadro nº 13 - Avaliação do processo de Educação para a Saúde.....	121
Quadro nº14 - Auto avaliação do aluno como educador	121
Quadro nº15 - Caracterização da Idade – 1º ano.....	131
Quadro nº16 - Caracterização da Idade – 4º ano.....	132
Quadro nº17 - Respostas por unidades Curriculares Enfermagem.....	162
Quadro nº18 - Comparação das respostas “Sim” das unidades Curriculares – Enfermagem	163
Quadro nº 19 - Respostas por unidades Curriculares Fisioterapia	165
Quadro nº 20 - Comparação das respostas “Sim” das unidades Curriculares Fisioterapia	165
Quadro nº21 - Respostas por unidades Curriculares Podologia.....	167
Quadro nº22 - Comparação das respostas “Sim” das unidades Curriculares – Podologia.....	167

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº1 - Composição da Amostra/Cursos.....	129
Tabela nº2 - Importância da implementação de actividades de educação para a saúde Enfermagem vs. Fisioterapia – 1º Ano.....	157
Tabela nº3 - Importância da implementação de actividades de educação para a saúde Enfermagem vs. Podologia – 1º Ano	158
Tabela nº4 - Importância da implementação de actividades de educação para a saúde Fisioterapia vs. Podologia – 1º Ano	158
Tabela nº5 - Importância da implementação de actividades de educação para a saúde Enfermagem vs. Fisioterapia – 4º Ano.....	159
Tabela nº6 - Importância da implementação de actividades de educação para a saúde Enfermagem vs. Podologia – 4º Ano	159
Tabela nº7 - Importância da implementação de actividades de educação para a saúde Fisioterapia vs. Podologia – 4º Ano	159
Tabela nº8 - Importância da implementação de actividades de educação para a saúde 1º Ano vs. 4º Ano – Enfermagem.....	160
Tabela nº9 - Importância da implementação de actividades de educação para a saúde 1º Ano vs. 4º Ano – Fisioterapia	160
Tabela nº10 - Importância da implementação de actividades de educação para a saúde 1º Ano vs. 4º Ano – Podologia	160
Tabela nº11 - Apreciação do contributo dos conteúdos leccionados	161
Tabela nº12 - Preparação para intervir a nível da educação para a saúde	171
Tabela nº13 - Oportunidades de implementar actividades de educação para a saúde Enfermagem vs. Fisioterapia.....	173
Tabela nº14 - Oportunidades de implementar actividades de educação para a saúde Enfermagem vs. Podologia	173
Tabela nº15 - Oportunidades de implementar actividades de educação para a saúde Fisioterapia vs. Podologia	173
Tabela nº16 - Educação para a saúde como variável de intervenção na área de prevenção Enfermagem vs. Fisioterapia.....	176
Tabela nº17 - Educação para a saúde como variável de intervenção na área de prevenção Enfermagem vs. Podologia	176
Tabela nº18 - Educação para a saúde como variável de intervenção na área de prevenção Fisioterapia vs. Podologia	176

Tabela nº19 - Educação para a saúde como base de actividade de uma profissão Enfermagem vs. Fisioterapia.....	177
Tabela nº20 - Educação para a saúde como base de actividade de uma profissão Enfermagem vs. Podologia.....	177
Tabela nº21 Educação para a saúde como base de actividade de uma profissão Fisioterapia vs. Podologia.....	178
Tabela nº22 - Educação para a saúde como processo que informa Enfermagem vs. Fisioterapia.....	178
Tabela nº23 - Educação para a saúde como processo que informa Enfermagem vs. Podologia.....	179
Tabela nº24 - Educação para a saúde como processo que informa Fisioterapia vs. Podologia ...	179
Tabela nº25 - Educação para a saúde como processo que vai de encontro às necessidades do indivíduo ou comunidade Enfermagem vs. Fisioterapia	180
Tabela nº26 - Educação para a saúde como processo que vai de encontro às necessidades do indivíduo ou comunidade Enfermagem vs. Podologia.....	181
Tabela nº27 - Educação para a saúde como processo que vai de encontro às necessidades do indivíduo ou comunidade Fisioterapia vs. Podologia	181
Tabela nº28 - Educação para a saúde como processo interactivo Enfermagem vs. Fisioterapia.....	182
Tabela nº29 - Educação para a saúde como processo interactivo Enfermagem vs. Podologia....	182
Tabela nº30 - Educação para a saúde como processo interactivo Fisioterapia vs. Podologia.....	182
Tabela nº31 - Educação para a saúde como processo transmissão de conhecimentos para um público passivo Enfermagem vs. Fisioterapia.....	183
Tabela nº32 - Educação para a saúde como processo transmissão de conhecimentos para um público passivo Enfermagem vs. Podologia	184
Tabela nº 33 - Educação para a saúde como processo transmissão de conhecimentos para um público passivo Fisioterapia vs. Podologia	184
Tabela nº34 - Educação para a saúde como actividade intencional Enfermagem vs. Fisioterapia.....	185
Tabela nº35 - Educação para a saúde como actividade intencional Enfermagem vs. Podologia.....	186
Tabela nº36 - Educação para a saúde como actividade intencional Fisioterapia vs. Podologia.....	186
Tabela nº37 - Educação para a saúde como actividade planeada Enfermagem vs. Fisioterapia.....	187
Tabela nº38 - Educação para a saúde como actividade planeada Enfermagem vs. Podologia	187

Tabela nº39 - Educação para a saúde como actividade planeada Fisioterapia vs. Podologia	188
Tabela nº40 - Educação para a saúde como actividade de ensino ocasional Enfermagem vs. Fisioterapia.....	189
Tabela nº41 - Educação para a saúde como actividade de ensino ocasional Enfermagem vs. Podologia.....	189
Tabela nº42 - Educação para a saúde como actividade de ensino ocasional Fisioterapia vs. Podologia.....	189
Tabela nº43 - Ponderação do factor conhecimento dos utentes Enfermagem vs. Fisioterapia	190
Tabela nº44 - Ponderação do factor conhecimento dos utentes Enfermagem vs. Podologia.....	191
Tabela nº45 - Ponderação do factor conhecimento dos utentes Fisioterapia vs. Podologia.....	191
Tabela nº46 - Ponderação necessidades de aprendizagem dos utentes Enfermagem vs. Fisioterapia.....	192
Tabela nº47 - Ponderação necessidades de aprendizagem dos utentes Enfermagem vs. Podologia.....	192
Tabela nº48 - Ponderação necessidades de aprendizagem dos utentes Fisioterapia vs. Podologia.....	192
Tabela nº49 - Ponderação factor receptividade dos utentes Enfermagem vs. Fisioterapia	193
Tabela nº50 - Ponderação factor receptividade dos utentes Enfermagem vs. Podologia.....	193
Tabela nº51 - Ponderação factor receptividade dos utentes Fisioterapia vs. Podologia.....	193
Tabela nº52 - Ponderação factor motivação dos utentes Enfermagem vs. Fisioterapia	194
Tabela nº53 - Ponderação factor motivação dos utentes Enfermagem vs. Podologia.....	194
Tabela nº54 - Ponderação factor motivação dos utentes Fisioterapia vs. Podologia.....	195
Tabela nº55 - Ponderação factor identificação do diagnóstico com utentes Enfermagem vs. Fisioterapia.....	195
Tabela nº56 - Ponderação factor identificação do diagnóstico com utentes Enfermagem vs. Podologia.....	196
Tabela nº57 - Ponderação factor identificação do diagnóstico com utentes Fisioterapia vs. Podologia.....	196
Tabela nº58 - Ponderação factor identificação objectivos com utente Enfermagem vs. Fisioterapia.....	197
Tabela nº59 - Ponderação factor identificação objectivos com utente Enfermagem vs. Podologia.....	197
Tabela nº60 - Ponderação factor identificação objectivos com utente Fisioterapia vs. Podologia.....	197
Tabela nº61 - Ponderação factor nº indivíduos por sessão Enfermagem vs. Fisioterapia	198
Tabela nº62 - Ponderação factor nº indivíduos por sessão Enfermagem vs. Podologia.....	199

Tabela nº63 - Ponderação factor nº indivíduos por sessão Fisioterapia vs. Podologia	199
Tabela nº64 - Ponderação do factor local Enfermagem vs. Fisioterapia.....	200
Tabela nº65 - Ponderação do factor local Enfermagem vs. Podologia	200
Tabela nº66 - Ponderação do factor local Fisioterapia vs. Podologia	200
Tabela nº67 - Ponderação factor horário Enfermagem vs. Fisioterapia	201
Tabela nº68 - Ponderação factor horário Enfermagem vs. Podologia.....	201
Tabela nº69 - Ponderação factor horário Fisioterapia vs. Podologia	201
Tabela nº70 - Ponderação do factor tempo duração Enfermagem vs. Fisioterapia	202
Tabela nº71 - Ponderação do factor tempo duração Enfermagem vs. Podologia.....	202
Tabela nº72 - Ponderação do factor tempo duração Fisioterapia vs. Podologia	202
Tabela nº 73 - Ponderação características dos formandos Enfermagem vs. Fisioterapia.....	203
Tabela nº74 - Ponderação características dos formandos Enfermagem vs. Podologia	203
Tabela nº75 - Ponderação características dos formandos Fisioterapia vs. Podologia	204
Tabela nº76 - Ponderação costumes e tradições dos formandos Enfermagem vs. Fisioterapia ...	204
Tabela nº77 - Ponderação costumes e tradições dos formandos Enfermagem vs. Podologia.....	205
Tabela nº78 - Ponderação costumes e tradições dos formandos Fisioterapia vs. Podologia.....	205
Tabela nº79 - Utilização estratégia dinâmica de grupo Enfermagem vs. Fisioterapia	206
Tabela nº80 - Utilização estratégia dinâmica de grupo Enfermagem vs. Podologia.....	207
Tabela nº81 - Utilização estratégia dinâmica de grupo Fisioterapia vs. Podologia.....	207
Tabela nº82 - Utilização estratégia dramatização Enfermagem vs. Fisioterapia.....	208
Tabela nº83 - Utilização estratégia dramatização Enfermagem vs. Podologia	208
Tabela nº84 - Utilização estratégia dramatização Fisioterapia vs. Podologia.....	209
Tabela nº85 - Utilização estratégia linguagem técnica Enfermagem vs. Fisioterapia.....	210
Tabela nº86 - Utilização estratégia linguagem técnica Enfermagem vs. Podologia	210
Tabela nº87 - Utilização estratégia linguagem técnica Fisioterapia vs. Podologia	211
Tabela nº88 - Utilização estratégia reforço de ideias Enfermagem vs. Fisioterapia	211
Tabela nº89 - Utilização estratégia reforço de ideias Enfermagem vs. Podologia.....	212
Tabela nº90 - Utilização estratégia reforço de ideias Fisioterapia vs. Podologia.....	212
Tabela nº91 - Utilização método expositivo Enfermagem vs. Fisioterapia	213
Tabela nº92 - Utilização método expositivo Enfermagem vs. Podologia	213
Tabela nº93 - Utilização método expositivo Fisioterapia vs. Podologia.....	214
Tabela nº94 - Utilização método interactivo Enfermagem vs. Fisioterapia.....	215
Tabela nº95 - Utilização método interactivo Enfermagem vs. Podologia.....	215
Tabela nº96 - Utilização método interactivo Fisioterapia vs. Podologia	216
Tabela nº97 - Utilização meios auxiliares de ensino Enfermagem vs. Fisioterapia.....	216
Tabela nº98 - Utilização meios auxiliares de ensino Enfermagem vs. Podologia.....	217

Tabela nº99 - Utilização meios auxiliares de ensino Fisioterapia vs. Podologia	217
Tabela nº100 - Utilização meios fornecimento de informação escrita Enfermagem vs. Fisioterapia.....	218
Tabela nº101 - Utilização meios fornecimento de informação escrita Enfermagem vs. Podologia.....	218
Tabela nº102 - Utilização meios fornecimento de informação escrita Fisioterapia vs. Podologia.....	218
Tabela nº103 - Avaliação dos conhecimentos adquiridos Enfermagem vs. Fisioterapia	219
Tabela nº104 - Avaliação dos conhecimentos adquiridos Enfermagem vs. Podologia.....	219
Tabela nº105 - Avaliação dos conhecimentos adquiridos Fisioterapia vs. Podologia	220
Tabela nº106 - Avaliação da dinâmica Enfermagem vs. Fisioterapia.....	220
Tabela nº107 - Avaliação da dinâmica Enfermagem vs. Podologia.....	221
Tabela nº108 - Avaliação da dinâmica Fisioterapia vs. Podologia	221
Tabela nº109 - Avaliação da necessidade re-ensino Enfermagem vs. Fisioterapia.....	222
Tabela nº110 - Avaliação da necessidade re-ensino Enfermagem vs. Podologia	222
Tabela nº111 - Avaliação da necessidade re-ensino Fisioterapia vs. Podologia	223
Tabela nº112 - Avaliação da necessidade de acompanhamento Enfermagem vs. Fisioterapia....	224
Tabela nº113 - Avaliação da necessidade de acompanhamento Enfermagem vs. Podologia	224
Tabela nº114 - Avaliação da necessidade de acompanhamento Fisioterapia vs. Podologia	225
Tabela nº115 - Dificuldade em fazer diagnóstico de situação Enfermagem vs. Fisioterapia.....	226
Tabela nº116 - Dificuldade em fazer diagnóstico de situação Enfermagem vs. Podologia	226
Tabela nº117 - Dificuldade em fazer diagnóstico de situação Fisioterapia vs. Podologia	226
Tabela nº118 - Dificuldade no planeamento Enfermagem vs. Fisioterapia	227
Tabela nº119 - Dificuldade no planeamento Enfermagem vs. Podologia.....	228
Tabela nº120 - Dificuldade no planeamento Fisioterapia vs. Podologia.....	228
Tabela nº121 - Dificuldade na selecção da metodologia Enfermagem vs. Fisioterapia.....	229
Tabela nº122 - Dificuldade na selecção da metodologia Enfermagem vs. Podologia	229
Tabela nº123 - Dificuldade na selecção da metodologia Fisioterapia vs. Podologia	229
Tabela nº124 - Dificuldade em enfrentar o público Enfermagem vs. Fisioterapia	230
Tabela nº125 - Dificuldade em enfrentar o público Enfermagem vs. Podologia	230
Tabela nº126 - Dificuldade em enfrentar o público Fisioterapia vs. Podologia.....	231
Tabela nº127 - Dificuldade utilizar linguagem adequada Enfermagem vs. Fisioterapia	232
Tabela nº128 - Dificuldade utilizar linguagem adequada Enfermagem vs. Podologia.....	232
Tabela nº129 - Dificuldade utilizar linguagem adequada Fisioterapia vs. Podologia.....	233
Tabela nº130 - Dificuldade em trabalhar em equipa Enfermagem vs. Fisioterapia	233
Tabela nº131 - Dificuldade em trabalhar em equipa Enfermagem vs. Podologia.....	234

Tabela nº132 - Dificuldade em trabalhar em equipa Fisioterapia vs. Podologia**234**
Tabela nº133 - Dificuldade em avaliar os resultados Enfermagem vs. Fisioterapia**235**
Tabela nº134 - Dificuldade em avaliar os resultados Enfermagem vs. Podologia.....**235**
Tabela nº135 - Dificuldade em avaliar os resultados Fisioterapia vs. Podologia.....**236**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1 - Gerações e Modelos de Educação para a Saúde.....	72
Figura nº2 - Modelo PRECEDE.....	80
Figura nº3 - Processo de Educação para Saúde.....	88
Figura nº4 - Diagrama de Investigação	123
Figura nº5 - Unidade de registo bem-estar da categoria saúde.....	136
Figura nº6 - Unidade de registo estado da categoria saúde	137
Figura nº7 - Unidade de registo equilíbrio da categoria saúde.....	138
Figura nº8 - Unidade de registo ausência da categoria saúde	138
Figura nº9 - Unidade de registo bem/valor da categoria saúde	140
Figura nº10 - Unidade de registo funcionamento da categoria saúde	141
Figura nº11 - Conceito de saúde que emerge do discurso dos três cursos ao nível do 1º e 4º ano de formação.	142
Figura nº13 - Unidade de registo desequilíbrio da categoria doença	145
Figura nº14 - Unidade de registo alteração do funcionamento da categoria doença.....	145
Figura nº15 - Unidade de registo mau estar da categoria doença.....	147
Figura nº16 - Unidade de registo alteração bem-estar da categoria doença.....	148
Figura nº17 - Conceito de doença que emerge do discurso dos três cursos ao nível do 1º e 4º ano de formação	149
Figura nº18 - Unidade de registo foco acção da categoria educação para a saúde.....	151
Figura nº19 - Unidade de registo processo da categoria educação para a saúde.....	152
Figura nº20 - Unidade de registo acção da categoria educação para a saúde.....	153
Figura nº22 - Conceito de educação para a saúde que emerge do discurso dos três cursos ao nível do 1º e 4º ano de formação	155
Figura nº23 - Síntese de resultados	236

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 - Distribuição por sexo 1º ano.....	130
Gráfico nº2 - Distribuição por sexo 4º ano.....	130
Gráfico nº3 - Representação da idade 1ºano	131
Gráfico nº4 - Representação da idade 4ºano	132
Gráfico nº5 - 1ª opção 1º ano	133
Gráfico nº6 - 1ª opção 4º ano	133
Gráfico nº7 - Importância da implementação de actividades de educação para a saúde - 1º ano.....	156
Gráfico nº8 - Importância da implementação de actividades de educação para a saúde - 4º ano.....	157
Gráfico nº9 - Unidades curriculares que mais contribuíram para a formação do aluno de Enfermagem.....	164
Gráfico nº10 - Comparação das respostas “sim” das diferentes unidades curriculares.....	164
Gráfico nº11 - Unidades curriculares que mais contribuíram para a formação do aluno de Fisioterapia.....	166
Gráfico nº12 - Comparação das respostas “sim” das diferentes unidades curriculares.....	166
Gráfico nº13 - Unidades curriculares que mais contribuíram para a formação do aluno de Podologia.....	168
Gráfico nº14 - Comparação das respostas “sim” das diferentes unidades curriculares.....	168
Gráfico nº15 - Preparação para intervir a nível da educação para a saúde.....	171
Gráfico nº16 - Oportunidade de implementar actividades de educação para a saúde.....	172
Gráfico nº17 - Locais de realização de actividades de educação para a saúde.....	175
Gráfico nº18 - Educação para a saúde como um processo que vai de encontro às necessidades de um indivíduo ou comunidade.....	180
Gráfico nº19 - Educação para a saúde como uma actividade intencional que incita o indivíduo ou a comunidade a pensar e a decidir	185
Gráfico nº20 - Educação para a saúde como uma actividade planeada.....	187
Gráfico nº21 - Utilização estratégia dinâmica de grupo.....	206
Gráfico nº22 - Utilização estratégia dramatização	208
Gráfico nº23 - Utilização estratégia uso de linguagem técnica	210
Gráfico nº24 - Utilização da estratégia método expositivo	213
Gráfico nº25 - Utilização da estratégia método interactivo.....	215
Gráfico nº26 - Avaliação da necessidade de re-ensino	222
Gráfico nº27 - Avaliação da necessidade de acompanhamento	224

Gráfico nº28 - Dificuldade na realização do planeamento das actividades.....	227
Gráfico nº29 - Dificuldade em estar com o indivíduo ou público estranho	230
Gráfico nº30 - Dificuldade em utilizar linguagem adequada	232
Gráfico nº31 - Dificuldade na avaliação dos resultados.....	235

1 - INTRODUÇÃO

É através da investigação que as profissões alcançam a autonomia, prestígio e credibilidade; o acto de pesquisar promove o conhecimento da ciência, da profissão e até do conhecimento humano (Quintela, 1999).

A concepção de saúde tem sofrido variações em função do contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico traduzindo a variedade de contextos e experiências humanas. Saúde, está coroadada de múltiplas significações, muitas vezes difíceis de se definir. Assim, é importante analisar o que cada um quer dizer quando se refere à saúde.

Ao analisarmos o conceito ao longo dos tempos, deduzimos que inicialmente foi perspectivado de uma forma redutora, como mera ausência de doença, reportando-se apenas a um equilíbrio fisiológico e biológico, descorando-se de outras dimensões.

A bibliografia sobre o assunto é alusiva ao conceito de saúde e suas modificações ao longo dos tempos para tentar caracterizar o seu polimorfismo. Um grande marco histórico é encontrado na carta Magna em que a concepção ganha uma dimensão mais global e holística, ao ser perspectivada como “ *um estado completo de bem estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade*”(OMS, 1946). Passa a ser uma perspectiva positiva, onde se inclui a dimensão social e mental e engloba o termo bem-estar, não em oposição à doença mas no sentido de equilíbrio e harmonia.

Com as sucessivas transformações que o conceito tem sofrido resultam perspectivas multidimensionais incorporando dimensões de natureza subjectiva e objectiva. As primeiras relacionam-se com a sensação de bem-estar e as segundas estão directamente relacionadas com a capacidade funcional do indivíduo.

Deste modo, alguns autores são de opinião de que a saúde não deve ser encarada como um fim em si mesma, mas como um meio para alcançar uma vida mais produtiva. Com um nível elevado de saúde, o indivíduo pode disponibilizar mais energia para as suas actividades de vida diárias sejam elas no âmbito profissional, familiar ou social. Saúde é

“*um recurso para a vida e não uma finalidade*” (Otava, 1986). Perspectivada como um recurso permite pensar que tem um limite. Neste sentido, o indivíduo tem controlo dos seus recursos físicos, mentais, sociais...sendo capaz de se adaptar às alterações do meio, e em simultâneo contribuir para o bem estar dum grupo ou comunidade.

Saúde pode ser então entendida como um património real de uma comunidade, que não pode ser delegada em autoridade, devendo ser gerida por todos a nível individual e comunitário. É nesta alteração da concepção de saúde que se pode enquadrar a educação para a saúde.

O conceito de educação para a saúde também sofreu alterações ao longo dos diferentes marcos históricos e epidemiológicos. Inicialmente, foi entendida como uma actividade prescritiva, autoritária, estereotipada com características tecnocráticas, referenciada na literatura como educação sanitária, definida como “*soma de experiências e impressões que influenciam favoravelmente os hábitos, atitudes e conhecimentos relacionados com a saúde do indivíduo e comunidade*”(Wood,1926 cit in Precioso, 1992:211).

Com o passar dos tempos esta perspectiva é considerada, por vários autores, como insuficiente ou até mesmo inaceitável, porque manipula os indivíduos, ignora vários contextos geradores de determinadas atitudes ou comportamentos.

Acompanhando a evolução do conceito “saúde”, educação para a saúde é encarada como “*um processo baseado em regras científicas que utiliza oportunidades educacionais programadas por forma a capacitar os indivíduos, agindo isoladamente, ou em conjunto, para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com a saúde*”(OMS, 1990).

Nesta concepção está implícito um processo educativo fomentador do desenvolvimento do indivíduo, que o acompanha e orienta para a apropriação de estilos de vida saudáveis, que lhe facilite a tomada de decisões conscientes; promove as relações entre os indivíduos de uma comunidade; entende o indivíduo como um ser activo no processo educativo, como participante e responsável.

A educação para a saúde pode ser concebida como um processo que visa desenvolver as capacidades cognitivas, afectivas, psicomotoras, e as competências sociais dos indivíduos por forma a que estes se relacionem positivamente com o meio, modificando-o quando necessário (Nerici,1986 cit in Navarro, 1999).

Assim, educação para a saúde, enquanto processo educativo, não pode limitar-se a abordagens de diferentes temáticas com carácter informativo, mas coordenar um processo participativo que deve englobar todos os indivíduos, permitindo-lhes interpretar o seu contexto de vida, identificar e mobilizar os recursos disponíveis para se manterem saudáveis.

Vários documentos emanados pela OMS, reforçam a necessidade da implementação de actividades educativas com o objectivo de tornar os indivíduos mais conscientes da saúde/doença individual e comunitária, mais capacitados e responsáveis pela sua saúde.

Da reflexão das práticas sobre educação para a saúde nos contextos de assistência de saúde ficamos com dúvidas sobre a forma como os vários profissionais estão preparados para responder a um desafio que se enquadra num investimento de futuro (recordemos a importância desta área de intervenção face ao documento “*Saúde para todos no século XXI*” - OMS, 2002).

Aprofundando mais a nossa reflexão, situámo-nos na formação inicial dos profissionais e tentámos analisar até que ponto estes são formados para responder a este desafio da educação para a saúde. Após uma primeira análise, deparámo-nos com curricula escolares centrados na doença onde as unidades curriculares enfatizam a vertente patológica, ancoradas no paradigma biomédico, verificando-se uma tendência clara de objectivos para o tratamento ou adaptação à doença e com cargas horárias diminutas para a vertente salutogénica, sendo pois cursos que privilegiam o paradigma patogénico.

Estamos assim perante a concepção de actores que se designam de profissionais de saúde e constróem o seu saber profissional no epicentro da doença.

Esta reflexão e a procura de algumas respostas para as nossas inquietações, ainda que provisórias, justifica o título desta dissertação.

Este trabalho pretende ir de encontro a uma necessidade por nós sentida durante a nossa actividade profissional. A experiência na formação destes autores faz com que nos debatamos com diferentes inquietações sobre a formação dos mesmos como futuros educadores de saúde.

Após a leitura de vários artigos, diálogos com alguns peritos, levou-nos a questionar sobre duas temáticas: concepções de saúde/doença e educação para a saúde.

Assim, após aprofundar a temática, pensamos que seria útil, para futuras reestruturações de algumas unidades curriculares dos cursos de saúde, proceder a um estudo prático para verificar “A influência da formação superior, em futuros profissionais de saúde, nas concepções de saúde/doença, educação para a saúde e sua implementação”.

Com a elaboração deste trabalho escrito pretendemos adquirir conhecimentos e prática na realização de trabalhos de investigação, bem como aumentar conhecimentos nas temáticas de saúde doença e educação para a saúde, tornando-se um contributo efectivo para melhorar a intervenção em saúde.

Organizamos este documento em diferentes partes, com base nas diferentes etapas de um trabalho de investigação. Na primeira parte, apresentamos os contributos da contextualização e fundamentação da pesquisa, organizada em diferentes áreas temáticas que consideramos susceptíveis de ter importância para o desenvolvimento do estudo. A primeira abordagem é direccionada para o entendimento da educação como um processo de crescimento individual e comunitário, descrevendo também as vertentes inerentes a um processo educativo. O segundo momento, do enquadramento teórico, é espaço dedicado à evolução do conceito saúde e doença, sua influência na qualidade de vida dos indivíduos, assim como a descrição de alguns factores que podem determinar diferentes concepções de saúde e doença.

Como vamos analisar e reflectir sobre o conceito de educação para a saúde e, implementação desse processo numa fase posterior, analisamos a evolução do conceito, teorias e modelos de educação para a saúde que orientam as práticas educativas, o papel do educador de saúde e aspectos a ponderar uma actividade educativa.

Ao longo deste trabalho escrito é possível encontrar uma descrição mais pormenorizada para a compreensão da temática a ser explorada.

Na segunda parte descrevemos o desenho em que o nosso estudo foi concebido, desenvolvido e produzido, apresentando a análise, a interpretação dos dados e as conclusões a que foi possível chegarmos. Este capítulo também tem várias subdivisões, tendo por base a necessidade de explicação teórica subjacente às metodologias utilizadas, apresentação e interpretação dos dados. Neste sentido, iniciamos com a apresentação das opções metodológicas: tipo de estudo, objectivos e questões orientadoras do mesmo. É ainda neste momento que caracterizamos a população e a amostra sobre quem recaiu o

estudo, instrumento de colheita de informação, variáveis em estudo, e descrição do nosso percurso metodológico. Num momento mais avançado do estudo encontra-se a análise, a interpretação dos dados e termina com a discussão dos resultados.

Reconhecemos que a nossa inquietação é demasiado vasta e ambiciosa para o âmbito deste trabalho, enquadrado no Mestrado em Educação, Especialização em Educação para a Saúde, da Universidade do Minho, aliado às inerentes dificuldades temporais, acrescidas dos deveres profissionais dos quais não nos podemos desligar. Contudo, com este espaço de reflexão esperamos encontrar algumas respostas às nossas dúvidas, assim, como obter dados que nos permitam futuramente reformular conteúdos e metodologias no sentido de formar melhores educadores de saúde.

2- EDUCAÇÃO: UM PROCESSO DE CRESCIMENTO

A forma como a educação é vista em diferentes momentos históricos traduz o lugar, o tempo, a formação e as contingências do percurso da vida, de cada autor e da emergência da obra que realiza (Dias, 1996).

Deste modo, o termo educação, ao longo dos tempos, não teve sempre o mesmo significado e, esteve ou ainda está, ao nível da concepção abstracta ligado a aspectos de “*escola/instituição de ensino*” enquanto estrutura que protagoniza o sistema educativo. A conjugação destes factores parece justificar os conceitos de educação diversificados, e as várias formas como esta é perspectivada.

Como resultado da pesquisa efectuada, sobre a temática, verificamos que o reconhecimento da educação como um interveniente no desenvolvimento da personalidade do indivíduo, na expressão da sua autonomia e como estratégia global de desenvolvimento social, económico e cultural não é assunto contemporâneo.

De acordo com o dicionário etimológico tem de se dizer que a palavra *educare* significa “produzir, alimentar, cultivar”.

Com o mesmo radical, existe o verbo *educere* que significa “fazer sair; tirar para fora; conduzir; guiar...”; alguns educadores vêem duas componentes conflituosas da educação: alimentar a criança como “os outros” acham melhor; ou “fazer sair” toda a riqueza da própria criança, para que se manifeste segundo o seu modo de ser espontâneo, criativo e ingénio. Em resumo parece, para alguns autores, que *educare* pode ser entendido como símbolo da escola tradicional e *educere* símbolo da Escola Nova (Veiga, 2001:15).

Platão, um “idealista” que se questionava sobre o modo de formação das ideias no indivíduo, conceptualizou a educação como “*processo contínuo, coerente e gradual, comprometido com a totalidade do ser humano*”, em que a missão do educador é ajudar os outros a realizar-se nesse processo (Simões, 1979).

Para Tuquets, a educação é como “*uma acção radicalmente humana que consiste no auxílio ao desenvolvimento das faculdades específicas, isto é, humanas do educando*”. Numa expressão abreviada, o autor referenciado, reforça a sua ideia dizendo que a educação é um “*auxílio ao imaturo*”, e adianta, que não é educativo qualquer auxílio, só o é, o que se dispensa para conduzir o Homem à sua maturidade ou, melhor dizendo, ao seu pleno desenvolvimento das suas faculdades específicas (cit in Cabanas, 1999:195).

Coerente com esta ideia é o pensamento de M Debesse (1960), para quem “*a educação não cria o Homem, ajuda-o a criar-se a si próprio*”, ou ainda, utilizando as palavras de Reboul (1972) a “*educação autentica é a que não é nem policial (ou autoritária) nem de adestramento (criando reflexos condicionados), mas sim formação de um adulto culto autónomo, o que significa outra coisa que uma auto-educação na qual o educador é um despertador, uma testemunha, um libertador*” (cit in Cabanas, 1999:201).

Na mesma linhagem, mas com uma ideia mais abrangente, V. Garcia Hoz (1936) considera a educação como um “*processo que ajuda o indivíduo a se conhecer a si próprio e conhecer o meio social em que vive, a fim de ser capaz de conseguir a máxima organização interna e o melhor contributo para a sociedade*”. No entanto, sugere que a educação não é encarada como um facto espontâneo previsto pela natureza, mas é sim um processo regulado intencionalmente como uma ajuda da arte a essa natureza, ajuda que é eficaz se ponderar os contributos das diferentes ciências. Essa educação tende a converter as capacidades em hábitos e estes em competências específicas, e, posto que não pode haver educação sem hábito, nem hábito sem exercício, nem exercício sem actividade, a educação será então resultado do processo actividade-exercício-hábito, posto em acção pela arte com que o educador ajuda o educando (cit in Cabanas, 1999).

A revisão da literatura sobre o assunto parece sugerir que é a partir da década de 60 que o conceito educação passa a ser interpretado de forma mais abrangente e flexível. Esta alteração deve-se à necessidade de um enquadramento de outras variáveis (Key, 1996).

A educação produz alterações no Homem através de diferentes acontecimentos que o indivíduo contacta ao longo da vida, por processos relacionados com a descoberta, a experiência, a prática e a imitação.

Apesar dos étimos e das múltiplas interpretações, o conceito educação parece envolver a ideia de um “*processo de desenvolvimento, com algum modo natural e espontâneo e que se deseja global e harmónico, estruturado e hierarquizado, das capacidades do homem*” (Dias, 1993:4).

Na opinião de Dias (1993), o trinómio ensino-aprendizagem-estudo é a face mais visível do sistema escolar sendo esse trinómio considerado, ao mesmo tempo, um processo complexo. O *ensino*, no sentido de *didaché*, corresponde à transmissão de conhecimentos a partir de uma revelação de tipo religioso, quer de tradição cultural, quer de um simples banco de dados, que tem sido criticada por ter alguma afinidade com a pedagogia bancária descrita por Paulo Freire, propiciadora de passividade nos educandos.

Em oposição a esta corrente, a Escola Nova faz-se acompanhar de pedagogias activas, pondo-as ao serviço da *aprendizagem*. Conceptualiza-a, integrando as variáveis num processo de assimilação, organização e estruturação pessoal de conhecimentos, ou melhor, de todo o tipo de impressões provenientes do meio ambiente, adquiridas pela experiência e geradoras de modificações na conduta do indivíduo.

Ao trabalho da aprendizagem que é *per se* natural e espontâneo, o *estudo* acrescenta, e assume um carácter de intencionalidade e de sistematização, recorrendo-se muitas vezes à dedicação, empenho e esforço persistentes, quase sempre orientados para objectivos pré definidos. No contexto das modernas pedagogias problematizadoras e de projecto, vem-se aprofundando o sentido ensino-aprendizagem-estudo (Dias, 1993).

Não se trata de aprender conhecimentos, reflexões, pensamentos, investigações ou resolução de problemas pessoais, mas sim de aprender a aprender, a reflectir, a pensar, a investigar e a encontrar pessoalmente as soluções. Não se trata de desenvolver a actividade de entender mas, através dela, a própria capacidade do entendimento. Por ultimo, Dias (1993) define *formação* como os processos que recaem sobre o desenvolvimento global (educação) e intelectual (aprendizagem) e sobre os respectivos caudais energéticos ou ainda em estado caótico e informe, como força de selecção, organização, modelação, formatação, em ordem a impor-lhes um sentido, através de uma forma ou estrutura definidora do perfil de competências do indivíduo para realizar determinadas tarefas, ou ainda num sentido mais global formar-se como homem.

De acordo com as orientações teóricas referidas, educar, ensinar-aprender-estudar, formar, correspondem a processos de desenvolvimento, quer de âmbito geral, quer do sector da inteligência e ou da liberdade (Dias, 1993).

Em suma, a educação é uma realidade complexa sobre a qual se fala com frequência e em que a todos preocupa e interessa. Tratando-se de um conceito polissémico, é com frequência referenciado como: a) processo dirigido ao desenvolvimento integral dos indivíduos; b) acção comunicativa dirigida a informar e adquirir competências; c) transmissão de uma cultura orientada para a socialização de crianças e jovens; d) e instrução feita pela acção de um docente (Martínez-Otero, 2003). Com esta descrição, Martínez-Otero(2003) parece sugerir a ideia de que a educação comporta riqueza dinâmica pessoal, é um valor capaz de provocar alterações a nível individual e social.

Por educação *“entendemos hoje não apenas o processo de desenvolvimento da criança ou do ensino-aprendizagem do jovem, ou mesmo da criação de condições para que o adulto se torne capaz de encontrar, ele próprio, a resposta às suas necessidades e aspirações”*. Deve ser perspectivada como *“o processo contínuo de crescimento e desenvolvimento, até à plenitude da realização de cada homem, em que todos os tempos da sua vida e em todos os lugares em que ela decorre”*, podendo mesmo falar-se em termos de educação comunitária *“como processo também global e sequencial de desenvolvimento das comunidades humanas ao longo da História e a partir da interacção dos processos de educação permanente de cada um dos seus membros”*, processo global de desenvolvimento da comunidade, resultante da interacção dos processos individuais (Dias, 1988:279).

A educação para a saúde, sendo um processo educativo, é encarada como um *“contínuo e gradual de educação e aprendizagem que demora vários anos. Começa na primeira infância e desenvolve-se ao longo da vida...”*(Leeuw, 1980 cit in Amorim, 1999:18).

Hjort (1987) descreve esse processo como uma escada pelo qual cada indivíduo deve subir. Cada degrau representa uma fase: inicia com a comunicação, segue-se a compreensão dos factos, acredita-se que é importante e necessário mudar algo e actua-se em conformidade. Após se terem interiorizado algumas atitudes e habilidades ligadas a crenças e valores, surge a adopção de um comportamento mais adequado. Este processo educativo terá de ser

iniciado na família, percorrendo um ciclo de formação, numa relação dinâmica entre um educador e um educando, no sentido de promover nos sujeitos competências de acção (*cit in* Amorim, 1999).

Das diferentes concepções de educação emerge a ideia que o Homem é um ser educável e que, a educação é um processo que visa criar condições para que todos se desenvolvam em ordem a serem capazes de responder aos desafios e exigências diárias através de uma participação activa, consciente e apoiada em decisões autónomas.

Assim, entendemos que a concepção de educação conforme nos preconiza Dias (1988) e referenciada anteriormente é tida como a que melhor se enquadra no âmbito do nosso trabalho.

Como resultado das rápidas transformações sociais e com a crise mundial da educação, ela deixa de estar circunscrita às crianças e jovens, passando a dirigir-se a todos, ao longo de toda a vida e representando para estes uma “*construção contínua dos seus conhecimentos e atitudes e da faculdade de juízo e acção. Deve permitir a tomada de consciência de si mesmo e do seu meio e desempenhar a sua função social no mundo do trabalho e na vida pública*” (Delors, 2003:15).

Deste modo, parece evidente que a educação genuína tem uma grande força, permite o desenvolvimento e a maturidade pessoal. É um instrumento de progresso individual e social, é permitido à pessoa o aperfeiçoamento das capacidades humanas e a melhoria dos processos interactivos de âmbito interpessoal. A educação “*é um fenómeno humano em que as pessoas se relacionam dinamicamente e em que o protagonista corresponde ao educando*” (Martínez-Otero, 2003:27).

2.1 - INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Na actualidade é comum utilizar-se a expressão “*intervenção educativa*” para se referir à acção e acto de educar. Na opinião de alguns autores, não difere do termo educação, mas recorre-se a essa expressão para se enfatizar a vertente prática da educação.

Esta não se circunscreve ao âmbito escolar. Sarramana (2000) refere que para compreender e organizar o processo educativo podem-se diferenciar várias classes de acções educativas (*cit in* Martínez- Otero, 2003).

No âmbito pedagógico, o termo educação é conceptualizado em três vertentes: formal, não formal e informal.

A educação formal é “realizada tendo por base uma organização curricular, em regra de natureza racionalizada, sequencial e sistemática e sendo a aquisição da correspondente aprendizagem sempre certificada, passando o respectivo certificado a construir um património pessoal, intransmissível mas utilizável no mercado de ocupações” (Pires, 1995:29 *cit in* Silvestre, 2003). Assim, podemos dizer que este tipo de educação é intencional, organizada, sistemática e estruturada. Operacionalizada pelas escolas, com uma estrutura, um plano de estudos, e papeis bem definidos para quem educa e para quem é educado. Permite a obtenção de títulos oficiais. É uma educação legal e institucional.

A educação não formal, obedece também a uma estrutura e a uma organização. Pode obter-se certificação (mesmo que não seja essa a finalidade), difere da educação formal no que respeita à não fixação de tempos, locais e à flexibilidade na adaptação dos conceitos de aprendizagem de um indivíduo ou grupo. Embora sistemática e intencional, constitui-se como um meio mais fácil e acessível para responder a algumas necessidades de aprendizagem, sendo por vezes direccionada a grupos específicos.

Educação informal abrange todas as possibilidades educativas no decurso da vida de cada indivíduo, constituindo um “processo permanente” e não organizado (Silvestre, 2003). Compreende todas as influências educativas que não correspondem à educação formal e não formal. É um tipo de educação não organizada, não sistematizada e não intencional no tempo, ainda que ela conte com a capacidade de aprendizagem total da pessoa ao longo da vida. Não tem reconhecimento oficial e é sobreponível ao conceito de socialização. Podemos incluir nesta categoria, a educação que obtemos pelos meios de comunicação e contactos sociais. Pode ser vista como um processo que ocorre ao longo da vida onde cada indivíduo acumula conhecimentos, habilidades com base nas suas experiências de vida, e da influência que recebe do meio ambiente: em casa, no trabalho, leituras...(Martínez-Otero, 2003).

Neste sentido, é possível afirmar que o Homem não aprende só na escola (educação formal), a aprendizagem processa-se ao longo da vida de uma forma permanente através também da educação não formal e informal.

Esta divisão é útil do ponto de vista descritivo, porque em termos práticos é difícil estabelecerem-se barreiras rígidas que separam estes tipos de educação. Numa instituição escolar, por exemplo, não se recebe só influências intencionais, também há muitos estímulos sociais. Assim, a educação informal pode ser encarada como meio de complementar os objectivos do ensino oficial e institucional (Martínez-Otero, 2003).

As vantagens da educação não formal, em relação à educação formal, foram definidas por Fordham (1980) como mais relevantes para as necessidades de uma população, especialmente os mais desfavorecidos, uma vez que o ensino se focaliza na promoção do nível básico de subsistência. Como a educação não formal geralmente requer a participação dos directamente interessados na determinação da natureza e conteúdos dos programas educacionais, tendem sempre a focalizar-se nas necessidades prioritárias das comunidades. Assim, esta ideia de educação não formal tem uma ligação muito próxima dos princípios de formação estabelecidos por Paulo Freire – consciencialização, que representa o desenvolvimento e o despertar para a consciência crítica, entendida como o poder para transformar a realidade. Para Paulo Freire, a verdadeira educação, ou aprendizagem, resulta do diálogo, devendo-se criar condições para que o educando seja capaz de desenvolver as suas ideias e, deste modo, desenvolver-se a si próprio.

A educação, para além do âmbito formal traduzida numa perspectiva de continuidade autónoma e auto-didática e num paradigma de educação permanente, a educação não formal e educação informal desempenham um papel fundamental na educação integral e harmoniosa do indivíduo. Esta perspectiva, para além de ocorrer em qualquer idade e momento da vida assenta na multiplicidade das situações e das circunstâncias da existência ponderando os múltiplos aspectos da personalidade humana – intelectuais, afectivos, sociais, políticos,...- numa visão integrada da acção educativa, quer em função do indivíduo, quer em função da sociedade onde está inserido (Silvestre, 2003).

O termo “educação” pode ser entendido em duas vertentes: sistema e processo. No âmbito deste trabalho, a análise da educação para a saúde centra-se no significado de educação enquanto processo.

O sistema educativo realiza-se através de determinadas actividades e meios, de acordo com estruturas e modos de funcionamento socialmente definidos. O processo tem um enquadramento amplo e variado, ocorre em todas as idades, nos vários aspectos da vida humana, físicos, intelectuais, afectivos, sociais, espirituais, em múltiplos contextos, mediante agentes educativos diversificados, ocorrendo em situações formais, não formais e informais.

2.2 - EDUCAÇÃO: QUE DESAFIOS PARA O SÉC XXI?

A educação deve promover, de forma maciça e eficaz, mais saberes educativos, adaptados à civilização cognitiva, pois estes são as bases das competências do futuro. Esses saberes devem ser orientados no sentido de projectos individuais e colectivos. Assim, para se responder a diferentes exigências, e pelo que nos chega pelo relatório para a UNESCO¹ pela Comissão Internacional sobre Educação para o séc. XXI, a educação deve organizar-se em torno de quatro pilares fundamentais: *aprender a conhecer* (adquirir instrumentos de compreensão), *aprender a fazer* (poder agir de forma eficaz e eficiente, sobre o meio ambiente), *aprender a viver juntos* (poder participar e cooperar com os outros em todas as actividades humanas) e *aprender a ser* (integrar de modo sistemático as aprendizagens anteriores). Estas quatro vias do saber constituem apenas uma, dado que existem entre elas variados pontos de contacto, de relacionamento e permuta como passamos a descrever (Delors, 2003).

Aprender a conhecer: visa a aquisição do domínio dos próprios instrumentos do conhecimento e não, um repertório de saberes codificados. Deve fomentar o aprender a aprender, exercitando a atenção, a memória e o pensamento.

O desenvolvimento do gosto por este tipo de aprendizagem, estimula a curiosidade intelectual, o sentido crítico e promove a compreensão do real ajudando à aquisição do sentido de autonomia e de discernimento.

O domínio dos instrumentos do conhecimento podem ser considerados como um meio ou como uma finalidade. Meio, porque leva a que cada indivíduo aprenda a compreender o mundo na medida das suas necessidades para viver dignamente. Finalidade, porque se

¹ Organização das Nações unidas para Educação e Ciência e Cultura.

baseia no prazer de compreender, conhecer e descobrir. Este processo de aprendizagem é inacabado podendo-se enriquecer ao longo da vida (Delors, 2003).

Aprender a fazer: Esta forma de aprendizagem é indissociável da anterior, podendo-se afirmar que aprender a fazer está relacionada com a forma de se pôr em prática os conhecimentos adquiridos. Deve adquirir um significado diferente de se preparar o indivíduo para desempenhar determinada tarefa “*as aprendizagens devem evoluir e não podem mais ser consideradas como simples transmissão de práticas mais ou menos rotineiras*” (Delors, 2003: 80).

Espera-se que o indivíduo mobilize os conhecimentos para a prática, que seja capaz de face a uma nova situação de agir e intervir de forma adequada, atendendo à especificidade do trabalho. As qualidades subjectivas, as inatas e as adquiridas, muitas vezes designadas de *saber ser* juntam-se ao saber e ao saber-fazer para se atingir a competência exigida.

Aprender a viver juntos: “*esta aprendizagem representa, hoje em dia, um dos maiores desafios da educação*” em duas vias complementares (Delors, 2003:83). Num primeiro nível, ocorre a descoberta progressiva do outro, passando a descoberta do outro necessariamente pela descoberta de si, e num segundo nível, ao longo da vida, pela participação em projectos comuns. Desta forma, desenvolve-se a compreensão do outro e a percepção das interdependências. Realizar projectos comuns e preparar-se para gerir conflitos – no respeito pelos valores do pluralismo, da compreensão mutua e da paz (Delors, 2003).

Aprender a ser: a educação deve contribuir para o desenvolvimento total da pessoa. Todo o ser humano deve ser preparado para elaborar pensamentos autónomos e críticos e para formular os seus próprios juízos de valor, de modo a poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida, comportando-se como actores responsáveis e justos (Delores, 2003).

Cada um destes pilares do conhecimento deve ser objecto de igual atenção, para que a educação seja desenhada como uma experiência global ao longo da vida, no plano cognitivo e prático, para cada indivíduo enquanto pessoa e membro de uma comunidade.

Os quatro pilares da educação não servem de apoio a nenhuma fase exclusiva da vida, nem num lugar único, os tempos e as áreas da educação devem complementar-se de forma a que cada indivíduo ao longo da sua vida obtenha a melhor realização num ambiente educativo em constante desenvolvimento.

2.3 - FUNDAMENTOS DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PERSONALIZADA

Não se pode falar com rigor de educação sem antes não se ter uma ideia clara do tipo de indivíduo que queremos educar. No entender de Martínez-Otero (2003), as notas construtivas do indivíduo que tem mais valor educativo são:

Singularidade, cada indivíduo é único e irrepitível, com uma forma própria e peculiar de ser. Em virtude desta característica cada indivíduo é diferente de entre os demais. Cada educando tem necessidades, interesses, atitudes, capacidades e circunstâncias que temos que conhecer, respeitar e valorizar;

Autonomia, entendida como a capacidade que cada Homem tem para se orientar a si mesmo pela possibilidade de assumir um compromisso livre e responsável em torno da sua vida. A autonomia supõe uma capacidade para projectar e realizar. Por isso a educação pode ser considerada como um processo de ajuda pessoal. O que se pretende é que o educando conquiste gradualmente a liberdade;

Abertura, a pessoa está aberto a toda a realidade. Esta abertura pode manifestar-se em relação ao mundo em relação com os demais e, em relação a Deus. A educação deve combinar esta tripla perspectiva para ser considerada completa;

Unidade, o sujeito é uma realidade complexa, mas ao mesmo tempo é considerado unitário e integral. O Homem não é um ser dividido nem a soma das suas partes, ele recorda, projecta, pensa, sente ama e vive. A consequência desta propriedade é que a educação tem que ser necessariamente integral (Martínez-Otero, 2003).

Considera, o mesmo autor, que destas propriedades derivam importantes princípios pedagógicos que se devem ponderar, o princípio da actividade, da liberdade e responsabilidade, da autonomia, da singularidade, princípio da originalidade e princípio de abertura, pois só assim, se orienta a formação integral do indivíduo.

Argumentação semelhante, da educação personalizada, pode ser lida em escritos de García-Hoz (1988, *cit in* Martínez-Otero, 2003). Por basear-se na pessoa, o estilo próprio da educação personalizado é:

Integrador e aberto, pela necessidade de uma atitude integradora nasce, em consequência, uma variedade de tarefas que o educador deve realizar. A educação desenvolve todo o seu potencial quando há unidade. A abertura da educação permite superar, ultrapassar qualquer reducionismo. No plano teórico, a educação deve estar aberta a qualquer ideia que tenha bases razoáveis e na vertente prática deve ser receptiva a toda a actividade que pode ser útil;

Reflexivo e criador, a educação deve apoiar-se na reflexão do educador e do educando. A consideração citada é o que confere o carácter humano às actividades. Assim, destaca-se a importância que a criatividade tem, o indivíduo é o princípio e agente dos seus próprios actos. Deste modo, considera o autor que desde o planeamento que se deve respeitar e promover a originalidade e criatividade do educando;

Singular e convencional: a singularidade contém a atenção educativa e as suas peculiaridades. Frente a tendências e pressões massificadoras o estilo personalizado caracteriza-se pelo respeito da unicidade. Não se trata de contrapor as características individuais e a capacidade de abertura. Por esta razão, a educação procura favorecer as relações pessoais e convivência;

Optimista, o tom vital do educador deve ser realista e optimista, ter esperança na capacidade aperfeiçoadora dos educandos.

Depois de expostas as principais concepções de educação, referidas na literatura a que tivemos acesso, concordamos que se trata de um processo de crescimento contínuo individual de um grupo ou mesmo de uma comunidade, não circunscrito no âmbito escolar, permitindo a todos um desenvolvimento integral, resultado de uma reflexão crítica, responsável e livre.

Partindo desta heterogeneidade na definição de educação passaremos, no próximo capítulo, a referenciar a evolução dos conceitos de saúde e doença uma vez que pretendemos analisar a influência que a formação pode ter sobre os mesmos conceitos.

3 - SAÚDE E DOENÇA: QUE CONTROVÉRSIAS?

Os conceitos alusivos à saúde reflectem valores, crenças, conhecimentos, actividades, e a cultura da sociedade, partilhada por todos os seus membros, especialistas ou leigos, cultos ou incultos, analfabetos ou instruídos. Neste sentido, saúde como conceito varia em função do contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico, espelhando a variedade de contextos e a experiência humana (Ribeiro, 1994).

3.1 – SAÚDE: UM CONCEITO EM MOVIMENTO

“Saúde”, palavra aplicada em todo o lado, repete-se com frequência no nosso quotidiano em diferentes situações e de vários modos. Podemos dizer que ela está presente nas nossas saudações, e ou nas nossas comemorações. É uma palavra que nunca nos abandona, mesmo quando o corpo desfalece. Contudo, trata-se de um conceito coberto de múltiplas significações, difícil de se operacionalizar e de se definir.

Segundo Monnier (1980) saúde refere-se a uma *“realidade complexa, polimorfa e em movimento”*(cit in Pestana, 1996:187), ou ainda, como a *“saúde é a característica principal da nossa vida, é um domínio de acção que diz respeito a todos nós”*, e por ter ligação com a existência humana adquire um *“sentido variável, aberto a muitas interpretações”* torna-se *“um domínio de acções desorganizadas, confusas, por vezes contraditórias”* (Honoré, 2002:18).

Este termo diz-nos qualquer coisa de nós mesmos, caracteriza-nos a nível individual ou colectivo, em qualquer parte que nos encontramos, situando no tempo, no mundo e na história.

É importante escutar o que cada um quer expressar quando fala de saúde, tentando compreender qual é o contexto biográfico e social do sujeito que a expressa e o momento em que é referido. De acordo com Honoré (2002), o recurso a este “estado” é sensível e

disponível a todas as variações de sentido, segundo as pessoas, grupos locais e momentos, permitindo-nos perspectivar a saúde na sua globalidade.

A constatação dos factos mostra-nos que as concepções de saúde variam de indivíduo para indivíduo, de acordo com as civilizações, épocas em que são produzidas, do estatuto social de quem as emite, da profissão, entre outras.

Ao analisarmos o conceito ao longo dos tempos, verificamos que inicialmente foi encarado numa perspectiva reducionista, como mera ausência de doença. Exemplo disso é a definição de Leriche (1937): “*A saúde é vida no silêncio dos órgãos*”. Desta forma, a ideia de saúde reporta-se então ao corpo objectivado nos seus órgãos e no seu funcionamento, um corpo não alterado, apresentável, em estado de equilíbrio fisiológico e biológico (*cit in Pestana, 1996:187*). Seguindo esta linha de pensamento, saúde é entendida “*como um estado em que nos encontramos quando não sofremos de doença, nem de deficiência, nem incapacidade, de desvantagem ou dependência*” (Honoré, 2002:29). Nesta perspectiva, a saúde da pessoa é reduzida às suas estruturas e aos seus processos biológicos e físico-químicos, e percebida como oposto à doença, sendo esta uma perturbação que se processa na dimensão física ou biológica da pessoa.

Com o passar dos tempos, o conceito sofreu algumas modificações, decorrentes da necessidade de caracterizar o seu polimorfismo.

No final da segunda guerra mundial, a saúde enquanto conceito ganha uma dimensão mais global e holística, ao ser definida pela OMS (1946) na sua Carta Magna, como “*um estado completo de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*” (OMS, 1946; *cit in González, 1998:6*). Esta definição abrange as dimensões bio-psicológicas e a social; engloba pela primeira vez o termo bem-estar, não só em oposição à doença mas no sentido de equilíbrio e de harmonia.

Foi um marco histórico, promovendo uma inovação para a época. Até aí, a saúde nunca tinha sido perspectivada de modo positivo, nem se tinham incluído as dimensões mental e social.

Mas com as sucessivas transformações que o conceito saúde tem sofrido, resultam conotações diferentes apresentando-se como concepção multidimensional com factores de natureza subjectivas e objectivas. As primeiras estão relacionadas com a sensação de bem-estar, as segundas estão relacionadas com a capacidade funcional do indivíduo (Terris,

1975 cit in Ribeiro, 1994). Contudo, esta classificação pode ser um pouco simplista quando comparada com a categorização de outros autores.

Estudos levados a cabo por O'Donnell (1986), referem que a saúde abrange cinco dimensões, e cada uma delas engloba várias áreas que devem coexistir equilibradamente, a saber: saúde *emocional* onde inclui a gestão do stress e os cuidados com crises emocionais; saúde *social* integrando as relações interpessoais com amigos, família e comunidade; saúde *intelectual* diz respeito à educação, desenvolvimento pessoal e profissional; saúde *espiritual* que incorpora aspectos como o amor, esperança, a caridade; saúde *física* que abrange a condição física, a alimentação, os cuidados médicos e o controlo do abuso de determinadas substâncias.

Continuando a analisar a definição de saúde preconizada pela OMS em 1946, pode-se dizer que foi um bom ponto de partida ao afirmar que a saúde não é, apenas, ausência de doença; a saúde manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade; nos níveis, mental, social e físico; os aspectos físico, mental e social estão juntos numa coalescência sistémica que os torna interdependentes; a saúde define-se por uma configuração de bem-estar resultante de uma auto-avaliação, da expressão de uma opinião pessoal sobre si próprio (Ribeiro, 1994).

Esta concepção, embora multidimensional, ao referir “*estado de completo bem-estar*”, tem sido sujeita a várias críticas, pelo seu absolutismo e carácter estático pois não refere os aspectos adaptativos da pessoa face às suas perturbações e ao meio ambiente em que interage (Kulbok, 1999).

Em 1975, Terris analisou a definição supra citada, e, numa perspectiva de epidemiologista, classifica-a de “*vaga e imprecisa com uma aura utópica*” (Terris 1975;cit in Kulbok et al,1999:289); por esta razão, sugere que saúde deverá ser entendida como “*um estado de bem estar físico, mental e social e a capacidade para funcionar, e não somente a ausência de doença e enfermidade*”. A intenção do autor ao introduzir a terminologia “*capacidade para funcionar*” e excluir o “*completo*”, é de tornar a definição mais realista, abrangente e operativa, promovendo uma estrutura adequada e útil para a promoção e educação para a saúde. Esta visão justifica-se, pois, para algumas pessoas, ter saúde é ser capaz de realizar as suas actividades de vida diárias, não significa, exclusivamente, ausência de doença ou

limitação, mas ser capaz de se adaptar ao meio de forma funcional, mesmo com alguma deficiência ou incapacidade.

Dubos (1965), postula que os estados de saúde ou enfermidade são expressões do êxito ou do fracasso sofrido pelos organismos no esforço para responder e adaptar-se às mudanças sucessivas que ocorrem no meio. Para este autor, a saúde/doença resultam da adaptação ou inadaptação do ser às exigências do meio onde vive, isto é, para se atingir e manter a saúde são necessários processos que permitam a adaptação e, promovam a mudança em simultâneo (*cit in Viana, 2001*).

Sanmartí (1985), critica também o conceito da OMS. Na sua visão, esta concepção, apresenta aspectos positivos e negativos. Na vertente positiva pode citar-se a dimensão mental e social, para além da biológica, como negativo enumera a ideia de equiparar a saúde ao bem-estar, considerando utopia já que, o completo bem-estar dificilmente se alcançará.

Na verdade, a ideia de bem-estar é a mais difundida, quando se evoca a saúde. Baseada nesta evidência empírica, afirmamo-la como dimensão da existência humana. Não a limitamos, exclusivamente, há vitalidade física e biológica. “*As concepções de saúde aproximam-se das concepções de existência*” (Honoré, 2002:10), e tal como a nossa existência é difícil de se definir, de ser explicada, o mesmo surge com o conceito de saúde. No entanto, esta não é a única leitura que podemos ter de bem-estar.

De acordo com Carcel (2000) bem-estar é um conceito subjectivo, sensação difícil de se definir, comparando-se muitas vezes com mal-estar. A descrição desta sensação é influenciada por vários factores da comunidade e meio onde estamos inseridos. Na verdade, face a situações semelhantes estabelecem-se processos diferentes, de indivíduo para indivíduo. E a mesma pessoa é capaz de agir de forma diferente de acordo com o momento e situação, produzindo-se, desta forma, conceitos de bem-estar interpessoal e intra-pessoal.

Como advoga Illich (1977) esta relatividade de bem-estar é fundamentada pela diferente forma como cada pessoa o define. Salienta que o bem-estar, é a característica efémera da saúde. Resulta da adaptação do indivíduo à evolução do seu estado de saúde, definido pelas

circunstâncias existentes, na sua história de vida particular. Emerge da história de vida do indivíduo e da comunidade. Para este autor, a dualidade bem-estar/mal-estar é uma percepção intra e interpessoal que varia em função de como cada um se sente, doente ou não, intimamente ligada a cada momento da vida, história individual ou de grupo. Assim, pode valorizar-se um momento de bem-estar físico e pessoal, desprezando-se o vector social. Mas o contrario é de mais difícil compreensão.

Longenecker (1990) escreve que Dunn, em 1961, conseguiu divulgar a ideia de bem-estar de alto nível em relação ao indivíduo, à família, à comunidade, ao ambiente e à sociedade. O bem-estar de alto nível é descrito como funcionamento integrado visando a maximização do potencial individual enquanto mantém o equilíbrio e a direcção intencional no ambiente. Esta concepção inclui três componentes: 1) uma direcção, para cima e para a frente, tendo em vista, um potencial funcional superior, um futuro aberto; 2) os desafios para atingir o potencial superior; 3) um ser integrado, ou seja, um corpo e espírito no processo dinâmico de funcionamento. Na opinião deste autor, o bem-estar apoia-se numa filosofia da natureza das pessoas; os indivíduos crescem e desenvolvem-se em todas as esferas do seu ser, tornando-se capazes de fazerem escolhas face aos desafios que lhe são propostos.

Assim, a noção de bem-estar, não significa ausência de doença; pode englobar noções de felicidade, satisfação e gratificação em relação à saúde, afectividade, sociabilidade, profissão, cultura e economia (Bowling, 1994).

No percurso da nossa pesquisa, e voltando à evolução do conceito saúde, verificamos segundo fontes bibliográficas, aquando da conferência de Alma Ata (1978), introduziu-se a ideia de que saúde não deveria ser encarada como um fim em si mesma, mas um meio para alcançar uma vida mais produtiva. Assim, com um nível de saúde elevado o indivíduo pode disponibilizar mais energia para as suas actividades diárias, sejam elas de âmbito profissional, vida familiar, nas relações sociais ou de lazer. A saúde pode influenciar directamente toda a experiência de vida, incluindo tanto a percepção de bem-estar essencial, para se sentir com saúde, bem como o próprio estado de doença (Ribeiro, 1994).

Segundo uma análise de Thorese e Eagleston (1985), na reformulação do conceito de saúde está implícito: um *estado* em que está subjacente a capacidade da pessoa realizar as atividades de vida diárias, como por exemplo: comer, vestir, fazer exercício, relacionar-se com os outros; é mais do que mera ausência de patologia fisiológica; constitui uma resposta adaptativa da pessoa às modificações percebidas, internas e externas, localiza-se num contínuo temporal dinâmico; só pode ser interpretada num contexto físico, e social, como aporte de um equilíbrio ecológico; fornece energia suficiente para realizar com sucesso determinadas tarefas; fica debilitada quando o aporte de energia é insuficiente para satisfazer as exigências da vida do dia a dia de forma a atingir equilíbrio e harmonia (*cit in* Ribeiro, 1994).

Saúde como um *estado*, e na perspectiva de García Martínez *et al* (2000), é uma qualidade vital que afecta a totalidade da própria vida e, enquanto tal representa um desafio permanente para qualquer definição precisa. Os múltiplos factores que incidem na configuração desse estado de saúde (físico, mentais, sociais, culturais, económicos, culturais...) são difíceis de serem analisados e sintetizados a partir de uma disciplina específica ou perspectiva teórica.

A saúde, e a definição do seu conceito, continua em movimento. Em 1985, a OMS (no Glossário de Promoção de Saúde) reformulou a sua concepção, apresentando-a como a “*capacidade para realizar o potencial pessoal e responder de forma positiva aos desafios do ambiente*”. E ainda, o mesmo órgão internacional, em particular na carta de Otava (1986) faz referência à saúde como “*um recurso para a vida e não uma finalidade*” (DGS, 2003). É um recurso para a vida, não um fim. E, como todos os recursos, tem limites.

Congruente com esta ideia está Grossman (*cit in* Imperatori, 1993) ao considerar a saúde como um stock, que se pode aumentar ou diminuir, no decorrer do percurso de vida de acordo, com as opções que cada indivíduo faz.

Considera o autor, que os indivíduos têm algum poder para escolher o nível de saúde, tal como decidem sobre o nível de outros bens. Fundamenta que o stock vai diminuindo ao longo dos anos, resultado do processo natural do envelhecimento. As alterações que se podem verificar nesta “armazenagem” podem ser minimizadas ou até mesmo anuladas

através das acções de cada um, se, investir de forma apropriada. Por esse motivo, é entendida como um recurso para a vida, susceptível de aprendizagem para a manter e promover.

Outro modo semelhante de perspectivar a saúde é a que nos apresenta Herzlich (1973), em que categoriza saúde em “*ser*”, “*ter*” e “*fazer*”. Como “*ser*” refere-se à ausência de doença, ou seja, uma pessoa é saudável se não é doente. O oposto é caracterizado no “*ter*”, um bem positivo, uma reserva a que podemos recorrer num momento de doença. Herzlich, considera nesta categoria que o indivíduo temporariamente doente pode continuar a ser considerado saudável porque possui uma reserva de saúde, adaptando-se a uma situação de doença. Saúde como “*fazer*” refere-se à capacidade funcional, ou seja, capacidade para desempenhar as suas actividades (*cit in* Bennett, 2002).

À luz do que foi referido, pode-se olhar o futuro, e através dos investimentos do presente, eles são necessários para amanhã retirar dividendos, máxima vitalidade e uma vida melhor. As escolhas de hoje são a capitalização de uma riqueza que recebemos e que podemos gerir para nosso benefício e dos outros (Nunes, 1999).

Como resultado desta evolução, quebra-se a tradição de perspectivar a saúde como “ausência de doença”. Daqui emerge um conceito positivo onde se incorporam diferentes dimensões, evidenciam-se os recursos pessoais e sociais, ou seja, afirmam-se determinadas características ao invés de ausência de outras.

Ao concordar que a saúde deve ser perspectivada como um conceito dinâmico e global, salientamos o conteúdo da carta Otava (1986); A saúde “*é criada e vivida pelas populações em todos os contextos da vida quotidiana: nos locais onde se aprende, se trabalha, se brinca e se ama(...) resulta dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros; do ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre as circunstâncias da própria vida; do assegurar que a sociedade em que se vive cria condições para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde*” (Otava, 1986, *cit in* DGS², 2003), ou ainda, no dizer de Déjours, a saúde é “*a capacidade de cada homem,*

² Direcção Geral de Saúde.

mulher ou criança de lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar”(Déjours, 1993:49).

De acordo com esta visão a saúde é um recurso quotidiano, dinâmico, em que é ponderada a capacidade funcional do ser humano tendo em consideração os géneros e faixa etária de cada indivíduo, assim como a sua singularidade na conquista dos seus ideais. Cada pessoa deve saber construir o seu projecto de vida, auto-analisar-se e saber o que quer da vida. Isto leva a que o indivíduo tome decisões em liberdade, sem prejudicar a autonomia dos outros, tornando-se um indivíduo activo e participante no seu desenvolvimento individual e consequentemente, no desenvolvimento comunitário.

Nesta perspectiva positivista concebe-se a saúde do indivíduo, como uma situação de equilíbrio corporal e mental, ajustada ao seu meio físico e social. Em que o indivíduo tem controlo dos seus recursos (físicos, mentais e sociais), sendo capaz de se adaptar às mudanças do meio, desde que não excedam os limites considerados normais, e que em simultâneo contribuir para o bem-estar da sociedade de acordo, com as suas capacidades (Ribeiro, 1994).

Torna-se uma visão global, tem atenção o ser humano como um todo, dinâmico e complexo com aspectos biológicos, psicológicos e psicossociológicos. Um indivíduo inserido num meio, agindo e sofrendo a influência desta acção simultaneamente (Poletti,1980). É dinâmico, porque a saúde é um ponto instável, um equilíbrio que nunca é definitivo, tendo necessidade de ser restabelecido constantemente em função de novas situações, geradas, quer no interior do indivíduo quer no seio do grupo ou comunidade que o envolve. Valoriza-se o equilíbrio entre factores intrínsecos ao ser humano de natureza biológica, psico-afectiva e comportamental e factores extrínsecos, próprios do meio ambiente físico e relacional que o rodeia.

Nesta alteração da concepção de saúde incorpora-se a educação para a saúde, deduz-se que a saúde é um valor positivo ao supor um desenvolvimento de competências pessoais e sociais e não um valor negativo fundamentado na ausência de doença. Assim, a deterioração ou perda da saúde está ligada aos modos de vida social, influencia ambiental, aos elementos que consumimos, à vida laboral, à distribuição dos recursos e também ao

espaço físico em que vivem os indivíduos, as organizações e as comunidades. Deste modo, a saúde como elemento positivo relaciona-se com factores como trabalho gratificante, alegria, relações sociais não traumáticas, solidariedade entre outros. Saúde como um *valor positivo* é entendida como património real da comunidade, não pode ser delegada em autoridade alguma devendo ser gerida plenamente por todos tanto individual como colectivamente (García Martínez *et al*, 2000).

3.2 - DO PARADIGMA PATOGENICO AO PARADIGMA SALUTOGENICO

Quando a OMS (1946) definiu saúde como “*um estado completo de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*” pressupunha que existia uma distinção clara entre saúde e doença. No entanto, com o desenvolvimento científico torna-se aceite, pela maioria das pessoas que não é clara essa distinção (Roper *et al*, 1995). Não é possível demonstrar o ponto de ruptura entre um estado de saúde e de doença, ou seja, não existe uma fronteira objectiva entre estes dois estados. Assim, não é possível obter uma definição universalmente aceite para os conceitos de saúde/doença, isto porque são concepções difíceis de objectivar, são estados difíceis de “medir”. Os conceitos são encarados como relativos e não como categorias separadas, têm adquirido conotações diferentes, de acordo com as concepções sobre os significados da natureza do corpo, as suas funções e estrutura, diferentes relações corpo, espírito, pessoa e ambiente (Reis, 1998).

Estas concepções evoluíram, como já referido, com os tempos fazendo parte das estruturas socioculturais que historicamente foram dotadas as sociedades. São conceitos com algum vinculo no desenvolvimento de cada sociedade, representando valores semânticos transformados historicamente, pois cada sociedade e cada época tiveram o seu próprio conceito de saúde e doença. Este relativismo histórico é reforçado pela própria complexidade e pluralidade de facetas que abarca o termo saúde e doença (García Martínez *et al*, 2000). A consciência desta realidade, leva ao emergir de alguns paradigmas.

Pela literatura existente, e divulgada, verificamos que desde os tempos mais remotos, o homem tem procurado uma explicação para entender a saúde, e doença e as suas causas. A este propósito, Albers Herberg (1989) descreve três paradigmas: mágico-religioso; o

biomédico e holístico. Estas descrições diferenciam marcos históricos, pondo em evidência crenças e valores específicos e próprios de cada época (*cit in* Stock, 2002). O quadro nº 1 resume algumas das crenças sobre saúde e doença.

PARADIGMA	Visão do mundo	Saúde	Doença
Mágico-religioso	O destino do mundo está sob o controlo de forças sobrenaturais. Deus ou outra força sobrenatural do bem ou do mal têm o controlo; os humanos estão à mercê destas forças.	Dádiva ou recompensa como sinal da vontade de Deus, ou como uma bênção	Originada por um agente sobrenatural com ou sem justificação, bruxaria. A causa da doença não é orgânica é mística. Causas: possessão por espíritos malignos, quebra de um tabu, forças sobrenaturais (bruxaria, sacrilégio).
Biomédico	A vida é controlada por processos físicos e bioquímicos que podem ser estudados e manipulados pelo homem.	A mente e o corpo são entidades distintas. Existe uma causa para a doença, mesmo que desconhecida. Actividades para a prevenção da doença; recuperação através do exercício, medicamentos, tratamentos e outros meios.	O desgaste, acidente, traumatismo, elementos patogénicos e equilíbrio bioquímico e de fluidos. Existe uma relação causa-efeito para acontecimentos naturais. A vida relaciona-se com estruturas e as funções com as máquinas.
Holístico	Harmonia, equilíbrio natural. A vida humana é apenas um aspecto da natureza e parte da ordem geral do cosmos. Cada coisa no tem o seu lugar e desempenha o seu papel de acordo com as leis de manutenção da ordem.	Meio ambiente, comportamento e factores socioculturais influenciam a manutenção da saúde e a prevenção da doença. Manter e restaurar o equilíbrio é importante para a saúde.	Doença, desequilíbrio e caos, são o resultado da alteração das leis do universo.

Quadro nº 1 - Paradigmas Saúde/Doença

Fonte: Adaptado Roper *et al* 1995

O paradigma *mágico-religioso* perspectiva o mundo tendo por base a mitologia e religião. As pessoas que caracterizam a sua doença neste paradigma, acreditam em espíritos malignos e deuses, feitiçaria ou outras forças que são responsáveis por transmitir doenças

ao indivíduo. A saúde é encarada como uma dádiva ou benção de Deus ou deuses e a doença é conceptualizada como uma punição ou uma forma de Deus mostrar ao indivíduo que foi escolhido para realizar a sua vontade. A doença é natural, se destinada por Deus, e não natural se não faz parte do plano de Deus. A teoria da *causalidade subnatural*, é um dos modelos primitivos, enquadrado neste paradigma, segundo opinião de Bolander (1998) a doença é o resultado de causas sobrenaturais. Uma pessoa sente-se doente, em resultado de um espírito ou de um feitiço. E a doença é encarada como um castigo resultante do desagrado dos deuses ou pela quebra de tabus sociais. Por exemplo, os antigos Babilónios acreditavam que a doença era resultado do pecado, assim, as pessoas doentes eram vistas como sujas e necessitadas de purificação. Para o tratamento recorriam a práticas de exorcismo ou suavizavam a sua fúria através da oferenda de sacrifícios (Lancaster, 1999).

O paradigma *biomédico*, o mais familiar para os profissionais de saúde, tem por princípio básico que toda a doença tem uma causa. Quando a etiologia é desconhecida, orienta-se a pesquisa científica no sentido de se encontrar a causa.

Este paradigma integra o modelo *máquina corporal e a dicotomia “mente – corpo”* de Descartes, que, veio mudar as mentalidades. Este modelo reduz as pessoas às suas estruturas físicas, processos fisiológicos e bioquímicos. A doença é entendida como resultado de perturbações fisiológicas, tais como imperfeições na genética, desequilíbrios bioquímicos ou danos provocados por agentes físicos/biológicos. A saúde é interpretada como o oposto da doença, sendo esta uma perturbação que se processa na dimensão física ou biológica da pessoa. O corpo é perspectivado como uma máquina e a doença como resultado de uma componente defeituosa. Além do conceito de máquina corporal, esta filosofia divide os seres humanos em duas entidades fundamentais: mente e corpo. Esta dicotomia influenciou a construção do modelo médico de doença, no qual o tratamento das doenças físicas e da mente se separaram e distinguem. Neste pensamento o homem, é visto e estudado por sistemas e funções, o seu corpo é igual à soma das suas partes em detrimento da concepção de globalidade (Bolander, 1998).

O *modelo clínico*, na visão da ciência médica, define a saúde como ausência de doença ou funcionamento aberrante. A saúde ou a normalidade identificam-se pela ausência de sinais e sintomas considerados anormais. Esta perspectiva de saúde apresenta-se de forma muito redutora (Longenecker, 1990).

O *modelo adaptativo* refere a saúde como um estado de estabilidade. O indivíduo estável e, por isso saudável, é aquele que pode reagir, acomodar-se e ajustar-se aos vários agentes do meio interno e externo. Esta concepção deriva de conceitos fisiológicos de homeostásia e adaptação, no entanto, assume um ambiente hostil à existência humana (Longenecker, 1990).

Durante muito tempo o conceito de saúde e doença foi influenciado por esta linha de pensamento. A doença é definida em função da alteração de parâmetros biológicos, enquanto que os aspectos psicossociais não são valorizados. A atenção desvia-se da pessoa doente para a doença. Assiste-se à desvalorização dos problemas referenciados como da “vida”, e a experiência subjectiva da doença é igualmente negligenciada (Duarte, 2002).

Com o decorrer dos tempos, novas perspectivas vão surgindo. Ideias mais amplas e abrangentes tentam explicar ou definir estes conceitos como dinâmicos e em constante mutação. Não é suficiente concentrar-se apenas, em factores fisiopatológicos da doença é também necessário ponderar factores sociais, culturais, ambientais, psicológicos, entre outros, ou seja, construir uma perspectiva holística.

O conceito “holímo” possui uma denotação referente a uma “visão global”, defendendo a ideia de que a compreensão dos fenómenos deve processar-se a partir da compreensão do funcionamento – como um todo – do sistema observado (Oliveira, 2001).

O paradigma *holístico* reconhece harmonia entre o corpo, a mente e o espírito. Nesta corrente de pensamento a doença é o resultado directo do desequilíbrio entre estas diferentes dimensões e, a saúde é restabelecida quando é reencontrado o equilíbrio entre elas.

Bolander (1998) faz referência ao *modelo de alto – nível de bem estar* de Dunn (1959). Para o autor a saúde é um continuum com diversos pontos, situando-se no topo, o alto nível de bem estar. O modelo *eudemonístico de saúde*, interpreta a saúde como um estado ideal de bem-estar vibrante e exuberante, no qual a pessoa experiencia sensações positivas como felicidade, auto-estima, relações significativas com os outros e uma capacidade óptima de pensar e agir.

O *modelo da realização do papel*, descreve a saúde como a capacidade que o indivíduo tem para realizar eficazmente os papéis e as tarefas para que foi solicitado. Cabe aqui um

conceito realista, fundamentado em descrições correntes de normas ditas sociais “*as normas de saúde são gamas de variação edificadas que flutuam de acordo com a aprovação social corrente*” (Longenecker, 1990:25). Por outro lado, René Dubos (1994), distancia-se deste pensamento, usando a *abordagem ecológica*, para definir saúde. Estudou os seres vivos e o seu meio ambiente para compreender os micróbios no seu meio natural. As suas pesquisas, demonstraram que é impossível a ausência de doença, pela contínua necessidade de adaptação dos seres humanos a um ambiente sempre em mudança. A solução para esta problemática não é desenvolver químicos mais poderosos, mas antes, tornar os seres humanos mais saudáveis de forma a poderem resistir à doença. Para este autor, saúde não é qualquer estado de vigor ou ausência de doença, ou mesmo uma vida longa. Ser saudável significa, que a pessoa pode funcionar, fazer o que quer fazer e ser o que pretende ser (Bolander, 1998).

A linhagem deste último paradigma promove a eliminação da noção dicotómica saúde/doença baseada nos paradigmas anteriores, em que se valorizava o pathos (mal), cuja a finalidade era procurar destruir o mal, podendo, ser considerados mais como modelos de doença do que de saúde, ou seja, modelos patogénicos. Estes, na opinião de García Martínez (2000), caracterizam-se por algumas enunciações alusivas de uma apreciação desconstitucionalizadora da doença e de uma visão individual dos problemas de saúde centrados na génese da doença: Induzem á dicotomia saúde/doença como elementos que se excluem; focam a génese da doença em factores patogénicos individuais, excluindo factores ambientais; desvalorizam a importância dos factores de conduta, inclusive se esses hábitos de conduta surgem como causa da patologia; esperam o aparecimento dos problemas de saúde para intervir; o utilizador assume um papel passivo dos serviços que lhe são prestados para restaurar a sua saúde.

Os modelos que valorizam a saúde são designados de salutogénicos. A sua concepção valoriza a procura de elementos que conduzam o indivíduo para a promoção ou manutenção da saúde, independentemente dos factores desfavoráveis do meio físico e social, (Antonovsky, 1987, *cit in* Nunes, 1999). Trata-se de modelos que se direccionam para uma focalização mais geral, disponibilizando mais atenção aos factores que rodeiam a génese da saúde: valorizam as condições gerais implicadas na saúde, relativizando os factores dos quais depende a doença; procuram antecipar-se à doença, estabelecendo estratégias comportamentais que reforçam a saúde; sugerem que a adaptação ao meio é um modo de manter a saúde; a geração da saúde implica uma atenção simultânea sobre os

indivíduos e comunidades, entendendo estas últimas como um meio idóneo para o desenvolvimento das condições facilitadoras da saúde individual; exigem a participação dos indivíduos no estabelecimento das condições que garantem a saúde (García Martínez, 2000).

Estes modelos, colocam em evidência o efeito das predisposições do indivíduo que associados aos recursos gerais de resistência à doença (recursos físicos, psicológicos, sociais e espirituais) são responsáveis pela regulação, de perturbações patogénicas que possam levar o indivíduo à situação de doença.

Os recursos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, devem ser entendidos, dentro do necessário equilíbrio e, ser vividos à luz não só do que a ciência produz, mas também do que é adaptável a cada caso individual. O essencial é a busca de recursos que beneficiem a saúde. Cada indivíduo, nas suas diferentes etapas da vida, deve ser capaz de desenvolver o máximo de vitalidade. Compreender a saúde neste sentido garante uma melhor qualidade de vida individual e colectiva (Nunes, 1999). O quadro nº 2 apresenta as principais diferenças entre o modelo patogénico e salutogénico.

Modelo Patogénico (Paradigma doença)	Modelo salutogénico (Paradigma saúde)
Tratamento dos sintomas Trabalho especializado, cuidado direccionado para um determinado órgão	Procura as causas dos sintomas e implementa tratamento; preocupa-se com a totalidade do indivíduo
O profissional assume uma postura neutra nas intervenções	A atenção que o profissional dedica ao indivíduo faz parte do processo de intervenção
As intervenções baseiam-se em actos cirúrgicos e intervenções farmacológicas	Evitam intervenções invasivas, procuram intervenções não agressivas (psicoterapia, regime alimentar, exercício...)
O corpo é perspectivado como uma máquina em bom ou mau estado	O corpo é visto como um sistema dinâmico
A componente psíquica é secundária a um problema orgânico	A componente psíquica é o factor principal em todas as patologias
Procurar eliminar os sintomas da doença	Procura obter um bem-estar óptimo uma “meta – saúde”
O indivíduo é dependente do profissional	O indivíduo é (ou deve ser) autónomo
O profissional é uma autoridade	O profissional é um interlocutor terapêutico
A prevenção é fundamentalmente individual: vitaminas, exercício, não fumar...	A prevenção engloba todos os aspectos da vida humana. Trabalho, relações humanas, motivação...

Fonte: Adaptado de García Martínez *et al*, 2000

Quadro nº 2 – Modelos Patogénico/Salutogénico

3.3 - QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

É a partir dos anos 70 que os sociólogos se interessam pelo conceito “*qualidade de vida*”, tendo-se verificado alguma dificuldade para a construção de uma definição clara precisa e universalmente aceite. Tratando-se de um conceito abrangente, passou a ser aplicado em todos os domínios, desde a ecologia, medicina, até à organização do trabalho. Então de que se trata exactamente? Dar-lhe-á cada pessoa o mesmo sentido?

No Congresso Mundial em Toronto (1974), vários sociólogos debruçaram-se sobre a problemática, e, não sendo capazes de chegar a um consenso sobre o conceito, porque uns consideravam a alegria de viver enquanto que outros tinham mais em conta a satisfação nas actividades de vida quotidiana (Couvreur, 1999).

A OMS (1993) refere que se trata da percepção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade.

A qualidade de vida compreende simultaneamente um aspecto objectivo e subjectivo. Para se demarcarem de uma concepção que apenas seria objectiva, alguns autores preferem substituem a expressão de qualidade de vida por bem-estar subjectivo, referindo-se à forma como cada um se sente física e psicologicamente como resultado das suas relações com o meio (Couvreur, 1999).

Nas palavras de García Martínez (2000), fundamentando-se numa perspectiva sociológica, refere que a concepção de “*qualidade de vida*” resultou da associação global das condições materiais em que se desenvolve a existência dos indivíduos, com a existência pessoal específica, que resulta em viver em tais condições. Tal conceito sugere que:

- o termo “vida” refere-se só a vida humana, nos seus aspectos sociocomunitários, sendo a qualidade de vida, portanto, a de amplos grupos humanos;
- faz, também, referência a uma forma de existência superior e meramente física, que inclui o campo das relações do indivíduo e possibilidades de acesso aos bens materiais;

- surge como sinónimo de qualidade das condições em que se desenvolvem as diferentes actividades dos indivíduos, as condições objectivas e subjectivas e as quantitativas e qualitativas;
- a qualidade de vida pode ser perspectivada como resultado de uma aproximação qualitativa e estreita ou maioritariamente económica e a forma como vivem os indivíduos;
- qualidade de vida é resultado da percepção individual subjectiva das condições de vida objectivas (nível de aspiração, expectativas, grupos de referencia, valores pessoais...).

Deste modo, qualidade de vida relaciona-se com o nível de satisfação que os indivíduos sentem, quando analisam as suas condições de vida tendo por base critérios pessoais, comparados com outras situações próprias da vida e de outros seres humanos.

O fenómeno da qualidade de vida resulta das relações entre condições objectivas de vida e certas variáveis mais subjectivas e pessoais, que tem como resultado um índice de satisfação e felicidade nos indivíduos. Assim, a qualidade de vida é um conceito que abarca todos os aspectos da vida, tal como experiências dos indivíduos, incluindo aspectos tais como saúde, família, trabalho, oportunidades educativas, auto-estima, criatividade, competência entre outras (Levi et Anderson, 1980, *cit in* García Martínez, 2000).

De uma apreciação do supra citado destacam-se as seguintes componentes:

- a) o *nível de vida*, que se reporta as condições de vida que tem uma fácil tradução quantitativa (rendimento, nível educativo...), aspectos considerados como categorias separadas e sem tradução individual de condições de vida que reflectem saúde, tempo livre...;
- b) os *indicadores sociais*, que delimitam e especificam aspectos, domínios, condições e dimensões que compõe a vida do sujeito, de que resulta a satisfação de bem-estar. São portanto componentes do nível de vida, avaliados globalmente sob o ponto de vista subjectivo e não objectivo quantitativo do nível de vida (García Martínez, 2000).

A satisfação, como manifestação subjectiva da qualidade de vida é dependente de avaliações que o indivíduo realiza sobre hábitos, domínios ou competências da sua

existência. Deste modo, a qualidade de vida é reflexo de um juízo global sobre expectativas e aspirações realizadas em vários domínios do espaço vital (Mimor *et al*, 1980). Assim sendo, qualidade de vida é *“a percepção que um indivíduo tem do seu lugar e existência, no contexto e cultura e do sistema de valores em que vive, em relação com seus objetivos, suas expectativas, suas normas, suas inquietudes. Trata-se de um conceito muito amplo que está influenciado de modo complexo por a saúde física do sujeito, seu estado psicológico, seu nível de independência, suas relações sociais, assim como sua relação com os elementos essenciais à sua volta”* (OMS, 1993, cit in García Martínez, 2000).

A identificação da qualidade de vida com satisfação subjectiva, é compatível com a definição de saúde em função dos recursos de que os indivíduos dispõe para poder controlar e decidir conscientemente a sua própria vida, *“a saúde individual deve ser abordada dentro de um grupo humano que se sente participante, co-autor e agente da qualidade de vida de todos”* (Serrano González, 1990), descobrir assim a qualidade de vida é tarefa de todos e a todos diz respeito *“é necessário abordar a saúde como factor de qualidade de vida, tarefa da comunidade na qual todos estamos implicados”*(Ferreno Torres, 1990:3).

3.4 - O QUE DETERMINA CONCEPÇÕES DE SAÚDE/DOENÇA?

Vários estudos levados a cabo nesta área, mostraram diferenças significativas nas concepções de saúde e doença. O termo “concepção”, dita a origem, a geração, o dar forma a uma ideia; operação através da qual existe uma apreensão, assimilação do que está à nossa disposição. Conceber a saúde não é meramente perceber o que ela é, é também manifesta-la, saber sentir (cognitivo e emocional) e conferi-lhe um sentido, desvendá-la e dar-lhe uma forma: através da palavra ao explicita-la; e através dos actos, de acordo com o que se faz na vida (Honoré, 2002).

Quando se evoca saúde, surgem duas categorias: aqueles que a têm e, aqueles que não a têm (que a perderam); então saúde/doença não se excluem, elas apelam uma à outra *“saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança”* (Bolander, 1998:32).

Assim, perante uma situação de doença, independentemente da sua gravidade, origem ou duração, é provável que o indivíduo procure uma resposta para dar significado ao que de errado ou diferente se passa no seu organismo. Isto porque o “estado biológico” do organismo é geralmente um dos aspectos mais salientes na identificação e na vivência de um grande número de doenças. Quando surgem os primeiros sinais e sintomas, é natural que o indivíduo lhes dê maior atenção, pois a percepção directa e objectiva do estado fisiológico proporciona um primeiro passo no processo de percepção da doença (Bishop, 1994).

O mesmo autor refere ainda que, esta dimensão biológica ou orgânica não explica a totalidade nem a complexidade do fenómeno doença. Evidências mais recentes sugerem que apenas, uma parte da experiência de sintomas deriva de receptores biológicos. A este propósito, já vários estudos foram realizados e, os seus resultados estimam que 50% dos indivíduos que procuram um médico não tem clinicamente uma doença identificável, ou seja, os indivíduos apresentam queixas sem base biológica, tratando-se normalmente de causas de origem emocional ou pessoal, provocadas por acontecimentos do dia a dia, ou reacções à percepção de ameaças simbólicas. No entanto, outros indivíduos, podem ter uma doença e não se sentirem doentes, são portadores de doenças mas estão assintomáticos, a doença instala-se e evolui durante vários anos até que se manifestem sinais e sintomas ou seja diagnosticada (Renneker, 1988 *cit in* Silva, 1999).

Ribeiro (1994) escreve que, esta ideia de doença pode ser melhor compreendida se recorrermos a três termos utilizados na Língua Inglesa, para identificar diferentes quadros: *disease* (ter uma doença), *illness* (sentir-se doente) e *sickness* (comportar-se como doente).

O conceito de *disease* pode ser visto como um acontecimento biológico, caracterizado pela presença de um conjunto de sintomas físicos ou condições orgânicas patológicas que surgem num dado momento num indivíduo, e que podem ou não, ser clinicamente aparentes. São susceptíveis de ser diagnosticadas por um profissional de saúde, enquanto entidades nosológicas definíveis.

Sobre o termo *illness*, que significa sentir-se doente, envolve para além do acontecimento biológico, o humano, refere-se a uma experiência subjectiva de sofrimento e desconforto

que pode estar relacionada com a interacção do indivíduo com o seu meio. Como experiência subjectiva, pode derivar de vários factores, podendo estes ser de ordem cultural ou social, variáveis situacionais, características da personalidade, pelo menor e maior grau de stresse entre outros. Assim, o indivíduo pode sentir-se doente, e não existir uma explicação biológica para as suas queixas, podendo estas ser influenciadas pelas emoções, cognições e representações.

Doença no sentido de *sickness* refere-se ao indivíduo que assume um papel de indivíduo não saudável, que comporta-se como doente, “papel de doente”, como entidade social.

Pensa-se que esta distinção entre “*estar doente*”, “*ter uma doença*” e “*sentir-se doente*” é pertinente, na medida em que pode determinar comportamentos em relação aos problemas de saúde que os indivíduos vivenciam (Ribeiro, 1994).

Ao longo da nossa pesquisa verificamos que, vários factores que podem influenciar a percepção que os indivíduos constróem sobre saúde e doença. Neste sentido e pelas implicações nesta investigação, faz sentido descrever alguns factores de natureza cultural, social, demográfica, situacional e psicológico.

FACTORES CULTURAIS

Os processos biológicos envolvidos nas doenças são os mesmos em diferentes culturas, no entanto, é necessário ter em conta que os antecedentes culturais de cada indivíduo podem afectar as percepções dos sintomas, assim como a forma como os descrevem.

Como já referido as concepções de saúde e doença “*variam consoante o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico, espelhando a variedade de contextos de experiência humana*” (Ribeiro 1994:56). Assim, as definições individuais de saúde e doença parecem fazer sentido quando são enquadradas num determinado contexto, a partir da qual cada indivíduo construiu as suas próprias concepções.

Deste modo, dois indivíduos vítimas de uma mesma doença, provenientes de culturas diferentes, não a concebem da mesma forma. Estudos antropológicos, realizados no âmbito das ciências médicas, divulgam a ideia que concepções de saúde/doença não ocorrem isoladamente, mas são parte de um sistema de crenças culturais (Silva, 1999).

A este propósito, também Barnard (1993), faz referência que ao longo da história da medicina, foram distintas as formas de conceptualizar a doença, apoiando-se no contexto sociocultural vigente. Assim, por exemplo, o modelo da “causalidade sobrenatural” tenta explicar a doença como resultado de causas sobrenaturais. Nesta época denominada “período mágico”, a doença, e o destino do Homem estavam dependentes dos deuses. Em modelos mais recentes do séc. XX, como o modelo biomédico, a doença é entendida como um processo fisiológico, resultado de perturbações fisiológicas, tais como imperfeições na genética, desequilíbrios bioquímicos ou danos provocados por agentes físicos/biológicos (*cit in Bolander 1998*).

No mesmo período histórico, ao percorrer as características de diferentes sociedades para sociedade, encontramos muitas discrepâncias e idiosincrasias na forma como a doença é conceptualizada e moldada culturalmente.

As sociedades ocidentais tendem a perspectivar a doença como uma disfunção específica dentro do organismo causada geralmente, por agentes infecciosos, ou factores como o stress ou qualquer outra ameaça à integridade do organismo.

Já nas sociedades orientais, é evidente a forte ligação entre o corpo, a mente e o espírito. A doença é contudo, encarada como a manifestação de desequilíbrio energético do organismo. Categorizam a doença em dois tipos distintos: causas externas, que sendo de natureza climática afectam primeiramente o corpo, e as internas, sendo de natureza emocional, afectam em primeira instância a mente e o espírito (Bishop, 1994).

A transmissão de ideias de geração em geração, tem aqui um papel muito importante. No que se refere a saúde/doença as mulheres em diferentes culturas assumem um papel preponderante, elas contribuem para a difusão dos saberes podendo criar uma espécie de “*sistema de saúde invisível*”, muitas vezes focalizado na manutenção da saúde. São geralmente as mulheres que transmitem as atitudes e comportamentos para manter a saúde ou para fazer face à doença (Honoré, 2002).

Uma outra forma de reflectir acerca da influência dos aspectos culturais na doença prende-se com o seu significado individual ou colectivo, que estas podem assumir em determinados momentos. É o caso, por exemplo, de algumas neoplasias, doenças de transmissão sexual, entre outras. Estas, nas sociedades ocidentais tendem a ser representadas como punições ou “castigos” merecidos, de estilos de vida não saudáveis,

com forte conotação de ordem moral e muitas vezes religiosa. Assim, adquirem uma conotação cultural de tal modo que se reflecte nas experiências individuais.

FACTORES SOCIAIS

Estudos há que apontam que a posição ou lugar que o indivíduo ocupa na estrutura social influencia a natureza das suas representações nos processos de saúde e doença (Bishop, 1994).

Esta é uma das razões que pode fundamentar, diferentes concepções de saúde e de doença, em indivíduos com profissões diferentes, (leigos e profissionais de saúde). A construção do conhecimento é fortemente influenciada pelas diferentes representações visuais e linguística da medicina, do sofrimento, da doença, do corpo, encontradas ao longo dos diferentes grupos sociais. Os estudos de Houtaud e Field (1978) confirmam a diversidade das representações sociais de saúde e doença, evidenciando variações segundo categorias sócio-profissionais (*cit in* Honoré, 2002).

As concepções individuais dependem da experiência pessoal, na qual intervêm o uso que se faz do sistema de saúde, os espaços que este sistema oferece, sendo considerados verdadeiros espaços de escuta e de dialogo sobre saúde e doença.

As concepções de saúde e doença evoluem ao longo da vida, e as determinantes mais frequentemente citadas são a experiência familiar, experiência profissional, a formação e hospitalização. No entanto, a experiência profissional prevalece, quem exerce uma profissão na área da saúde, gera concepções próprias, mesmo quando, se trata de uma profissão nova, em busca da sua especificidade, *“as concepções fundam-se, formam-se e transformam-se hoje, bastante nas interações, nas intercomunicações com os profissionais de saúde, mas também nas interações das profissões entre si”* (Honoré, 2002:45). Ainda, no dizer de Honoré, as concepções individuais, de profissionais de saúde, são desenvolvidas e nutridas pela influencia do modelo biomédico curativo visando, essencialmente o diagnostico e o tratamento das doenças e deficiências. Dos diferentes profissionais de saúde estas concepções são também variáveis, o “espaço de cuidar”, organização dos serviços, as relações interprofissionais e os beneficiários dos cuidados tem influencia nessas concepções.

Ainda, enquadrada na perspectiva social, a saúde é considerada como um direito humano. É frequente e comum as expressões: “*direito à saúde*” ou “*a saúde não tem preço mas, tem um custo*”. Saúde tem adquirido uma significação económica e política diferente ao longo dos tempos. A influencia destas determinantes, sobre concepções de saúde estimula à reflexão de determinadas atitudes e comportamentos. Este facto evidencia que a saúde não é só uma noção individual mas também colectiva e social. A determinante económica tem por finalidade não a compatibilização dos custos, mas no sentido de tentar clarificar escolhas, tendo em consideração um processo de optimização, os custos e vantagens das diferentes acções que podem proteger, melhorar ou mesmo restaurar a saúde (Honoré, 2002).

FACTORES DEMOGRÁFICOS

Na literatura a que tivemos acesso, é referenciado que variáveis idade, sexo, estado civil e número de coabitantes na família nuclear, influenciam a percepção de saúde e doença.

Em relação à variável idade, alguns estudos sugerem que a incidência de doença, aumenta à medida que se envelhece. Os idosos recorrem com mais frequência aos profissionais de saúde. Do mesmo modo os sintomas são interpretados de forma diferente, nas várias faixas etárias, supondo-se com base nas diferentes vivências (Leventath,1987 *cit in* Bishop, 1994).

A forma de conceptualizar saúde/doença é variável ao longo do ciclo vital.

Ainda num outro estudo, do mesmo autor, faz referencia às relações significativas encontradas entre idade e afectos, sugerindo a existencia de uma tendência para as pessoas mais velhas relatarem sintomas somáticos de depressão e, as mais novas referirem mais sintomas cognitivos e somáticos de ansiedade.

Quando investigadas as diferenças de género, os estudos apontam que as mulheres tendem a reportar mais sintomas e comportamentos de doença do que os homens (Bishop, 1994). Uma possível explicação para esta diferença, entre o sexo masculino e feminino, apontado pelo autor, é que provavelmente, as mulheres são mais sensíveis às sensações de desconforto e mostram-se mais disponíveis para os relatar as suas queixas. Outros autores, consideram ainda que, o processo de socialização na infância também contribuí para esta diferença. Como já referido, a influência de factores de natureza cultural, podem contribuir

também para os mesmos resultados. Um outro aspecto subjacente a este dado é que o sexo masculino é muitas vezes conotado como o sexo forte, não sendo bem aceite a ideia de um homem se queixar ou chorar. Estudos comprovam que jovens do sexo masculino associam a saúde a ser forte, activo e estar em boa forma. Enquanto as raparigas vêem a saúde mais associada ao mundo social. As concepções de saúde tornam-se mais complexas e difusas com o avançar da idade, sugerindo um estado global onde incluem, o bem estar físico e mental (Bennett, 2002).

O estado civil é outra variável que, pode influenciar as concepções de saúde e doença. A mesma literatura faz referência que os indivíduos não casados apresentam mais queixas que os indivíduos casados.

O núcleo familiar dependendo do número de membros, também influencia a experiência de sintomas, os elementos que vivem com uma a três pessoas relatam menos sintomas do que os que vivem sós ou, com mais de três pessoas (Pennebaker, 1992 *cit in* Silva 1999).

FACTORES SITUACIONAIS

O contexto em que ocorre a doença altera significativamente a sua percepção, ou seja, a forma como os indivíduos vivenciam sensações corporais não habituais são diferentes conforme o meio em que ocorre. As respostas que originam a experiência anterior, grau de actividade, entre outros factores. Para elucidar esta ideia, podemos referir o caso dos atletas que se lesionam durante uma prática desportiva e, mesmo assim continuam a sua actividade competitiva. A interpretação dos sintomas e a forma de agir face aos mesmos, depende do grau de envolvimento nas actividades ou da situação do momento. A influência dos factores contextuais na experiência e relato de doença fornece evidência segura de como emoções e o contexto podem influenciar a percepção das sensações físicas pelo indivíduo (Bennett, 2002). Muitas vezes estes factores, interagem com factores psicológicos.

FACTORES PSICOLOGICOS

Na opinião de Bishop (1994), a percepção da doença é variável no tempo consoante o foco de atenção do indivíduo. Refere também, que por vezes o indivíduo presta mais atenção aos factores externos “pistas” e valoriza menos os sintomas físicos de carácter interno,

justificando tal facto na limitação humana do processamento de informação. Um indivíduo apenas, pode prestar atenção a uma parcela de informação de cada vez.

Com este fundamento, explica-se, por exemplo, algum comportamento das crianças. estas “magoam-se” muitas vezes durante as brincadeiras e só prestam atenção (choram) algum tempo após, geralmente quando termina a brincadeira, ou seja, voltam a sua atenção para as “pistas” internas.

Ainda outro factor de ordem cognitiva diz respeito a esquemas cognitivos dos indivíduos, o que está relacionado com o foco de atenção. Se se, fazem sobressair determinados sintomas, leva a que os indivíduos pensem acerca deles, o que contribuirá para o aumento de relato dos mesmos.

Enquadrados nos factores psicológicos que podem influenciar diferentes concepções de saúde/doença são os conceitos que cada pessoa tem do locus de controlo, a sua motivação, expectativas e atitudes .

Ao longo deste capítulo é visível a dicotomia entre o conceito de saúde/doença em permanente busca de uma definição clara, actual, sempre de encontro ao indivíduo como um ser inserido num contexto global.

Sendo óbvio que saúde está conotada, em todas as perspectivas, como “*bem-estar*” e visão positiva, doença como ausência desse “*bem-estar*” e com conotações negativas. Pretendemos com o próximo capítulo averiguar e divulgar o que é educação para a saúde, do conceito à acção, porque é nossa intenção analisar o conceito e forma de implementação pelos alunos do ensino superior que frequentam cursos na área da saúde.

4 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: DO CONCEITO À ACÇÃO

Se nos questionarmos o que é educação para a saúde não obtemos uma resposta de imediato, deparamo-nos com respostas diversas ou mesmo divergentes, tanto por os referentes históricos e epidemiológicos das mesmas como pelo escasso desenvolvimento dos programas educativos (García Martínez, 2000).

4.1 - UMA TENTATIVA DE DEFINIR EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Pensa-se que possam existir tantas definições de educação para a saúde como educadores de saúde. Encontrar uma definição abrangente não é tarefa fácil. A sua concepção deve ser ampla de forma a englobar todas as partes inerentes a um processo educativo interactivo. Da pesquisa efectuada é notório que o conceito de educação para a saúde tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos, sendo resultado da influência de factores sociais, políticos, culturais e económicos.

Numa perspectiva clássica, educação para a saúde, foi definida como uma actividade passiva, referenciada na altura como educação sanitária, Wood (1926) descreve-a “*como a soma de experiências e impressões que influenciam favoravelmente os hábitos, atitudes e conhecimentos, relacionados com a saúde do indivíduo e comunidade*”(cit in Precioso, 1992:112; Navarro, 2000:13).

Pela análise deste conceito, constata-se que, educação para a saúde é vista como uma intervenção informal em que se enfatiza a dimensão cognitiva, valorizam-se atitudes, conhecimentos e comportamentos. Não faz referência, a outras dimensões, nem dá espaço para a participação do indivíduo ou comunidade nas suas escolhas.

As estratégias para fomentar a educação para a saúde, nesta concepção são caracterizadas por múltiplas proibições nomeadamente, relacionadas ao consumo de álcool, tabaco ou prescrições de dietas. Desta forma, acredita-se que a saúde dos indivíduos é resultado de recomendações efectuadas (Martins, 2002).

A implementação desta metodologia é entendida como garantia de uma melhoria do estado de saúde por se pressupor que os indivíduos informados tem mais saúde, ou seja, os indivíduos adoptam comportamentos ou estilos de vida saudáveis se estiverem bem informados sobre quais os factores que provocavam as doenças. Nesta perspectiva, aceita-se que o papel do educador de saúde é, que determina quais os comportamentos que o indivíduo deve adoptar (Viana, 2001).

Desta forma, é notório que estas intervenções consistem essencialmente em abordagens informativas, com o predomínio de orientações sobre saúde/doença, sendo evidente a influência do modelo biomédico, em que a maior ênfase é direccionada para os aspectos biofisiológicos, enquanto todas as outras dimensões do indivíduo tomam um papel secundário ou são negligenciadas.

Quando é acometida ao profissional de saúde a responsabilidade de decidir quais são os comportamentos mais adequados para o indivíduo, a educação para a saúde, é perspectivada como *“um conjunto de actividades estereotipadas, de características tecnocráticas e em que a inter-relação pessoal é usada como meio de conseguir melhor aceitação para a informação que é fornecida”* (Navarro, 1995:78).

Esta concepção orienta para modelos, cujo actividades se equacionam com base no papel do profissional de saúde, sendo o indivíduo ou comunidades agentes não participativos.

Com o decorrer dos tempos esta posição é considerada, por vários autores, como insuficiente e até mesmo inaceitável, porque manipulam os indivíduos, ignoram os contextos sócio-políticos geradores, eles mesmos, muitas vezes de determinados comportamentos (Cohen, 1976, Kemm, 1991, *cit in* Navarro, 1995).

Em 1973 o artigo *The report of the President's Committee on Health Education* , perspectiva a educação para a saúde como *“um processo que serve de ponte entre a informação, saúde e práticas de saúde”* (*cit in* Green *et al*, 1998). Da evidência produzida por pesquisadores históricos, esta definição funciona como um ponto de referência do início da educação para a saúde como uma realidade activa. Educação para a saúde é entendida como um processo onde se criam laços importantes entre a comunicação e as práticas de educação.

Para melhor se entender esta ideia, Darden, no mesmo ano, advoga que um programa de educação para a saúde deverá ser orientado no sentido de ajudar os indivíduos a compreenderem-se, a estimarem-se, a saber que são capazes de funcionar, e a terem respeito por si mesmos. Um programa assim, ajuda o indivíduo a sentir-se bem, e a promover o seu sentido de responsabilidade. Desta forma, e ainda na opinião do autor, estes indivíduos, estariam melhor preparados para pensar por si mesmos, serem capazes de tomar as suas próprias decisões de acordo com as metas realistas, que desejam alcançar. (Darden, 1973, cit in Green, 1998).

Green (1980) define educação para a saúde como “*qualquer combinação de experiências de aprendizagem planeadas com o objectivo de facilitar mudanças voluntárias de comportamento que conduzam à saúde*” (Green et al, 1980: cit in Green et al, 1998:30).

Nesta definição existe um grande esforço para englobar variáveis e estratégias inerentes a um processo educativo. García Martínez (2000) refere que a partir de uma análise das componentes desta definição podemos aproximar da compreensão e das vantagens que apresenta do ponto de vista educativo.

É uma definição operacional no sentido em que, o termo *combinação*, denota a necessidade e importância da complementaridade dos métodos educativos relacionando-os sempre, com os objectivos definidos, permitindo atender à unicidade de cada indivíduo. Numa sessão de educação deve-se recorrer a vários métodos em simultâneo para que se atinjam os objectivos presentes nos projectos educativos para a saúde. É importante criar dinâmica, de forma a que os indivíduos não adoptem uma posição passiva, que não sejam meros objectos, mas que se tornem actores activos.

Ao referenciar *experiências de aprendizagem* permite a interacção da educação para a saúde e os aspectos cognitivos (conhecimentos), afectivos (atitudes e valores), psicomotores (habilidades pessoais), sociais (capacidade de relação), e do comportamento que se pretende por em prática.

Por outro lado, o termo *planeadas* orienta para um trabalho prévio de reflexão e sistematização, necessário, durante a planificação das actividades educativas para o projecto de intervenção. Exige um conhecimento prévio do indivíduo ou comunidade, não se deve limitar a fornecer informação insuficiente, e inadequada, resultante do imprevisto, actividade accidental ou espontânea, deve ser adaptada ao público a quem se dirige.

O termo *facilitar* pretende descrever o tipo de relação que se deve desenvolver entre o educador e o educando. Facilitar sugere ajuda, assistência e apoio. O educador deve ser um verdadeiro “condutor”, uma fonte de recurso disponível, imprescindível, no processo educativo, promotor de mudanças de comportamento.

Referencia que as modificações a introduzir ou a adoptar devem ser *voluntárias*, sempre decisão do indivíduo, isto implica uma percepção antropológica do indivíduo, cada indivíduo tem um modo de vida próprio condicionado pela sua herança, desenvolvimento, cultura. Cada pessoa tem a sua forma própria de se comportar, suas atitudes, seus valores, experiências de vida. Desta forma, supõe uma concepção de educação para a saúde como um processo facilitador de mudança de estilos de vida que os indivíduos pode assumir com a devida orientação, sem nenhuma manipulação, cada indivíduo deve ser capaz de fazer opções no sentido de atingir o bem-estar.

No mesmo sentido, Nardiz (1989) diz que educação para a saúde “*é a transmissão de conhecimentos relativos à saúde individual e colectiva tendo, como objectivo fazer o sujeito activo e responsável em todos os processos de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e reincerção, relacionados tanto com a sua saúde como a família e comunidade*” (Nardiz, 1989: 65). Ou ainda, coerente com a mesma ideia como nos diz Seppilli (1989), considera a educação para a saúde como “*um processo de comunicação interpessoal, para proporcionar informação que desencadeie um exame critico dos problemas de saúde, que responsabilize os grupos sociais e indivíduos na escolha de comportamentos que influenciem directa ou indirectamente a saúde física e psíquica das pessoas ou colectividade*” (Cit in Carvalho, 2002:20).

Nas concepções descritas, a educação para a saúde, é sobretudo um processo educativo onde se atribui grande ênfase à comunicação, e reflexão, com objectivo de modificar comportamentos e hábitos relacionados com problemas de saúde. A grande responsabilidade da sua concretização diz respeito ao indivíduo nas opções relativas à saúde e bem-estar.

O contexto deve também posicionar-se por forma a poder suportar e promover as tomadas de decisão individuais. Neste sentido, educação para a saúde, visa melhorar qualidade de vida, através da operacionalização de mudanças que se traduzem pela adopção de

comportamentos saudáveis, ditos positivos por parte do indivíduo ou comunidade (Custódio, 2002).

As alterações positivas no comportamento de saúde podem ser definidas como “*o padrão de comportamento observável, as acções ou hábitos que se relacionam com a manutenção, cura e a melhoria da saúde*” (Fielding, 1982 cit in Russel, 1996:6).

A educação para a saúde tem por função facilitar mudanças de estilos de vida, de forma voluntária, através da adopção de comportamentos que permitam melhorar, restabelecer ou mesmo recuperar a saúde (Amorim, 1999).

Na perspectiva da modificação de comportamentos, a definição, de Green anteriormente citada, é vista como um grande passo por referenciar acções diversas da educação para a saúde. No entanto, não inclui aspectos importantes como a cultura, valores individuais ou colectivos, a motivação e auto-estima, que se julga, hoje, serem essenciais num processo de educação para a saúde.

Neste sentido, Tones e Tilford (1994) propõem que educação para a saúde é “*toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão 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*” (Tones e Tilford, 1994:11).

Estes autores apresentam uma ideia mais abrangente, referenciando aspectos importantes capazes de influenciar a tomada de decisão. Esta concepção para além da ideia de transmissão de conhecimentos, orienta-nos para um conjunto de apoios capazes de influenciar a mudança de atitudes, tais como, crenças e valores individuais.

Pelo que foi exposto, educação para a saúde é um processo indispensável numa sociedade, é através dele que o indivíduo ou comunidade adquire conhecimentos e competências necessárias para a adopção de modos de vida saudáveis.

A educação para a saúde é um processo interactivo reconhecido e aceite pelos indivíduos e comunidades, promovendo a liberdade e responsabilidade de cada indivíduo (Amorim, 1999).

Permite também a interacção de saberes, representações e expectativas, de diferentes indivíduos, grupos, comunidades, dando-lhes um carácter reflexivo, partilhado e não imposto ou directivo. Respeita-se o direito à diferença, hábitos, cultura, meio familiar e profissional, formas de comunicar, crenças, valores e expectativas (Silva, 1999).

Perspectivar educação para a saúde desta forma pretende orientar o indivíduo de que a saúde que deve ser estimada como um recurso, que lhe permite sentir-se bem, e ainda, que seja capaz de criar hábitos, comportamentos de saúde e utilize “reservas” pessoais e ou sociais para lutar contra a doença e enfrentar e resolver alguns problemas quotidianos (Benito *et al*, 1989).

Actualmente, a educação para a saúde não tem como finalidade única, modificar comportamentos ou hábitos relacionados com os problemas de saúde, ela visa sobretudo uma maior responsabilidade individual e colectiva nas opções relativas à saúde e bem-estar (Pestana, 1996).

Não existe uma definição única de educação para a saúde, sendo que o traço comum implícito em todas como um processo de ensino-aprendizagem que orienta para mudanças favoráveis. Nas diferentes concepções, educação para a saúde, é descrita como um valor; toda a educação pretende ajudar o educando a adquirir conhecimentos (saber), a desenvolver a sua personalidade (saber ser), a saber fazer (práticas). Para isto é necessário que o educando compreenda, analise, seja capaz de reflectir, avaliar e adquirir competências ou habilidades (San Martín, Pastor, 1988 *cit in* García Martínez, 2000).

Deve ser uma prática contínua, não deve estar focalizada em dar informação e mudar comportamentos. Quando apropriada, respeita o direito à diferença em relação às escolhas individuais, realidades culturais, sociais, familiares, profissionais, formas de comunicar, crenças e expectativas, permitindo a interacção dos saberes e representações, autonomizando indivíduos, grupos e comunidades nas escolhas que diariamente é necessário fazerem-se, inculcando um carácter reflexivo, partilhado e não directivo ou

imposto. Isto porque a saúde não é um direito individual, diz respeito a um grupo ou a uma comunidade, onde todos os elementos têm a responsabilidade de zelar por atingir o bem-estar como uma coordenada importante da saúde, esta “*não é um bem que se possa distribuir às pessoas a nosso bel-prazer. É algo que tem que ser forjado por estas e a partir de si próprias*” (Mahler, 1981).

A orientação para se atingir o bem-estar pode ser adquirida através do processo de educação para a saúde, sendo este um acto interminável, em que o seu principal objectivo fundamenta-se na formação permanente e no exercício do sentido da responsabilidade.

Na permanente e incessável busca de uma definição para “educação para a saúde” ressalva-se a incidência de opiniões na relação saúde/bem estar o que implícita educação para a saúde como fundamento para o bem-estar do indivíduo que por sua vez proporcionará um bem-estar comunitário.

4.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE

Na prática geral, dos profissionais de saúde, é referenciado frequentemente o termo “Promoção da saúde”. Mas, será o conceito compreendido em toda a sua dimensão, e utilizado correcta e condignamente?

Pensa-se que a primeira abordagem sobre promoção da saúde possa ter surgido em meados do século XX, pelo médico Sigerist, em 1946. Nos seus escritos, este autor, referindo-se à função da medicina, acomete-a a quatro grandes tarefas: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação do doente e a reabilitação (Ribeiro, 1994).

No entanto, as origens da promoção da saúde dirige-se para documentos de um ministro Canadiense, Marc Lalond (1973), que referencia o conceito “promoção da saúde” pela primeira vez num documento denominado “uma nova perspectiva de saúde dos Canadenses” (Pastor Ruiz et al, 1999).

É em 1978, com a realização da Conferência de Alma-Ata, que o conceito de promoção da saúde foi sendo construído e clarificado, pois, além das tradicionais medidas de prevenção e luta contra as doenças, era imperativo o desenvolvimento progressivo das comunidades para a resolução dos seus problemas de saúde.

Nas conclusões, desta reunião, os teóricos da saúde perspectivam-na não como uma finalidade em si mesma, mas como um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades (Alma-Ata,1978 *cit in* DGS,2003).

De acordo com as mesmas fontes os serviços de saúde, devem promover a participação activa das populações para melhorar resolução dos seus problemas. Os serviços de saúde, por muito bem equipados que estejam, não podem, por si só, resolver todos os problemas *“apenas uma pequena parte da dimensão da doença pode ainda ser considera-se feudo dos profissionais de saúde”* (Navarro, 1995:78).

Foi a Primeira Conferência Internacional em Promoção da Saúde em 1986 a grande impulsionadora do conceito de promoção da saúde. Da qual resulta a carta de Otava, onde promoção da saúde é definida como *“o processo que visa aumentar e capacitar os indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. E, para atingir um estado de completo bem estar, físico mental e social o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”* (Carta de Otava, 1986 *cit in* DGS, 2003:1).

A chave do sentido do conceito supra citado está na palavra *“capacitar”*, que no original significa *“fornecer meios e oportunidades, tornar possível, prático, simples, e dar poder legal, autorizar para...”*. Neste sentido, tal implica devolver no indivíduo e população o poder de decisão em matéria de saúde, retirando às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia grande parte da sua responsabilidade (Ribeiro, 1994:43).

Promoção da saúde é, perspectivada como um processo participativo, facilitador da adopção de estilos de vida saudáveis e, do desenvolvimento das capacidades de agir com, e sobre o meio.

A carta de Otava (1986) é um marco fundamental para a promoção da saúde, tendo reconhecido como pré-requisitos fundamentais para a saúde, a paz, a educação, a habitação, o poder de compra, um ecossistema estável e conservação dos recursos naturais e equidade (OMS, 1986 *cit in* DGS, 2003).

Este mesmo documento, ao ampliar a concepção da promoção da saúde, atribuí especial destaque às dimensões sócio-económicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde tendo proposto as seguintes estratégias de acção:

- Estabelecimento de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Reforço da acção comunitária;
- Desenvolvimento das capacidades individuais;
- Reorientação dos serviços de saúde.

A carta de Otava, refere ainda, quais as condições que se devem criar de forma a respeitar o nível de participação: governamental e dos serviços.

A *nível governamental* refere o estabelecimento de políticas que privilegiem a *equidade* na distribuição dos recursos, preservem o *meio ambiente* e facilitem a participação comunitária.

A *nível dos serviços*, tomou a criação de uma nova reorganização dos serviços especialmente dos cuidados de saúde primários, em que estes devem funcionar como *mediadores*, entre os usuários e as administrações, considerando-se como *advogados*, defensores da satisfação das necessidades identificadas e sentidas pela população. Este desenvolvimento individual e comunitário exige o desenvolvimento de um terceiro nível: *nível profissional*, apontado para os profissionais de saúde, reflectir sobre a sua forma de trabalhar, de forma a que o seu método de trabalho privilegie a autonomia dos indivíduos e população (Navarro, 1995).

Após a carta de Otava surgiram outros documentos gerados nas diversas conferências internacionais sobre o tema. Em Abril de 1988, na Segunda Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide, seguiram-se as linhas orientadoras da carta de Otava sendo reforçado o desenvolvimento de políticas favoráveis à saúde que visam a opção por uma vida salutar por parte dos cidadãos e propiciam o ambiente físico e social que promova a saúde (OMS, 1988).

Três anos após, a Carta de Sundsvall (1991), introduz a importância da criação de ambientes favoráveis à saúde: uma nítida influência de temas ligados à saúde ambiental e questões ecológicas.

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta (1997), Visou uma reflexão sobre o que se implementou para a Promoção da Saúde, e as determinantes da saúde, procurando-se identificar novas direcções e estratégias para enfrentar os desafios da Promoção da Saúde no séc.XXI. São destacados os reforços da acção comunitária, e aparecimento de novos actores determinantes da saúde como, factores transnacionais – globalização da economia e suas consequências, papel dos meios de comunicação e outros. É ainda nesta Conferência que se estabelecem prioridades para a Promoção da Saúde no séc.XXI, referindo especialmente a:

- Promoção da responsabilidade social para com a saúde;
- Aumento dos investimentos para fomentar a saúde;
- Consolidação e expansão de parcerias em prol da saúde;
- Aumento da capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo;
- Garantir uma infra-estrutura para a Promoção da Saúde.

A quinta Conferência Global sobre a Promoção da Saúde ocorrida no México (2000) focou essencialmente, a Promoção da Saúde, na sua vertente social, como forma de melhorar a vida económica e social das populações desfavorecidas.

Os principais objectivos definidos nesta Conferência foram:

- Mostrar como a Promoção da Saúde marca a diferença para a saúde e para a qualidade de vida, especialmente para as pessoas que vivem em circunstâncias adversas;
- Colocar a saúde no topo da agenda de desenvolvimento internacional, nacional e local;
- Estimular as parcerias para a saúde entre diferentes sectores e a todos os níveis da sociedade.

Sucessivas reuniões internacionais, seguiram o desenvolvimento do conceito de Promoção da Saúde com um cariz cada vez mais abrangente, reflectindo a evolução do contexto sócio-económico e político (Tavares, 2003).

Assim, promoção de saúde não se dirige a uma área específica de intervenção, pode ser considerado um “movimento” dirigido para um estado positivo de saúde e bem-estar. O seu âmbito de interacção é multisectorial, requerendo uma concepção de saúde holística. A sua principal função consiste em criar condições que promovam a saúde ocasionando alterações na política local, nacional e internacional, *“mais que uma disciplina a promoção*

da saúde é um planeamento filosófico global sobre a saúde e qualidade de vida das pessoas” (Pastor Ruiz *et al*, 1999:86)

Promoção da Saúde passou a ser definida como um processo participativo e permanente que oferece às pessoas autonomia para o seu crescimento e para a responsabilidade nos termos em que Antonowsky chamou “*recursos gerais de resistência*” e conseqüentemente, aumento do sentido de coerência.

A promoção da saúde visa criar condições que permitam aos indivíduos controlar a sua saúde e a dos grupos, onde se inserem, e agir sobre os factores que a influenciam, nomeadamente os determinantes da saúde. Centra-se nas pessoas, tem como principal finalidade potenciar os factores protectores do contexto individual e ambiental seguindo um paradigma salutogénico (Diegues, 2002).

A promoção da saúde, como processo multifacetado de capacitar os indivíduos e comunidades a aumentar o controlo sobre os factores que determinam a saúde, através de vários meios e formas de actuação, permite tornar mais fáceis as opções mais saudáveis.

Foi neste contexto, de sucessivas mudanças, e algumas delas irreversíveis, que a educação para a saúde emerge como resposta à necessidade de novas buscas e para os vários e multifacetados problemas de saúde (Baldaia, 2001).

A Educação para a Saúde é uma estratégia da Promoção da Saúde, tradicionalmente associada à transmissão de conhecimentos ou prescrições, no sentido de prevenir a doença. No entanto, o seu conceito e prática têm vindo a modificar-se como referido anteriormente. Considera-se, hoje, que a educação para a saúde deve ser perspectivada como um processo pedagogicamente orientado para o desenvolvimento de competências individuais e colectivas que facilitem a tomada de decisões informadas, autónomas e responsáveis em defesa da saúde (Pestana, 1996).

Para que se conseguir pôr em acção estas práticas educativas vários são as teorias e modelos que contribuem para as mudanças de atitudes, é no que fazem ou não fazem, que reside a maior possibilidade de melhorar a saúde. Uma ideologia do “*dever da saúde*” permeia, assim, a passagem do indivíduo passivo para o indivíduo responsável.

4.3 - TEORIAS E MODELOS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Existem várias concepções de modelos de educação para a saúde, uns apoiam-se ou fundamentam-se nos objectivos que prosseguem, outros nas dimensões que abrangem e ainda outros nas técnicas que utilizam (Navarro, 2000).

No sentido de melhor ilustrar estas diferentes classificações parece útil fazer referência às três etapas evolutivas da educação para a saúde, descritas por Moreno *et al.*, (2000). De acordo com o mesmo autor, as variações nas diferentes concepções coincidem com mudanças socio-políticas, a evolução da nosologia e dos factores de risco. Por outro lado, todas elas parecem desenvolver-se apoiadas por um “foco de atenção” (Santos, 2000).

A primeira geração da educação para a saúde é referenciada de “*Educação para a Saúde Informativa*”. Este modelo identifica-se com uma linha autoritária, e outra democrática. A primeira obriga o indivíduo a seguir normas para uma boa saúde e, democrática, reclama o uso de uma informação neutra. Em todo o caso trata-se de um processo de transmissão de conhecimentos, com intenção “*prescritiva*”, numa concepção bancária de educação.

A esta geração corresponde o “*foco divulgativo*” do princípio que a informação é determinante para a mudança de atitudes, da qual resulta a mudança de comportamentos. As práticas de educação para a saúde baseadas neste modelo são influenciadas pelo modelo biomédico de saúde, centradas no ensinar como processo de comunicação de conhecimentos, direccionada para a prevenção e tratamento de doenças, cimentadas em prescrições e recomendações, de profissionais de saúde, recorrendo a uma metodologia autoritária ou paternalista, unidireccional, decidindo o sentido da mudança dos indivíduos (Santos, 2000).

O conceito de saúde subjacente a este foco é um conceito redutor fundamentando-se, quase e exclusivamente nos aspectos biológicos da doença.

Este modelo, actualmente, está desacreditado, “*na realidade está perfeitamente demonstrado que a informação, por si só, não é geradora de atitudes e que os comportamentos relacionados com a saúde dependem de um grande conjunto de atitudes de vária ordem, das quais, uma pequeníssima parte se relaciona com a saúde* (Kemmer, 1991, cit in Navarro 2000:16).

“Educação para a Saúde centrada no comportamento” corresponde o “*foco comportamental*”, e abrange os modelos com a finalidade de modificar comportamentos/problema. A saúde é descrita como resultado do comportamento individual, determinado por estímulos do meio onde está inserido. Por outro lado, o processo educativo centra-se no processo de condução da aprendizagem com a finalidade de promover mudanças de comportamentos. A educação para a saúde passa a ser interpretada como um processo a aplicar a pessoas ou grupos com comportamentos/problema. Este tipo de intervenção foi sobretudo desenvolvida nos anos 60, devido à necessidade de se encontrar respostas para a morbilidade elevada relacionada com a patologia cardiovascular e oncológica associada a estilos de vida não saudáveis (Moreno *et al*, 2000).

O seu desenvolvimento centra-se sobretudo na promoção de comportamentos saudáveis. A informação é apenas uma parte do processo. Neste sentido, inicia-se a discussão sobre os factores intervenientes no processo educativo (sociais, culturais e a análise das motivações e resistências), e exploram-se as características a privilegiar nos instrumentos educativos conducentes às mudanças, centrados nos comportamentos dos indivíduos.

Este posicionamento recorre ao estudo das teorias da aprendizagem nomeadamente, à teoria do condicionamento operante, a aprendizagem social e aos processos cognitivos. Valoriza-se também, a importância da motivação humana. Instrui-se os indivíduos, utilizando uma comunicação de tipo persuasiva com o objectivo de criar culpabilidade na vítima.

Santos (2000), faz uma crítica a este “*foco comportamental*”. Tratando-se de uma abordagem adaptativa, em que o objectivo é atingir a melhor adaptação ao meio, esta geração coloca o indivíduo numa posição reducionista. Os estudos são centrados no comportamento e negligenciam-se as outras dimensões humanas. Para se considerar uma intervenção de educação para a saúde com carácter formativo devem-se trabalhar os processos cognitivos e atitudinais, que permitam a modificação do comportamento, tornando uma acção consciente, racional e voluntária.

A terceira geração é designada de “*Educação para a Saúde Crítica*”. Foi impulsionada pela Declaração de Alma-ata (Programa de saúde para todos no ano 2000). Nela preconiza-se a participação comunitária, vista como um conjunto de processos através dos quais os indivíduos e as famílias assumem responsabilidades para a sua própria saúde e bem-estar e

o da comunidade, aumentando a capacidade de contribuir para o desenvolvimento individual e colectivo.

Esta perspectiva vai emergindo lentamente, resultando das limitações das duas gerações anteriores, apoiando-se numa cultura social e democrática, propondo alternativas de mudanças sociais, na tentativa de reduzir as desigualdades e potenciar a participação comunitária (Moreno *et al*, 2000).

O foco de atenção desta perspectiva nomeia-se de “*foco integral*”. Nele a educação para a saúde, para além de modificar comportamentos individuais, deve envolver o meio ambiente e instituições sociais. É um modelo orientado para a interacção educativa individualizada de informação sobre a saúde, à população. Sendo deste modo, o seu núcleo de intervenção base o grupo ou comunidade (Santos, 2000).

O seu principal objectivo é implicar os cidadãos no processo de transformação das determinantes da saúde, sejam elas pessoais, ambientais ou socioeconómicas.

Neste foco, saúde é entendida como um processo de construção colectivo onde, se conjugam acções individuais e práticas comunitárias. Trata-se de desenvolver no indivíduo autonomia, responsabilidade para se atingir melhoria de estilos de vida que influenciem directamente a saúde. O processo educativo tem por base um processo global, onde se atribui grande importância aos métodos e estratégias didácticas que activam os diferentes domínios da aprendizagem, colocando-o numa posição em que pode utilizar as suas capacidades. Este “*foco integral*” apoia-se em diferentes bases científicas: psicológica cognitivista, humanista, psicologia de grupo, teoria crítica do ensino e modelo dialógico de Paulo Freire (Santos, 2000).

Na figura nº1, apresenta-se sumariamente os modelos que se integram as diferentes gerações da educação para a saúde.

Educação para a Saúde

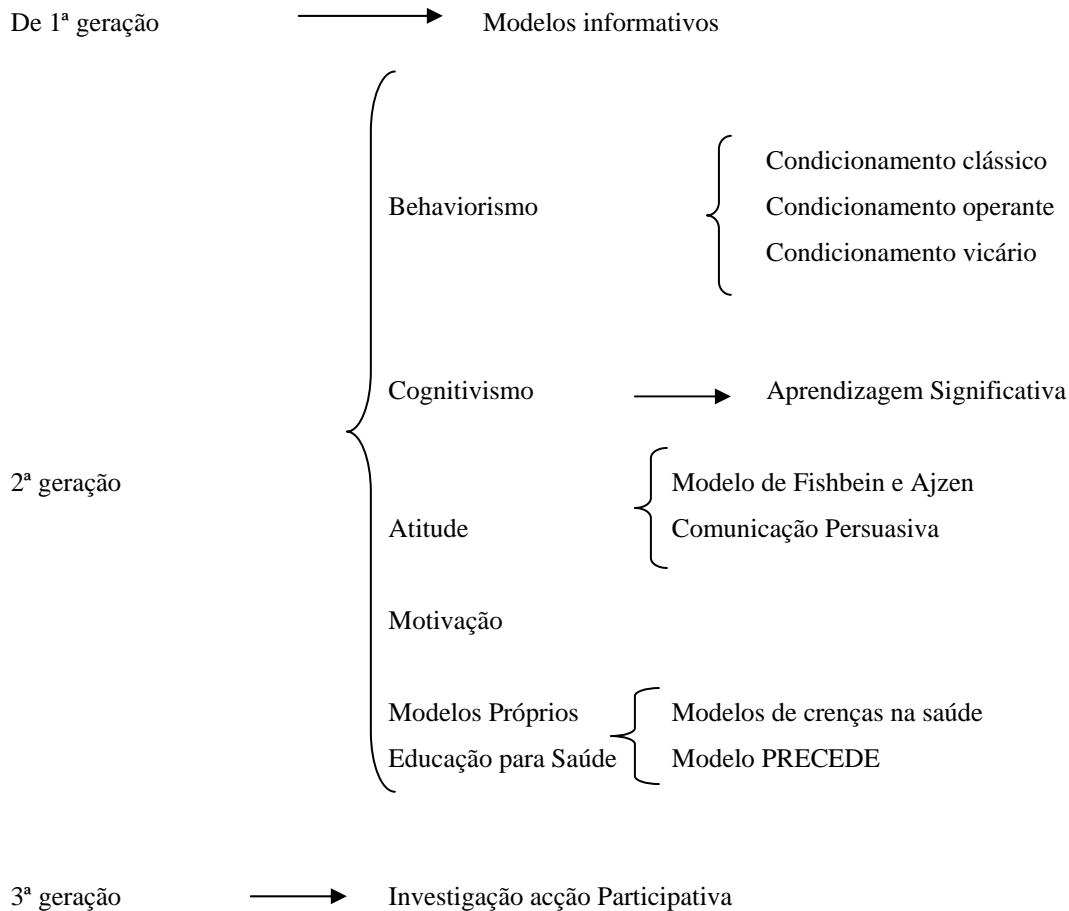


Figura nº1 - Gerações e Modelos de Educação para a Saúde
 Fonte: Adaptado de Moreno et al, 2000

Não é nossa intenção descrever todos os modelos que compõem as diferentes gerações, limitamo-nos a descrever concepções e modelos que serviram de apoio para a construção do nosso instrumento de colheita de informação.

A primeira geração apoia-se nos modelos informativos, estes consideram que a informação é o elemento essencial de todo o processo educativo.

De acordo com Amorim (1999), é vulgarmente aceite que os modelos informativos sofrem influência do modelo biomédico, centrando-se sobretudo na prevenção da doença aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária persuadindo o indivíduo a escolher estilos de vida que reduzam o risco de contrair doenças e ou facilitar a sua recuperação. O conceito de saúde que subjaz a estes modelos é um conceito negativo, patogénico, entendido como “ausência de doença” (García Martínez *et al*, 2000).

As estratégias de educação para a saúde utilizadas caracterizam-se por intervenções informais, informativas com predomínio de orientações sobre saúde/doença, sendo a sua ênfase para aspectos biofisiológicos. O educador tem toda a responsabilidade e iniciativa para desenvolver um trabalho no sentido de alterar hábitos de vida, apoiando-se na transmissão de conhecimentos e valores. Os conteúdos a seleccionar e definição de objectivos são determinados unilateralmente pelo educador. Estes modelos tem um cariz manipulador por não considerarem a possibilidade de opção dos indivíduos. São também alienantes porque criam dependência dos indivíduos em relação aos profissionais de saúde (Navarro, 2000).

Estes modelos tem subjacente algumas formas de intervenção, tais como palestras ou campanhas de informação. Em termos de educação para a saúde, estas actividades, embora úteis, não são suficientes (DGS, 2002).

O advento dos modelos de 2ª geração mudaram de forma significativa, a intervenção na área da educação para a saúde. Estrutura-se uma abordagem mais globalizante como a opção por estilos de vida saudáveis e desvalorizando a simples adesão ao aconselhamento clínico, fomentando-se na negociação e na colaboração, de modo a que os indivíduos possam ser informados e ajudados a tomar decisões livres e conscientes.

Esta geração da educação para a saúde, é um pouco mais inovadora, apoia-se nos modelos que se centram no comportamento dos indivíduos, dando, especial importância ao papel dos estímulos ambientais e às consequentes respostas observáveis. O seu desenvolvimento apoiou-se em várias teorias da aprendizagem, nas que explicam as mudanças de comportamentos e atitudes. Propõe um alargamento dos princípios de aprendizagem de forma a incluir o processo cognitivo.

Os teóricos da linhagem da 2ª geração postulam que a aprendizagem tem lugar quando as pessoas inter-actúan com o mundo reorganizado. Esta concepção centra-se nos processos de percepção, ou seja, na forma como os indivíduos interpretam a informação que recebem. A aprendizagem insere-se em processos e esquemas de conhecimentos que já existem; quanto mais organizados eles estiverem melhor será a acomodação do novo conhecimento.

Na literatura é referenciado que as atitudes que cada indivíduo tem sobre um determinado assunto, parecem influenciar e explicar o seu recurso na prática da concepção, execução e avaliação da educação para a saúde.

A, atitude, pode ser definida como “*posição mental...relativamente a uma ideia, objecto ou pessoa*”(Gleitman, 2002:562) ou prespectivada como “*gostos e aversões, frequentemente expressos como declarações de opinião*” (Bennett; Murphy, 1999:49). Nas atitudes podem distinguir-se componentes de dois tipos: uma crença relativa a um dado objecto, comportamento ou resultado comportamental e uma componente de avaliação. Esta última envolve uma apreciação da crença em termos do seu valor para o indivíduo.

Toda a atitude é uma combinação de crenças, sentimentos, avaliações e uma predisposição para agir em consonância. Pensa-se que as atitudes têm influência sobre os comportamentos. A atitude é uma predisposição (favorável ou desfavorável) para com um determinado acto, que pode ser a saúde. As atitudes aprendem-se ao longo da vida, podem ser medidas recorrendo-se a escalas. Desta forma têm tido grande interesse, para o estudo da problemática de educação para a saúde (Bennett; Murphy, 1999).

Os modelos que melhor a caracterizam são o modelo Fishbein; Ajzen e o modelo de comunicação persuasiva. Esta ultima foi ponderada por nós aquando da construção do instrumento de colheita de informação para o nosso estudo dai a necessidade de uma referencia mais personalizada.

A *comunicação persuasiva* pressupõe a existência de um emissor, receptor, canais de comunicação, estado dos canais e feed-back. Quando se fala em comunicação persuasiva refere-se a um tipo de comunicação na qual se coloca alguma intencionalidade no sentido de suscitar uma resposta específica por parte do receptor. A principal finalidade é fazer com que o receptor assuma a mensagem e que actue em consequência da mesma (García Martínez, 2000).

Russel (1996) escreve que O *modelo do processamento de informação* sugere que uma mensagem torna-se persuasiva, de forma a gerar uma mudança de atitude. Para isso, o público alvo tem de ser o primeiro a ser exposto à mensagem, e, só depois de estar atento, compreender a informação e aceder ou aceitar as conclusões apresentadas é que passa para a assimilação da informação essencial de forma continuada. Considera-se que cada uma destas fases é necessária, mas não suficiente, para influenciar a fase seguinte. Diz-nos,

ainda, que cada fase pode ser influenciada por factores como a fonte, a mensagem, o receptor e o canal.

A “*fonte*” é entendida como as características individuais ou da organização que divulga a mensagem. A escolha de uma determinada fonte depende do resultado esperado. Desta forma, as comunicações têm melhor resultado se forem atribuídas a alguém que é reconhecido como um perito no assunto a abordar.

A “*mensagem*” designa o conteúdo da comunicação. Podem utilizar-se mensagens curtas, longas, simples ou complicadas sendo a sua escolha dependente dos objectivos definidos. Se se pretende atrair uma comunidade para um programa de rastreio, a mensagem deve ser curta e simples; se o objectivo é promover o tratamento de uma doença, a informação sobre o tratamento deve ser mais detalhada. Outros aspectos não menos importantes da mensagem, são o tipo de apelo; o estilo de linguagem que se usa, a clareza, a eficácia, a rapidez, o uso de linguagem figurativa como o uso do humor; o ordenamento do conteúdo da mensagem; e a quantidade da mensagem.

O “*canal*” pode ser definido como a via pela qual a mensagem é transmitida. Os canais mais usuais são os verbais, os audiovisuais e os impressos. Cada tipo de comunicação tem os seus aspectos positivos e os menos positivos. Alguns estudos apontam que as mensagens simples têm mais poder de persuasão quando apresentadas pela televisão, enquanto que as mensagens mais complexas são mais persuasivas quando transmitidas pelos jornais e revistas.

O “*receptor*” é aquele que recebe a mensagem. As suas características, idade, a etnia, e o nível sócio-económico a habilidade para utilizar a informação, o contexto de experiências passadas e presentes, relacionadas com problemas de saúde, são factores que têm potencial para influenciar a maneira como a informação é recebida. Uma vez que estas variáveis são susceptíveis de influenciar a recepção de uma mensagem, deverão ser ponderadas no planeamento em educação para a saúde (Russel, 1996).

Todo isto é importante e produz alteração no sujeito se este estiver motivado. Motivação é um conceito que descreve forças que actuam no indivíduo, que inicia, dirige e mantém um comportamento. A motivação pode explicar a diferença de intensidade e direcção do comportamento. Nas situações de ensino–aprendizagem, a motivação relaciona-se com a vontade que o indivíduo tem para aprender (Redman, 2003).

Uma forma simples de se definir motivação é expressa pela proposição “*levar as pessoas a fazer, bem e de boa vontade, aquilo que tem de ser feito*” (Duarte, 1990:11).

Todas as teorias gerais da motivação orientam para as várias situações de aprendizagens (Slavin, 1994, *cit in* Redman, 2003). Na corrente behaviorista, o conceito motivação está relacionado com o reforço de comportamento e com a personalidade, referindo que a motivação é uma tendência geral para se esforçar em direcção a determinadas metas como afiliação ou realização. As teorias de expectativa da motivação afirmam que a motivação de uma pessoa para alcançar uma determinada meta depende da percepção de mudança que possuem do sucesso, bem como do valor que atribuem a esse mesmo sucesso (Redman, 2003).

A, motivação é algo que activa e orienta a conduta. É considerado, um conceito mais concreto que a atitude, na medida em que o indivíduo pode ter uma atitude favorável para actividades sobre uma temática particular, não estando contudo no momento, motivado para assistir.

O modelo de crenças de saúde constitui, uma referência teórica para explicar e predizer uma grande variedade de comportamentos de saúde. Parte do pressuposto que existem mediadores cognitivos (crenças) que interagem entre si, para produzir mudanças comportamentais. É um modelo usado para compreender o que leva os indivíduos a fazer ou não uma tão grande variedade de acções quanto à saúde.

Ao longo dos anos, vários autores têm contribuído para a clarificação deste modelo, Becker, na década de 70, postula que um indivíduo toma uma decisão com vista a um comportamento saudável quando esta é determinada, fundamentalmente, por quatro variáveis psicológicas: a) Percepção da susceptibilidade a determinada doença; b) Percepção da gravidade da doença; c) Percepção dos benefícios de determinadas acções; d) Percepção das barreiras a essas acções (Conner; Norman, 1994).

Os comportamentos saudáveis são racionalmente determinados pela percepção de vulnerabilidade das pessoas às ameaças à saúde. A estas percepções, o indivíduo atribui um valor, que o leva a acreditar, ou não, na eficácia das acções tendentes à melhoria da sua saúde. Em função destas crenças, é possível predizer diferentes comportamentos relacionados com a saúde, a nível da prevenção e promoção da saúde.

Na explicação do modelo, o autor refere, que as várias percepções referidas anteriormente podem ser influenciadas por variáveis, a) variáveis demográficas (idade, raça, sexo, etnia); b) variáveis psico-sociais (personalidade, classe social, grupos de pressão); c) variáveis estruturais (conhecimento que o indivíduo tem da doença e contactos anteriores com a mesma). A probabilidade de um indivíduo aderir a um programa de saúde depende, fundamentalmente, da percepção que ele tem dos factores que podem estar relacionados com uma situação de doença, da susceptibilidade e gravidade da doença percebidas. No entanto, se os benefícios percebidos da acção que se pretende realizar, superarem as barreiras percebidas dessa mesma acção, a probabilidade do indivíduo aderir a essa acção é geralmente elevada.

Longenecker (1991) refere que o indivíduo pode necessitar de outros factores externos, o que alguns autores designam de “pistas”: referindo-se a campanhas da imprensa; televisão; opinião de amigos; experiência de doença em familiares ou mesmo opinião de um profissional de saúde. Num programa de educação para a saúde sobre por exemplo a prevenção do cancro do pulmão em pessoas fumadoras é importante que se defina uma estratégia de modo a que o indivíduo perceba, o seu grau de susceptibilidade à doença, ou seja, que identifique os factores de risco que possa de algum modo, torná-lo susceptível de contrair o cancro, como também é importante que perceba a gravidade dessa situação – limitações, incapacidade, sofrimento e qualidade de vida diminuída. Por outro lado, o indivíduo deve ser despertado para os benefícios que usufrui, de qualquer acção do seu comportamento, para que seja mais fácil optar por um comportamento classificado de saudável. Que seja capaz de arranjar estratégias para ultrapassar as barreiras identificadas ou previsíveis.

Não menos importante é a “*disposição para a acção*”, que pode ser entendida como a atitude do indivíduo perante a possibilidade de fazer qualquer acção em prol da sua saúde.

A proximidade das variáveis *disposição para acção* e *importância atribuída à saúde*, têm uma função de complementaridade. O indivíduo pode perceber os benefícios, as barreiras, a sua susceptibilidade e a gravidade da doença, mas se atribui pouco valor à saúde, o grau de adesão a uma acção proposta acaba por ser baixa, logo a disposição para essa acção pode ser nula.

O modelo de crença de saúde, quando usado apropriadamente, fornece dados organizados sobre as capacidades e a motivação dos utentes para modificarem o seu estado de saúde. Deste modo, os programas de educação para a saúde poderão desenvolver-se de maneira a se adaptar melhor às necessidades dos utentes (Salazar, 1991; cit in Lancaster *et al*, 1999).

O desenvolvimento da educação para a saúde, emerge de esquemas ou modelos que ajudam no planeamento dos seus programas, fundamentando-se em teorias sobre as perspectivas individuais, interpessoais e comunidade/população, proporcionando aos educadores de saúde esquemas prontos a utilizar no processo da educação para saúde. Um desses modelos é o modelo PRECEDE de Green e seus colaboradores de 1980. Desde este marco histórico, integram-se três tipos de factores que influenciam as condutas da saúde: os factores *predisponentes*, factores *reforçadores* e os factores *facilitadores*. Os factores predisponentes são os que antecedem a conduta, tem uma grande força motivacional na tomada de decisões de uma conduta de saúde, exemplos são determinadas atitudes ou crenças. Os factores facilitadores são as habilidades e os recursos necessários para a realização de uma conduta. Por ultimo, os factores reforçadores, são os reforços aplicados ou não, os incentivos ou os castigos associados a uma determinada conduta que contribui para a sua permanência ou desaparecimento de um comportamento (Pastor Ruiz *et al*, 1999).

É um modelo referenciado para diagnosticar e planear práticas educativas. Valoriza a análise de factores predisponentes, facilitadores e reforçadores do comportamento, devendo ser implementado em paralelo com modelos que ponderem a mudança de comportamentos (Russel, 1996).

Este modelo é composto por sete fases:

A fase um, é designada de fase de *diagnóstico social*; nela procede-se à identificação de indicadores de qualidade de vida individuais ou comunitários; a fase seguinte, dois, é intitulada de *diagnóstico epidemiológico*, por permitir identificar indicadores de saúde necessários à caracterização do estado de saúde da comunidade; a fase três, é a de *diagnóstico comportamental*, do indivíduo, população alvo e dos prestadores de cuidados, porque todos estes elementos interrelacionam-se e afectam a saúde da comunidade onde estão inseridos; a esta segues-se a fase *diagnóstico educacional*, fase quatro, que tem por objectivo a identificação dos factores ditos predisponentes (conhecimentos, atitudes,

valores, percepções), factores facilitadores (aspectos pessoais e recursos da comunidade que permitam ao indivíduo ter um comportamento desejado) e os factores reforçadores, onde se engloba tudo o que possa contribuir para a manutenção de um comportamento; a fase cinco, corresponde à *ordenação* e organização dos factores identificados na fase anterior. É ainda, nesta fase, que se planifica a avaliação das atitudes dos utentes, dos recursos e práticas de saúde; a esta etapa segue-se a de *diagnóstico administrativo*, fase seis, do programa, onde são incluídos todas as componentes de um programa objectivos, conteúdos, recursos materiais entre outros; a fase sete corresponde à *avaliação* do programa, mais concretamente do processo, impacto produzido e dos seus resultados.

Green *et al* (1980) recomendam o estudo do diagnóstico social por forma a se identificarem problemas sociais; um diagnóstico epidemiológico para identificar os problemas de saúde, e um diagnóstico comportamental para identificar problemas comportamentais. Destas orientações emerge o processo designado de avaliação das necessidades, que configura a: identificação dos problemas ou necessidades de saúde da população alvo; a selecção de um problema de saúde prioritário a ser considerado no programa; a definição do âmbito e a grandeza do problema de saúde na população alvo; identificação das determinantes ou causas do problema; o estabelecimento das prioridades às causas comportamentais ou factores de risco, para se seleccionarem os objectivos comportamentais do programa educacional (Russel, 1996).

Este modelo apresenta vários passos a respeitar no planeamento de uma intervenção de educação para a saúde, ver fig nº 2. Ao valorizar um planeamento a avaliação sistemática, torna-se muito útil, proporcionando aos educadores de saúde o estudo e o desenvolvimento de intervenções mais eficazes (Russel, 1996).

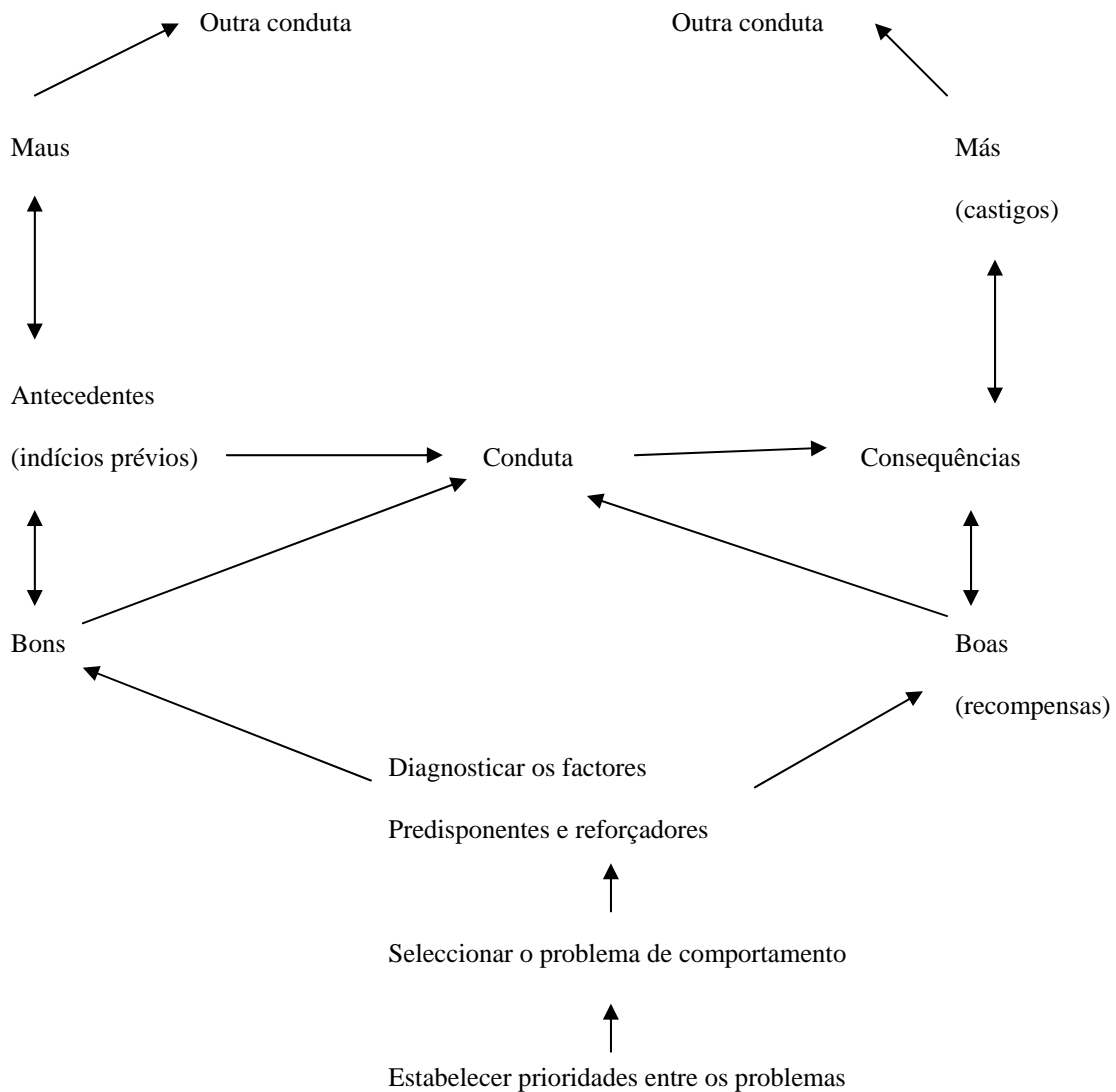


Figura nº2 - Modelo PRECEDE
 Fonte: Adaptado Moreno *et al*, 2000

No entanto, o modelo de que nos servimos para estudar como é que os alunos, do ensino superior da área de saúde, implementam actividades de educação para a saúde foi o modelo proposto por Redman (2003), por ser de aplicação mais simples tendo em conta a carga horária de algumas unidades curriculares. Este modelo será descrito no próximo subcapítulo.

Depois da descrição de alguns modelos que se enquadram na 2ª geração da educação para a saúde, surge o espaço para nos referirmos aos modelos mais actuais, descritos na bibliografia por modelos críticos e participativos.

Os modelos de educação para a saúde que pertencem à 3ª geração têm vindo a emergir lentamente, surgindo das limitações dos modelos das gerações anteriores. Apoiam-se numa cultura social e democrática. Sugerem alternativas de mudanças sociais, na tentativa de reduzir as desigualdades e potenciar a participação comunitária (Moreno *et al*, 2000).

Estes modelos são citados na literatura de *modelos críticos e participativos* (Moreno *et al*, 2000). Caracterizam-se pela interacção dialéctica entre os indivíduos e a sua realidade, incluindo a tomada de consciência social, gerando a participação do indivíduo e do grupo ou comunidade. Pensa-se que o reconhecimento de um certo fracasso, está focalizado nas mudanças de comportamentos individuais, realizando-se uma proposta de mudança social. Preocupam-se com os processos de interacção entre as pessoas e a realidade, incluindo a tomada de consciência social, procurando a participação do indivíduo e do grupo (Moreno *et al*, 2000).

Nestes modelos, o processo de educação para a saúde emerge dos princípios democráticos e de negociação. É decisão do grupo quais são os temas prioritários, quem são os indivíduos que vão participar, ou seja, leva-se a cabo o processo a partir da realidade e não recaindo sobre ela. Desta forma, a educação para a saúde desenvolve-se em situações socialmente vivenciadas, nas quais o educador se envolve, desempenhando o papel de guia, ajudando a formular os objectivos e a sua concretização (Moreno *et al*, 2000).

No dizer de Russel (1996), o trabalho comunitário como estratégia em educação para a saúde tem contribuído para vários conceitos-chave ou princípios, incluindo: *reforço de poder, competência comunitária, princípios de participação, selecção de assuntos e criação de uma consciência crítica*. O “*reforço do poder*” pode ser entendido como “*um processo pelo qual os indivíduos, comunidades e organizações ganham domínio sobre as suas vidas*” (Raporte, 1984, *cit in* Russel, 1996). A “*competência comunitária*” é interpretada como a habilidade que a comunidade tem para funcionar como unidade, de forma a identificar e resolver alguns dos seus problemas. O “*princípio de participação*” aponta para que os sujeitos da acção sejam participantes activos, ou seja, “*aprender fazendo*”. Deste modo, o agente de educação deve iniciar o seu trabalho identificando as necessidades e preocupações percebidas pelos indivíduos e comunidade. O conceito “*selecção de um problema*” orienta para a necessidade de se identificarem problemas ou assuntos que a comunidade dá mais importância. Os critérios para a selecção desse

problema devem obedecer a: ter solução, ser simples e específicos. Trabalhar deste modo contribui para a união dos indivíduos, visa a resolução do problema e em última análise contribui para o desenvolvimento da comunidade ou a sua organização. O conceito “*criar uma consciência crítica*” teve as suas origens em Paulo Freire (1973), baseia-se essencialmente em estimular o trabalho de grupos de forma a que estes identifiquem problemas da comunidade, progredindo a sua discussão com o objectivo de analisar as causas básicas (Russel, 1996).

A este respeito, o *modelo radical* divulga a ideia da necessidade de se averiguar em pormenor as origens dos problemas de saúde articulando com programas educacionais adequados, reconhecendo a primazia das influências sociais e ambientais na saúde (Tones e Tilford, 1994).

Este modelo tem como lema desenvolvimento de uma consciência crítica, fomentando a reflexão sobre aspectos da realidade individual. Encoraja à pesquisa para identificação colectiva das causas da realidade no sentido de se desenvolver um plano de acção que modifique essa realidade. Podendo-se dizer que o compromisso é uma mudança social.

As técnicas de mudança de atitudes neste modelo são substituídas por interacções face a face ou trabalhos de grupo (Carvalho, 2002).

A participação da comunidade é considerada um requisito indispensável para analisar a realidade e modifica-la quando oportuno. Sem uma participação activa da comunidade nenhum programa de educação para a saúde pode ter êxito assegurado, a acção educativa resulta da interacção dialéctica entre os indivíduos e a sua realidade. Torna o desenvolvimento de uma consciência crítica e competências sociais necessárias para atingir a saúde o bem-estar de um grupo. Ponderando-se desta forma um conceito de saúde salutogénico vinculado à mudança de condições sociais da vida em comunidade. Desta forma, é valorizada a autonomia dos indivíduos e grupos sociais na determinação de estilos de vida e sua modificação (García Martínez *et al*, 2000).

É com base nestes pressupostos que a educação para a saúde é capaz de gerar processos de incidência social referentes à capacidade das comunidades para melhorarem a qualidade de vida na sua mais ampla dimensão. Nestes processos, a acção é determinada por o substantivo “educação” e a finalidade por o adjectivo “para a saúde” (García Martínez *et al*, 2000).

Um outro modelo dito de investigação acção participativa é o *modelo de empowerment*, caracterizado por decisões voluntárias e conscientes. Enfatiza a compreensão em relação à componente do conhecimento, suplementando-a com um processo de clarificação de valores e crenças, pelo qual terão de passar os educandos antes do momento de opção de uma escolha voluntária e consciente (Carvalho, 2002).

A clarificação de crenças e valores requer a dinâmica de discussão de grupo, podendo ser necessário suplemento de informação, ensino ou mesmo pesquisa individual. O maior propósito do modelo é criar consciência de questões chave e desenvolver competências necessárias para o desenvolvimento do empowerment individual e colectivo.

A criação de consciência crítica necessita de ser complementada pelo empowerment das crenças, sentimentos e competências. Por outro lado, às competências de tomada de decisão devem-se adicionar competências de saúde e de vida, promovendo desta forma uma escolha verdadeira e voluntária.

A combinação da criação de uma consciência com a provisão de competências maximiza as possibilidades de gerir os constrangimentos ambientais (Carvalho, 2002).

O modelo *empowerment* assume, ainda, que os alvos de educação não são em exclusivo o público em geral, devendo também englobar os profissionais de saúde ou outras pessoas que possam agir como advogados nas mudanças ambientais por pressão política. Os resultados, deste modelo, emergem do processo educacional, pretendendo-se maximizar uma escolha genuína e voluntária (Tones e Tilford, 1994).

A este propósito Amorim (1999), diz-nos que o resultado esperado da educação para a saúde é melhorar a consciência da comunidade sobre as origens sociais das doenças e o impacto negativo que o ambiente tem na saúde, “*é promover a aprendizagem, relacionando-a com a saúde e com a doença, através do diálogo homem/meio, implicando a aquisição de conhecimentos e de entendimentos, facilitando as tomadas de decisão baseadas na informação*” e ainda mais nos diz que “*a principal finalidade da educação para a saúde é melhorar a saúde das populações e um dos seus objectivos é a tentativa de remover obstáculos pessoais e ambientais que possam inibir uma opção genuinamente livre*” (Amorim, 1999:21).

No quadro nº3 pode-se observar uma compilação das principais características das três gerações da educação para a saúde.

GERAÇÕES DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE			
	1ª Geração	2ª Geração	3ª Geração
Conceito saúde	Ausência de doença.	Objectivo vital.	Recurso vital.
Objectivos	Proporcionar informação: normas e condutas.	Adquirir habilidades benéficas para a saúde.	Desenvolver capacidade de análise.
Metodologia	Transmissão de conhecimentos. Paternalismo.	Promovem novas condutas.	Participação e interacção. Aprendizagem contextual.
Prática educativa	Unidireccional.	Unidireccional controlada pela tecnologia.	Bidireccional, procura a autonomia das pessoas.
Papel do educador	Prescritivo	Controlador do processo aprendizagem.	Mediador da comunidade.
Papel do educando	Passivo	Passivo em função do conhecimento. Activo em função do prescrito.	Participativo. A acção educativa não faz sentido sem o protagonista.

Quadro nº3 – Gerações da Educação para Saúde

Fonte: Adaptado García Martínez et al, 2000

Das diferentes gerações, na opinião de García Martínez *et al* (2000), deduz-se três tendências da educação para a saúde:

a) *Tendência curativa* – baseada no que hoje é considerado como uma apreciação negativa de saúde (ausência de doença), só actua quando a doença se manifesta, e com uma perspectiva individualista do seu tratamento;

b) *Tendência preventiva* – apoia-se num conceito positivo de saúde e orienta-se no sentido da prevenção da doença. Esta tendência acredita na hipótese de que as pessoas que recebem determinada informação adoptam comportamentos e estilos de vida que preservam a saúde, o que supõe um conhecimento que conduz à adopção de comportamentos e práticas ditas saudáveis;

c) *Tendência de promoção* – também se apoia num conceito positivo de saúde; esta é vista como um processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e melhora-la, o que supõe a potenciação de factores que suportam estilos de vida saudáveis e a redução dos que se julgam prejudiciais para a saúde, mediante a combinação de medidas políticas com medidas educativas dirigidas a indivíduos e comunidades.

De um modo geral, todos os modelos de educação para a saúde desenvolvem-se em volta das grandes orientações que temos descrito e que de um determinado ponto de vista de acção social, podem-se caracterizar de acordo com as suas formas de actuação:

a) Assistencial, tem um carácter regulador e normativo, distancia-se das teorias educativas, situando a capacidade de acção e decisão fora dos intressados;

b) Promocional, centrada na capacidade educativa dos indivíduos e comunidades para que estes determinem os modos de melhorar a qualidade de vida mediante a sua participação directa na configuração social de saúde (García Martínez *et al*, 2000).

Este manancial de teorias e modelos descritas não são receitas para solucionar todos os problemas, mas podem ser úteis para estimularem a reflexão que permita estabelecer planos de actuação para o desenvolvimento de actividades na área da educação para a saúde.

4.4 - PRÁTICA DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Na sequência do que se tem vindo a referir, a educação para a saúde pode ser conceptualizada, como toda e qualquer combinação de experiências de aprendizagens planeadas, com a vista coadjuvar os indivíduos em mudanças voluntárias e conscientes.

No dizer de alguns autores, este processo exige a elaboração de um projecto prévio, com a finalidade de permitir aos indivíduos experiências de aprendizagens a diferentes níveis, que lhes permitam integrar aspectos cognitivos (conhecimentos), afectivos (atitudes e valores) e psicomotores (capacidades) do comportamento que se pretende desenvolver nos indivíduos (Rogado; Teixeira, 1997).

Sendo um dos objectivos principais da educação para a saúde, melhorar a saúde dos indivíduos é importante que o projecto não fique limitado, unicamente, à prevenção das doenças mas que no seu desenvolvimento sejam incluídas estratégias promotoras de comportamentos saudáveis, indo de encontro com atitudes salutogénicas.

Rogado e Teixeira (1997), referindo-se ao que preconiza a Organização Mundial de Saúde, advogam que a prática de educação para a saúde deve equacionar a viabilidade do planeamento e execução, questões éticas, informação, comunicação, treino, avaliação e investigação.

O *planeamento e execução* dos programas, devem estar integrados em projectos globais, inseridos nas políticas de saúde e estratégias de execução. Devem reflectir aspirações dos indivíduos e, permitir uma contribuição individual e/ou colectiva para a sua realização. Para isto, na selecção das estratégias devem ser feitos esforços para enquadrar o maior número possível de abordagens opcionais, que cubram as áreas de actividades e os recursos existentes. É importante valorizar todo o trabalho comunitário fomentando-se desta forma o trabalho em equipa.

Já na Declaração de Alma Acta (1979), no que se refere a este assunto, reconhece-se a necessidade de se adequarem os cuidados às realidades de cada comunidade, e de integrar todos os sectores que participem no desenvolvimento da saúde. Preconiza-se um trabalho em equipa, considerando que cada indivíduo trabalhe no seu campo de acção, de modo a que se alcancem respostas globais e abrangentes.

No mesmo sentido, o documento “*Saúde em Portugal uma estratégia para o virar do século*” (Ministério da Saúde, 1998) reforça a ideia da importância e necessidade da dinâmica. “*O trabalho em equipa deve ser promovido e valorizado*” (1998:61), fomentando uma concepção aberta e flexível adoptando os seus modelos de funcionamento às necessidades individuais ou da comunidade.

É também nesta fase de planeamento que se devem definir os objectivos, tendo em conta o tempo e recursos disponíveis.

Durante o planeamento de um programa de educação para a saúde devem ser equacionadas algumas *questões éticas*, nomeadamente: o respeito e integridade dos indivíduos e ou comunidades, e o dever de aumentar a sua autonomia. Isto implica o fornecer informação

que promova escolhas livres e em consciência; sensíveis às preferências, prioridades individuais ou colectivas. Devem-se evitar acções que promovam valores diferentes das dos indivíduos ou comunidades em questão (Rogado; Teixeira, 1997).

No momento de implementação devem criar-se oportunidades para que todos os indivíduos sejam capazes de identificar e analisar a sua saúde e os problemas relacionados com a mesma, fornecendo alternativas para a resolução dos problemas de saúde identificados. Esta estratégia favorecerá o despertar nos indivíduos a identificação de prioridades relativas aos diferentes problemas de saúde.

Informação e comunicação: Os educadores para a saúde têm a função de informar os indivíduos sobre problemas de saúde, aplicar métodos adequados para a sua prevenção e controle, formas alternativas de comportamento, de modo a que os indivíduos possam fazer uma escolha informada e fundamentada.

Todos os intervenientes, profissionais de saúde ou não, de um projecto de educação para a saúde, devem ser *treinados* de forma a desenvolverem competências, para serem capazes de orientar para a prevenção e controlo de doenças e desenvolver um trabalho interactivo entre os prestadores de cuidado, indivíduos e comunidade.

A avaliação é imprescindível. Alerta-se para a necessidade de a realizar periodicamente, com a finalidade de saber quais as metas alcançadas e qual a eficácia das medidas tomadas.

Este processo de concepção e planeamento, de educação para a saúde, será sempre suportado por um trabalho sistematizado de pesquisa. O conhecimento da realidade, assegura de algum modo, uma reestruturação dos projectos ou a implementação de novos programas de educação para a saúde. Este trabalho de investigação, serve de igual modo, para avaliar as políticas de saúde, métodos de intervenção e as estratégias a serem utilizadas nas actividades.

Em resumo, a prática de educação para a saúde “*baseia-se num conjunto de teorias, em resultados de investigação e em competências que devem ser aprendidas e praticadas*” (Redman, 2003:3).

Ainda, na perspectiva desta autora, a educação para a saúde é praticada tendo por base um processo de diagnóstico e intervenção. Na fase de avaliação de necessidades é determinada a natureza das necessidades identificadas bem como da motivação para aprender.

Os objectivos são mutuamente estabelecidos com o indivíduo. A intervenção é elaborada com vista a estimular o ensino face às necessidades de aprendizagem do indivíduo ou comunidade.

Redman (2003), quando se refere à avaliação sugere que ela ocorra ao longo de todo o processo de educação para a saúde, em intervalos periódicos, para verificar se os objectivos estão a ser alcançados. Dela, emergem por vezes indicadores que apontam para a necessidade de re-ensino, acompanhamento e, ou reformulação de estratégias de aprendizagem para determinados indivíduos. Realça ainda, que na maior parte dos casos, o reforço de re-ensino ou acompanhamento (*follow-up*) são necessários ao longo do tempo, especialmente em indivíduos com problemas crónicos de saúde.

O processo de educação para a saúde na perspectiva de Redman (2003) pode ser resumido conforme se apresenta na fig nº 3.

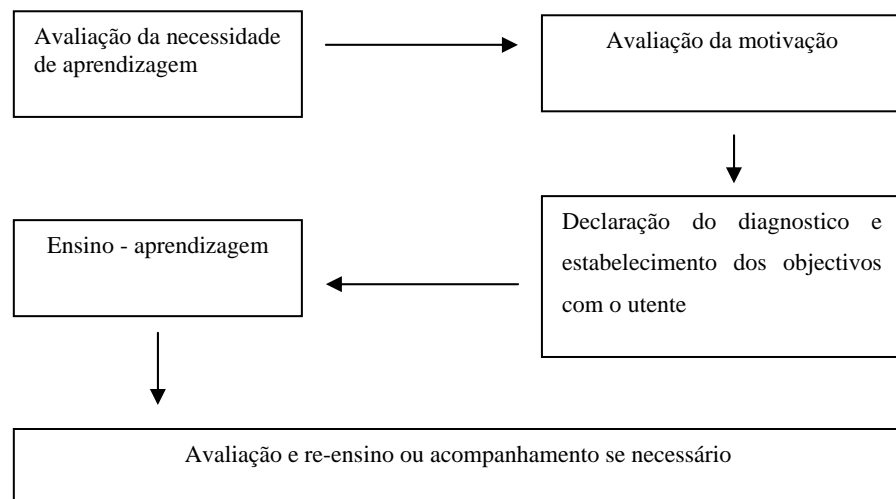


Figura nº3 - Processo de Educação para Saúde
Fonte: Adaptado de Redman, 2003

A prática do processo de educação para a saúde pode ser formal ou não formal “*os serviços de educação para a saúde são prestados directamente durante os cuidados, pelos profissionais de saúde e também em programas independentes*” (Redman; 2003:3) a

educação para a saúde é uma área em expansão e desenvolvimento, compreendida actualmente como uma parte essencial para alcançar resultados adequados de cuidados. Sendo “*uma parte essencial da prática de todos os profissionais de saúde*” está integrada nos cuidados aos indivíduos e grupos em todos os sectores e contextos (Redman, 2003:3).

E, a quem se dirige a educação para a saúde?

FORMATAÇÃO DA INTERVENÇÃO NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Uma intervenção pode ser entendida como acto ou efeito de intervir, pode ser dirigida a um indivíduo, a um grupo ou mesmo a uma comunidade (Rogado, Teixeira, 1997).

Nas *intervenções comunitárias*, o alvo é uma comunidade. Esta pode ser entendida como um grupo de indivíduos com interesses comuns, com sentimento de pertencerem a um mesmo grupo, apresentando-se geralmente, com valores e uma história em comum (Rogado, Teixeira, 1997).

Uma intervenção comunitária faz sentido quando alguns dos seus membros, se não todos, são afectados por um problema, cuja resolução pode depender de terceiros. O problema identificado pode ser no âmbito da promoção da saúde ou da prevenção da doença. Para tal, é importante recolher informações concretas e precisas sobre a saúde dessa comunidade, efectuar um diagnóstico de situação, identificar as suas necessidades, com a finalidade de se elaborar um projecto de intervenção ajustado à realidade dessa comunidade específica.

Neste sentido, podem ser implementadas campanhas de educação para a saúde a fim de promover a consciencialização do que é a saúde, quais os comportamentos mais adequados para a manter, as mudanças de atitudes e comportamentos visando a prevenção de determinadas doenças bem como a aquisição de competências específicas para promoção da saúde e prevenção da doença (Rogado, Teixeira, 1997). Ainda, numa intervenção do tipo comunitária, os autores supra citados, referem que a mobilização do público é um factor decisivo e preponderante nos resultados finais duma intervenção deste tipo. Para isso, é muito importante envolverem-se os indivíduos mais influentes dessa comunidade, informarem-se todos os indivíduos a quem se destina a intervenção, dar a conhecer quais os objectivos, assim como quais as actividades que se desenvolverão e a forma de

participação. É também vantajoso que toda a comunidade saiba qual a importância do projecto e de como poderão beneficiar com a execução do mesmo.

Uma outra actividade, de grande importância na área da educação para a saúde, são as *intervenções de grupo*. Um grupo pode ser entendido como um conjunto de dois indivíduos ou mais, com interesses comuns (Rogado, Teixeira, 1997).

Este tipo de intervenção pode apresentar resultados positivos já que o grupo tem possibilidade de optar por algumas escolhas que, não as poderia fazer individualmente. Por outro lado com as suas decisões podem exercer pressão sobre outros membros no sentido da adopção de determinados padrões de comportamento.

Com esta dinâmica de trabalho é possível mobilizar e respeitar o saber de experiências de vida dos diferentes elementos, da qual resulta uma aprendizagem apoiada na troca de ideias dos diferentes indivíduos. Uma intervenção num grupo é fundamental e tem algumas vantagens “*o reforço positivo, o encorajamento e a identificação dos membros do grupo com um problema comum*”, funcionam como peças fundamentais num processo de mudança (Rogado, Teixeira, 1997:174).

Neste tipo de intervenções pode-se trabalhar com grupos formais e não formais. Os grupos formais são constituídos em função duma finalidade, têm uma composição bem definida, com responsáveis conhecidos, actividades organizadas (reuniões e projectos com regras definidas) e aceites pelos membros. Na intervenção com grupos formais podem organizar-se programas educativos diversos e mais numerosos, porque o grupo tem interesses próprios, podendo os responsáveis do grupo mobilizar outros indivíduos e motivá-los para a participação no projecto. Um grupo formal, em alguns casos, é capaz de planificar as suas próprias actividades, sendo da responsabilidade do educador de saúde a organização das prioridades e a disponibilização dos recursos necessários para a execução de um determinado programa (Rogado, Teixeira, 1997).

No que se refere ao trabalho com grupos não formais, porque são constituídos por indivíduos unidos em função de um interesse comum, o seu funcionamento não depende de quaisquer regras especiais. As intervenções dirigidas a estes grupos devem iniciar-se pela averiguação dos interesses e necessidades dos indivíduos.

Educação para a saúde quando resulta de um encontro entre um indivíduo que tem uma necessidade específica e um educador de saúde, que de alguma forma o ajuda a satisfazer

essa necessidade, pode ser entendido como educação para a saúde a um nível individual, ou também entendida como aconselhamento de saúde.

O aconselhamento de saúde fundamenta-se numa comunicação e relação de confiança entre dois indivíduos. O indivíduo que procura ajuda deve ser encorajado, motivado a resolver os problemas, a detectar as suas causas e optar pela solução mais apropriada ao seu caso particular. O educador por seu lado deve fornecer informação adequada ao pedido do indivíduo, ajudá-lo a encontrar as soluções e orientar nas escolhas possíveis e disponíveis. Não se deve limitar a aconselhar os sujeitos a fazerem determinadas opções, isto porque o indivíduo deve sentir-se responsável pelas suas escolhas, decisões e comportamentos. O educador deve sim assumir o papel de orientador para a mudança de comportamentos, uma vez que o sujeito reconhece que é importante para ele adquirir novos comportamentos ou mudá-los para alcançar as metas definidas.

Em suma, independentemente da população alvo, a educação para a saúde deverá ser o encorajamento dos indivíduos a quererem ser saudáveis, a saber que poderão vir a sê-lo e a manter-se com saúde. Desta forma os indivíduos podem alcançar uma melhor qualidade de vida, no sentido de diminuírem o risco de contrair uma doença, e caso isso ocorra diminuir as probabilidades de agravamento.

A educação para a saúde deverá ser encarada como “*um processo participativo através do qual as pessoas poderão desenvolver uma compreensão dos seus problemas de saúde, em termos das suas origens e de como evitá-los*” (Rogado Teixeira, 1997:177), se assim for entendida os indivíduos terão mais e melhores meios que lhes permitem escolher e agir em consciência.

LOCAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO

Existem locais classificados de ideais, para a implementação de projectos de educação para a saúde. A este propósito Green (1980), refere-se a três grandes áreas de intervenção da educação para a saúde: educação para a saúde na escola, educação para a saúde na comunidade e educação para a saúde em doentes (*cit in* Pastor Ruiz, 1999). A educação para a saúde nas escolas tem como meta principal promover a saúde biopsicossocial das crianças e adolescentes. Os professores, em articulação com os pais podem desempenhar

um papel importante na transmissão de valores, conhecimentos e competências relativas à promoção da saúde e prevenção da doença. É nesta fase de desenvolvimento que os alunos devem ser incentivados a participar em algumas actividades, não devendo ser receptores passivos da informação transmitida.

Uma intervenção no âmbito de uma comunidade não tem um contexto tão específico como a anterior, nem os objectivos são tão claros. Geralmente abrangem planos no sentido de prevenir e melhorar problemas de uma comunidade.

A educação para a saúde em doentes é levada a cabo geralmente em contextos clínicos, unidades hospitalares, onde a população abrangida são indivíduos a quem se diagnosticou alguma doença e que se encontram em tratamento. o principal objectivo destas intervenções é minimizar os riscos associados a á patologia em causa (Green 1980, *cit in* Pastor Ruiz, 1999).

O local de trabalho é outro lugar adequado, “*uma vez que o trabalho e a saúde estão intimamente ligados*” (Rogado, Teixeira, 1997:175), os indivíduos com boa saúde e melhores condições de trabalho têm melhor desempenho. Neste âmbito a educação para a saúde, é referida como saúde ocupacional, deve incidir sobre a protecção contra os riscos que os sujeitos correm no seu local de trabalho e demonstrar-lhes que ao cuidarem da sua saúde nesse local, podem beneficiar de vantagens na saúde fora dele. Assim, educação para a saúde deve incidir sobre os riscos profissionais e sobre os problemas de saúde individuais.

Em todas as práticas educativas existe o sujeito interventor (agente educativo) e o educando, por este facto vamo-nos debruçar se seguidamente no *quem?* Actua nestas práticas educativas de educação para a saúde; *porquê?* A importância da intervenção e necessidade de um agente educativo e também *como?* Se efectua e organiza essa mesma intervenção.

4.5 - PAPEL DO EDUCADOR PARA A SAÚDE

Green *et al* (1998), postulam que é notório que o papel do educador para a saúde foi e continua a ser objecto de muitos comentários e debates. Em resposta, aos mesmos, foram preparadas várias instruções: No documento intitulado “What is a Public Health

Educator?” distribuído pela *Society For Public Health Education*, é apresentado de forma clara e sucinta descrição do papel do educador para a saúde.

Na perspectiva desta instituição o educador para a saúde é um especialista de uma equipa de saúde, que diagnostica problemas relacionados com a saúde, e ajuda a resolvê-los mediante a selecção e uso de métodos educacionais, sólidos, preparados, para certas necessidades educacionais (Green *et al*, 1998).

Na procura de uma concepção mais cuidada de educador para a saúde, durante a nossa pesquisa, deparamo-nos com a descrição de educador para a saúde como um “*indivíduo preparado para prestar assistência a indivíduos, actuando separada ou colectivamente, para tomar decisões fundamentais que digam respeito a assuntos que afectem a sua saúde pessoal e a de outros*” (National Center for Health Education, 1980 *cit in* Green, 1998:33).

Embora seja transmitida a ideia de que o educador para a saúde é um especialista, não se pode eliminar a ideia de que todos os profissionais de saúde têm parte da responsabilidade de traduzir as conquistas científicas, relacionadas com a saúde, divulga-la e pô-las em prática. O educador especialista colabora com vários profissionais de saúde, a realizar parte do seu trabalho, orientando-os para que reconheçam as necessidades e potencialidades da educação em várias situações e a empregar de forma eficaz os métodos educacionais (Green, 1998).

O educador para a saúde deve estar preparado para usar diferentes métodos educativos. É visto como um *expert* numa variedade de formas para considerar a educação, seja ela individual, de grupo ou de uma comunidade, e em saber que métodos, técnicas e meios educacionais se podem usar com maior eficácia.

Um dogma básico do educador de saúde é que as decisões finais respeitantes às práticas da saúde devem ser levadas a cabo pelos indivíduos implicados, cabendo-lhe apenas, ao educador responsabilidade em proporcionar a cada indivíduo, grupo ou comunidade, o acesso a fontes de informação, e a orientar nas possíveis escolhas, em relacionar práticas de saúde desejáveis aos motivos, metas, aspirações e valores do público a quem se dirige.

Os educadores para a saúde são “*pioneiros modernos, procurando sempre uma nova compreensão da conduta humana, de novas formas para aplicar os seus conhecimentos na solução de problemas da saúde, individuais e da comunidade*” (Green, 1998:32). Assim,

compete ao educador seleccionar o modelo mais apropriado para as actividades educacionais tendo em atenção a quem se dirige se a um indivíduo, a uma família ou a uma comunidade (Lancaster *et al*, 1999).

Ware *et al* (1978 *cit in* Green, 1998), recorrendo á sua experiência, fizeram uma exposição acerca da presunção prevalecente no que diz respeito ao papel do educador para a saúde da seguinte forma:

_ Os educadores para a saúde têm o conhecimento das determinantes da conduta e das estratégias, para tratar qualquer elemento específico de conduta relacionado com a saúde;

Inerente a esta presunção, preconiza-se que o educador para a saúde deve ter conhecimento do que determina a conduta e as estratégias mais eficazes para a abordar.

_Os educadores para a saúde têm inúmeros conhecimentos que podem ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias.

Esta presunção declara que existe, dentro do que é a educação para a saúde, tanto os conhecimentos como as habilidades para orientar o indivíduo e a comunidade a ter o controlo das suas próprias vidas e comportamentos, e a conseguir atingir as metas propostas;

_Os educadores para a saúde têm os meios para ajudar a comunidade a avaliar alternativas possíveis por acções que poderiam ou não resultar em qualquer mudança relacionada com a saúde;

_Os educadores para a saúde têm a responsabilidade de ajudar as pessoas, não só a estarem saudáveis, como também a estarem saudáveis com objectivos definidos, sendo estes relacionados ou não com o estado de saúde.

Desta forma, educação para a saúde pode ser geral ou bastante específica e ser levada a cabo em níveis distintos. O educador para a saúde pode desempenhar distintas responsabilidades e face a uma diversidade de funções que, de forma individual ou colectiva, proporcionam uma descrição útil da prática da educação para a saúde.

A auto participação e auto responsabilização constituem um direito e um dever por excelência, em que estes profissionais devem assumir um verdadeiro papel de agentes de mudança, encaminhando os indivíduos para um trabalho “com” e não “para” o indivíduo, grupo ou comunidade. O educador deve ter um papel de orientador, procurando ir de

encontro às necessidades e expectativas dos indivíduos fazendo-os acreditar nas suas capacidades para gerirem os seus próprios recursos (Custódio, 2002).

Uma característica fundamental para que ocorra mudança nos estilos de vida no indivíduo ou grupo é o carácter processual, que promove o desenvolvimento não traumático mas um desenvolvimento adaptado à autopercepção das condições de vida e de saúde. As mudanças devem ser graduais em consonância com as características da população a quem se dirige (García Martínez, 2000).

Dar esta orientação às práticas de educação para a saúde é tornar o indivíduo mais consciente e responsável, é fazê-lo acreditar que a mudança é possível de ser alcançada, mas só ele poderá decidir quando e como quer mudar.

Os educadores para a saúde devem recorrer às estratégias pedagógicas mais adequadas para a promoção da saúde tendo em conta os princípios básicos de uma intervenção socioeducativa democrática (García Martínez, 2000).

Na opinião de García-Hoz, uma intervenção personalizada tem sempre em conta os três campos da educação: cognitivo, afectivo e psicomotor. Isto equivale a dizer que os objectivos educacionais devem ser definidos de forma a que o educando, mais do que adquirir informação e desenvolver destreza tenha a capacidade de incorporar valores positivos.

4.6 - OBJECTIVOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Com intervenções educativas, na área da educação para a saúde, pode-se ajudar os indivíduos adoptarem comportamentos mais saudáveis se forem definidos objectivos apropriados. Os objectivos são critérios que devem ser considerados como passos para se chegar a uma meta final, “*são exposições escritas de um resultado ou mudança esperada no comportamento*”(Green et Ottoson,1994 cit in Lancaster *et al*, 1999:278)

Os objectivos devem ser “*claros e concretos; lógicos; pertinentes; realizáveis; observáveis e mensuráveis*” (Pádua *cit in* Amado, 1999: 37).

De acordo com as circunstâncias, podem definir-se objectivos comuns (orientados para todos os educandos), e ou, objectivos individuais (perspectivados pela singularidade de cada indivíduo). De igual modo, pode falar-se em objectivos fundamentais (grandes

objectivos que devem estar presentes em qualquer actividade educativa) e objectivos operacionais (mais concretos, próprios de actividades específicas). Os objectivos, que se definem numa intervenção educativa, devem adequar-se à realidade em que se está a trabalhar, e às necessidades e interesses dos educandos (Martínez-Otero, 2003).

Em intervenções de educação para a saúde, os objectivos podem ser considerados como uma base de orientação para as actividades que se pretendem realizar. Atendendo-se a um conjunto de expectativas comuns, é efectuada a avaliação de necessidades de um determinado indivíduo ou grupo, com quem os objectivos devem ser negociados. As Filosofias construtivas de aprendizagem sugerem que os indivíduos estabeleçam as suas próprias metas, definam prioridades e aprendam em contextos reais, *“tal abordagem apela para que se evite a produção de conhecimento inerte que é difícil de aplicar ou transferir para contextos significativos”* (Redman, 2003:37).

Tradicionalmente as taxonomias dos objectivos eram um pouco parciais, centravam-se num determinado âmbito, geralmente no intelectual. A visão correcta deve permitir o estabelecimento de uma classificação de objectivos que contemple os distintos domínios da aprendizagem: cognitivo (referindo-se a habilidades intelectuais), afectivo (incluindo a expressão de sentimentos, atitudes, valores e apreciações) e psicomotor (geralmente habilidades motoras). Os diferentes objectivos devem ser realistas exequíveis, em que a sua execução se aproxime das metas dos educandos (Martínez-Otero, 2003).

Devem descrever de uma forma *“clara e precisa, o que o formando deve ser capaz de ficar a saber, saber fazer, saber ser, no fim de um momento do processo de aprendizagem”*(Ferrão, 2000:123).

DOMINIOS DA APRENDIZAGEM

Pode-se usar uma variedade de princípios educacionais na orientação para a selecção de informações sobre a saúde individual, familiar e da comunidade (Lancaster *et al*, 1999).

Como se tem vindo a referir uma intervenção educativa deve provocar modificação nos diferentes domínios da aprendizagem: Cognitivo, afectivo e psicomotor. Cada domínio tem componentes com comportamentos específicos, que formam uma hierarquia de fases ou níveis. Cada fase ou nível baseia-se na anterior. A compreensão destes três domínios de

aprendizagem é crucial para implementar educação para a saúde de forma eficaz (Lancaster *et al*, 1999).

O *domínio cognitivo* é o nível onde é aprendido e armazenado o conhecimento básico. Diz respeito à memória, reconhecimento, compreensão. É considerada a parte mais objectiva do processo da aprendizagem, onde se agregam as experiências e percepções prévias. Assim, se tratar de experiências anteriores de saúde e bem-estar estas podem influenciar a aprendizagem de novos conceitos. O processo de aprendizagem tem início na identificação de experiências prévias relativas a determinado aspecto. Durante este processo o indivíduo constrói relações entre experiências anteriores e os novos conceitos, para formular novos significados. Para que a educação para a saúde se torne eficaz, o educador tem de, em primeiro lugar, avaliar as capacidades cognitivas do educando de forma a que as expectativas e planos do educador sejam dirigidos para a fase correcta. Ensinar acima ou abaixo do nível de entendimento do utente leva a frustração e desanimo (Lancaster *et al*, 1999; Bruceclayton *et* Stock, 2002)

Domínio afectivo é o procedimento que reflecte sentimentos, valores, crenças, necessidades e opiniões. Descreve mudanças nas atitudes e no desenvolvimento de valores. Este domínio é considerado a parte mais inatangível do processo de aprendizagem. Sabe-se que cada indivíduo vê e interpreta os acontecimentos de forma diferente. O educador deve ter a capacidade para avaliar e não julgar os educandos, deve estabelecer uma relação de confiança e confiança. Na aprendizagem afectiva o educador deve ponderar o que o indivíduo, a família ou mesmo a comunidade pensam, estimam e sentem. Os valores e as atitudes do educador podem ser diferentes das dos utentes, é importante ouvir cuidadosamente para detectar indicações de sentimentos que podem influenciar a aprendizagem. A relação que se estabelece, entre o educador e o educando, pode ter um impacto poderoso na atitude do indivíduo face à nova informação que está a ser veiculada. Deste modo, o educador deve envolver o indivíduo no processo, para obter o seu ponto de vista em relação à solução dos problemas. É difícil mudar qualidades profundas fixadas tais como valores, atitudes, crenças e interesses. Para fazer essas mudanças é necessário apoio e encorajamento para alentar os novos comportamentos (Lancaster *et al*, 1999; Bruceclayton *et* Stock, 2002).

O *domínio psicomotor* envolve a aprendizagem de um novo procedimento. É designado como domínio da realização. Ao avaliar a capacidade do utente para adquirir a destreza pretendida, o educador deve avaliar a capacidade física, intelectual e emocional do educando. A aprendizagem é habitualmente efectuada pela demonstração de um procedimento ou tarefa, podendo-se recorrer a uma demonstração passo a passo, com uma demonstração de retorno pelo educando, para solidificar e avaliar o grau de desempenho alcançado (Lancaster *et al* ,1999; Bruceclayton *et* Stock, 2002).

4.7 - METODOLOGIA E ORGANIZAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO

Nas intervenções educativas pode-se recorrer a uma pluralidade de métodos, técnicas, meios e estratégias de aprendizagem, de forma a otimizar as possibilidades de se alcançarem os resultados educativos previamente definidos e os comportamentos desejados.

Metodologia pode ser entendido como o “*corpo da ciência que estuda a problemática dos métodos*”. O termo método, etimologicamente, tem as suas origens em *methodos*: *odos* significa *caminho*; *meta* que significa *para*; então método pode significar o caminho para chegar a um fim (Ferrão, 2000:127).

Para Guilaux (1965) o método é “*um fio condutor num processo global em direcção a um dado objectivo*”, na tentativa de completar a ideia, aprez-nos citar Hasson onde afirma que um método é “*uma disposição de espirito, que permite escolher ou imaginar a sequência de procedimentos capazes de resolver um problema no seu conjunto*” (*cit in* Lesne, 1977:11).

O “método” pode ser entendido como o sentido de um percurso pedagógico concreto e completo, o principio de organização das operações efectuadas para realizar uma acção educativa. O termo método pode ser traduzido numa estratégia pessoal do educando, a sua intenção pedagógica, a sua disposição de espirito, o seu sentido de acção, ou seja, tudo o que é susceptível de influenciar a escolha dos procedimentos ou das técnicas a desenvolver. Num contexto educativo, o método pode ser perspectivado como o caminho que medeia entre o acto de ensinar e o acto de aprender (Ferreira, 1999).

O termo “técnica” apresenta o character de agente operatório no quadro de um método, a verdade é que “*as técnicas pedagógicas muitas vezes, não parecem diferir dos métodos*

senão em alcance e tempo de utilização, ou melhor, técnicas e métodos contêm-se reciprocamente” (Lesne, 1977:11), por exemplo, a palavra discussão designa geralmente um método, mas torna-se uma técnica na expressão discussão de grupo (Kidd *cit in* Lesne, 1977:12). Técnica é a operacionalização de um meio ou conjunto de meios.

O âmbito de trabalho da educação os métodos e as técnicas a que podemos recorrer são variadas, flexíveis “*não há um método educativo standart nem técnicas rígidas ou uniformes. A metodologia é flexível, segundo as necessidades e circunstancias*” (Martínez-Otero, 2003:47).

O “meio” é o instrumento, a ferramenta a que se recorre para atingir um determinado resultado. A esta instrumentalização também se pode chamar técnica. Nenhum meio deve ser utilizado se não se conhecer e dominar a técnica correspondente (Ferrão, 2000).

Como já várias vezes referido, o educador não se limita a utilizar irreflexivamente os métodos, técnicas e meios que tem ao seu alcance, com a finalidade de dar soluções aos problemas identificados. Mas, e na opinião de Martínez-Otero (2003), em qualquer intervenção devem estar algumas “*notas*” presentes como:

- Promover a actividade do sujeito, o educando não deve assumir o papel de protagonista, mas ser colaborador;
- As actividades ao longo da intervenção devem ser conduzidas no sentido de se alcançarem os objectivos previamente definidos (planear e objectivar a acção);
- Uma mesma actividade pode ser orientada para adquirir conhecimentos, desenvolver aptidões e promover valores;
- A organização da secção deve ser flexível e centrada nos educandos;
- Deve-se respeitar o ritmo e iniciativa dos educandos;
- Durante a intervenção deve-se favorecer a autonomia, a liberdade e responsabilidade assim como as relações pessoais;
- A organização da secção deve ter em conta elementos técnicos (instrumentos, material...) e humanos.

Amado *et al* (1999) e Ferrão (2000), fazem referencia a variáveis importantes a ponderar numa intervenção educativa, são da opinião que a eficácia de uma intervenção educativa, com exposição oral, depende das seguintes condições:

Escolha do *local adequado*, este deve promover a privacidade, se for realizada em sala, para um grupo, esta deve permitir boa visibilidade, ter boa acústica, temperatura, luminosidade e ventilação adequada ausência de ruídos que possam desviar a atenção. Deve criar-se um espaço que promova a relação entre os diferentes participantes. Do ponto de vista físico deve-se ponderar a dimensão da sala (especialmente a relação entre a dimensão e numero de participantes), características do mobiliário e a possibilidade de aproveitamento pedagógico do mesmo, distancia entre educador e educandos. As intervenções educacionais depressa perdem a sua eficácia se o ambiente não é favorável à aprendizagem;

Escolha do *momento ideal*, ou seja, o horário e calendarização da intervenção deve ser adequado a todos os intervenientes do processo. É importante ponderar o biorritmo ao nível biológico e psicológico da atenção, da memorização e da aprendizagem;

A *duração* da intervenção deve estar de acordo com o tema e os objectivos definidos, no entanto não deve exceder quinze a vinte minutos, caso seja prolongada pode causar desatenção;

Permitir a *intervenção dos utentes*, possibilitando o feedback. Para que o processo ensino aprendizagem seja eficaz, quando realizado em grupo deve-se ter em conta o *numero de indivíduos* por sessão, no máximo oito pessoas para permitir uma metodologia participativa;

Fazer *ensaio prévio*, essencialmente para testar o método de ensino e o material de apoio seleccionado.

Numa intervenção educativa devem-se ponderar outras variáveis igualmente importantes como: faixa etária do público alvo, as habilitações literárias o sexo, costumes e tradições entre outros que possam influenciar a aprendizagem.

Ponderando estes princípios, os educadores, podem ajudar os indivíduos a maximizar experiências de aprendizagem, pelo contrario se forem omitidas algumas destas considerações, pode resultar numa aprendizagem superficial e fragmentada.

Em síntese, pode-se dizer que o indivíduo ou grupo que é confrontado com uma mensagem de saúde, tem de ouvir claramente, compreender a informação, reter-a e saber utilizá-la correctamente (Amado *et al*, 1999).

Os diferentes métodos educativos podem ajudar a motivar os formandos para a aprendizagem, facilitar a compreensão, assim, como adequar a intervenção ao nível e conhecimentos e atitudes dos formandos.

Educação para a saúde como processo educativo envolve uma metodologia comum a qualquer processo educativo, que vise a auto-participação em que o indivíduo assuma um papel activo. Cada vez mais são necessárias metodologias activas e participativas para envolver e responsabilizar todos os cidadãos. É nossa intenção descrever alguns métodos e técnicas com aplicação prática nas intervenções de educação para a saúde.

DRAMATIZAÇÃO

A dramatização consiste em fazer representar uma situação. Pode ocupar um lugar central em actividades de prevenção, particularmente como método para modificar opiniões e comportamentos. Existem muitas técnicas de dramatização, “*umas tentam despertar sentimentos como o medo, a culpabilidade...outras convidam o actor a defender um ponto de vista que normalmente não é o seu*” (Servais, 1984:144). Na opinião deste autor, a dramatização ajuda a reflectir sobre um problema específico para a idade do grupo com que se está a trabalhar, favorecendo o descobrimento do comportamento mais saudável para a promoção da saúde (Servais, 1984, *cit in* Lands, 1994).

Na perspectiva de outros autores, a dramatização é uma técnica que auxilia no diagnóstico da motivação e da disposição para aprender, bem como, para ensinar ideias e atitudes. Em alguns momentos, os indivíduos são designados para serem eles próprios ou alguém diferente no desempenho de papéis sendo desta forma considerada uma técnica útil para sensibilizar um indivíduo para a situação de outro. A dramatização funciona como um ensaio comportamental e mental que promove a retenção da aprendizagem. Esta técnica é mais eficaz em situações físicas orientadas para a acção.

A dramatização tem um potencial considerável para reduzir a intelectualização e para unificar a compreensão e o sentimento. Pretende-se evidenciar um comportamento desejado, sendo mais eficaz quando acompanhada de informação. Com auxílio desta técnica o indivíduo é ensinado nas habilidades exigidas e obtém a confiança necessária

para as desempenhar. Por todas estas razões, as crianças em idade escolar são susceptíveis de conseguir mais êxito com a implementação desta técnica em actividades de Educação para a Saúde (Redman, 2003).

Com esta técnica garante-se o principio da participação activa, e a relação educativa caracteriza-se por fazer algo “*com os outros*” em vez de “*para os outros*” sendo função do educador de saúde atender ao nível cultural dos indivíduos, às suas crenças em matéria de saúde, aos obstáculos e resistências sociais e ambientais que possam surgir nestas actividades educativas (Amorim, 1999).

MÉTODO EXPOSITIVO

Método pedagógico essencialmente utilizado na transmissão de informação eminentemente teórica. Método muito utilizado em seminários e conferencias. Caracteriza-se por assentar numa dicotomia emissor (orador) e receptor (ouvintes). Sendo um método pouco participativo, a qualidade do resultado depende inteiramente do orador (Ferrão, 2000).

O objectivo do método expositivo é transmitir o saber de forma organizada a um grupo de indivíduos, de modo a que todos fiquem com a mesma informação (Amorim, 1999).

Este método tem por base o recurso à comunicação. Quando utilizado em educação para a saúde o educando deve ponderar a utilização de uma linguagem adequada aos receptores da informação. Deve ter em atenção que a terminologia médica é estranha para a maior parte do público, e que os indivíduos com necessidades consideráveis de saúde geralmente têm competências linguísticas pouco desenvolvidas, o que resulta em baixos níveis de compreensão (Redman, 2003).

Tendo a comunicação verbal o maior peso no método expositivo, este deve ser complementado com a informação escrita, de forma a aumentar a retenção da informação por parte do indivíduo ou grupo a quem se dirige.

MÉTODO DEMONSTRATIVO

A demonstração é mais um recurso que o educador pode utilizar com a finalidade de proporcionar ao formando uma imagem mental, clara, de como um procedimento é desempenhado, constituindo o método mais adequado para adquirir habilidades. É um método pedagógico que privilegia a aprendizagem do saber - fazer. Numa actividade de

educação para a saúde “*os formandos necessitam de praticar para desenvolverem habilidades motoras*”. Sempre que o objectivo da aprendizagem exige habilidades para lidar com pessoas ou coisas, a experiência concreta com actividade, treino e orientação oral são consideradas mais eficazes (Redman, 2003:50).

A mesma autora faz ainda referência, que esta actividade prática deverá ser simulada em ambiente semelhante àquele onde a actividade será desempenhada.

O educador deve supervisionar, de modo a fornecer feedback para o desempenho correcto e a estimular a motivação caso seja necessário, “*a qualidade da formação e do acompanhamento reveste-se de importância crucial para a melhoria da saúde de uma pessoa*” deve-se oferecer apoio e acompanhamento, mesmo que o indivíduo não pareça motivado, a oferta de apoio por parte do educador de saúde pode ajudar o indivíduo a sentir-se mais confiante (Hartz, 1994:18).

Este deve ser paciente para acompanhar os diferentes ritmos de aprendizagem e para compreender e aceitar os “erros” cometidos, ser encorajador para com os participantes, reforçando positivamente todos os comportamentos que incidem gosto e vontade de aprender (Ferrão, 2000).

MÉTODO INTERROGATIVO

É um método pedagógico que não deve ser usado em exclusividade. Na opinião de Ferrão (2000), pode tornar aleatória a educação, quer em termos de gestão de tempo assim como dos resultados a alcançar. É um método que geralmente implica um conhecimento prévio dos educandos. Caracteriza-se por levar os participantes a descobrir, progressivamente, os diversos elementos/argumentos de um assunto, recorrendo a uma sucessão cuidadosa de questões, cuja a natureza deve ser adaptada aos conhecimentos prévios do indivíduo ou grupo.

Esta metodologia permite a intervenção activa dos educandos no seu processo de aprendizagem, mobilizando, o educador, os conhecimentos que já possuem, complementando-os e integrando-os no próprio processo de aprendizagem.

MÉTODO ACTIVO – PARTICIPATIVO

É um método pedagógico que pretende integrar os três níveis do saber: saber – saber, saber fazer, saber – ser/estar. Caracteriza-se por englobar os outros métodos supracitados. Centra

a problemática metodológica na participação activa dos participantes. Neste sentido, o educador “abdica” voluntariamente de dirigir a acção (no sentido da pedagogia tradicional) para passar a ser o seu “gestor pedagógico”, a sua função passa a incluir: cooperação com o grupo, ajuda aos participantes, orientação dos esforços do grupo, assim, estimula, clarifica, orienta...tal posição do educador, provoca uma nova forma de estar nos educandos, nesta posição eles: discutem, encaram os assuntos, pesquisam soluções, interagem entre eles e com o educador, resultando dessa interacção a aprendizagem (Ferrão, 2000).

Para a obtenção de melhores resultados com os métodos supracitados, deve-se utilizar meios auxiliares pedagógicos adaptados ao contexto do plano de ensino. Os meios são recursos indispensáveis ao serviço de educador para potenciar a relação pedagógica entre ele e os participantes no sentido de garantir a aprendizagem. O recurso a meios auxiliares pedagógicos, assenta na constatação de que a participação na resolução de casos práticos, por um lado, e reforço do que se diz como informação visual em simultâneo.

Alguns meios que podem ser utilizados são os audio-visuais. Sabe-se que a aprendizagem visual é superior à aprendizagem verbal no que se refere ao reconhecimento e recordação. Por isso são importantes o recurso à fotografia, o uso de gravuras, vídeos, projecção de transparências e programas informáticos com recurso à interactividade e até a jogos.

Recorrer a material impresso, pode ser outro meio, (com uma linguagem adequada, e de acordo com o nível de literacia do indivíduo ou grupo) que é sem dúvida o meio mais utilizado na educação para a saúde. Na opinião de Redman (2003), a maior parte das pessoas que sabem ler bem preferem obter a informação através da leitura, a qual é ideal para a compreensão de conceitos e relações complexas.

De todos os meios e métodos referenciados, considerando que todos eles têm vantagens e desvantagens, torna-se pertinente o uso de vários em simultâneo, possibilitando mais sucesso do que o uso de um isoladamente. Além disso, qualquer que seja a escolha, deve ser relevante do ponto de vista cultural ao indivíduo ou grupo a quem se destinada (Redman, 2003).

O domínio destas metodologias, por parte dos educadores de saúde, tem uma implicação directa na qualidade da educação para a saúde e conseqüentemente com o nível de saúde da comunidade.

Pedagogicamente é importante utilizar metodologias activas, que apelem à criatividade, que não sejam apenas cognitivas, mas que envolvam aspectos emocionais, assim como a auto estima e motivação dos indivíduos. É importante todo o contributo que os métodos e técnicas possam fornecer, no entanto deve-se ter presente que a aprendizagem resulta da soma de todas as influencias que colectivamente determinam os conhecimentos, as crenças, as atitudes e os comportamentos relacionados com a promoção, manutenção e recuperação da saúde (DGS, 2002).

Partindo de todo este suporte teórico passaremos a uma análise empírica acerca de todos estes aspectos referenciados, através da análise e interpretação de dados do estudo realizado.

5 - METODOLOGIA

Depois do desenvolvimento conceptual que deu suporte á problemática formulada, parece-nos indispensável desenhar o percurso metodológico.

No dizer de Moreira (1994), toda a investigação procura encontrar resposta ou solução para um determinado problema. Assim sendo, foi nosso propósito na elaboração deste plano de investigação e na sua implementação assegurar o respeito pelos procedimentos metodológicos, garantindo a validade e o rigor por forma a minimizar as possíveis fontes de enviezamento. É nossa intenção neste capítulo descrever opções metodológicas, métodos e procedimentos utilizados, apresentação de dados e análise dos mesmos.

5.1 - DA FASE CONCEPTUAL À FASE METODOLÓGICA: OPÇÕES METODOLÓGICAS

Sendo a metodologia o “conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 1999:372) no decurso da nossa investigação tivemos necessidade de determinar métodos e técnicas a utilizar de forma a obtermos respostas coerentes com a nossa inquietação. Neste sub-capitulo procedemos à descrição e justificação das nossas opções metodológicas. Fazemos referência aos objectivos do estudo, tipo de estudo, questões orientadoras, instrumento de colheita de informação, síntese de todo o nosso percurso metodológico terminando com referencia à população alvo e caracterização da amostra.

5.1.1 - OBJECTIVOS

Um objectivo pode ser entendido como “um enunciado declarativo que precisa as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação” (Fortin, 1999:100), são o enunciado das respostas que pretendemos ter na conclusão da investigação. Assim, traçámos como objectivos:

- Identificar as concepções de saúde e de doença expressas por estudantes do ensino superior que frequentam cursos na área da saúde;
- Perceber a variabilidade do conceito saúde/doença dos estudantes do ensino superior no início e fim da formação;
- Descrever a importância atribuída à educação para a saúde nos estudantes que frequentam cursos de licenciatura na área da saúde;
- Relacionar a influência da área de formação na sensibilização dos estudantes para a educação para a saúde.
- Caracterizar práticas de educação para a saúde dos estudantes que frequentam cursos de licenciatura na área da saúde.

Depois de definidos os objectivos houve que tomar decisões quanto ao tipo de estudo e metodologia a utilizar.

5.1.2 - TIPO DE ESTUDO

Dadas as características com que este estudo se apresenta, insere-se no âmbito da investigação de natureza descritiva comparativa de medidas repetidas que ocorreu no início de um processo de formação e no fim. É um estudo com medidas repetidas mas com uma apreciação distinta de estudantes, pela limitação de tempo a que fomos sujeitos, assim, o estudo não é feito sobre os mesmos participantes, situação frequente em ciências humanas. Para além de explorar um fenómeno, pretendemos analisar as relações existentes entre grupos e entre variáveis. Com este tipo de estudo foi nossa intenção “*obter mais informação, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação*” (Fortin, 1999:161).

Este estudo satisfaz pelo menos dois princípios: descrição de um conceito relativo a uma população e a descrição das características dessa população no seu conjunto. Ou ainda, como nos referem outros autores, “*neste tipo de trabalho procura-se retractor em detalhe as características de pessoas, acontecimentos ou situações*” (Robson, 1999, cit in D’Oliveira, 2002:15).

Como analisamos “A influência da formação superior, em futuros profissionais de saúde, em concepções de saúde/doença, educação para a saúde e sua implementação”, recorreremos a um estudo triangulado utilizando-se preferencialmente o método quantitativo, contudo alguns dados foram colhidos recorrendo-se a metodologia qualitativa e analisadas nesta perspectiva. Procedemos à triangulação metodológica de dados para tornar mais sólidos os resultados da investigação: “*a triangulação revela as várias dimensões de um fenómeno e ajuda a criar uma descrição mais rigorosa*” (Streubert. H; Carpenter.D, 2002:332). Considerando que, além de descrever este fenómeno, tentamos compreender as mudanças efectivas na vivência de aprendizagem efectuada ao longo dos cursos.

5.1.3 - QUESTÕES ORIENTADORAS

Um estudo projectado para gerar relações ou preencher uma lacuna na literatura deve ser conduzido por questões orientadoras. No decorrer da nossa pesquisa bibliográfica, e constatando que o assunto a estudar estava pouco explorado, surgiram-nos algumas inquietações:

- Será que a natureza do curso que os estudantes frequentam influenciam as concepções de saúde/doença e educação para a saúde?
- Será que há diferenças significativas, nos estudantes dos vários cursos, na forma de caracterizar a concepção de educação para saúde?
- Será que há diferenças significativas, nos estudantes que frequentam Enfermagem, Fisioterapia ou Podologia, se o curso que frequentam foi a sua primeira opção aquando da candidatura ao ensino superior?
- Será que há diferenças significativas, nos estudantes que frequentam o curso de Enfermagem, Fisioterapia e Podologia no primeiro e ultimo ano de formação na importância que atribuem à implementação de actividades promotoras de educação para a saúde?
- Qual a opinião dos estudantes, do quarto ano dos diferentes cursos, sobre o contributo das diferentes unidades curriculares para a sua formação como educadores?

•Será que há diferenças significativas, nos estudantes que frequentam o curso de Enfermagem, Fisioterapia e Podologia, na forma como se sentem preparados para intervir como educadores para a saúde?

Será que há diferenças significativas, nos estudantes que frequentam o curso de Enfermagem, Fisioterapia e Podologia, na forma como conceptualizam educação para a saúde?

• Será que há diferença significativa, na forma como os estudantes de Enfermagem, Fisioterapia e Podologia desenvolvem a implementação do processo educação para a saúde?

• Será que há diferenças significativas, nos estudantes dos diferentes cursos, como fazem o planeamento das acções de educação para a saúde?

• Será que há diferenças significativas, nos estudantes dos diferentes cursos, na utilização de estratégias educativas nas sessões de educação para a saúde?

• Será que há diferenças significativas, nos estudantes dos diferentes cursos, na forma como avaliam as acções de educação para a saúde?

•Quais são as dificuldades que os estudantes de Enfermagem, Fisioterapia e Podologia sentem na realização de actividades de educação para a saúde?

5.1.4 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

O instrumento de colheita de informação é “*o utensílio utilizado pelo investigador para recolher a informação válida e pertinente à realização do trabalho de pesquisa*” (Gil, 1989:91).

Tendo em conta o tipo de estudo, bem como o campo em que o nosso trabalho se iria desenvolver, os seus actores participantes e metodologias utilizadas. E, ponderando ainda a opinião de outros autores: que nos dizem qualquer que seja a tecnica de recolha, esta deve possibilitar uma compilação de dados tanto quanto “*possível em profundidade e em consoância com os objectivos e suporte teorico utilizado*” (Martins, 2002:169).

Neste sentido, procuramos construir e utilizar um instrumento de recolha de informação que nos pareceu mais indicado e adequado, capaz de nos dar as respostas procuradas. Pareceu-nos útil recorrer a um questionário, sendo este “*um instrumento de medida que*

traduz os objectos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa” (Fortin, 1999:249), permite “*colher informação junto dos participantes relativos aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes”* (Fortin,1999:245).

Este método de colheita de informação necessita de respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos actores participantes. O questionário que construímos comporta questões fechadas, ou de escolha fixa, em que se forneceu uma serie de respostas entre as quais os sujeitos fizeram uma escolha, e questões abertas, ou de resposta livre, nas quais os sujeitos participantes tiveram a liberdade de responder, não tendo que escolher respostas pré-determinadas (anexo I). O instrumento a que nos referimos foi construído especialmente para este estudo tendo em conta a revisão bibliográfica em que se basearam os capítulos precedentes.

O questionário constituiu-se em varias partes, organizado por 18 questões estruturadas de modo diverso e com diferentes objectivos.

A iniciar, surgia a nossa apresentação, referencia ao enquadramento do estudo, seus objectivos, pedido de colaboração com o seu preenchimento e garantia de confidencialidade e anonimato. Esta breve apresentação terminava com agradecimento aos participantes pela sua disponibilidade e colaboração.

No inicio do questionário apresentamos cinco questões e com as mesmas pretendemos obter uma sumária caracterização da nossa amostra no que se refere a alguns dados sociodemográficos, como: sexo, idade, estado civil, curso que frequentava e se o curso que frequentava foi a sua primeira opção aquando da sua candidatura no ensino superior.

As questões seis, sete e oito eram questões abertas, pretendemos com as mesmas compreender diferentes concepções de saúde, doença e educação para a saúde, as quais iram contribuir para a compreensão destes conceitos.

Com a pergunta nove pretendeu-se conhecer qual a importância atribuída pelos alunos às actividades de educação para saúde. Questão fechada com cinco possibilidades de resposta, escala tipo Likert.

Todas as questões que foram descritas até este momento foram comuns ao primeiro e quarto ano dos diferentes cursos. A partir da questão numero dez só foi colocada aos alunos que frequentam o quarto ano das diferentes licenciaturas em estudo.

Na questão numero dez foi nosso objectivo saber que opinião é que os estudantes tinham sobre a adequação da sua formação global, como futuros educadores. Questão fechada, também ela com cinco possibilidades de resposta, escala tipo Likert.

A questão numero onze avaliou quais as áreas teóricas ou práticas que mais contribuíram para a formação dos estudantes como educadores para a saúde. Na construção desta questão fundamentamo-nos numa análise prévia dos conteúdos das diferentes unidades curriculares, de cada curso, sendo dirigida à posterior especificamente para cada curso. Foi nossa intenção agrupar algumas disciplinas conforme o tipo de conteúdos ministrados. Algumas disciplinas são comuns aos três cursos.

Questão dicotómica (escala nominal) com possibilidade de resposta: Sim, não, sem opinião.

A questão numero doze avaliou a capacidade de intervir como educador para a saúde. Questão fechada com cinco possibilidades de resposta, escala tipo Likert.

Ainda dentro do mesmo assunto, na questão numero treze, quisemos saber se os alunos durante o seu processo de formação tiveram oportunidade de implementar actividades de educação para a saúde, e em caso afirmativo onde o fizeram. Questão fechada com cinco possibilidades de resposta, escala tipo Likert, tendo possibilidade de escrever onde realizaram as actividades de educação para a saúde.

A questão numero catorze avaliou o entendimento de educação para a saúde. Questão composta por nove afirmações, onde em cada afirmação o aluno poderia escolher uma resposta dispunha de uma escala de Likert.

Semelhante apresentava-se a questão numero quinze. Pretendemos avaliar como é que os estudantes fazem o planeamento das acções de educação para a saúde. Questão com doze afirmações onde em cada afirmação o aluno poderia escolher uma resposta, dispunha de uma escala de Likert.

Na questão numero dezasseis avaliamos a frequência com que os estudantes utilizam algumas técnicas, métodos e meios. Questão com oito afirmações onde em cada afirmação o aluno poderia escolher uma resposta disposta de uma escala de Likert.

Como faziam a avaliação da sua intervenção foi avaliada na questão numero dezassete. Esta questão tinha quatro afirmações e a possibilidade de resposta foi também baseada numa escala de Likert.

Finalmente, com a questão numero dezoito avaliamos quais as principais dificuldades sentidas pelos estudantes na realização de actividades promotoras de saúde. Questão com sete afirmações e a possibilidade de resposta foi também baseada numa escala de Likert.

Pelo descrito pode-se verificar que este instrumento permitir-nos caracterizar a amostra e medir as variáveis em estudo. A opção pela utilização de um questionário com questões predominantemente tipo Likert prende-se com o facto de *“medir a intensidade das opiniões e as atitudes da maneira mais objectiva possível”* (Gil, 1989:134), e com a facilidade da sua aplicação na fase de recolha de dados, uma vez que não é necessário o contacto directo entre o investigador e o inquirido, e ao mesmo tempo permite a recolha de informações de um numero relativamente mais significativo de participantes.

PRÉ TESTE

Alguns autores defendem a necessidade de se realizar o pré-teste ao instrumento de colheita de informação *“como forma de assegurar que os inquiridos entendem as perguntas que são feitas e as opções de resposta previstas recobrem adequadamente o que eles pensam”* (Foddy, 1999:10). Deste modo, o pré-teste pode ser entendido como *“um ensaio de um instrumento de medida ou equipamento, antes da sua utilização em maior escala”* (Fortin, 1999:373). Com o mesmo pretendeu-se verificar:

- Se as questões eram entendidas da mesma forma;
- Se existiam perguntas inúteis, inadequadas á informação pretendida, demasiado difíceis ou a que um grande número de sujeitos se recusa a responder;
- Se os inquiridos consideram o questionário demasiado longo, aborrecido ou difícil.

Este procedimento, permitiu também averiguar as condições em que o questionário foi aplicado, a sua qualidade gráfica e as instruções que o acompanham. Foi também nossa

intenção avaliar a validade do conteúdo, verificar a adequação das perguntas com base na informação fornecida.

O questionário que descrevemos anteriormente, foi testado na sua totalidade, para tal solicitamos a colaboração a um grupo de estudantes do 2º ano de Licenciatura em Enfermagem, 3º Curso da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave. Deste procedimento resultou um plano amostral constituído por 61 participantes. Alunos que pertencem à população em estudo mas que não fizeram parte da nossa amostra. A escolha desta turma foi feita com base na semelhança dos alunos com os da população a ser estudada. O critério de selecção prendeu-se com a disponibilidade dos alunos naquele momento.

O procedimento ocorreu em sala de aula após o convite à participação, exposição oral dos objectivos e propósitos. Foram dadas garantias éticas e em relação ao anonimato.

A maioria dos inquiridos manifestou boa receptividade e disposição em participar. Não foi eliminado nenhum questionário, por insuficiência do seu preenchimento ou qualquer outro motivo. O preenchimento levou entre dez a vinte minutos.

Deste ensaio verificou-se que: a linguagem usada era adequada às características da população a estudar, no entanto foi necessário realizar correcções e alterações necessárias nas seguintes perguntas:

Linguagem da 14 d) passa a educação para a saúde como processo que vai de encontro com as necessidades de um indivíduo ou comunidade;

A pergunta numero dezasseis foi reorganizada, tendo-se alterado a disposição das alíneas e reagrupadas em subgrupos passando a ter 16.1(a técnica); 16.2(o método), e 16.3 (os meios).

Efectuou-se uma análise simples dos dados colhidos. Das questões abertas procedemos à análise de conteúdo. Técnica privilegiada para tratar material não estruturado, tornando possível, por exemplo, mostrar a importância atribuída pelos participantes a certos temas e ou significados que lhes estão subjacentes (Fortin, 1999), no nosso caso analisar concepções de saúde, doença e educação para a saúde.

Na nossa análise seguimos as orientações que Bardin preconiza “*em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação*”(Bardin, 1979:95).

Assim, após a colheita de todas as abordagens qualitativas procedemos á organização dos dados, construímos quadros com a informação referente a cada caso(participante) e por pergunta, ou seja, construímos o nosso corpus de analise. Posteriormente, numa fase de pré-análise dos dados, leram-se todas as respostas com o intuito de “*estabelecer contacto com os documentos a analisar e conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações*”(Bardin, 1976:96). Como resultado das várias leituras do corpus de analise foi possível identificar palavras-chave, procedeu-se então à fase de categorização definiram-se as categorias “*rubricas significativas, em função das quais o conteúdo será classificado e eventualmente quantificado*”(Grawitz, 1993 cit in Carmo 1998:253), e unidades de registo “*segmento mínimo de conteúdo que se considera necessário para poder proceder à analise, colocando-o numa categoria*” (Carmo, 1998:257). Para melhor sistematização e analise organizaram-se em quadros (anexo III). Neste exercício efectuamos também uma analise quantitativa, recorrendo a analise de frequência das diferentes unidades de registo encontradas. Da inferência e interpretação dos dados foi curioso averiguar como definem saúde doença e educação para a saúde os alunos do 2º ano de Enfermagem, da Escola Superior de Saúde Vale do Ave (Anexo IV)

Os restantes dados (das questões fechadas) foram introduzidos numa folha do programa SPSS³-win versão 10 e procedeu-se à analise dos mesmos, servindo também para a validação do instrumento.

VALIDADE

A validade de um instrumento é, fundamentalmente, uma questão empírica que revela da sua capacidade efectiva de medir aquilo para o qual foi criado, e pressupõe os mesmos resultados em várias experiências.

Para validação do nosso instrumento recorreremos a analise do alfa de Cronbach, sendo este uma das medidas mais usadas para a verificação da consistência interna de um conjunto de variáveis (itens), podendo ser entendida como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas do mesmo universo, com igual numero de itens, que meçam a mesma característica. Varia entre 0 e 1, considerando-se como indicador de boa consistência interna ser superior a 0,8 (Pestana; Gameiro, 2000).O valor de coeficiente

³ Statistcal Packge for Social Sciencies

encontrado nos itens por nós analisado variou de 0,4650 / 0,8286, para o coeficiente de alfa de Cronbach, para os diferentes grupos em análise (anexo V).

Para a validação nas escalas tipo Likert cada item foi pontuado de 1 a 5. A atribuição a cada item foi atribuída tendo em conta uma direcção positiva, ou seja, atribuímos valor 5 à resposta mais positiva (Muito/Sempre) e 1 à mais negativa (Nada/Nunca).

Após a realização deste pré-teste procedeu-se à redacção definitiva do nosso questionário (anexo II), que foi anexado ao pedido de autorização para a sua aplicação.

5.1.5 - VARIÁVEIS EM ESTUDO: OPERACIONALIZAÇÃO

Quando um conceito é colocado em acção numa investigação ele toma o nome de variável. As variáveis podem ser *“quantidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação”* (Fortin, 1999:36). Uma variável é um facto observável que pode apresentar valores diferentes em diferentes circunstancias. Na essência, as variáveis são características de tomarem valores distintos dentro de um determinado contexto.

Uma vez que a maioria dos conceitos não são directamente observáveis ou mensuráveis tem que se fazer a operacionalização dos conceitos, *“a operacionalização dos conceitos ou construtos, apoia-se em definições conceptuais específicas numa teoria ou estabelecidos pelo investigador no decurso do processo de clarificação dos conceitos. Operacionalizar um conceito significa defini-lo de maneira que ele possa ser observado e medido; tornando-se assim, também ele, um fenómeno”* (Fortin, 1999:217). Assim, durante o nosso trabalho empírico definimos as variáveis e procedemos à operacionalização das mesmas. Podemos referir que as variáveis do nosso estudo são:

- Sociodemográficas, estas podem ser entendidas como variáveis de caracterização da amostra que estudamos. As variáveis podem ser classificadas de diferentes modos, segundo o tipo de utilização na investigação. Sendo assim, neste estudo estas variáveis são consideradas variáveis.

VARIÁVEL	COMPONENTE	INDICADORES
✓Género	Sexo	Homem / Mulher (1) (2)
✓Idade	Classes	Anos
✓Estado civil	Estado civil	(1)Solteiro (2)Casado/União facto (3)Divorciado/Separado (4)Viuvo
✓Curso em que está matriculado	Curso	(1)Enfermagem (2)Podologia (3)Fisioterapia
✓1ª Opção do curso	Opinião do aluno	(1)Sim (2)Não

Quadro nº4 - Variáveis Sociodemográficas

Para além das variáveis caracterizadoras da nossa amostra englobamos outras variáveis como variáveis latentes; estas podem ser definidas como “*variável definida por um conjunto de outras variáveis*” (Hill, 2002:137), que podem ser designadas de “*variáveis de componentes*”, que de certa forma são partes que compõem a variável latente. Às variáveis componentes num questionário atribui-se o nome técnico de “*itens*”. Estes itens podem ser medidos por intermédio de escalas. Para avaliação dos nossos itens optamos predominantemente por escalas tipo Likert, estas permitem “*uma medição ordinal, isto é, possibilita graduar ou ordenar os sujeitos em função de diferentes graus de adesão/não adesão, ou concordância/discordância, em relação a determinadas opiniões ou atitudes*” (Afonço, 1989:79). Em algumas variáveis fez mais sentido aplicar escalas nominais, este tipo de escala consiste “*num conjunto de categorias de respostas qualitativamente diferentes e mutuamente exclusivas*”(Hill, 2002:106).

- Opinião sobre importância da educação para a saúde; importância pode ser entendida como “*grande valor, mérito, interesse, consideração*” (Grande enciclopédia do conhecimento, 2001:1356).

VARIÁVEL	COMPONENTE	INDICADORES
✓ Opinião sobre educação para a saúde	• Importância atribuída pelos alunos	Nada importante Pouco Importante Importante Bastante Importante Muito Importante

Quadro nº5 - Opinião sobre Educação para Saúde

- Avaliação global da formação; por avaliar podemos interpretar como “*determinar um valor*” (Grande enciclopédia do conhecimento, 2001:235).

VARIÁVEL	COMPONENTE	INDICADORES
✓ Avaliação global da formação	• Conteúdos ministrados	Nada adequados Pouco Adequados Adequados Bastante Adequados Muito Adequados

Quadro nº6 - Avaliação Global da Formação

- Área teórica ou prática que mais contribui para a sua formação como educador para a saúde

VARIÁVEL	COMPONENTE	INDICADORES
✓ Área teórica ou prática que mais contribuiu para a sua formação como educador para a saúde	<p>Curso Enfermagem</p> <p>Unidades Curriculares: Ciências de Enfermagem Ciências Fundamentais Ciências sociais Metodologia Científica Estágios</p> <p>Curso Fisioterapia</p> <p>Ciências de Fisioterapia Ciências Fundamentais Ciências sociais Metodologia Científica Estágios</p> <p>Curso Podologia</p> <p>Ciências Fundamentais Podologia Geral Ortopodologia Quiropodologia Cirurgia Estágios</p>	(1)Sim (2)Não (3)Sem opinião

Quadro nº7 - Área que mais contribuiu para a formação como educador

- Percepção da capacidade de intervir como educador para a saúde; o educador para a saúde este pode ser perspectivado como o profissional de saúde que diagnostica problemas relacionados com saúde e ajuda a resolve-los mediante a selecção e uso de métodos educacionais sólidos adequados a certas necessidades (Green, 1998).

VARIÁVEL	COMPONENTE	INDICADORES
✓ Percepção capacidade intervir como educador para a saúde	•Opinião do aluno	Nada Preparado Pouco Preparado Preparado Bastante Preparado Muito Preparado

Quadro nº8 - Capacidade de Intervir como Educador

- Oportunidade de implementar actividades de educação para a saúde; oportunidade vista como “*ocasião favorável*” (Grande enciclopédia do conhecimento, 2001:1976).

VARIÁVEL	COMPONENTE	INDICADORES
✓ Oportunidade de implementar actividades de educação para a saúde	• Opinião dos alunos	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

Quadro nº9 - Oportunidade de implementar actividades de Educação para Saúde

- Entendimento de educação para a saúde; educação para a saúde como um processo pedagogicamente orientado, para o desenvolvimento de competências individuais e colectivas, que facilitem a tomada de decisões informadas, autónomas e responsáveis, que visem a promoção da saúde (Pestana, 1996).

VARIÁVEL	COMPONENTE	INDICADORES
✓ Entendimento de educação para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Variável de prevenção • Base de actividade de uma profissão • Processo que informa • Processo que identifica • Processo interacção • Processo de transmissão • Actividade intencional • Actividade planeada • Actividade ocasional 	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

Quadro nº10 - Entendimento de Educação para Saúde

- Planeamento de educação para a saúde; planejar é repartir um determinado numero de tarefas pelo tempo disponível, de forma organizada para se alcançar os melhores resultados (Ferão, 2000).

VÁRIAVEL	COMPONENTE	INDICADORES
✓ Planeamento de Educação para a Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Conhecimento do utente ♦ Necessidade de aprendizagem ♦ Receptividade do utente ♦ Motivação do utente ♦ Faz diagnóstico de situação ♦ Estabelece objectivos ♦ Ponderação numero de indivíduos ♦ Selecciona o local ♦ Selecciona o horário ♦ Estabelece tempo de duração ♦ Pondera características dos formandos ♦ Tem em conta os costumes e tradições dos utentes 	<p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>Às vezes</p> <p>Muitas vezes</p> <p>Sempre</p>

Quadro nº11 - Planeamento de Educação para Saúde

♦ Estratégias de educação; desenvolver uma estratégia pode ser entendida como tomar algumas medidas ou “*arte de ensinar a organizar um plano de operações*” (Grande enciclopédia do conhecimento, 2001:983).

VARIÁVEL	COMPONENTE	INDICADORES
✓ Estratégias de educação	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Dinâmica de grupo ♦ Método expositivo ♦ Dramatização ♦ Linguagem ♦ Meios auxiliares de ensino ♦ Informação escrita 	<p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>Às vezes</p> <p>Muitas vezes</p> <p>Sempre</p>

Quadro nº12 - Estratégias de Educação para Saúde

♦ Avaliação do processo educação para a saúde; entendendo-se avaliar como “*comparar um determinado comportamento, característica, conteúdo manifesto, com o que seria de esperar*” (Ferrão, 2000).

VARIÁVEL	COMPONENTE	INDICADORES
✓ Avaliação do processo educação para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Conhecimentos ♦ Forma ♦ Necessidade de re-ensino ♦ Necessidade de acompanhamento 	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

Quadro nº 13 - Avaliação do processo de Educação para a Saúde

- ♦ Auto avaliação do aluno como educador; auto avaliação pode ser entendida como a avaliação que alguém faz de si mesmo.

VARIÁVEL	COMPONENTE	INDICADORES
✓ Auto avaliação como educador	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Diagnostico ♦ Planeamento ♦ Metodologias ♦ Enfrentar o receptor ♦ Linguagem ♦ Trabalho em equipa ♦ Avaliação de resultados 	Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

Quadro nº14 - Auto avaliação do aluno como educador

5.1.6 - PERCURSO METODOLÓGICO

As investigações realizadas com seres humanos envolvem sempre questões morais e éticas, que divergem de acordo com cada tipo de investigação, “na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano” (Fortin, 1999:113).

Sendo a ética a “ciência da moral e a arte de dirigir a conduta [...] o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta [...] as acções e atitudes” (Fortin,1999:114).

No nosso percurso metodológico foi garantido o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação. Assim, como a garantia da máxima confidencialidade nas fases de recolha e de tratamento da informação. Cada questionário foi codificado com uma letra e um numero, desta forma nenhum dos participantes é reconhecido pelo investigador nem por qualquer leitor do relatório de investigação.

Além da comunicação da identidade dos investigadores, procurou-se obter um consentimento informado por parte dos sujeitos seleccionados e da instituição a que pertencem.

Durante o nosso percurso metodológico foi também nosso propósito assegurar o respeito pelos procedimentos metodológicos, garantindo a validade e o rigor por forma a minimizar enviezamentos.

Este trabalho desenvolveu-se em diferentes momentos. Numa primeira fase procuramos compilar alguma da bibliografia disponível sobre o assunto, de forma a nos organizarmos e dar orientação à inquietação que tínhamos em mente. Face ao que tivemos acesso construimos o nosso instrumento de colheita de informação.

Seguidamente procedemos as formalidades inerentes ao pedido para a realização do estudo junto do Conselho de Administração do Instituto em que a investigação se iria desenvolver. Foi dado a conhecer os objectivos do estudo, os conceitos que se pretendiam analisar, a população alvo, o tipo de instrumento a utilizar para a recolha da informação e períodos em que decorreria a recolha de informação.

Antes do novo ano lectivo realizamos o pré-teste conforme descrito anteriormente.

Na primeira semana do ano lectivo 2003/2004 (Outubro, 2003) implementamos os questionários ao primeiro ano dos diferentes cursos em estudo. Isto porque um dos nossos objectivos era perceber a variabilidade do conceito saúde/doença dos estudantes do ensino superior no inicio e fim da sua formação, a segunda fase de colheita de dados, ao quarto ano de cada curso, realizou-se na penúltima e ultima semana teórica (Dezembro de 2003 e Janeiro de 2004 conforme cronograma escolar de cada curso). Na figura nº 4 apresentamos o diagrama da nossa investigação.

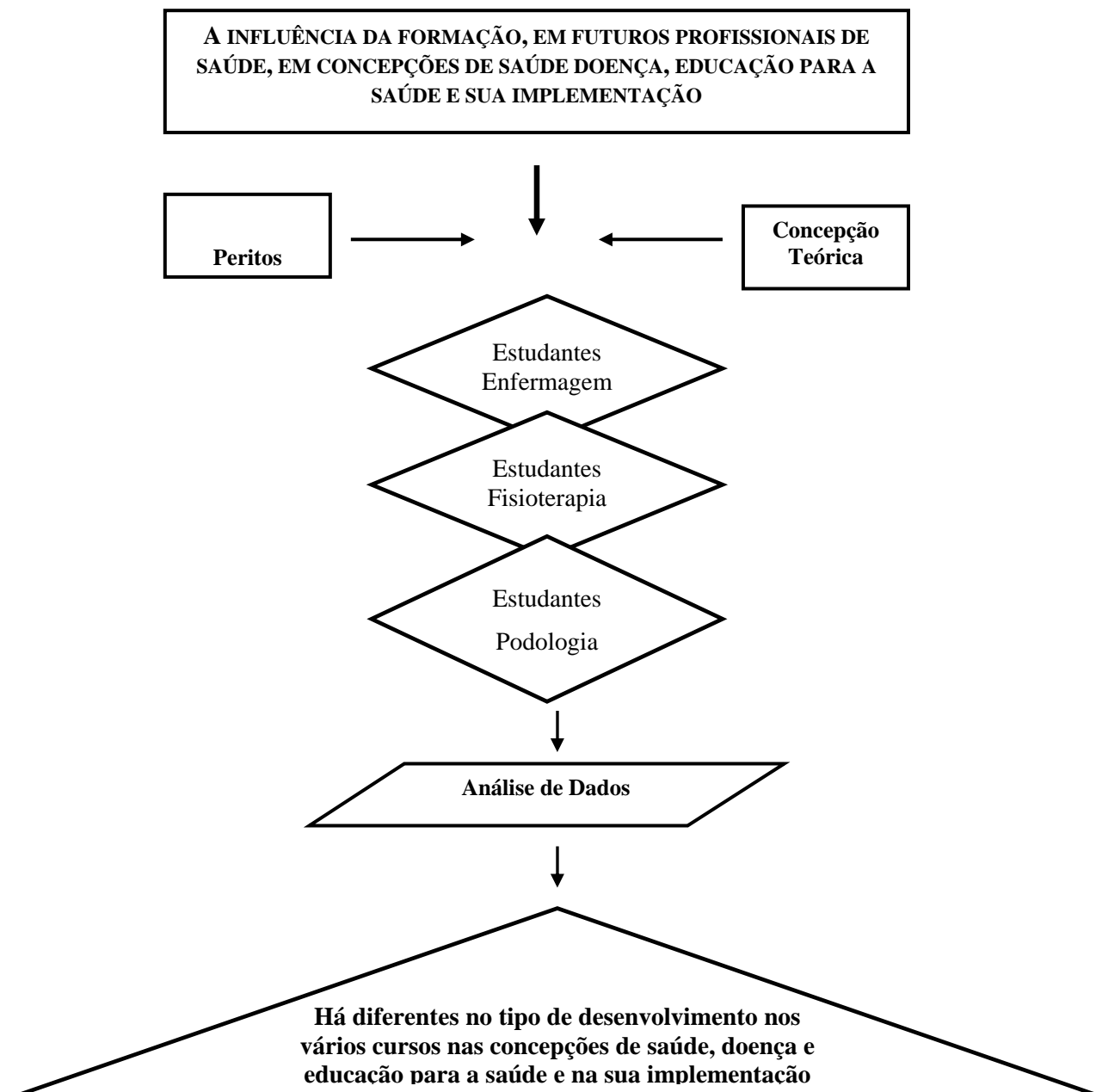


Figura n 4 - Diagrama de Investigação

Tivemos algum cuidado com a necessidade de procedemos à recolha de informação em ambiente o mais natural possível, respeitando a vontade manifestada pelos participantes da investigação, utilizando estratégias que os levassem a responder o mais espontâneo possível. Na recolha da informação seguimos basicamente os mesmos passos enunciados para o pré-teste, pedimos ainda a colaboração a alguns docentes para a distribuição dos questionários em sala de aula. O questionário foi entregue por nós e outros docentes em mão aos estudantes, e, após o preenchimento foram devolvidos ao docente e este entregou-os ao pesquisador. De referir que aquando da recolha de informação ao quarto ano

deparamo-nos com uma dificuldade: o numero de estudantes em sala de aula foi mais reduzido do que no primeiro ano, dado que a frequência teórica não é de presença obrigatória e as turmas de quarto ano são constituídas por menos elementos que as do primeiro ano. No entanto, todos os estudantes que estavam presentes em sala de aula no momento da implementação do instrumento de colheita de dados participaram.

Na análise das respostas aos referidos questionários utilizamos a estatística descritiva e a análise de conteúdo. A análise de conteúdo decorreu durante o mês de Janeiro e Fevereiro de 2004 e análise estatística durante Março até Junho de 2004.

Finalmente, fizemos a interpretação possível dos dados, procurando respostas para a nossa inquietação. Foram várias as dificuldades e limitações sentidas ao longo do desenvolvimento deste estudo, tanto a nível da disponibilidade pessoal e profissional como ao nível do desenvolvimento da metodologia de investigação por que optamos tendo em conta a nossa inexperiência na sua utilização.

5.1.7 - POPULAÇÃO ALVO E SELECÇÃO DA AMOSTRA

Na continuidade do trabalho, e tendo em conta o nosso problema de investigação “*A influencia da formação, em futuros profissionais de saúde, em concepções de saúde/doença, educação para a saúde e sua implementação*”, foi necessário definirmos a população e a amostra para o nosso estudo.

População ou universo é o “*conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação*” (Fortin, 1999:373). Assim, “elegemos” como população do nosso estudo os estudantes do *Instituto Politécnico de Saúde do Norte*. A população alvo é a população particular que será submetida ao estudo, ou seja, “*a população para o qual serão generalizados os resultados de uma investigação obtidos a partir de uma amostra*” (Fortin, 1999:373), assim, consideramos todos os estudantes da instituição supra citada a nossa população alvo durante o período em que decorreu a colheita de informação. A escolha desta instituição prende-se com aspectos relacionados com a natureza dos seus cursos de formação: é uma instituição de Ensino Superior Privado Português que ministra cursos superiores na área da saúde, com saídas profissionais diversificadas como: Ciências Farmacêuticas, Medicina Dentária, Psicologia Clínica; Saúde Ambiental e Biotoxicologia, Anatomia Patológica Citológica e Tanatológica, Enfermagem, Fisioterapia, Podologia,

Prótese Dentária, Análises Clínicas e de Saúde Pública, Marketing Farmacêutico, Farmácia, Neurofisiologia e Cardiopneumologia.

O Instituto Politécnico de Saúde do Norte integra a Escola Superior de Saúde do Vale do Ave e a Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, com uma frequência global de 2091 alunos. A Escola Superior de Saúde do Vale do Ave localiza-se no concelho de Vila Nova de Famalicão e a Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa no concelho de Paredes.

Uma vez definida a população foi necessário proceder à selecção dos participantes. O processo que conduz à selecção de uma parte ou subconjunto de uma dada população denomina-se de amostra, podendo ser designada por *“uma réplica em miniatura da população alvo”* (Fortin, 1999:202). Os elementos que a constituem representam a população a partir da qual foram seleccionados. A nossa amostra é constituída pelos estudantes que frequentam diferentes cursos da área da saúde, nomeadamente: Enfermagem, Podologia e Fisioterapia (em diferentes fases de formação, 1º ano e 4º ano) a nossa escolha resultou de uma análise prévia das diferentes unidades curriculares, tendo constatado que estes cursos direccionam alguns dos seus conteúdos para a temática educação para a saúde. É uma amostra com características probabilística, intencional, estratificada isto porque *“uma amostra é considerada aleatória ou probabilística se for recolhida por um processo tal que todo e qualquer elemento tem probabilidade calculável e diferente de zero de ser escolhido para integrar a amostra”* (Vicente, Reis e Ferrão, 2001:48), intencional, porque se recorre a um conhecimento prévio das características da população *“o conhecimento que o pesquisador tem da população e seus elementos é usado para seleccionar bem os casos a serem incluídos na amostra”*(Lobiondo-Wood, 2001:144), ainda, amostragem estratificada *“requer que a população seja dividida em camadas ou subgrupos”* (Lobiondo-Wood, 2001:146), estes subgrupos em que a população é dividida são homogéneos.

É nossa intenção descrever de forma sintetizada a natureza dos cursos que fazem parte da nossa amostra, assim como referenciar legislação vigente que os regulam.

ENFERMAGEM

O curso de Licenciatura em Enfermagem⁴, ministrado na Escola Superior de Saúde de Vale do Ave e Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa, está estruturado de modo a permitir que os futuros actores sociais (enfermeiros), ao longo do seu processo de formação, ensino-aprendizagem, tomem consciência do seu potencial interventivo na relação com o meio ambiente, pessoas e comunidade. A tónica é posta na sua autonomia e capacidade de decisão. O curso de Enfermagem atribui o grau de licenciado a todos aqueles que concluem com aproveitamento, todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do curso.

Esta Licenciatura foi aprovada pela Portaria nº 848-A/99 de 30 Setembro e alterado pelas Portarias nº1193/2000 de 19 Dezembro e nº 1269/2003 de 5 Novembro. Desenvolve-se através de unidades curriculares de natureza teórica e prática clínica, que serão, tanto quanto possível, orientados para a resolução de problemas. Esta estratégia favorecerá o enquadramento dos conceitos de Homem, Ambiente, Saúde e Enfermagem no desenvolvimento da prática profissional.

O curso de Licenciatura em Enfermagem tem por finalidade preparar profissionais de enfermagem no âmbito pedagógico, técnico, científico, tecnológico e de relação para prestar cuidados de enfermagem gerais aos três níveis de prevenção, dirigidos ao indivíduo, família e comunidade; participar na gestão dos serviços de enfermagem ao nível dos departamentos ou serviços, no ensino, de acordo com a área de intervenção e em trabalhos de investigação no âmbito da enfermagem.

Pretende-se sobretudo, que os formandos adquiram capacidades para gerir a necessidade de aquisição de conhecimentos contínuos percebido-a como a única estratégia capaz de nutrir a evolução profissional.

No final dos quatro anos lectivos espera-se, que o aluno tenha um suporte teórico e prático que lhe permita contribuir como agente formativo no processo de socialização profissional e em simultâneo que lhe permita ser agente activo do desenvolvimento profissional e dos cuidados de saúde em geral.

⁴ Este curso na descrição e análise de dados será designado de (E) e Enf, o ano por 1 (1ºano) ou 4 (4ºano) respectivamente.

Para o efeito, esta Licenciatura está organizada em diferentes unidades curriculares que se encontram subdivididas em módulos que constituem as modalidades de ensino teórico, prático e ensino clínico. As diferentes unidades curriculares podem ser agrupados nas seguintes áreas científicas: Ciências de Enfermagem; Ciências Fundamentais; Ciências Sociais; Metodologia Científica e Estágios (ensinos clínicos).

As áreas que abordam assuntos referentes ao conceito saúde/doença e educação para a saúde são as ciências de Enfermagem e as Ciências Sociais, podendo aplicar na prática estes conhecimentos aquando da realização dos ensinos clínicos.

O ensino teórico e o ensino clínico articulam-se no tempo, por forma a que o segundo se desenvolva o mais próximo possível da componente teórica a que lhe corresponde. Com esta estrutura curricular pretende-se implementar um processo de ensino-aprendizagem evolutivo que permita ao estudante a integração do desenvolvimento de capacidades intelectuais, psicomotoras e relacionais.

Os estágios (ensinos clínicos) são realizados em hospitais e centros de saúde e ainda noutros serviços da comunidade, adaptados às necessidades de aprendizagem e disponibilidade dos serviços requisitados.

FISITERAPIA

Esta Licenciatura Biotápica ministrada na Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, foi aprovada pela Portaria nº 29/2001 de 16 Janeiro Série B do Diário da República.

Este curso tem como objectivo geral conferir qualificações para o exercício da Fisioterapia⁵: *“Centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseada na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas com base no movimento, nas terapias manipulativas, e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação, e de tratar, habilitar ou reabilitar, utentes/clientes com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida”* (Decreto- Lei nº261/93 de 24 de Julho).

⁵ Este curso na descrição e análise de dados será designado de (F) e Fisi, o ano por 1 ou 4(1ºano) ou 4 (4ºano) respectivamente.

Os objectivos deste curso abrangem vários domínios: Domínio Cognitivo – Pretende-se que o aluno demonstre ter conhecimento da estrutura e funcionamento do corpo humano no contexto bio-psico-social normal, seja capaz de identificar o patológico, na perspectiva específica do Fisioterapeuta, assim como conhecer os procedimentos para o retorno a um estado de melhor saúde.

Domínio Psicomotor – pretende-se que o aluno seja capaz de executar um conjunto de técnicas de avaliação e de intervenção sobre as estruturas e funções efectuadas.

Domínio Afectivo – pretende-se que o aluno demonstre ter desenvolvido um conjunto de comportamentos coerentes com um sistema de valores normais, éticos e legais e um conjunto de atitudes profissionais compatíveis com uma actualização profissional permanente.

O curso de Fisioterapia atribui o grau de Bacharel a todos os estudantes que concluem com aproveitamento, todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do 1º ciclo do curso; e atribui o grau de licenciado aos estudantes que concluem com aproveitamento, todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do 2º ciclo do curso. As diferentes unidades curriculares podem ser agrupados nas seguintes áreas científicas: Ciências de Fisioterapia; Ciências Fundamentais; Ciências Sociais; Metodologia Científica e Estágios (ensinos clínicos). As áreas que englobam os assuntos em estudo são principalmente as Ciências Fundamentais e Ciências Sociais.

PODOLOGIA

Há algumas décadas que o *pé* tem sido objecto de análise, investigação, diagnóstico e terapêutica de várias patologias que o afectam, motivo que deu origem ao aparecimento de uma nova ciência na área da saúde designada de Podologia⁶.

Podologia é uma licenciatura relativamente recente no nosso país. Iniciou-se em Portugal através de um protocolo entre a CESPU⁷ e a Universidade de Barcelona. É um curso de Licenciatura Bietápico, ministrado na Escola Superior de Saúde de Vale do Ave e Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa, aprovado pela Portaria nº101/2001 de 16 Fevereiro Série B do Diário da República.

⁶ Este curso na descrição e análise de dados será designado de (P) e Podo, o ano por 1 ou 4 (1ºano) ou 4 (4ºano) respectivamente.

⁷ Cooperativa Ensino Superior Politécnico Universitário

O curso de Podologia tem por finalidade dotar os futuros Podologistas dos conhecimentos necessários ao domínio de todas as funções do pé, das suas patologias e doenças, assim como das técnicas de prevenção, das terapêuticas correctivas e dos tratamentos que utilizarão ao longo da sua vida profissional.

Este curso superior atribui o grau de bacharel a todos aqueles que concluem com aproveitamento todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do 1º ciclo do curso; e atribui o grau de licenciado a todos os estudantes que concluem com aproveitamento todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do 2º ciclo do curso. As diferentes unidades curriculares podem ser agrupados nas seguintes áreas científicas: Ciências Fundamentais; Podologia Geral; Ortopodologia; Quiropodologia; Cirurgia e Estágios (ensinos clínicos). Neste curso, a área que aborda o assunto em análise são as Ciências Fundamentais.

Em suma os cursos supracitados estão inteiramente relacionados com saúde e sobretudo preparados para formar profissionais com competências preventivas de actuação.

Procedeu-se então à selecção da amostra com o objectivo de poder generalizar à totalidade da população os resultados obtidos. Para calcular o tamanho da amostra tivemos em consideração o objectivo do estudo, o fenómeno em estudo e o tipo de tratamento de dados. Assim, a nossa amostra é constituída por 67 estudantes do curso de Enfermagem do 1º ano e 48 estudantes do 4º ano; no curso de Fisioterapia inquirimos 77 estudantes do 1º ano e 51 do 4º ano; na licenciatura de Podologia 49 estudantes do 1º ano e 49 estudantes do 4º ano; no total obtivemos 341 participantes distribuídos pelas três licenciaturas, 193 do 1º ano e 148 do 4º ano, o que corresponde a 16,35% da população.

Para melhor leitura destes dados construímos uma tabela que passamos a apresentar.

Curso	Alunos 1º Ano	Alunos 4º Ano
Enfermagem	67	48
Fisioterapia	77	51
Podologia	49	49
Total	193	148

TABELA Nº1 - COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA/CURSOS

Assim, a análise dos dados terá que ter em conta as características destes, expressas na tabela, conforme os objectivos do estudo.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A caracterização da amostra foi feita de acordo com o ano e o curso.

Sexo/ Primeiro ano

O gráfico da distribuição dos estudantes por sexo mostra claramente que a esmagadora maioria dos estudantes são do sexo feminino – nos cursos de, Enfermagem Fisioterapia e Podologia as percentagens são respectivamente de 86.6%, 76.6% e 73.5%.

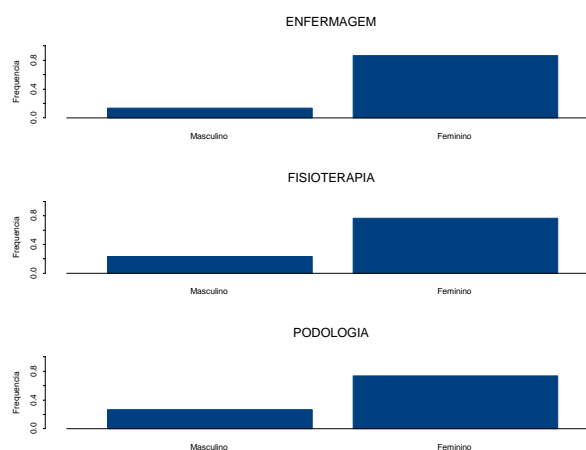


GRÁFICO Nº1 - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO 1º ANO

Sexo/Quarto ano

As características da distribuição mantêm-se – as percentagens são 81.3%, 71.4% e 86.3% para os três cursos respectivamente.

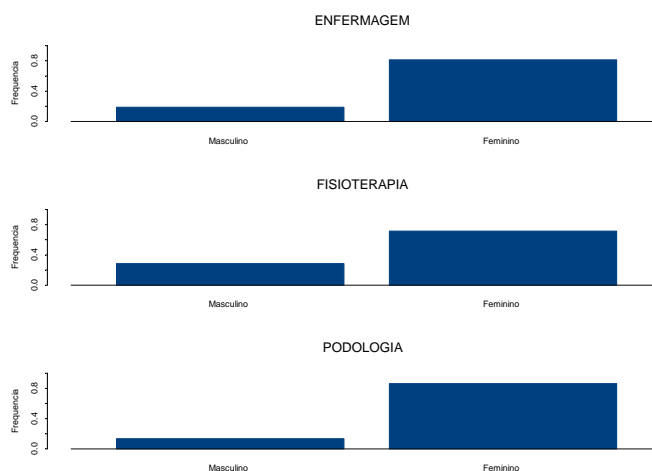


GRÁFICO Nº2 - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO 4º ANO

Idade/Primeiro ano

A distribuição da idade revela uma fortíssima concentração em valores próximos dos 19 anos – basta observar que o mínimo é 17 anos, o 1º quartil é 18 anos nos três cursos e o 3º quartil é 19 anos em Enfermagem e Fisioterapia e 20 anos em Podologia. Isto significa que nos dois primeiros cursos 75% dos estudantes têm 18 ou 19 anos, enquanto no terceiro as idades são entre 18 e 20 anos. Esta concentração também é visível na baixíssima dispersão (em Enfermagem, a dispersão é mais alta devido à existência de uma observação muito elevada, 43 anos, mas tal não tem significado). O histograma e o diagrama extremos-e-quartis dos três cursos, mostrados abaixo, evidenciam esta concentração muito claramente.

Coefficientes	Enfermagem	Fisioterapia	Podologia
Mínimo	17	17	17
Máximo	43	26	28
Média	19.03	19.05	19.43
1º Quartil	18	18	18
Mediana	18	18	19
3º Quartil	19	19	20
Variância	11.575	4.182	4.417
Desvio padrão	3.402	2.045	2.101
Coefficiente de variação	17.9%	10.7%	10.8%

Quadro nº15 - Caracterização da Idade – 1º ano

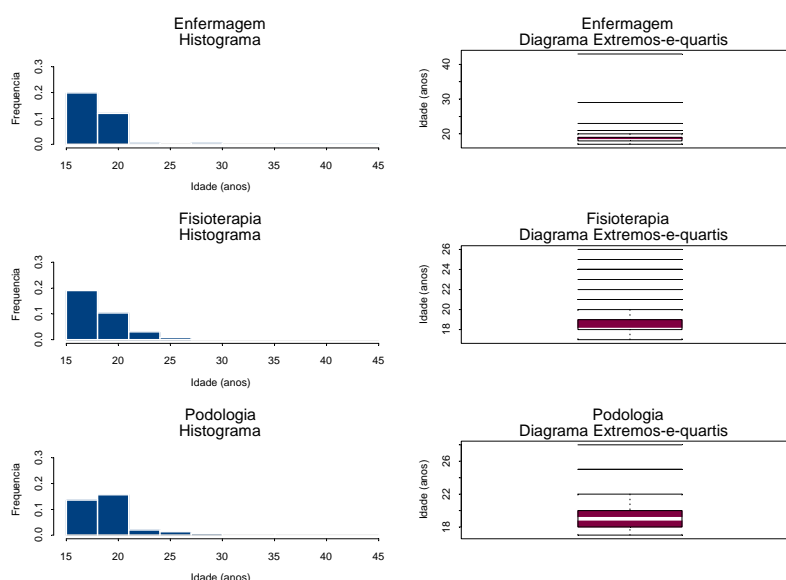


GRÁFICO Nº3 - REPRESENTAÇÃO DA IDADE 1º ANO

Idade/Quarto ano

Observa-se também uma grande concentração das idades em torno de 22 ou 23 anos – apenas no curso de Podologia existem alunos com idades superiores a 30 anos. Em consequência, a dispersão é muito baixa. Regista-se também, como seria de esperar, que as idades dos estudantes do 4º ano são em geral cerca de 3 anos superiores às dos estudantes do 1º ano.

Coefficientes	Enfermagem	Fisioterapia	Podologia
Mínimo	21	20	21
Máximo	25	27	33
Média	21,9	22,08	23,73
1º Quartil	21	21	22
Mediana	21	22	23
3º Quartil	22	23	25
Variância	1.457	2.451	5.883
Desvio padrão	1.207	1.566	2.426
Coefficiente de variação	5.5%	7.1%	10.2%

Quadro nº16 - Caracterização da Idade – 4º ano

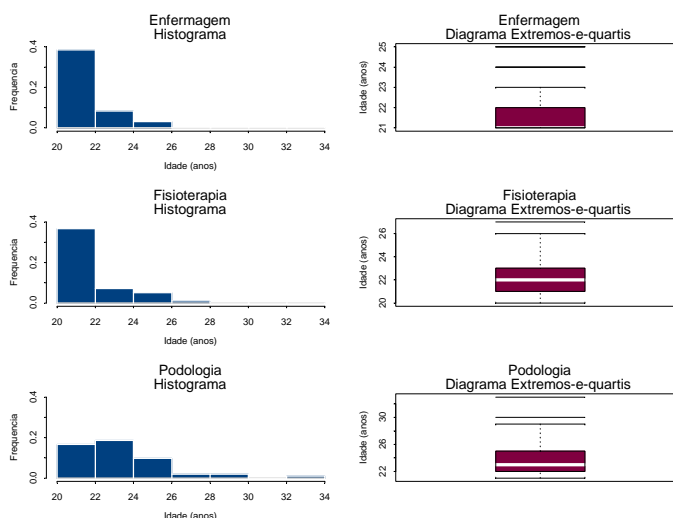


GRÁFICO N°4 - REPRESENTAÇÃO DA IDADE 4º ANO

Estado civil/Primeiro ano

Todos os estudantes dos três cursos são solteiros, com exceção de uma pessoa de Enfermagem.

Estado civil/Quarto ano

De forma semelhante, quase todos os estudantes são também solteiros, exceptuando-se apenas 1 aluno de Enfermagem, 2 de Fisioterapia e 3 de Podologia.

Curso de primeira opção/Primeiro ano

Observa-se a este respeito uma nota discordante: enquanto nos cursos de Enfermagem e Fisioterapia o “Sim” representa a quase totalidade das respostas (91% e 87%, respectivamente), no curso de Podologia o padrão inverte-se, sendo o “Não” a resposta dominante, com 79.6%. Logo, conclui-se que os estudantes dos dois primeiros cursos estão muito satisfeitos com a opção feita (com uma ligeiríssima superioridade de Enfermagem), passando-se precisamente o oposto com os de Podologia, ou seja, neste curso raramente é a primeira opção, sendo portanto uma escolha de recurso.

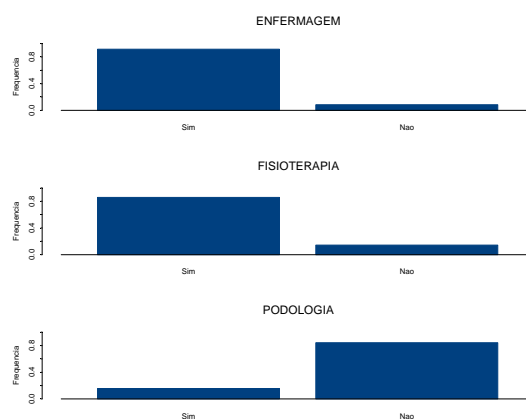


GRÁFICO N°5 - 1ª OPÇÃO 1º ANO

Quarto ano

O padrão do 1º ano repete-se aqui, sendo mesmo as percentagens quase idênticas – o “Sim” representa 91.7% e 85.7% nos cursos de Enfermagem e Fisioterapia, enquanto no curso de Podologia continua o “Não” a ser dominante, com 84.3% das respostas, ainda um pouco superior à registada no 1º ano.

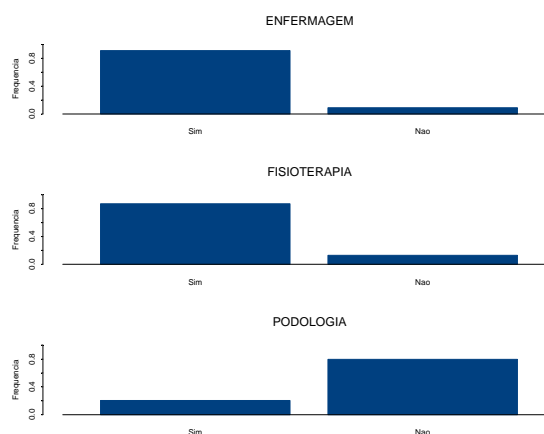


GRÁFICO N°6 - 1ª OPÇÃO 4º ANO

5.2 - RESULTADOS

Os resultados do nosso trabalho vão ser apresentados em dois momentos distintos. Num primeiro momento apresentamos os dados obtidos pela análise qualitativa e no segundo momento serão apresentados os dados que resultaram da análise quantitativa. Para melhor compreensão da apresentação dos dados e leitura dos mesmos vamos fazer referência aos objectivos que pretendemos alcançar e as respectivas questões orientadoras.

5.2.1 - ANÁLISE DE EMERGÊNCIA DAS CONCEPÇÕES: SAÚDE, DOENÇA, EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Para dar resposta ao objectivo: *Identificar as concepções de saúde e de doença expressas por estudantes do ensino superior que frequentam cursos na área da saúde; e; Perceber a variabilidade do conceito saúde/doença dos estudantes do ensino superior no início e fim da formação*; apresentamos as concepções de: saúde doença e educação para a saúde resultado dos discursos dos nossos participantes.

SAÚDE

Na procura de uma definição para saúde fez-nos debruçar nas respostas compiladas dos dois grandes grupos dos nossos participantes e, embora prevaleça que todos os termos por nós utilizados foram focados ao nível dos alunos do 1º ano e 4º ano dos três cursos, obtemos no entanto caracterizações mais limitativas, ou mesmo mais redutoras, nos estudantes do 4º anos nas diferentes áreas de formação estudadas.

No final da segunda guerra mundial, a saúde enquanto conceito ganhou uma dimensão mais global e holística, ao ser definida pela OMS (1946) na sua Carta Magna, como “*um estado completo de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”(cit in González, 1998:6).

Tendo por base este conceito e, tentando ser fidedignos às respostas obtidas podemos definir *saúde* como:

Bem-estar, nas suas diferentes dimensões, física, psíquica, mental, social, cultural, espiritual, geral..., caracterizado como uma sensação. Se o indivíduo sente *bem-estar* poderá ser considerado saudável, podendo este *bem-estar* manifestar-se a nível interno e externo, sofrendo influência do meio e cultura, onde o indivíduo está inserido. Está também associado à ausência de alterações físicas ou psíquicas que permite realizar as actividades de vida e, fundamentalmente, permite autonomia e o desempenho de papéis na sociedade, promove uma forma de viver com um sentimento positivo, proporcionando alegria e felicidade. Indispensável para ter qualidade de vida. Saúde é, frequentemente, caracterizada como um *bem-estar* quando se nos depara “*harmonia entre o meio e o indivíduo*” (E1,34) quando o indivíduo “*não necessita de cuidados de outra pessoa*” (E1,1) é “*algo que o Homem pretende*” (E1,62). Este *bem-estar* pode ser sentido em diferentes níveis de um contínuo “*encontra-se entre o mais alto nível de bem-estar e a morte*” (E1,19), e “*traduz vários estados da existência humana*” (E1,55). O *bem-estar* pode-se referir ao bem-estar de um indivíduo ou mesmo de uma população.

Esta categoria foi, maioritariamente, o primeiro termo referenciado por todos os participantes, dos diferentes cursos e anos quando questionados sobre o que entende por saúde.

Partilham a ideia de bem-estar com a perspectiva de alguns autores como Illich (1977) em que se refere ao bem-estar como uma característica efémera da saúde. Resulta da adaptação do indivíduo à evolução do seu estado de saúde, definido pelas circunstâncias existentes, na sua história de vida particular. Emerge da história de vida do indivíduo e da comunidade. Está também presente a ideia de bem-estar de alto nível preconizada por Dunn (1961), em que este bem-estar refere-se ao indivíduo, à família, à comunidade, ao ambiente e à sociedade. O bem-estar de alto nível descrito como funcionamento integrado visando a maximização do potencial individual enquanto mantém o equilíbrio e a direcção intencional no ambiente. Esta concepção inclui três componentes: uma direcção, para cima e para a frente, tendo em vista, um potencial funcional superior, um futuro aberto; os desafios para atingir o potencial superior; e um ser integrado, ou seja, um corpo e espírito no processo dinâmico de funcionamento. Na opinião de Dunn, o bem-estar apoia-se numa filosofia da natureza das pessoas, os indivíduos crescem e desenvolvem-se em todas as esferas do seu ser, tornando-se capazes de fazerem escolhas face aos desafios que lhe são propostos.

Implícito estão também noções de felicidade, satisfação, gratificação, afectividade, sociabilidade, apoiadas na definição de bem-estar de Bowling (1994).

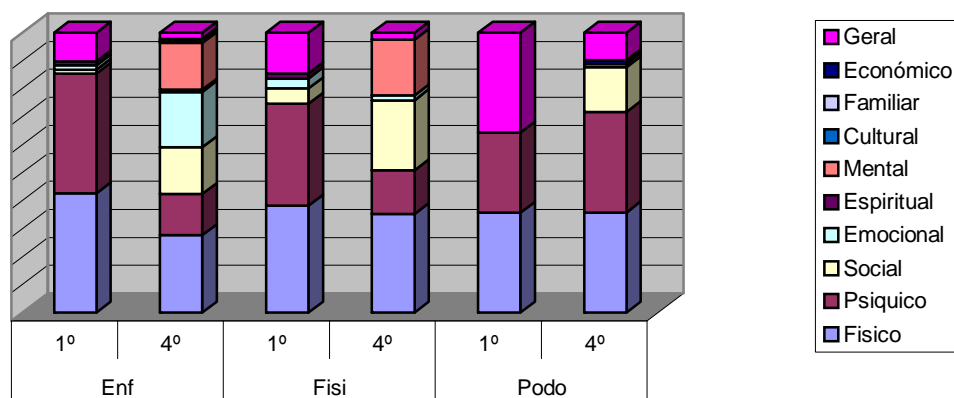


Figura nº5 - Unidade de registo *bem-estar* da categoria saúde

Pela leitura da Figura 5, verificamos que o bem-estar físico e psíquico são as dimensões que atingem maior representatividade nas duas fases de formação. Esta unidade de registo sofre influencia pela formação, verificando-se que as descrições dos estudantes do 4º ano referenciam mais dimensões para caracterizar o bem-estar, sendo mais evidente no curso de Enfermagem.

Reflectindo, ainda, no conceito central de saúde surge o termo *estado*. Neste sentido, tentaremos compreender os focos que mais o caracterizaram. *Estado* saudável foi caracterizado em diferentes vertentes, física, psicológica, social, emocional, de equilíbrio... “*harmonioso nas diferentes dimensões*” (P4,36). *Estado* esse *essencial* para que todo e qualquer ser humano viva com qualidade de vida. Em que o indivíduo é capaz de satisfazer todas as necessidades humanas básicas, favorável ao seu desenvolvimento. O estado “*mais importante que o ser humano pode ter*” (P1,12), e que pode “*decidir o futuro das pessoas*” (P1,17). Este *estado* de saúde pode ser geral, completo, perfeito, utópico de bem-estar, subjectivo, em que varia de indivíduo para indivíduo. Perspectivado como uma resposta normal do organismo ao meio que o envolve proporcionando bem-estar.

Podemos concordar que a caracterização desta categoria vai de encontro à perspectiva de Honoré (2002) referindo-se ao *estado* em que nos encontramos quando não sofremos de doença, nem de deficiência, nem incapacidade, de desvantagem ou dependência. Este *estado* sensível e disponível a todas as variações de sentido, segundo as pessoas, grupos locais e momentos, permitindo perspectivar a saúde na sua globalidade.

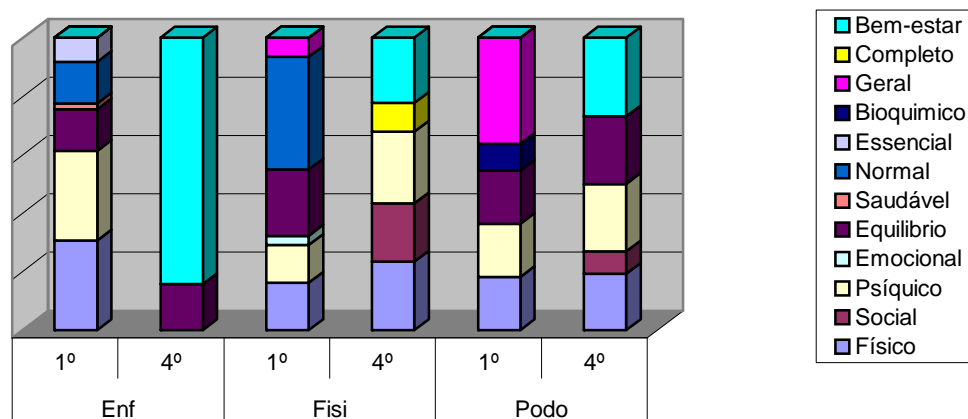


Figura nº6 - Unidade de registo *estado* da categoria saúde

Pela análise da figura 6 verifica-se que o que mais foi referenciado para caracterizar a unidade de registo *estado* foi a dimensão física e psíquica. Com a influencia da formação, esta unidade de registo, ganha subjectividade, optando os estudantes do 4º ano por o descrever como manifestamente estado de bem-estar, sendo mais óbvio no curso de Enfermagem.

Numa visão sistémica surge na definição central a ideia de *equilíbrio*. O *equilíbrio* que se patenteia, também ele, nas vertentes físico e psicológico, quer interno ou externo ao indivíduo. Logo, se está em equilíbrio, caminha ou apoia-se num bem-estar que lhe proporciona um estado de saúde.

A saúde, vista como um equilíbrio, permite ao indivíduo que este faça o essencial do dia a dia, que se mantenha autónomo, ou seja, reforça ideia de que saúde “*é aquilo que nos permite viver bem, isto é, ter qualidade de vida*” (F1,38).

Fernandes (2002),faz referencia que a saúde actualmente é vista como resultado do *equilíbrio* dinâmico entre o indivíduo e o seu meio. Refere-se ao desenvolvimento de possibilidades de natureza biológica, psicológica e social de modo que cada um determine a sua funcionalidade, face ao seu contexto e projectos de vida, de modo a atingir a sua máxima competência.

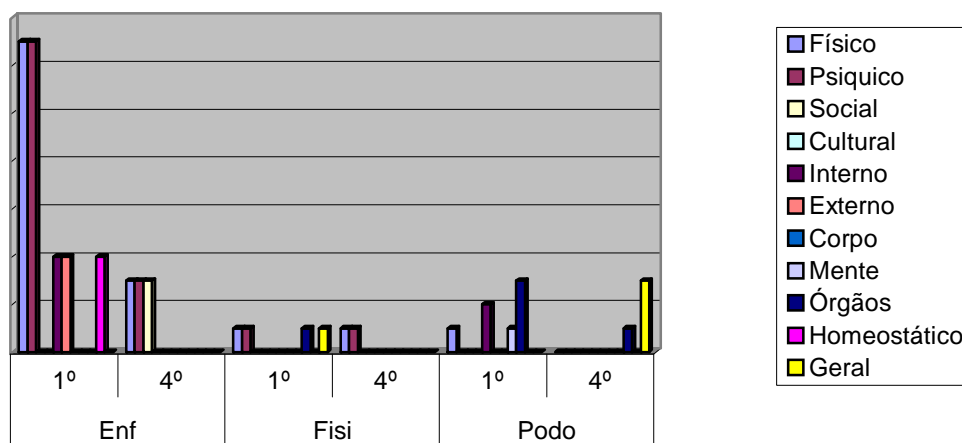


Figura nº7 - Unidade de registo *equilíbrio* da categoria saúde

Pela observação da figura 7 podemos referir que as dimensões que mais emergem na unidade de registo *equilíbrio* são o físico e o psicológico. Com a influencia da formação, esta unidade de registo, é menos referenciada, recorrem a menos dimensões e utilizam descrições mais subjectivas, não referenciadas ao nível do 1º ano para a caracterizar. Onde isto é mais evidente é no curso de Enfermagem e Podologia.

A **ausência** como categorização para a saúde advém, obrigatoriamente, do pré-concebido conceito de saúde, preconizado pela definição da OMS e outros autores, pois esta está directamente correlacionada: saúde é ausência de doença, como constatamos em “*é o contrário de doença, ou seja, a comunhão de todo um organismo desde o mais básico até aos mais complexo para proporcionar a vida, sendo a comunhão de um trabalho uma luta diária contra a doença*” (P1,35). Referindo-se, principalmente, *ausência* de patologias, enfermidades físicas ou psicológicas versus doenças. Por analogia, um estado de saúde é um estado de não doença.

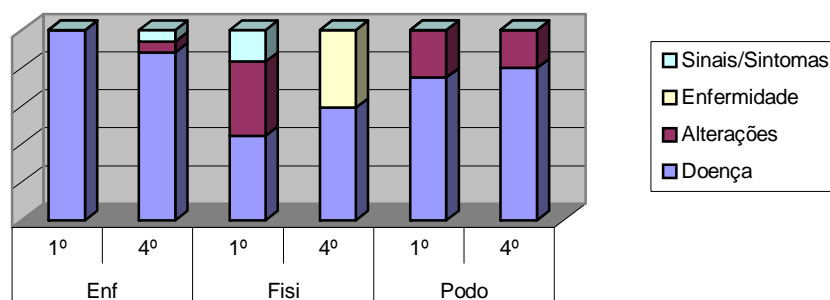


Figura nº8 - Unidade de registo *ausência* da categoria saúde

Da Figura 8, podemos ler o que mais caracteriza a dimensão *ausência*. O que tem maior representatividade é ausência de doença. A influência da formação gera resultados diferentes nos três cursos estudados. Assim, na Enfermagem adicionam a unidade “alteração” e “sinais e sintomas”, na Fisioterapia eliminam as unidades “alterações” e “sinais e sintomas” dando lugar à unidade “enfermidade”, no curso de Podologia não se verificam alterações significativas.

No decorrer da construção desta concepção e como complemento dos conceitos citados surgem-nos ideias que podem ser englobadas na categoria de *bem* e *valor*, considerando-se a saúde como um *bem* do indivíduo, ao qual se deve atribuir um *valor* positivo, pela preciosidade e indispensabilidade que toma na vida do ser humano “*bem necessário e indispensável para o nosso bem-estar e motivação para a realização dos nossos objectivos de vida*” (P4,20), desta forma, “*nada mais precioso que a saúde para as pessoas terem uma vida estável e feliz*” (P1,43).

Constata-se que é “*um facto com que as pessoas se preocupam, estando sempre em 1º lugar*” (F1,12), é “*algo extremamente precioso para desperdiçamos*” (F1,50), por isso “*algo de muito importante que devemos cuidar*” (P1,6), ou ainda “*algo que o ser humano é detentor*” (P1,13). Esta abordagem no sentido de valor essencial, recurso, foi predominantemente, dos estudantes do curso de Podologia que frequentam o 1º ano, sendo negligenciado pela maioria dos restantes participantes do 4º ano dos outros cursos.

Herzlisch (1973), postulou saúde como “*ter*”, sendo este um bem positivo, uma reserva a que podemos recorrer. Na mesma linhagem, em 1985, a OMS, ao reformular a sua concepção, refere-se à saúde como a “*capacidade para realizar o potencial pessoal e responder de forma positiva aos desafios do ambiente*”. E ainda, o mesmo órgão internacional, em particular na carta de Otava (1986) faz referência à saúde como “*um recurso para a vida e não uma finalidade*” (DGS, 2003).

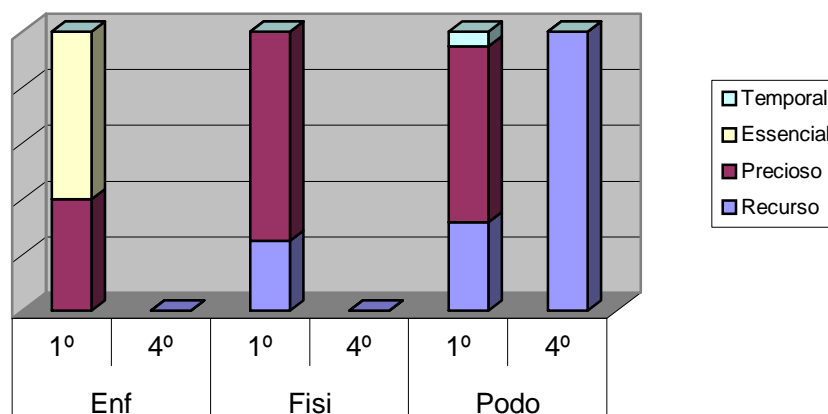


Figura nº9 - Unidade de registo *bem/valor* da categoria saúde

Da análise da figura 9 verifica-se que a unidade de registo *bem/valor* é maioritariamente caracterizado como “recurso”, “precioso” e “essencial”. Como resultado da formação esta unidade não é referenciada pelos alunos do 4º ano do curso de Enfermagem e Fisioterapia, no curso de Podologia continua a ser referenciado mas só nas perspectiva de *Bem/valor* como “recurso”.

Outras categorias, menos abordadas, e patentes sobretudo a nível do 1º ano, estão como *funcionamento*, *conceito* e *área*. A categoria *funcionamento*, como se pode ver na figura 10, foi quase exclusiva do curso de Fisioterapia, dos alunos do 1º ano. O que a caracterizar *funcionamento* é o bom ou normal trabalho do organismo, do corpo, na sua vertente física e psíquica. Esta categoria é reforçada por ideias como “*ser capaz de realizar as suas tarefas diárias*” (F1,5) “*sem qualquer perturbação*” (F1,43), bem como “*ter o organismo a funcionar a 100%*” (F1,73).

Ideias que podem ser apoiadas por alguns autores como Leriche (1937), em que perspectiva a saúde reportando-se ao corpo objectivado nos seus órgãos e no seu funcionamento, um corpo não alterado, apresentável, em estado de equilíbrio fisiológico e biológico. No mesmo sentido, Terris (1975) sugere que saúde deve ser entendida como “*um estado de bem estar físico, mental e social e a capacidade para funcionar*” (cit in Kulbok *et al*, 1999:289).

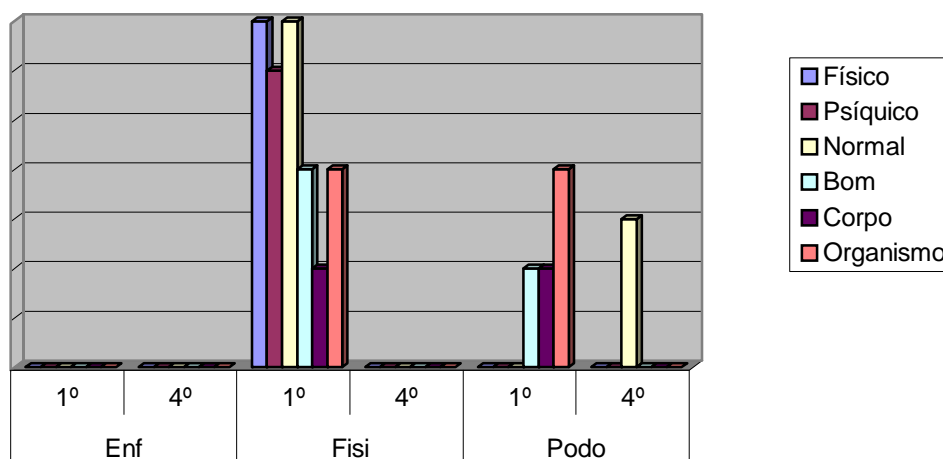


Figura nº10 - Unidade de registo *funcionamento* da categoria saúde

Pela análise da figura 10 verifica-se que é no curso de Fisioterapia a nível do 1º ano de formação que mais vezes foi referenciada esta unidade de registo. No curso de Podologia a unidade de resisto *funcionamento* é caracterizada pelo mesmo numero de dimensões mas com representatividade diferente, verificando-se maior frequência da dimensão “normal” ao nível do 4º ano de formação. Com a formação esta unidade de registo quase que não é referenciada. Relativamente ao curso de Enfermagem não se verificam alterações do 1ºano para o 4º ano, sendo caracterizado pelo mesmo numero de dimensões.

A *área*, vislumbra-se a área profissional, de actuação, prestação de cuidados, técnicas aplicadas por várias profissões e actividades relacionadas com o estado físico e psicológico do Homem onde “*todo o ser humano tem a possibilidade de recorrer a concelhos, tratamentos*” (P1,11) como área que se procura para se obter uma solução para um problema “*quando algo não está bem no nosso organismo recorreremos à saúde*” (P1,23).

Nos discursos, dos nossos participantes, também surge a saúde como área de investigação, com fraca representatividade, sendo definida como a busca de melhores estratégias e métodos para a resolução de problemas, é “*área que se dedica ao estudo das características da constituição dos organismos, assim como do seu bem-estar físico, psicológico e social com o objectivo de melhorar a qualidade de vida das pessoa*” (P4,5), que está em “*constante evolução para cada vez mais se possam ajudar os que mais necessitam*” (P1,31). Quando se referem à saúde na categoria *conceito*, descrevem como algo subjectivo ou objectivo.

Fundamentalmente, emergem dos discursos o conceito *saúde*, como *bem-estar* do indivíduo, *bem* e *valor* fundamental, onde existe *equilíbrio* físico, psicológico, social, cultural, com o meio interno e externo, ou seja, em todas as dimensões, que lhe proporciona um *estado* de saúde, apoiado na *ausência* de patologias. É um conceito dinâmico em constante actualização que se verifica nas vertentes da acção profissionalizante actualizada e no processo de investigação contínuo que contribuem para a melhoria da qualidade de vida da pessoa como ser humano. E, em síntese a nossa amostra define saúde de acordo com o seguinte diagrama.

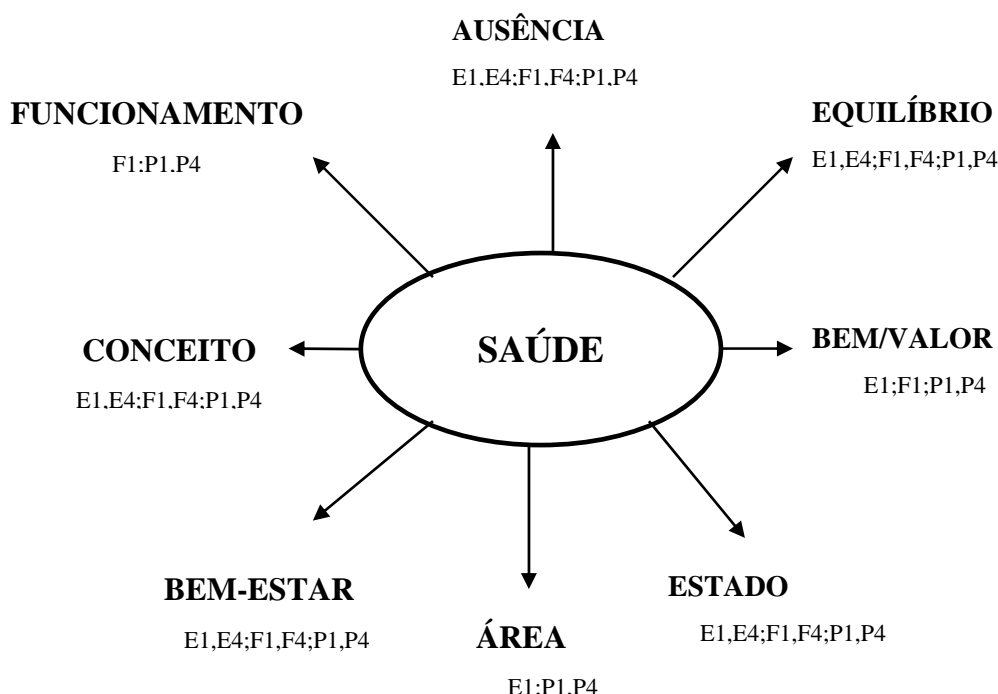


Figura nº11 - Conceito de saúde que emerge do discurso dos três cursos ao nível do 1º e 4º ano de formação.

DOENÇA

De igual modo, a busca para uma concepção de **doença** obteve-se a partir da organização e interpretação das respostas dadas, estas obtidas a nível do 1º e 4º ano, embora continuamos a verificar que é a nível do 1º ano que procuram uma definição mais minuciosa e mais desenvolvida em todas as unidades de registo em que incidiram.

Quando a OMS (1946) definiu saúde como “*um estado completo de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*” pressupunha que existia uma distinção clara entre saúde e doença. No entanto, pela bibliografia a que tivemos acesso, não é possível demonstrar o ponto de ruptura entre um estado de saúde e de doença, ou seja, não existe uma fronteira objectiva entre estes dois estados. Os conceitos são encarados como relacionados e não como categorias separadas, e têm adquirido conotações diferentes, de acordo com as concepções sobre os significados da natureza do corpo, as suas funções e estrutura, diferentes relações corpo, espírito, pessoa e ambiente (Reis, 1998).

A consciência desta realidade, leva ao emergir de alguns paradigmas. Albers Herberg (1989), descreve três paradigmas: mágico-religioso; o biomédico e holístico. Nos discursos dos nossos participantes, nas concepções de doença é notório a influencia do paradigma biomédico por expressões como “*impede o normal desenvolvimento ou função de alguma parte do corpo*”(F1,57), “*é um estado onde há desequilíbrio a nível físico e psicossocial que afecta a integridade do indivíduo*”(E4,42), “*um conjunto de alterações físicas, funcionais e fisiológicas*”(F4,7). Este paradigma integra o modelo *máquina corporal e a dicotomia “mente – corpo”* de Descartes, onde se reduz as pessoas às suas estruturas físicas, processos fisiológicos e bioquímicos. Doença é entendida como resultado de perturbações fisiológicas, tais como imperfeições na genética, desequilíbrios bioquímicos ou danos provocados por agentes físicos/biológicos. Neste pensamento, o Homem é visto e estudado por sistemas e funções, o seu corpo é igual à soma das suas partes em detrimento da concepção de globalidade (Bolander, 1998).

Para todos os anos e todos os cursos questionados, doença, define-se pelas categorias de ***mau estar, estado, desequilíbrio, alteração do funcionamento, conceito***. Outras categorias foram identificadas; no entanto, são referenciadas apenas por um ou dois cursos, ou mesmo, características de um ano de formação, como passaremos a descrever.

Desenvolvendo estas categorias verificamos que se encontram interligadas, complementando-se a nível de definição e informação.

Assim, doença é caracterizada como um *estado* anormal, crítico, patológico, temporal, com alteração dos parâmetros normais e de desequilíbrio do organismo, o que “*leva a ter*

comportamentos e reacções anormais” (E1,62), podendo ocorrer perda de autonomia, impossibilitando o desempenho de algumas actividades, originando incómodos, debilidade, desarmonia, alterações visíveis ou não que alteram a qualidade de vida. Este estado pode resultar de uma resposta negativa ao meio, podendo ser necessários cuidados para recuperar a saúde.

Fernandes (2002) refere que a doença é um *estado* que afecta o corpo do indivíduo e constitui um fenómeno da actividade médica e do sujeito doente.

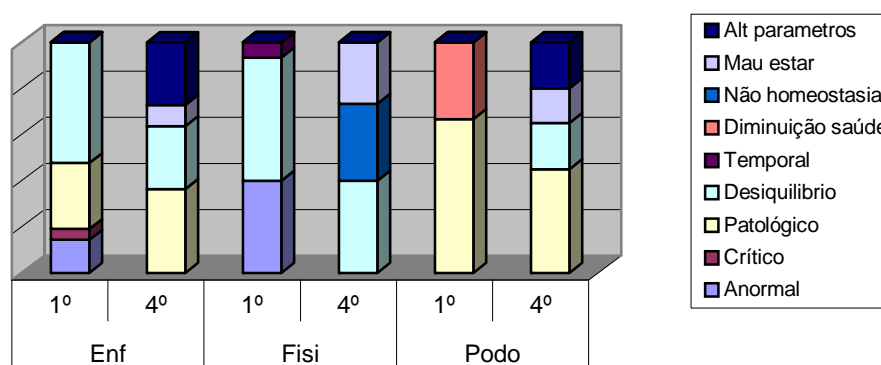


Figura nº12 - Unidade de registo *estado* da categoria doença

Pela análise da figura 12 verifica-se que a unidade de registo *estado* na categoria doença é descrito mais vezes como um estado de desequilíbrio e um estado patológico. A formação altera a caracterização desta unidade de registo, verificando-se a utilização de outras dimensões ao nível do 4º anos dos diferentes cursos, descrições como “alteração dos parâmetros”, “não homeostasia”, termos científicos utilizados no modelo biomédico.

A categorização *estado* complementa-se com a definição da categoria *desequilíbrio* que é definido tanto a nível físico, psicológico, mental, social, espiritual, interno ou externo, e, que consequentemente origina dor, mal estar, sequelas, fadiga, indisposição,... “*afecta a integridade do indivíduo e família*” (E4,42)

Esta preceptiva confirma o estudo realizado por Fernandes (2002) ao referir a doença como uma situação de incapacidade e desconforto.

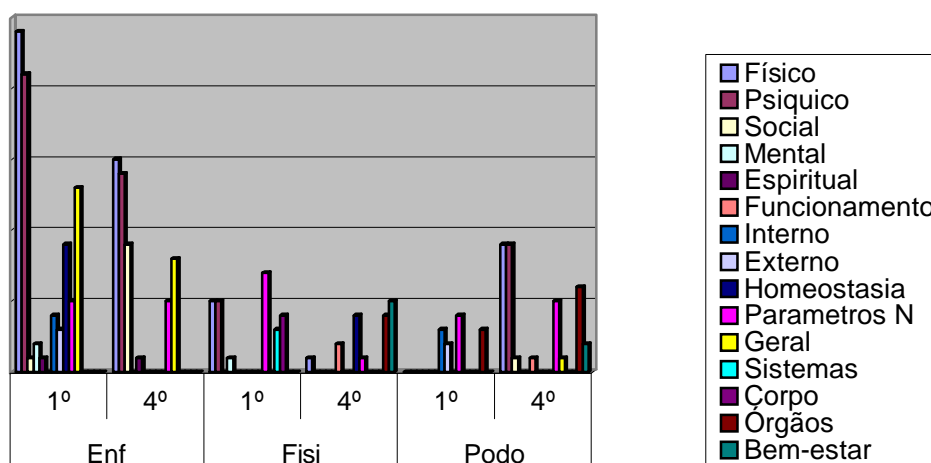


Figura nº13 - Unidade de registo *desequilíbrio* da categoria doença

Pela análise da figura 13 verifica-se que desta unidade de registo *desequilíbrio* emerge uma grande variedade de termos para a caracterizar. O *desequilíbrio* físico e psíquico é referenciado em todos os cursos, sendo mais valorizado no curso de Enfermagem ao nível do primeiro ano. Com a formação a caracterização da unidade diminui de frequência no curso de Enfermagem e de Fisioterapia, no curso de Podologia emerge a dimensão física e psicológica que não existia a nível do 1º ano.

Embora o *desequilíbrio* converge por definições obtidas para alterações de funcionamento, podemos caracterizar isoladamente as *alterações de funcionamento* como sendo alterações aos parâmetros normais do sistema, organismo, estado físico, mental ou psíquico. Como nos referem alguns participantes, “*surgem problemas que impedem uma pessoa de viver em perfeita harmonia consigo mesma*” (P1,48), bem como “*perturbação do normal funcionamento fisiológico do organismo humano*” (P4,41).

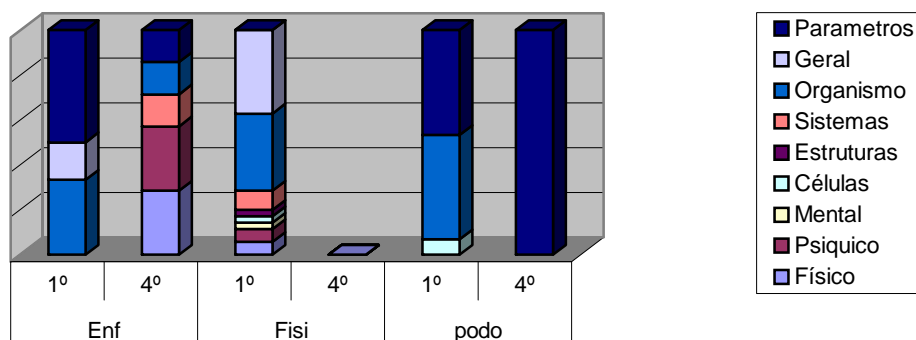


Figura nº14 - Unidade de registo *alteração do funcionamento* da categoria doença

Pela leitura da figura 14 constatamos que esta unidades registo praticamente não foi referenciada pelos estudantes do curso de Fisioterapia do 4º ano, o que não seria de esperar, dado que a unidade de registo *funcionamento* na categoria de saúde (figura nº10) teve mais frequência nos alunos deste curso no 1º ano de formação. O que mais foi referenciado para caracterizar esta unidade de registo foi *alteração do funcionamento* dos parâmetros. O curso que mais pormenorizou a alteração do funcionamento foi Fisioterapia ao nível do 1º ano recorrendo a oito palavras para o caracterizar.

Após a formação no curso de Enfermagem verifica-se que passam a utilizar cinco termos para caracterizar a unidade de registo e termos mais objectivos do que ao nível do 1º ano. Pelo contraio no curso de Podologia caracterizam esta unidade de registo só pela alteração do funcionamento dos parâmetros normais.

Ainda seguindo a construção da concepção de doença, podemos considerar que estas três categorias supracitadas convergem directamente para uma quarta categoria referenciada que é doença como um *mau estar*, sendo este *mau estar* predominantemente físico, psicológico e, ou geral. O mau estar pode ter origem no desconforto, desequilíbrio, dependência, sequelas, sofrimento, alteração do dia a dia da pessoa, originando a diminuição das capacidades do indivíduo que, por sua vez, impede-o de ser autónomo, podendo mesmo levar à morte. Algumas da citações recolhidas podem-nos elucidar melhor esta categoria como é “*algo que abala o indivíduo, capaz de alterar toda a sua vida*” (P1,4), é quando nos “*sentimo-nos menos bem física e psicologicamente*” (P1,39), “*algo que nos perturba e ninguém deseja*” (P1,30), “*existindo doença não existe alegria, não existe força*” (P1,26).

Esta unidades registo surge em oposição à unidades registo de bem-estar na saúde, “*falta de bem-estar*” (P4,25).

Illich (1977) refere a dualidade bem-estar/mal-estar como uma percepção intra e interpessoal que varia em função de como cada um se sente, doente ou não, intimamente ligada a cada momento da vida, história individual ou de grupo.

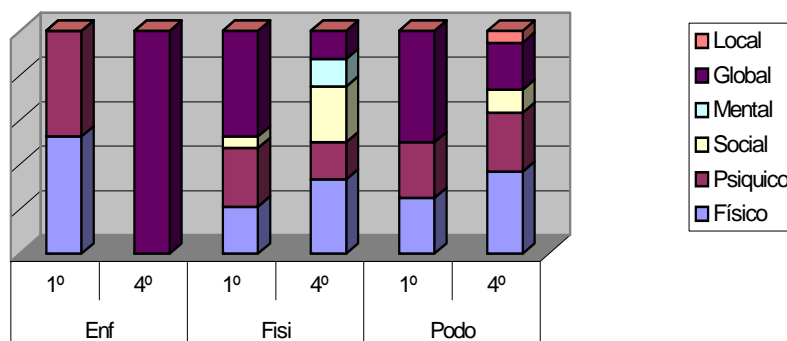


Figura nº15 - Unidade de registo *mau estar* da categoria doença

Pela análise da figura 15 *mau estar* foi maioritariamente caracterizado por mau estar físico, psíquico e global. Após a formação os estudantes de Enfermagem passam a caracteriza-lo como um mau estar global onde podem ser inseridas todas as dimensões. No curso de Fisioterapia e Podologia verifica-se que ao nível do 4º ano passam a recorrer a mais dimensões como mental, social respectivamente recorrendo com menos percentagem ao termo global. para a caracterização desta unidade de registo

A doença foi ainda caracterizada como um *conceito, tipo e causa*. Quando nos referimos a conceito definiram-no como subjectivo ou objectivo, encontrando-se nas descrições dos participantes de forma explícita ou implícita, tal como surgiu na concepção de saúde, sendo notório uma maior dificuldade em conceptualizar a doença de forma objectiva.

Em termos de doença como *tipo* incorrem para a vertente contagiosa, física, psíquica e emocional, havendo uma pequena referencia a benigno e maligno. Nesta categoria, podemos inferi a citação “*perturbação do normal funcionamento fisiológico do organismo humano*” (P4,41).

Categorizada, doença, como *causa*, incide em factores internos ou externos, provocada por comportamentos incorrectos, falta de conhecimentos, complementada com a não satisfação das necessidades básicas do indivíduo. Podemos acrescentar que “*varia de indivíduo para indivíduo*” (E4,46).

Alem de todas estas categorizações inerentes a doença, verificamos com curiosidade que encontramos outras categorias, como: *ausência, alteração de bem-estar, sensação, mal, área e tratamento* em que estas foram referenciadas por um menor numero de participantes. E ainda mais curioso é verificar, que a doença perspectivada como *ausência*

e *alteração de bem-estar* são citadas apenas por alunos do 4º ano e definem-se, respectivamente, como *ausência* de bem-estar ou saúde e *alterações de bem-estar* físico, psíquico, emocional, social, cultural, mental ou mesmo alteração do bem-estar geral. São complemento destas categorizações as definições do tipo “*contrário de saúde*” (P4,14), “*falta de bem-estar*” (P4,15), “*ruptura do bem estar*” (P4,37). Já no que concerne à categorização de doença como um “*mal que nos aparece*” (P1,2) e que “*atinge os seres vivos*” (P1,32), este é perspectivado no sentido de uma *sensação* negativa, “*algo desagradável que nos leva à depressão e tristeza*” (F1,12) e em que a pessoa “*não se sente bem consigo mesma*” (F1,27) e que a “*faz sofrer muito*” (P1,8).

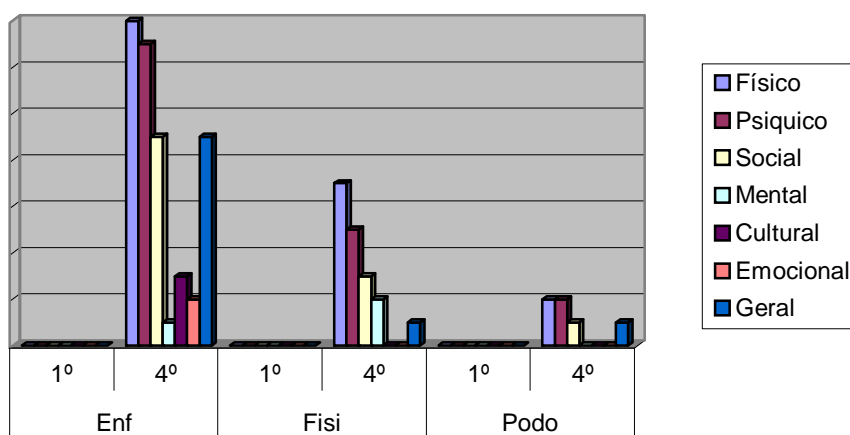


Figura nº16 - Unidade de registo *alteração bem-estar* da categoria doença

Pela leitura da figura 16 verifica-se que a formação gera alterações na forma como os estudantes caracterizam a unidade de registo *alteração do bem estar*, em todos os cursos se verifica um aumento significativo da frequência das diferentes dimensões. As frequências mais elevadas ocorrem no curso de Enfermagem, sendo mais valorizada a dimensão física e psicológica.

Doença caracterizada como *área e tratamento* apenas foi definida por estudantes do 1º ano, referem-se a área localizada num determinado órgão, organismo, parte do corpo ou de um sistema podendo ser lida na afirmação “*deficiência no sistema imunitário*” (F1,6). Quanto ao tratamento da doença este pode ser curativo, paliativo ou incurável.

Sumariamente, de todas estas categorizações, o conceito de doença vem directamente ligado ao conceito de saúde, por oposição “*oposto de saúde*” (F4,18), “*déficit de saúde*” (P1,44) como *ausência de saúde*.

Mais foi alargado a diferentes categorizações, que foram doença, como um *estado* de *desequilíbrio* e *alteração de funcionamento* que lhe *altera o bem-estar*, trazendo-lhe uma sensação negativa de *mau estar*.

Doença pode ser relacionada com diferentes *causas*, internas ou externas ao indivíduo, que lhe altera as actividades do dia a dia, podendo variar de indivíduo para indivíduo.

Em jeito de síntese apresentamos a fig 17 que apresenta todas as categorias referenciadas pelos participantes.

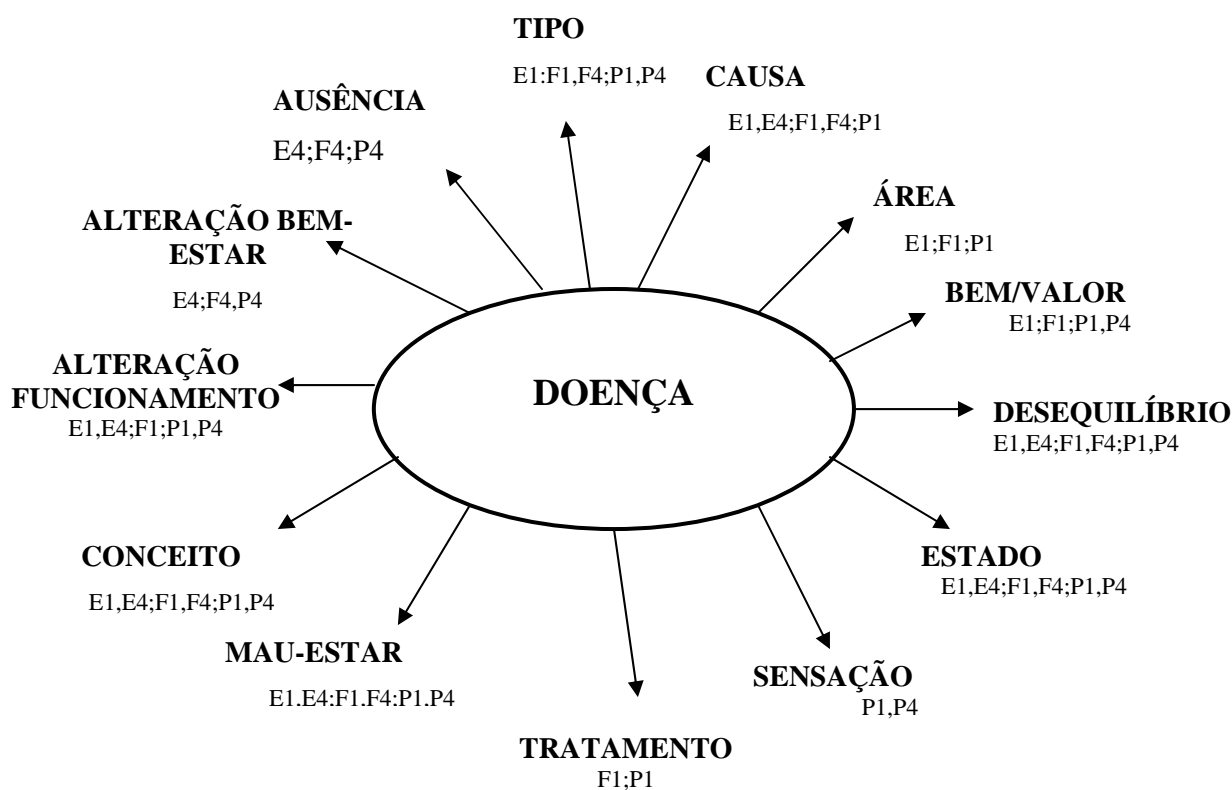


Figura nº17 - Conceito de doença que emerge do discurso dos três cursos ao nível do 1º e 4º ano de formação

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O que poderia ser de difícil categorização, educação para a saúde, foi, de facto o que se consegui caracterizar com menor número de categorias e de forma quase equitativa pelos estudantes do 1º e 4º anos.

Os participantes incidiam sobretudo nas categorização de educação para a saúde em: *acção, foco de acção, no processo, e publico* a quem se dirige. Com menor incidência, educação para a saúde foi categorizada no *contexto* e no *meio*.

Debruçando-nos na educação para a saúde como *foco de acção*, este é definido por unidades de registo que podem ser referenciadas como intervenção em diferentes níveis de: promoção, prevenção, manutenção e tratamento. O *foco de acção* pode ser analisado em duas vertentes distintas: salutogénica, quando as concepções valorizam a procura de elementos que conduzam o indivíduo para a promoção ou manutenção da saúde, e patogénica, quando é valorizado o pathos (mal), em que a intervenção tem como finalidade procurar destruir o mal, podendo, ser consideradas mais intervenções direccionadas para a vertente de doença do que de saúde (Antonovsky, 1987, *cit in* Nunes, 1999).

Na perspectiva salutogénica, os nossos participantes descrevem actividades de promoção de hábitos, estilos de vida e comportamentos saudáveis. Orientações sobre conceito de saúde ou outros, cuidados de saúde, e recursos da saúde que ajudam a “*promover a saúde*” (E1,28) e com o sentido de “*responsabilização individual, transmitir ao ser humano a importância que a saúde de cada um tem*” (P1,13).

Desta forma, a educação para a saúde é encarada como um processo que promove a participação do indivíduo, “*incute responsabilidade perante o indivíduo*” (E1,18) e comunidade, para o aumento da longevidade, para melhorar o bem-estar individual e social. Componente que promove o aumento da qualidade de vida e contribui para o desenvolvimento de “*ganhos*” na saúde para melhorar a saúde publica.

Ao abrigo da vertente patogénica ficam as actividades que visam a prevenção, diagnóstico, sinais e sintomas, adaptação e tratamento de doenças.

Ao descreverem educação para saúde desta forma, vão de encontro com o que alguns autores propõem: educação para a saúde “*é a transmissão de conhecimentos relativos à saúde individual e colectiva tendo, como objectivo fazer o sujeito activo e responsável em todos os processos de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e reincerção, relacionados tanto com a sua saúde como a família e comunidade*” (Nardiz, 1989: 65).

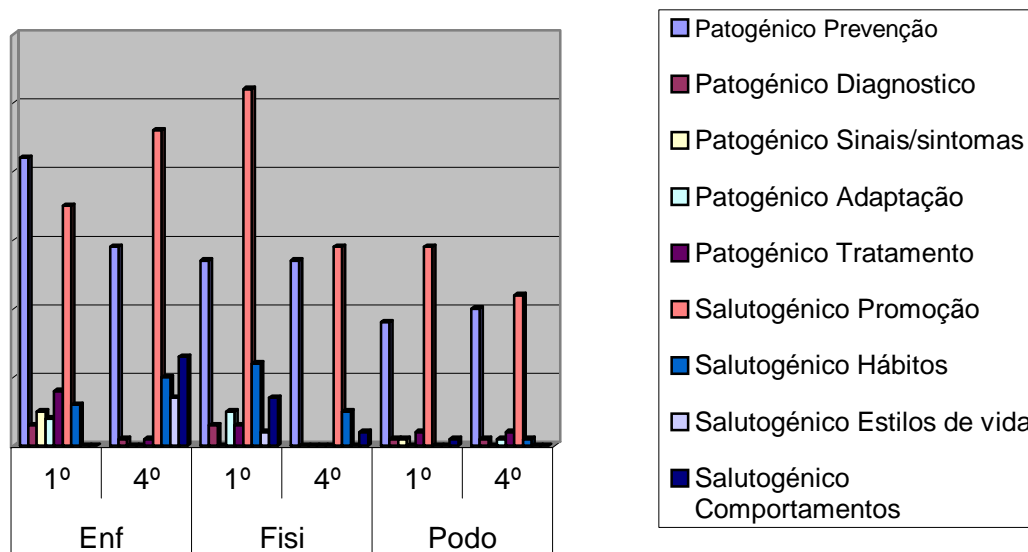


Figura nº18 - Unidade de registo *foco acção* da categoria educação para a saúde

Pela leitura da figura 18 a perspectiva salutogénica é a que tem maior representatividade em todos os cursos e em cause todos os anos. Com a formação nota-se uma mudança significativa dos estudantes de Enfermagem em que no 1º ano a vertente patogénica tinha uma representatividade ligeiramente mais elevada que a salutogénica, no 4º ano a vertente salutogénica é significativamente mais elevada que a patogénica. Nos cursos de Fisioterapia e Podologia no final da formação diminui a representatividade da vertente salutogénica sendo mais evidente no curso de Fisioterapia. A vertente patogénica não sofre grande alteração.

Na visão do *processo* identificam várias componentes, umas activas outras passivas, autoritárias ou democráticas, sendo definido como uma actividade, acção, instrução, esclarecimento, aconselhamento, divulgação, ensino...enfim, uma imensidão de condutas que o educador pode recorrer, que visam sempre gerar novas “*formas de pensar que para educar todas as pessoas no sentido destas desenvolverem actividades e terem comportamentos saudáveis*” (F1,27). É também sublinhado como “*todo o processo que habilita, encaminha e esclarece qualquer indivíduo*” (F4,23), tendo o cuidado de referir que é “*todo um conjunto de actividades planeadas intencionalmente*” (E4,47) atendendo “*às diferenças das populações*” (E4,45). Este processo pode ser colocado em prática através de diferentes estratégias como recorrendo a diferentes métodos, técnicas, meios. Dos diferentes recursos que se podem utilizar foram abordados campanhas, palestras, cartazes, conferencias, ensinos, ... utilizando sempre uma linguagem acessível à população a quem

se dirigem, sendo esta, muitas vezes grupos de risco. É reforçada esta perspectiva com “*técnicas e meios utilizados para promover e melhorar a saúde das populações tornado os indivíduos activos na melhoria da saúde e comunidade*” (P4,24).

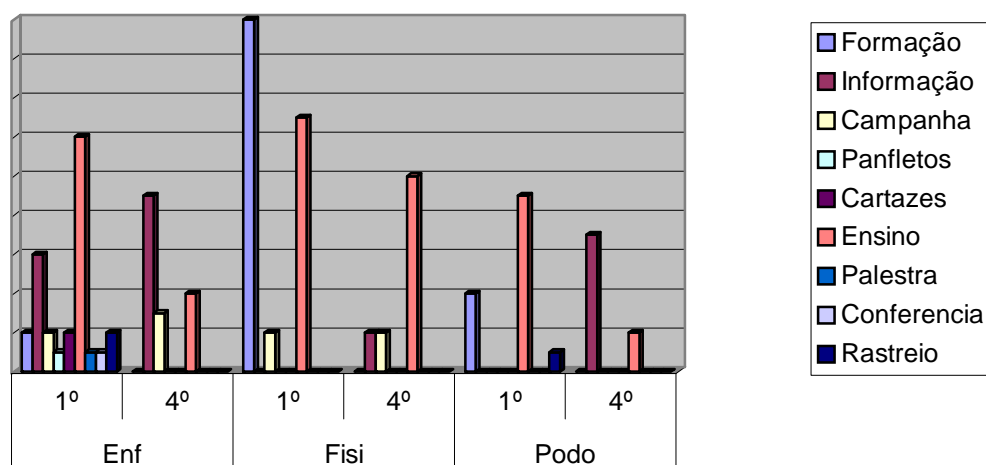


Figura nº19 - Unidade de registo *processo* da categoria educação para a saúde

Pela leitura da figura 19 a unidade de registo *processo* na categoria de educação para a saúde foi caracterizada por todos os estudantes como ensino. É o curso de Enfermagem ao nível do 1º ano que melhor o caracteriza, recorrendo a várias expressões. Com a formação encontramos descrições menos pormenorizadas limitando-se basicamente a caracterizar como ensinamentos, campanhas, cartazes.

Educação para a saúde caracterizada como uma *acção*, incide sobretudo a nível de promover, prevenir, esclarecer, ensinar, aprender, informar, incentivar, alterar, educar, sensibilizar, ajudar...esta categorização inclui directamente os técnicos de saúde e o seu papel interventivo.

Tem uma ligação directa com a categoria processo, ou seja, a acção que o educador vai promover no educando, podendo este assumir um papel activo ou passivo, em função da acção aplicada. Mesmo que em baixa representatividade, alguns dos participantes fazem referência, dizendo que o papel do educador deve ser de “*aumentar o grau de escolhas das pessoas que recorrem aos serviços de saúde*” (F4,18), orientando para a “*melhor opção a escolher*” ou “*esclarecer duvidas, em que o indivíduo intervém, activamente, pois só este reconhece realmente as suas necessidades*” (E4,5).

A análise das diferentes unidades de registo desta categoria foi organizada tendo por base as diferentes classificações de gerações de educação para a saúde descritas por Moreno *et al* (2000) e a tipologia “focos de atenção” referenciado por Santos (2000).

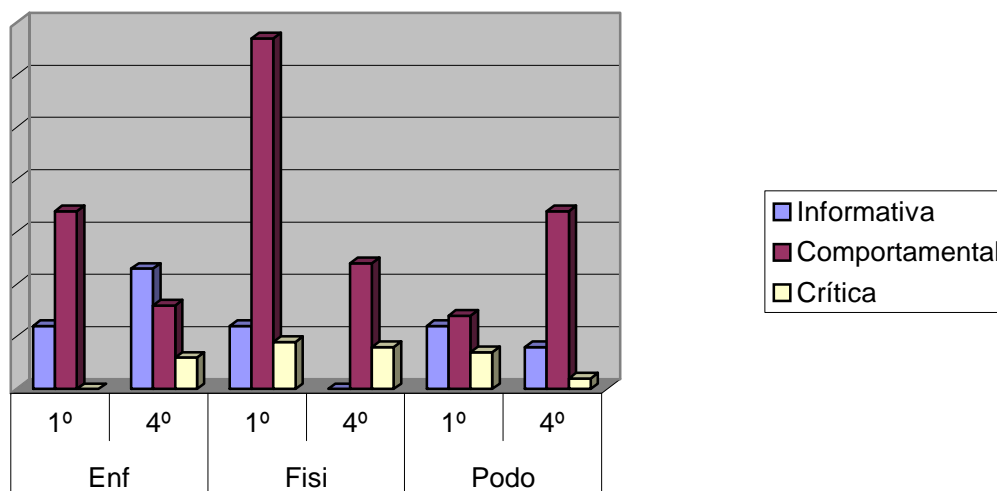


Figura nº20 - Unidade de registo *acção* da categoria educação para a saúde

Pela observação da figura 20 conclui-se que os nossos participantes perspectivam a educação para a saúde na geração comportamental. Com a formação surgem alterações nos três cursos. No curso de Enfermagem diminui a geração comportamental e aumenta a geração informativa e a geração crítica. No curso de Fisioterapia diminui significativamente a geração comportamental e informativa, sendo esta quase nula. No que se refere ao curso de Podologia a geração comportamental ganha terreno e a geração crítica perde.

A categorização *publico* converge para caracterização do publico alvo da educação para a saúde e referem-se ao indivíduo na sua singularidade, á família, crianças e adultos, população, comunidade a uma sociedade, e até mesmo, aos próprios profissionais de saúde. É esclarecedor a necessidade de categorizar o publico alvo quando se afirma “*pensa-se que deveria ser implementado no ensino obrigatório*” (F4,42).

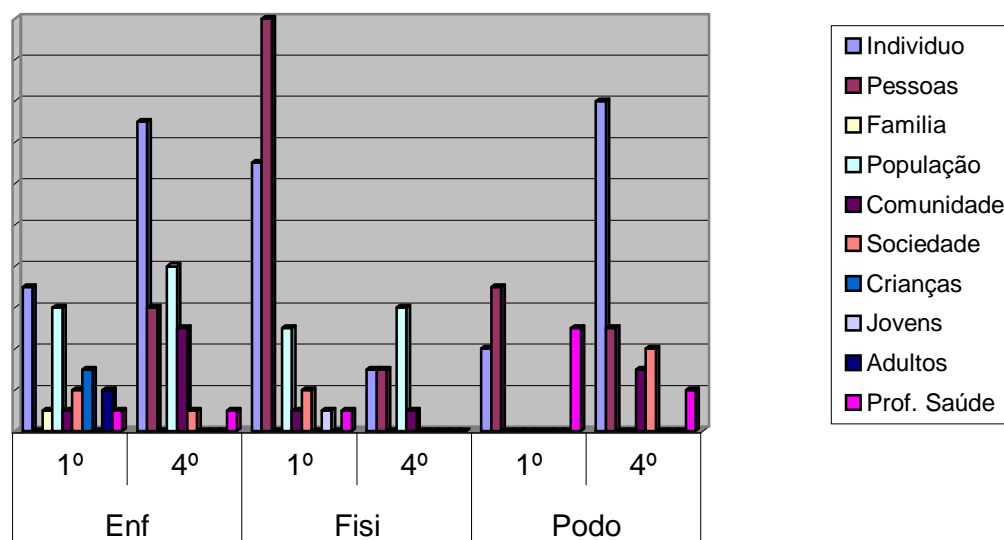


Figura nº21 - Distribuição unidade registo *publico* da categoria educação para a saúde

Pela análise da figura 21 podemos ler que o público a quem mais se dirige a educação para a saúde é ao indivíduo, a pessoas, à população. É ao nível do 1º ano que esta unidade de registo é mais especificada principalmente no curso de Enfermagem e Fisioterapia.

Por um menor número de participantes, mas distribuídos pelos diferentes cursos estudados, verificamos que foi referenciada a categoria *meio*, que assenta essencialmente nos profissionais de saúde, nos “generalistas” e especialistas. Está subjacente a parte dos recursos humanos que contribui para a educação para a saúde, fundamentalmente, com “*formar mais e melhores profissionais de saúde, especialistas competentes*” (P1,40). Também se destacou, educação para a saúde, na categoria *contexto*, referindo que a educação para a saúde decorre em centros de saúde, hospitais, escolas e universidades.

Educação para a saúde é, sobretudo, e compilando a informação adquirida, um processo contínuo e activo, que deve ser implementado pelos técnicos de saúde, com estratégias adequadas, de promoção, prevenção,....convergindo para o conhecimento de regras, conceitos e atitudes promotoras de saúde como conceito de bem estar, consigo e com os outros. A fig 22 resume as categorias da educação para a saúde.

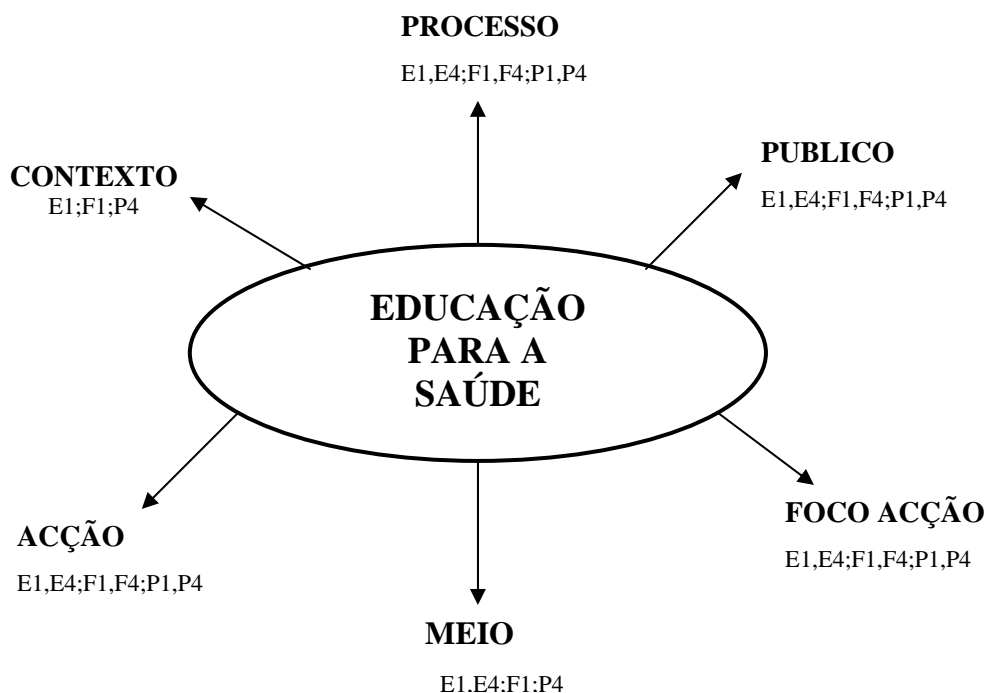


Figura nº22 - Conceito de educação para a saúde que emerge do discurso dos três cursos ao nível do 1º e 4º ano de formação

5.2.2 – ANÁLISE QUANTITATIVA

A análise quantitativa foi estruturada de acordo com os nossos objectivos e questões orientadoras. Assim, para cada questão são apresentados os dados obtidos. Estes são apresentados em quadros, tabelas e gráficos, para sistematizar e realçar a informação com maior significado.

OBJECTIVO: Descrever a importância atribuída à educação para a saúde nos estudantes que frequentam cursos de licenciatura na área da saúde.

Será que há diferenças significativas, nos estudantes que frequentam o curso de Enfermagem, Fisioterapia, Podologia no primeiro e último ano de formação, e a importância que atribuem à implementação de actividades promotoras de educação para a saúde?

PRIMEIRO ANO

O padrão das respostas é basicamente o mesmo para os três cursos, considerando esmagadoramente dos estudantes que a implementação de actividades promotoras de

educação para a saúde é muito importante. Com efeito, a resposta mais frequente e maioritária em todos os cursos é “Muito importante” (67.1%, 61% e 51% para Enfermagem, Fisioterapia e Podologia respectivamente), seguindo-se “Bastante importante” (31.3%, 27.3% e 34.7% respectivamente) e, por fim, “Importante” (1.5%, 11.7% e 14.3% respectivamente). Refira-se ainda que os estudantes de Enfermagem consideram esta implementação um pouco mais importante – basta observar as percentagens das respostas “Muito importante” e “Bastante importante” em conjunto (98.4%, 88.3% e 85.7% para os três cursos respectivamente). É ainda de salientar que não existem respostas “Pouco importante” ou “Nada importante”, o que reforça a importância que os alunos atribuem a esta questão.

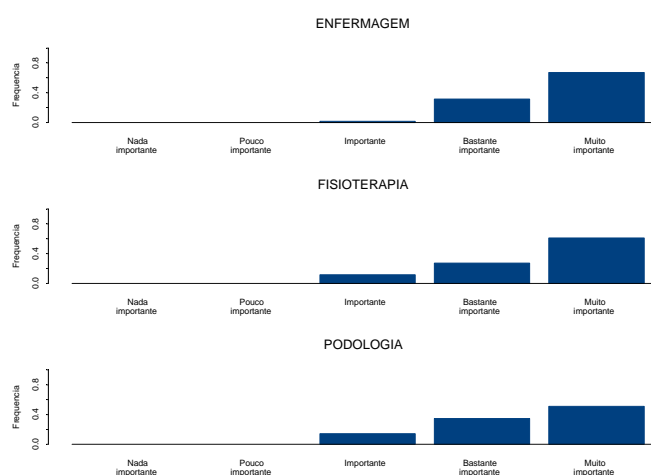


GRÁFICO N°7 - IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - 1º ANO

QUARTO ANO

O padrão das respostas é semelhante ao do 1º ano, aumentando ainda a grande importância atribuída a esta questão. Com efeito, os estudantes de Enfermagem consideram esta questão ainda mais importante – as únicas respostas são “Muito importante” e “Bastante importante” com 95.8% e 4.2% das respostas respectivamente. No curso de Fisioterapia, a resposta “Muito importante” tem uma percentagem inferior à do 1º ano, embora continue muito elevada (51%), seguindo-se “Bastante importante” (38.8%), “Importante” (8.2%) e, por fim, “Pouco importante” (2%). No curso de Podologia, a importância da questão é novamente maior – as respostas “Muito importante” e “Bastante importante” representam 60% e 30% respectivamente, existindo apenas 10% de respostas “Importante”. Assim, as

percentagens das respostas “Muito importante” e “Bastante importante” em conjunto são 100%, 89.8% e 90% para os três cursos respectivamente, ou seja, são ainda ligeiramente mais elevadas do que no 1º ano, especialmente em Podologia.

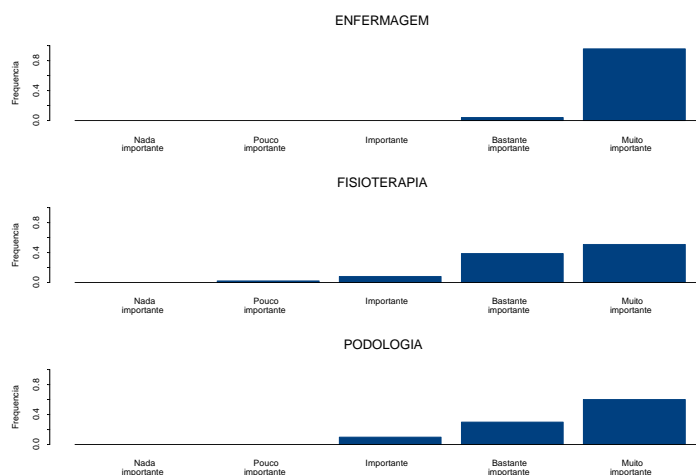


GRÁFICO Nº8 - IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - 4º ANO

Comparação dos cursos

Procedemos aqui à comparação da importância que os três cursos em cada ano atribuem a esta questão. Para este efeito, iremos utilizar o teste não paramétrico de Mann-Whitney, baseado nas ordens da amostra..

1º Ano

Assim, começamos por comparar para o primeiro ano o curso de Enfermagem e o de Fisioterapia, construindo-se para o efeito a tabela de contingência seguinte, onde se agregou as respostas “Nada importante”, “Pouco importante” e “Importante” (designadas em conjunto “Importante ou menos”) devido ao seu reduzido ou nulo número de observações:

Curso	Importante ou menos	Bastante importante	Muito importante	Total
Enfermagem	1	21	45	67
Fisioterapia	9	21	47	77
Total	10	42	92	144

TABELA Nº2 - IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA – 1º ANO

O valor da estatística do teste de Mann-Whitney é de 5099.5, conduzindo a um “p-value” de 0.251 (hipótese alternativa bilateral), pelo que se conclui que os dois cursos não se distinguem, ou seja, a importância atribuída pelos estudantes dos dois cursos é a mesma. Prosseguindo com a comparação dos cursos de Enfermagem e de Podologia, a tabela de contingência é

Curso	Importante ou menos	Bastante importante	Muito importante	Total
Enfermagem	1	21	45	67
Podologia	7	17	25	49
Total	8	38	70	116

TABELA Nº3 - IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA – 1º ANO

O valor da estatística do teste é de 4249.5, conduzindo a um “p-value” de 0.03 para uma hipótese alternativa bilateral o que, conjugado com o valor da estatística, leva a concluir que os estudantes do curso de Enfermagem atribuem mais importância a esta questão.

Finalmente, efectua-se a comparação entre o curso de Fisioterapia e de Podologia, cuja tabela de contingência é

Curso	Importante ou menos	Bastante importante	Muito importante	Total
Fisioterapia	9	21	47	77
Podologia	7	17	25	49
Total	16	38	72	126

TABELA Nº4 - IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA – 1º ANO

O valor da estatística do teste é de 5075.5, conduzindo a um “p-value” de 0.293 (hipótese alternativa bilateral), pelo que se conclui que os dois cursos não se distinguem, ou seja, a importância atribuída pelos alunos dos dois cursos é a mesma.

4º Ano

Tal como para o primeiro ano, comparamos primeiro Enfermagem e Fisioterapia, sendo a tabela de contingência a seguinte:

Curso	Importante ou menos	Bastante importante	Muito importante	Total
Enfermagem	0	2	46	48
Fisioterapia	5	19	25	49
Total	5	21	71	97

TABELA Nº5 - IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA – 4º ANO

O valor da estatística do teste é de 2884, conduzindo a um “p-value” de 0.000, o que leva a concluir que os estudantes do curso de Enfermagem atribuem mais importância a esta questão.

Prosseguindo com a comparação entre o curso de Enfermagem e o de Podologia, a tabela de contingência é

Curso	Importante ou menos	Bastante importante	Muito importante	Total
Enfermagem	0	2	46	48
Podologia	5	15	30	50
Total	5	17	76	98

TABELA Nº6 - IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA – 4º ANO

O valor da estatística do teste é de 2811, conduzindo a um “p-value” de 0.000, o que leva a concluir que os estudantes do curso de Enfermagem atribuem mais importância a esta questão, tal como no 1º ano.

Prosseguindo com a comparação entre o curso de Fisioterapia e o de Podologia, a tabela de contingência é

Curso	Importante ou menos	Bastante importante	Muito importante	Total
Fisioterapia	5	19	25	49
Podologia	5	15	30	50
Total	10	34	55	99

TABELA Nº7 - IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA – 4º ANO

O valor da estatística do teste é de 2350, conduzindo a um “p-value” de 0.430, pelo que se conclui que os dois cursos não se distinguem, ou seja, a importância atribuída pelos estudantes dos dois cursos é a mesma.

COMPARAÇÃO DOS ANOS

Procedemos aqui à comparação da importância que os dois anos em análise de cada curso atribuem a esta questão. Começando pelo curso de Enfermagem, a tabela de contingência é

Curso	Importante ou menos	Bastante importante	Muito importante	Total
1º Ano	1	21	45	67
4º Ano	0	2	46	48
Total	1	23	91	115

TABELA Nº8 - IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE 1º ANO VS. 4º ANO – ENFERMAGEM

O valor da estatística do teste é de 3424, conduzindo a um “p-value” de 0.000, o que leva a concluir que os estudantes do 1º ano atribuem menos importância a esta questão do que os do 4º ano. Prosseguindo com o curso de Fisioterapia, a tabela de contingência é

Curso	Importante ou menos	Bastante importante	Muito importante	Total
1º Ano	9	21	47	77
4º Ano	5	19	25	49
Total	14	40	72	126

TABELA Nº9 - IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE 1º ANO VS. 4º ANO – FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 5045.5, conduzindo a um “p-value” de 0.377, o que leva a concluir que os estudantes dos dois anos não se distinguem, ou seja, atribuem a mesma importância a esta questão. Finalmente, no que respeita ao curso de Podologia, a tabela de contingência é

Curso	Importante ou menos	Bastante importante	Muito importante	Total
1º Ano	7	17	25	49
4º Ano	5	15	30	50
Total	12	32	55	99

TABELA Nº10 - IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE 1º ANO VS. 4º ANO – PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2330, conduzindo a um “p-value” de 0.346 o que leva a concluir que os estudantes dos dois anos não se distinguem, ou seja, atribuem a mesma importância a esta questão.

OBJECTIVO: Relacionar a influência da área de formação na sensibilização dos estudantes para a educação para a saúde.

Qual a opinião, dos estudantes do quarto ano dos diferentes cursos, sobre o contributo das diferentes unidades curriculares para a sua formação como educadores?

Daqui em diante, o questionário abrangeu apenas os estudantes do 4º ano.

O padrão das respostas é semelhante nos três cursos, registando-se apenas ligeiras diferenças. Com efeito, em Enfermagem, a resposta mais frequente é “Bastante importante” (50%), seguindo-se a uma grande distância “Importante” (37.5%) e “Muito importante” (12.5%). Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Importante” (46.9%), logo seguida de “Bastante importante” (42.9%) e “Muito importante” (10.2%). Em Podologia, a resposta mais frequente é também “Importante” (45.1%), seguida de “Bastante importante” (37.3%), “Muito importante” e “Pouco importante” (7.8% cada) e, por fim, “Nada importante” (2%).

A tabela de contingência para os três cursos é (algumas respostas tiveram que ser novamente agrupadas tal como anteriormente)

Curso	Importante ou menos	Bastante importante	Muito importante	Total
Enfermagem	18	24	6	48
Fisioterapia	23	21	5	49
Podologia	28	19	4	51
Total	69	64	15	148

TABELA Nº11 - APRECIÇÃO DO CONTRIBUTO DOS CONTEÚDOS LECCIONADOS

Em face da análise exploratória acima, realizamos o teste do qui-quadrado de igualdade das probabilidades, isto é, da igualdade da distribuição das respostas dos três cursos. A estatística do teste é de 3.069, com um “p-value” de 0.546, o que não deixa dúvidas de que os três cursos não se distinguem, ou seja, as respostas dos estudantes dos três cursos são semelhantes.

Unidades curriculares que contribuíram para a formação do aluno

Os alunos foram aqui inquiridos sobre quais as unidades curriculares que, na sua opinião, mais contribuíram para a sua formação.

ENFERMAGEM

No que respeita a Enfermagem, as respostas não poderiam ser mais claras, pois a quase totalidade dos estudantes respondeu “Sim” – em Ciências da Enfermagem e Ensinos Clínicos é mesmo a totalidade. Portanto, é óbvio que os alunos consideram que todas as unidades curriculares contribuíram fortemente para a sua formação. O quadro seguinte mostra a distribuição das respostas.

Unidade curricular	Sim	Não	Sem opinião
Ciências da Enfermagem	100.0	0.0	0.0
Ciências Fundamentais	58.3	29.2	12.5
Ciências Sociais	93.8	2.1	4.2
Metodologia Científica	81.3	10.4	8.3
Ensinos Clínicos	100.0	0.0	0.0

Quadro nº17 - Respostas por unidades Curriculares Enfermagem

Os gráficos que se seguem complementam esta tabela, cujos valores estão representados no primeiro gráfico. A frequência da resposta “Sim” é tão elevada em todas as unidades curriculares, que nem é preciso testar se esta resposta é maioritária, o que parece claro. O que é útil testar aqui é se existem unidades curriculares que os alunos considerem mais importantes do que outras e isto pode ser conseguido comparando as frequências desta resposta nas várias unidades – essas frequências estão representadas no segundo gráfico abaixo, que indica pequenas diferenças, com exceção das Ciências Fundamentais, que parece ter menor importância na opinião dos alunos (note-se que a respectiva frequência da resposta “Sim” é de apenas 58.3%, muito abaixo das outras unidades curriculares, conforme pode ser visto na tabela acima). Para este efeito, iremos comparar os diversos pares de unidades curriculares, utilizando o teste da igualdade das probabilidades com recurso à distribuição binomial (com aproximação à distribuição normal), em que a hipótese nula é que a probabilidade de “Sim” é a mesma para ambas as unidades. Começando por comparar Ciências da Enfermagem com Ciências Fundamentais, a hipótese alternativa é, em face dos resultados da amostra, a de que a probabilidade de “Sim” é superior nas primeiras. O valor da estatística do teste é de 5.855, o que corresponde a um “p-value” de 0, não deixando dúvidas de que a probabilidade de “Sim” é superior em Ciências da Enfermagem, permitindo concluir que esta unidade curricular é

considerada mais importante. A tabela seguinte resume os testes e as respectivas conclusões para todas as unidades curriculares – obviamente, não se compara uma unidade consigo própria, nem se repetem comparações e não faz sentido realizar o teste de comparação entre Ciências da Enfermagem e Ensinos Clínicos porque a sua frequência é a mesma.

Ciências da Enfermagem versus	Estatística do teste	“p-value”	Conclusão
Ciências Fundamentais	5.855	0.000	Ciências da Enfermagem é mais importante.
Ciências Sociais	1.789	0.037	Ciências da Enfermagem é mais importante.
Metodologia Científica	3.328	0.000	Ciências da Enfermagem é mais importante.
Ensinos Clínicos			Importância igual.
Ciências Fundamentais versus	Estatística do teste	“p-value”	Conclusão
Ciências Sociais	-4.467	0.000	Ciências Fundamentais é menos importante.
Metodologia Científica	-2.525	0.006	Ciências Fundamentais é menos importante.
Ensinos Clínicos	-5.855	0.000	Ciências Fundamentais é menos importante.
Ciências Sociais versus	Estatística do teste	“p-value”	Conclusão
Metodologia Científica	1.886	0.03	Ciências Sociais é mais importante.
Ensinos Clínicos	-1.789	0.037	Ciências Sociais é menos importante.
Metodologia Científica versus	Estatística do teste	“p-value”	Conclusão
Ensinos Clínicos	-3.328	0.000	Metodologia Científica é menos importante.

Quadro nº18 - Comparação das respostas “Sim” das unidades Curriculares / Enfermagem

Em resumo, existe de facto uma superioridade de Ciências da Enfermagem e de Ensinos Clínicos sobre as outras unidades curriculares. Os gráficos anteriormente referidos são apresentados abaixo.

ENFERMAGEM

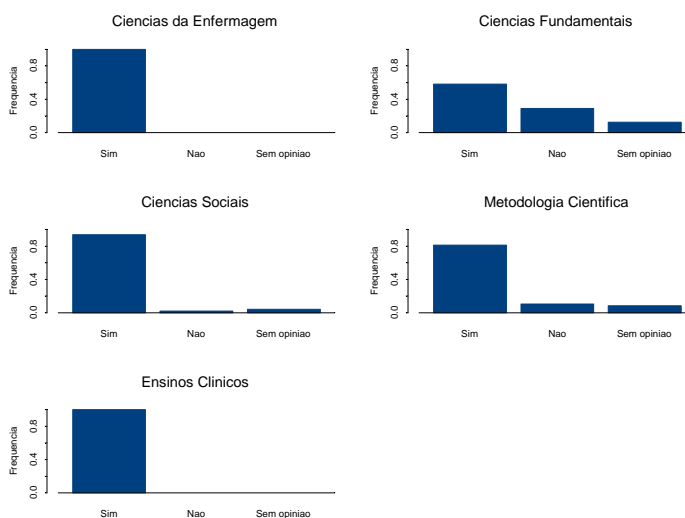


GRÁFICO Nº9 - UNIDADES CURRICULARES QUE MAIS CONTRIBUÍRAM PARA A FORMAÇÃO DO ALUNO DE ENFERMAGEM

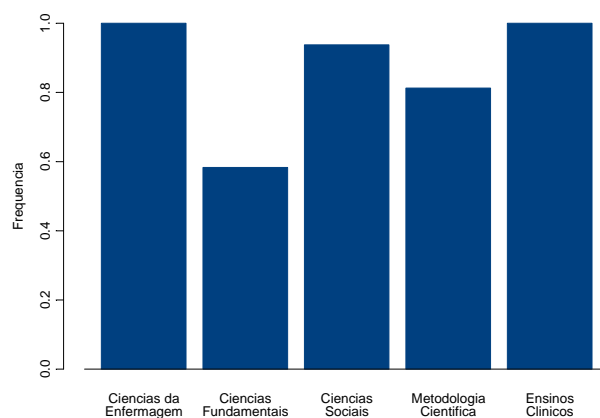


GRÁFICO Nº10 - COMPARAÇÃO DAS RESPOSTAS “SIM” DAS DIFERENTES UNIDADES CURRICULARES

FISIOTERAPIA

No que respeita a Fisioterapia, o padrão das respostas é muito semelhante ao observado em Enfermagem, ou seja, a resposta “Sim” é fortemente dominante, sendo mesmo a totalidade em Ensinos Clínicos. Portanto, os alunos consideram que todas as unidades curriculares contribuíram fortemente para a sua formação, sendo curioso que Ciências da Fisioterapia não surja em primeiro lugar, ocupado por Ensinos Clínicos. A tabela seguinte mostra a distribuição das respostas.

Unidade curricular	Sim	Não	Sem opinião
Ciências da Fisioterapia	89.8	8.2	2.0
Ciências Fundamentais	73.5	16.3	10.2
Ciências Sociais	77.6	8.2	14.3
Metodologia Científica	85.7	4.1	10.2
Ensinos Clínicos	100.0	0.0	0.0

Quadro nº 19 - Respostas por unidades Curriculares Fisioterapia

A frequência da resposta “Sim” continua muito elevada em todas as unidades curriculares, concluindo-se portanto que também aqui esta resposta é fortemente maioritária. Assim, passa-se à comparação das unidades, encontrando-se os resultados dos respectivos testes na tabela seguinte.

Ciências da Fisioterapia versus	Estatística do teste	“p-value”	Conclusão
Ciências Fundamentais	2.135	0.016	Ciências da Fisioterapia é mais importante.
Ciências Sociais	1.663	0.048	Ciências da Fisioterapia é mais importante.
Metodologia Científica	0.618	0.268	Importância igual.
Ensinos Clínicos	-1.185	0.118	Importância igual.
Ciências Fundamentais versus	Estatística do teste	“p-value”	Conclusão
Ciências Sociais	-0.470	0.319	Importância igual.
Metodologia Científica	-1.522	0.064	Ciências Fundamentais é menos importante.
Ensinos Clínicos	-3.248	0.001	Ciências Fundamentais é menos importante.
Ciências Sociais versus	Estatística do teste	“p-value”	Conclusão
Metodologia Científica	-1.049	0.147	Importância igual.
Ensinos Clínicos	-2.784	0.003	Ciências Sociais é menos importante.
Metodologia Científica versus	Estatística do teste	“p-value”	Conclusão
Ensinos Clínicos	-2.858	0.002	Metodologia Científica é menos importante.

Quadro nº 20 - Comparação das respostas “Sim” das unidades Curriculares Fisioterapia

Nesta tabela, o “p-value” do teste das Ciências Fundamentais versus Metodologia Científica é 6.4%, um pouco superior ao nível de significância adoptado (5%), mas optou-se por considerar o teste significativo, ou seja, por rejeitar a hipótese nula, devido ao facto de o “p-value” ser apenas ligeiramente superior a 5%.

FISIOTERAPIA

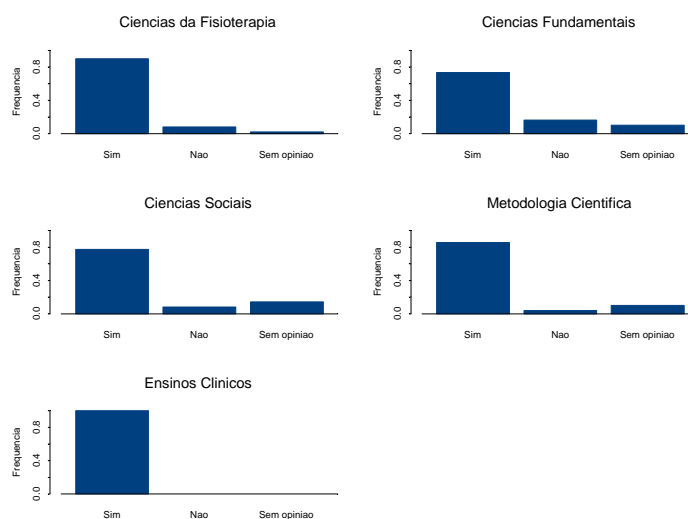


GRÁFICO N°11 - UNIDADES CURRICULARES QUE MAIS CONTRIBUÍRAM PARA A FORMAÇÃO DO ALUNO DE FISIOTERAPIA

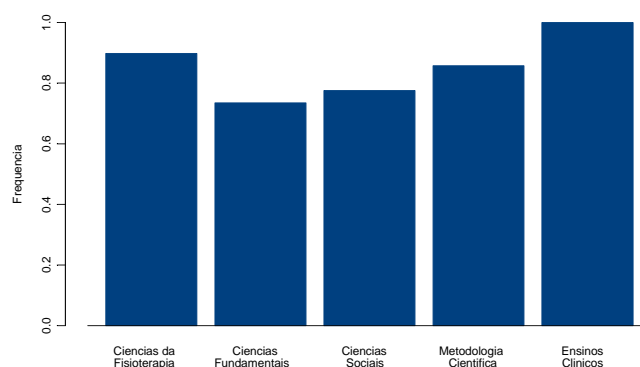


GRÁFICO N°12 - COMPARAÇÃO DAS RESPOSTAS “SIM” DAS DIFERENTES UNIDADES CURRICULARES

PODOLOGIA

O padrão das respostas continua semelhante, com grande preponderância da resposta “Sim”, embora não exista nenhuma unidade curricular em que esta resposta tenha 100%, contrariamente aos outros cursos. Ensinos Clínicos continua a ser a de maior importância,

encontrando-se Quiropodologia em último lugar. Note-se também que a percentagem de “Sim” atinge valores mais baixos do que nos outros cursos, ou seja, os alunos de Podologia atribuem menos importância a algumas unidades curriculares do que nos outros cursos. A tabela seguinte mostra a distribuição das respostas.

Unidade curricular	Sim	Não	Sem opinião
Ciências Fundamentais	80.4	17.6	2.0
Podologia Geral	74.5	15.7	9.8
Ortopodologia	64.7	17.7	17.6
Quiropodologia	50.9	21.6	27.5
Cirurgia	52.0	22.0	26.0
Ensinos Clínicos	96.0	2.0	2.0

Quadro nº21 - Respostas por unidades Curriculares Podologia

Resultados dos testes de comparação das unidades curriculares estão na tabela seguinte.

Ciências Fundamentais versus	Estatística do teste	“p-value”	Conclusão
Podologia Geral	0.713	0.238	Importância igual.
Ortopodologia	1.803	0.036	Ciências Fundamentais é mais importante.
Quiropodologia	3.290	0.001	Ciências Fundamentais é mais importante.
Cirurgia	3.158	0.001	Ciências Fundamentais é mais importante.
Ensinos clínicos	-2.513	0.006	Ciências Fundamentais é menos importante.
Podologia Geral versus	Estatística do teste	“p-value”	Conclusão
Ortopodologia	1.083	0.139	Importância igual.
Quiropodologia	2.534	0.006	Podologia Geral é mais importante.
Cirurgia	2.411	0.008	Podologia Geral é mais importante.
Ensinos clínicos	-3.206	0.001	Podologia Geral é menos importante.
Ortopodologia versus	Estatística do teste	“p-value”	Conclusão
Quiropodologia	1.417	0.078	Importância igual.
Cirurgia	1.306	0.096	Importância igual.
Ensinos clínicos	-4.321	0.000	Ortopodologia tem menos importância.
Quiropodologia versus	Estatística do teste	“p-value”	Conclusão
Cirurgia	-0.103	0.459	Importância igual.
Ensinos clínicos	-5.980	0.000	Quiropodologia tem menos importância
Cirurgia versus	Estatística do teste	“p-value”	Conclusão
Ensinos clínicos	-5.798	0.000	Cirurgia tem menos importância

Quadro nº22 - Comparação das respostas “Sim” das unidades Curriculares – Podologia

Os estudantes atribuem a maior importância aos Ensinos Clínicos, tal como nos outros dois cursos, seguindo-se as Ciências Fundamentais, o que é já diferente dos outros dois cursos, em que estas estão em último lugar. Esta diferença de importância atribuída às Ciências Fundamentais é realmente um importante factor de distinção em relação aos outros cursos, revelando uma significativa divergência de opinião dos alunos de Podologia. As outras unidades curriculares apresentam uma importância intermédia, com algumas diferenças entre elas.

PODOLOGIA

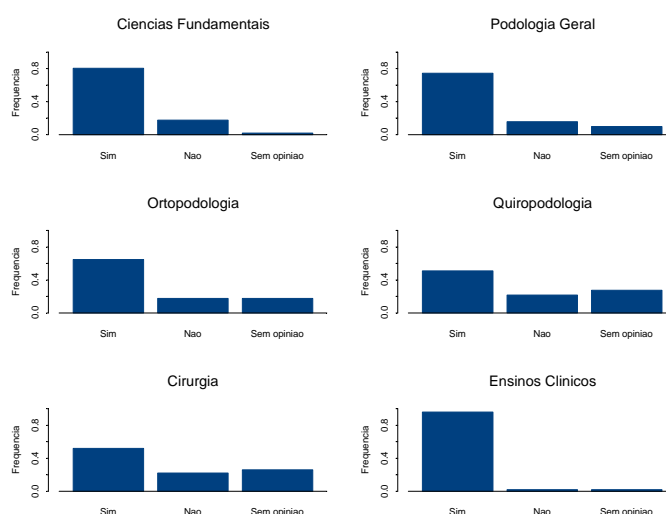


GRÁFICO Nº13 - UNIDADES CURRICULARES QUE MAIS CONTRIBUÍRAM PARA A FORMAÇÃO DO ALUNO DE PODOLOGIA

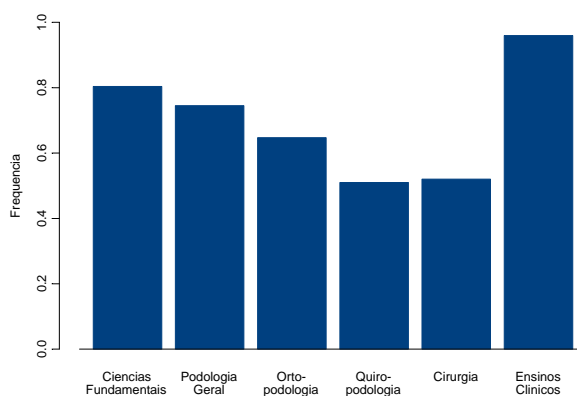


GRÁFICO Nº14 - COMPARAÇÃO DAS RESPOSTAS “SIM” DAS DIFERENTES UNIDADES CURRICULARES

Comparação da importância das unidades curriculares comuns

É ainda importante comparar a importância que as unidades curriculares comuns aos diferentes cursos têm nos mesmos. Para este efeito, iremos utilizar a frequência das respostas “Sim” a esta questão para as unidades curriculares comuns aos cursos.

Ciências Fundamentais

Esta unidade curricular é comum aos três cursos, sendo as frequências da resposta “Sim” a esta questão de, conforme já foi referido anteriormente, 58.3%, 73.5% e 80.4% nos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Podologia respectivamente. Assim, começando por comparar Enfermagem e Fisioterapia, o teste da igualdade das probabilidades da resposta “Sim” nos dois cursos, contra a alternativa de que a probabilidade de Enfermagem é inferior, apresenta um valor da estatística do teste de -1.592, de que resulta um “p-value” de 0.056. Consequentemente, conclui-se que a probabilidade em Enfermagem é inferior à de Fisioterapia (apesar de o “p-value” ser superior a 5%, como o é apenas ligeiramente, optou-se por rejeitar a hipótese nula), ou seja, os alunos deste último curso consideram que as Ciências Fundamentais são mais importantes.

Comparando Enfermagem e Podologia, com as mesmas hipóteses, o valor da estatística do teste é -2.443, de que resulta um “p-value” de 0.01, pelo que se conclui que esta unidade curricular é menos importante para os estudantes de Enfermagem.

Finalmente, para comparar Fisioterapia e Podologia, o teste da igualdade das probabilidades da resposta “Sim” nos dois cursos, contra a alternativa de que a probabilidade de Fisioterapia é inferior, apresenta um valor da estatística do teste de -0.823, de que resulta um “p-value” de 0.205. Consequentemente, conclui-se que a probabilidade é a mesma nos dois cursos, ou seja, que esta unidade é igualmente importante para os alunos dos dois cursos.

Ciências Sociais

Esta unidade curricular é comum apenas a Enfermagem e Fisioterapia, sendo as respectivas frequências da resposta “Sim” de 93.8% e 77.6%. O teste da igualdade das probabilidades desta resposta nos dois cursos contra a alternativa de que esta probabilidade é superior em Enfermagem, apresenta um valor da estatística do teste de 2.345, com um “p-value” de 0.01. Consequentemente, conclui-se que esta probabilidade é superior em Enfermagem, ou

seja, os estudantes deste curso consideram as Ciências Sociais mais importantes do que os alunos do curso de Fisioterapia.

Metodologia Científica

Esta unidade também é só comum a Enfermagem e Fisioterapia, sendo as respectivas frequências da resposta “Sim” de 81.3% e 85.7%. O teste da igualdade das probabilidades nos dois cursos contra a alternativa de que esta probabilidade é inferior em Enfermagem, apresenta um valor da estatística do teste de -0.593 , com um “p-value” de 0.277 . Consequentemente, conclui-se que a probabilidade é a mesma em ambos os cursos, ou seja, os estudantes dos dois cursos consideram a Metodologia Científica igualmente importante – esta conclusão era esperada, pois as frequências desta resposta estão muito próximas.

Ensinos Clínicos

Tal como as Ciências Fundamentais, esta unidade curricular é comum aos três cursos, sendo as frequências da resposta “Sim” de 100% em Enfermagem e Fisioterapia e de 96% em Podologia. A comparação de Enfermagem e Fisioterapia não é necessária, como é óbvio, pois a frequência é exactamente a mesma, concluindo-se que a importância atribuída pelos estudantes dos dois cursos a esta questão é a mesma.

A comparação entre Enfermagem e Podologia, sendo a hipótese alternativa de que a probabilidade é superior no primeiro curso, apresenta uma estatística do teste de 1.443 , com um “p-value” de 0.075 , concluindo-se então que as probabilidades dos dois cursos são iguais, ou seja, que os estudantes dos dois cursos atribuem a mesma importância aos Ensinos Clínicos. Do mesmo modo, a comparação entre Fisioterapia e Podologia é idêntica.

Será que há diferenças significativas, nos estudantes que frequentam o curso de Enfermagem, Fisioterapia e podologia, na forma como se sentem preparados para intervir como educadores para a saúde?

Os alunos foram questionados sobre se se consideram preparados para intervir a nível de educação para saúde. O gráfico da distribuição das respostas mostra uma enorme importância das respostas “Preparado”, existindo apenas algumas respostas “Bastante preparado” e quase nenhuma das restantes. Com efeito, em Enfermagem não existem respostas “Nada preparado” e “Pouco preparado”, representando a resposta “Preparado”

77.1%, seguindo-se a uma grande distância a resposta “Bastante preparado” (20.8%) e quase não existindo “Muito preparado” (2.1%). O padrão das respostas em Fisioterapia é muito semelhante: “Preparado” é a resposta mais importante (67.3%), seguindo-se a grande distância “Bastante preparado” (20.4%), “Pouco preparado” (10.2%), “Muito preparado” (2.1%) e não existindo respostas “Nada preparado”. O padrão de Podologia também é basicamente o mesmo: “Preparado” é a mais frequente (60.8%), seguindo-se “Pouco preparado” e “Bastante preparado” (17.6%) e, por fim, “Nada preparado” e “Muito preparado” (2%).

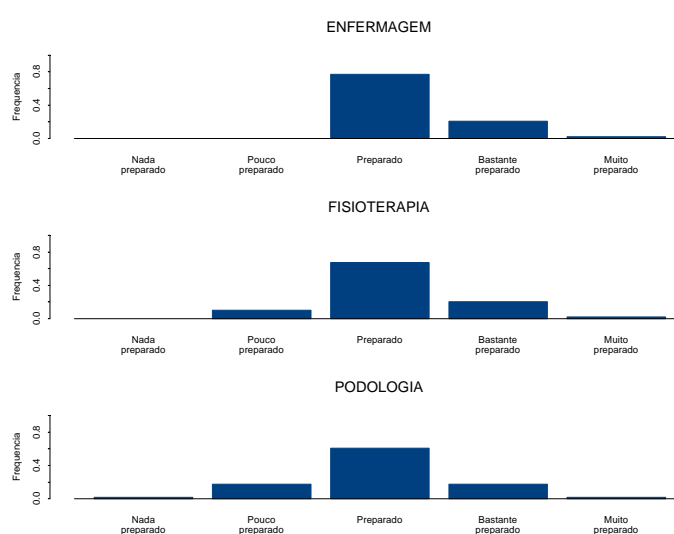


GRÁFICO Nº15 - PREPARAÇÃO PARA INTERVIR A NÍVEL DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A tabela de contingência para os três cursos é apresentada em seguida, tendo sido agrupadas diversas respostas devido à escassez ou mesmo inexistência de algumas delas, conforme acabou se ser referido.

Curso	Preparado ou menos	Bastante ou muito preparado	Total
Enfermagem	37	11	48
Fisioterapia	38	11	49
Podologia	41	10	51
Total	116	32	148

TABELA Nº12 - PREPARAÇÃO PARA INTERVIR A NÍVEL DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Confirmando a análise anterior, a observação da tabela de contingência mostra claramente que a distribuição das respostas é praticamente idêntica nos três cursos e, com efeito, o

teste do qui-quadrado de igualdade das probabilidades das respostas dos três cursos fornece um valor da estatística do teste de 0.189, com um “p-value” de 0.910. Assim, os três cursos não se distinguem, ou seja, as respostas dos estudantes dos três cursos são semelhantes.

OPORTUNIDADE DE IMPLEMENTAR ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DURANTE O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ALUNO

Os alunos foram também questionados se, durante o seu processo de formação, tiveram oportunidade de implementar actividades de educação para a saúde. O gráfico da distribuição das respostas abaixo mostra claramente a preponderância da resposta “Às vezes”, sendo ainda relevante o facto de apenas em Enfermagem existir uma frequência apreciável de respostas “Muitas vezes”. Com efeito, neste curso, “Às vezes” é a resposta maioritária (62.5%), encontrando-se em segundo lugar, embora a uma grande distância, “Muitas vezes” (29.2%) e, por fim, “Raramente” (8.3%) – note-se que não existem respostas “Nunca” nem “Sempre”. Por sua vez, no curso de Fisioterapia, “Às vezes” também é a resposta maioritária (53.1%), seguindo-se a uma grande distância “Raramente” (24.5%), “Nunca” (12.2%), “Muitas vezes” (8.2%) e, por fim, “Sempre” (2%) – note-se a existência de algumas respostas, embora poucas, “Nunca” e “Sempre”. Por último, em Podologia, “Às vezes” continua a ser maioritária (53%), seguindo-se a uma grande distância “Raramente” (23.5%), “Nunca” (13.7%), “Muitas vezes” (9.8%) e não existindo respostas “Sempre”.

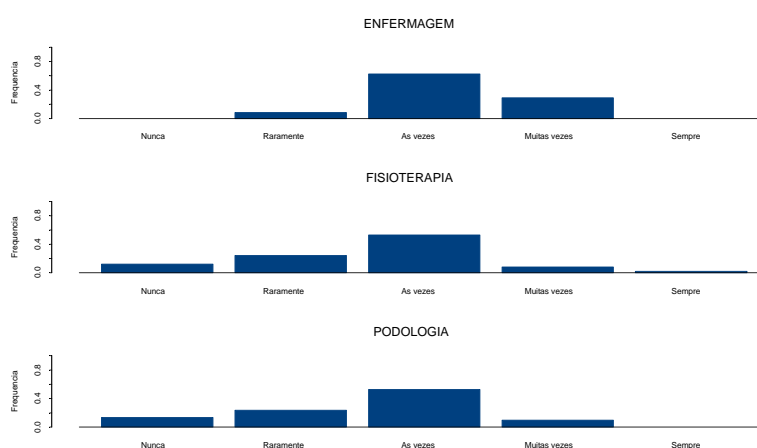


GRÁFICO N°16 - OPORTUNIDADE DE IMPLEMENTAR ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Para testar a eventual existência de diferenças na distribuição das respostas, utilizaremos novamente o teste de Mann-Whitney, começando por comparar Enfermagem e Fisioterapia. A respectiva tabela de contingência é apresentada em seguida, onde, devido à escassez de observações, se agrupou as respostas “Raramente” e “Nunca”, por um lado e “Muitas vezes” e “Sempre” por outro.

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	4	30	14	48
Fisioterapia	18	26	5	49
Total	22	56	19	97

TABELA Nº13 - OPORTUNIDADES DE IMPLEMENTAR ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste de Mann-Whitney é de 2793, conduzindo a um “p-value” de 0, concluído-se claramente que os alunos de Enfermagem tiveram oportunidade de implementar actividades de educação para a saúde mais frequentemente.

Passando agora à comparação entre Enfermagem e Podologia, a tabela de contingência é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	4	30	14	48
Podologia	19	27	5	51
Total	23	57	19	99

TABELA Nº14 - OPORTUNIDADES DE IMPLEMENTAR ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste de Mann-Whitney é de 2868, conduzindo a um “p-value” de 0, concluído-se também claramente que os estudantes de Enfermagem tiveram oportunidade de implementar actividades de educação para a saúde mais frequentemente.

Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Fisioterapia	18	26	5	49
Podologia	19	27	5	51
Total	37	53	10	100

TABELA Nº15 - OPORTUNIDADES DE IMPLEMENTAR ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

É bem clara a quase coincidência entre as duas distribuições e, com efeito, a estatística de Mann-Whitney é 0.069, conduzindo a um “p-value” de 0.945, não deixando dúvidas sobre a igualdade das duas distribuições, isto é, os estudantes dos dois cursos tiveram oportunidade de implementar actividades de educação para a saúde com a mesma frequência.

Portanto, em resumo, os estudantes de Enfermagem manifestam superioridade (maior frequência na implementação de actividades de educação para a saúde) em relação aos dos outros dois cursos, que apresentam comportamentos semelhantes.

LOCAIS EM QUE O ALUNO REALIZOU ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Foi também pedido aos alunos que implementaram actividades de educação para saúde que indicassem os locais em que o fizeram. A distribuição das respostas está representada no gráfico abaixo. Em Enfermagem, o “Ensino clínico” é claramente a resposta maioritária (55.3%), seguindo-se a uma grande distância o “Hospital” (31.9%) e, em terceiro lugar, “Casa”, “Futebol” e “Infantário/ATL”, todas com uma importância diminuta (4.3%). Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é o “Hospital” (42.5%), seguindo-se a “Clínica” a uma grande distância (21.2%), o “Centro de saúde” e a “Escola” em terceiro lugar (12.1%), o “Lar de idosos” (6.1%) e, por fim, com uma importância muito reduzida, a “Casa” e a “Piscina” (3%). Em Podologia, a resposta mais frequente é “Clínica” (46.2%), seguindo-se a uma grande distância “Centro de saúde” (25.6%), “Escola” (15.4%), “Futebol” (5%), “Lar de idosos”, “Infantário” e “Peregrinação” (2.6%) e não existindo respostas “Hospital” e “Casa”.

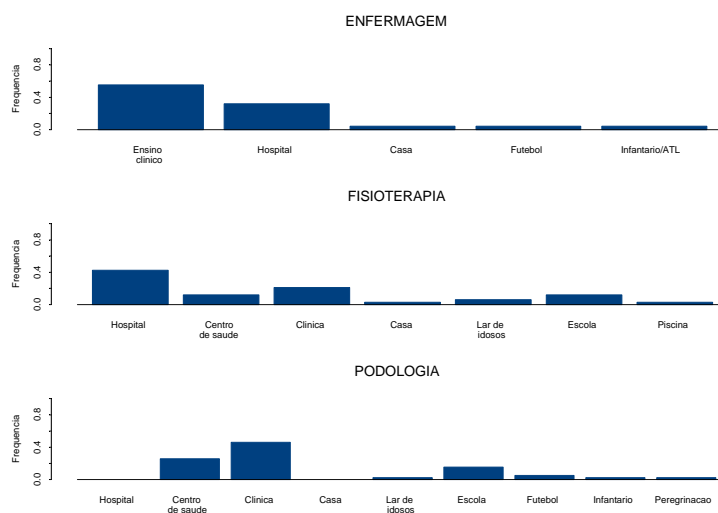


GRÁFICO Nº17 - LOCAIS DE REALIZAÇÃO DE ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

CONCEPÇÕES DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Será que há diferenças significativas, nos estudantes que frequentam o curso de Enfermagem, Fisioterapia e Podologia, na forma como conceptualizam educação para a saúde?

Os alunos foram inquiridos relativamente às suas concepções sobre a educação para a saúde, colocando-se várias hipóteses:

a) Uma variável de intervenção na área de prevenção

Esta é a primeira concepção considerada. A distribuição das respostas encontra-se representada no gráfico abaixo, mostrando uma fortíssima concordância com esta concepção nos três cursos, embora em graus diferentes. Com efeito, em Enfermagem a resposta maioritária é “Sempre” (68.7%), seguindo-se a uma grande distância “Muitas vezes” (29.2%), “Às vezes” (2.1%) e não existindo as respostas “Raramente” e “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta maioritária é “Muitas vezes” (55.1%), seguindo-se “Sempre” (30.6%), “Às vezes” (14.3%) e também não existindo as respostas “Raramente” e “Nunca”. Em Podologia, a resposta mais frequente é “Sempre” (47.1%), logo seguida de “Muitas vezes” (43.1%), encontrando-se “Às vezes” em terceiro lugar a uma grande distância (9.8%) e também não existindo “Raramente” e “Nunca”. O facto de não existirem estas duas últimas respostas em nenhum dos cursos é ilustrativo da concordância dos alunos com esta concepção.

Para testar a eventual existência de diferenças na distribuição das respostas, utilizaremos novamente o teste de Mann-Whitney, começando por comparar Enfermagem e Fisioterapia. A respectiva tabela de contingência é apresentada em seguida, onde se retirou as respostas “Raramente” e “Nunca” devido à inexistência de observações.

Curso	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	1	14	33	48
Fisioterapia	7	27	15	49
Total	8	41	48	97

TABELA Nº16 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO VARIÁVEL DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DE PREVENÇÃO ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2836, conduzindo a um “p-value” de 0, concluindo-se claramente que os estudantes de Enfermagem concordam com esta concepção de educação para a saúde ainda mais fortemente do que os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	1	14	33	48
Podologia	5	22	24	51
Total	6	36	57	99

TABELA Nº17 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO VARIÁVEL DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DE PREVENÇÃO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2689.5, conduzindo a um “p-value” de 0.01, concluindo-se também que os estudantes de Enfermagem concordam com esta concepção de educação para a saúde ainda mais fortemente do que os de Podologia.

Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	7	27	15	49
Podologia	5	22	24	51
Total	12	49	39	100

TABELA Nº18 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO VARIÁVEL DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DE PREVENÇÃO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2259.5, conduzindo a um “p-value” de 0.051, devendo então concluir-se que os estudantes de Podologia concordam com esta concepção de educação para a saúde mais fortemente do que os de Fisioterapia, embora a diferença seja apenas ligeira (apesar de o “p-value” ser superior a 5%, o nível de significância adoptado, como o é apenas ligeiramente, é preferível tirar esta conclusão do que não rejeitar a

hipótese de igualdade entre os dois cursos – note-se que, se o nível de significância adoptado fosse de 10%, por exemplo, esta seria claramente a conclusão a retirar do teste). Portanto, em resumo, todos os estudantes concordam fortemente com esta concepção, sendo que os de Enfermagem concordam com mais intensidade e os de Fisioterapia com menos.

b) Base de actividade de uma profissão da área da saúde

A distribuição das respostas apresenta um padrão semelhante ao da concepção anterior, embora a concordância não seja aqui tão forte, especialmente em Fisioterapia e em Podologia. Em Enfermagem as respostas mais frequentes são “Muitas vezes” e “Sempre” (39.6%), seguindo-se “Às vezes” (20.8%) e continuando a não haver respostas “Raramente” e “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (48.9%), seguindo-se “Muitas vezes” (32.7%) e “Sempre” (18.4%). Em Podologia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (39.2%), seguindo-se “Muitas vezes” (31.4%), “Sempre” (27.4%) e, por fim, “Nunca” (2%), não existindo respostas “Raramente”. Verifica-se efectivamente uma menor concordância do que na concepção anterior (note-se que até existe uma resposta “Nunca”) que, no entanto, não deixa de ser muito forte. Para a comparação entre Enfermagem e Fisioterapia, a tabela de contingência é

Curso	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	10	19	19	48
Fisioterapia	24	16	9	49
Total	34	35	28	97

TABELA Nº19 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO BASE DE ACTIVIDADE DE UMA PROFISSÃO ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2749.5, conduzindo a um “p-value” de 0.001, concluindo-se claramente que os estudantes de Enfermagem concordam com esta concepção de educação para a saúde mais fortemente do que os de Fisioterapia.

Na tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia agrupou-se as respostas “Às vezes”, “Raramente” e “Nunca”.

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	10	19	19	48
Podologia	21	16	14	51
Total	31	35	33	99

TABELA Nº20 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO BASE DE ACTIVIDADE DE UMA PROFISSÃO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2668, conduzindo a um “p-value” de 0.023, concluindo-se também que os estudantes de Enfermagem concordam com esta concepção de educação para a saúde mais fortemente do que os de Podologia. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	24	16	9	49
Podologia	21	16	14	51
Total	45	32	23	100

TABELA Nº21 EUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO BASE DE ACTIVIDADE DE UMA PROFISSÃO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2337, conduzindo a um “p-value” de 0.154, pelo que se conclui que os dois cursos não se distinguem, ou seja, o estudantes dos dois cursos concordam com igual intensidade com esta concepção.

Portanto, em resumo, todos os estudantes concordam fortemente com esta concepção, sendo que os de Enfermagem concordam com mais intensidade e os de Fisioterapia e de Podologia com a mesma intensidade.

c) Processo que informa, esclarece um indivíduo ou uma população

O padrão das respostas mantém-se genericamente o mesmo, ou seja, regista-se uma fortíssima concordância. Em Enfermagem, a resposta maioritária é “Sempre” (58.4%), seguindo-se a uma grande distância “Muitas vezes” (33.3%) e “Às vezes” (8.3%), não existindo respostas “Raramente” e “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (46.9%), seguindo-se “Sempre” (40.8%), “Às vezes” (12.3%) e não existindo respostas “Raramente” e “Nunca”. Em Podologia, a resposta mais frequente é “Sempre” (49%), seguindo-se “Muitas vezes” (39.2%), “Às vezes” (9.8%) e “Raramente” (2%), não existindo “Nunca”. Para a comparação entre Enfermagem e Fisioterapia, a tabela de contingência é

Curso	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	4	16	28	48
Fisioterapia	6	23	20	49
Total	10	39	48	97

TABELA Nº22 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO PROCESSO QUE INFORMA ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2560, conduzindo a um “p-value” de 0.048, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem concordam com esta concepção de educação para a saúde mais fortemente do que os de Fisioterapia.

Na tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia agrupou-se as respostas “Às vezes”, “Raramente” e “Nunca”.

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	4	16	28	48
Podologia	6	20	25	51
Total	10	36	53	99

TABELA Nº23 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO PROCESSO QUE INFORMA ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2522, conduzindo a um “p-value” de 0.170, concluindo-se que as duas distribuições não se distinguem, ou seja, que os estudantes dos dois cursos concordam com esta concepção com a mesma intensidade.

Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	6	23	20	49
Podologia	6	20	25	51
Total	12	43	45	100

TABELA Nº24 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO PROCESSO QUE INFORMA FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2381, conduzindo a um “p-value” de 0.239, pelo que se conclui que os dois cursos não se distinguem, ou seja, os alunos dos dois cursos concordam com igual intensidade com esta concepção.

Portanto, em resumo, todos os estudantes concordam muito fortemente com esta concepção, sendo que os de Enfermagem concordam com mais intensidade que os de Fisioterapia, enquanto se verifica uma concordância com a mesma intensidade entre os estudantes de Enfermagem e Podologia e entre Fisioterapia e Podologia (não existe contradição entre estas conclusões, pois as diferenças entre Enfermagem e Fisioterapia são significativas, mas as existentes entre Fisioterapia e Podologia e entre esta e Enfermagem já não o são).

d) Processo que vai de encontro às necessidades de um indivíduo ou comunidade

O padrão das respostas continua a evidenciar uma grande concordância com esta concepção, denotando-se em Podologia uma menor intensidade do que nas concepções anteriores. Em Enfermagem, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (35.4%), logo seguida de “Sempre” (33.3%) e “Às vezes” (31.3%), não existindo respostas “Raramente” e “Nunca”. Em Fisioterapia, “Muitas vezes” é maioritária (51%), seguindo-se “Sempre” (28.6%) e “Às vezes” (20.4%), também não existindo respostas “Raramente” e “Muitas vezes”. Em Podologia, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (37.3%), seguindo-se “Às vezes” (31.4%), “Sempre” (23.5%), “Raramente” (5.9%) e “Nunca” (2%), o que significa que estas duas últimas têm uma importância que nunca atingiram nas concepções anteriores.

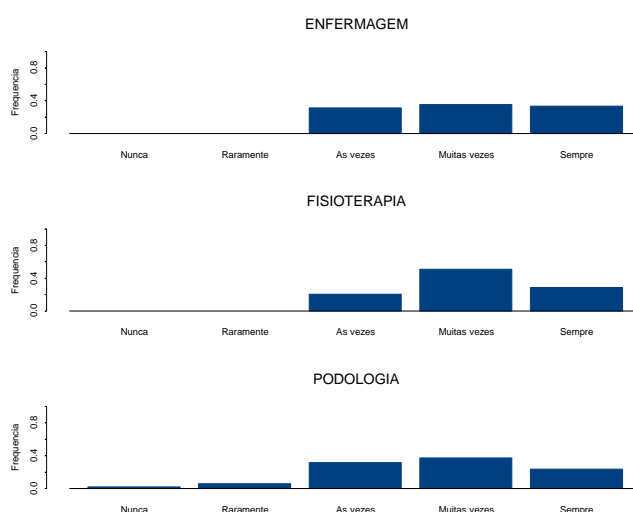


GRÁFICO Nº18 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO UM PROCESSO QUE VAI DE ENCONTRO ÀS NECESSIDADES DE UM INDIVÍDUO OU COMUNIDADE

Para a comparação entre Enfermagem e Fisioterapia, a tabela de contingência é

Curso	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	15	17	16	48
Fisioterapia	10	25	14	49
Total	25	42	30	97

TABELA Nº25 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO PROCESSO QUE VAI DE ENCONTRO ÀS NECESSIDADES DO INDIVÍDUO OU COMUNIDADE ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2305.5, conduzindo a um “p-value” de 0.359, concluindo-se que os alunos de Enfermagem concordam com esta concepção de educação para a saúde tão fortemente como os de Fisioterapia.

Na tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia agrupou-se as respostas “Às vezes”, “Raramente” e “Nunca”.

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	15	17	16	48
Podologia	20	19	12	51
Total	35	36	28	99

TABELA Nº26 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO PROCESSO QUE VAI DE ENCONTRO ÀS NECESSIDADES DO INDIVÍDUO OU COMUNIDADE ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2547.5, conduzindo a um “p-value” de 0.136, concluindo-se também que os estudantes dos dois cursos concordam com esta concepção com a mesma intensidade.

Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	10	25	14	49
Podologia	20	19	12	51
Total	30	44	26	100

TABELA Nº27 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO PROCESSO QUE VAI DE ENCONTRO ÀS NECESSIDADES DO INDIVÍDUO OU COMUNIDADE FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2692.5, conduzindo a um “p-value” de 0.054, pelo que se deve concluir que os estudantes de Fisioterapia concordam com esta concepção mais fortemente que os de Podologia.

Portanto, em resumo, todos os estudantes concordam também muito fortemente com esta concepção, sendo que se detectou apenas uma distinção, que é a de que os alunos de Fisioterapia concordam mais fortemente do que os de Podologia. Em todas as outras comparações se concluiu que a intensidade é a mesma.

e) Processo interactivo no qual o indivíduo ou a comunidade detêm uma participação activa

Embora continue a existir uma forte concordância com esta concepção, a intensidade com que ela se verifica é agora menor do que nas anteriores concepções. Em Enfermagem, a

resposta mais frequente é “Às vezes” (43.8%), seguindo-se “Muitas vezes” (33.3%), “Sempre” (16.6%), “Raramente” (6.3%) e não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é também “Às vezes” (38.8%), seguindo-se “Muitas vezes” (30.6%), “Raramente” (16.3%), “Sempre” (14.3%) e não existindo respostas “Nunca”. Em Podologia, “Às vezes” é mesmo maioritária (51%), seguindo-se a uma grande distância “Muitas vezes” (19.6%), “Sempre” e “Raramente” (13.7%) e, por fim, “Nunca” (2%). Portanto, observa-se realmente um menor grau de concordância com esta concepção, embora ela não deixe de ser muito significativa.

A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	24	16	8	48
Fisioterapia	27	15	7	49
Total	51	31	15	97

**TABELA Nº28 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO PROCESSO INTERACTIVO
ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA**

O valor da estatística do teste é de 2416 conduzindo a um “p-value” de 0.305, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem concordam com esta concepção de educação para a saúde tão fortemente como os de Fisioterapia.

A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	24	16	8	48
Podologia	34	10	7	51
Total	58	26	15	99

**TABELA Nº29 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO PROCESSO INTERACTIVO
ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 2588, conduzindo a um “p-value” de 0.068, devendo concluir-se que os estudantes de Enfermagem concordam com esta concepção com mais intensidade do que os de Podologia. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	27	15	7	49
Podologia	34	10	7	51
Total	61	25	14	100

**TABELA Nº30 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO PROCESSO INTERACTIVO
FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 2601.5, conduzindo a um “p-value” de 0.156, pelo que se deve concluir que os estudantes de Fisioterapia e de Podologia concordam com esta concepção com a mesma intensidade.

Portanto, em resumo, todos os estudantes concordam também fortemente com esta concepção, embora em menor grau do que nas anteriores concepções, sendo que se detectou apenas uma distinção – os estudantes de Enfermagem concordam mais fortemente do que os de Podologia.

f) Processo de transmissão de conhecimentos para um público passivo

Os alunos mostram uma significativa concordância com esta concepção, mas ainda menor do que com as anteriores, o que está de acordo com as opiniões reveladas na concepção anterior, em que o entendimento da educação para a saúde diverge deste. Com efeito, em Enfermagem a opinião mais frequente é “Às vezes”, mas apenas com 39.6%, seguindo-se “Muitas vezes” (29.2%), “Raramente” (16.7%), “Sempre” (com apenas 8.3%, a percentagem mais baixa até agora) e, por fim, “Nunca” (6.2%) que apresenta respostas pela primeira vez. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (30.6%), logo seguida de “Às vezes” (28.6%), “Raramente” (18.3%), “Sempre” (14.3%) e “Nunca” (8.2%). Em Podologia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (37.3%), seguindo-se “Muitas vezes” (27.5%), “Sempre” (17.6%), “Raramente” (11.8%) e “Nunca” (5.9%). Portanto, embora a maioria das respostas seja claramente de concordância com esta concepção, observa-se também uma importante fracção de estudantes que discordam – o caso de Enfermagem é bem exemplificativo, observando-se a existência de frequências “Raramente” e “Nunca” não registadas em nenhuma das concepções anteriores.

Nas tabelas de contingência para comparação dos cursos, apenas foi necessário proceder à agregação das respostas “Nunca” e “Raramente”. A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Raramente ou nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	11	19	14	4	48
Fisioterapia	13	14	15	7	49
Total	24	33	29	11	97

TABELA Nº31 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO PROCESSO TRANSMISSÃO DE CONHECIMENTOS PARA UM PÚBLICO PASSIVO ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2292.5 conduzindo a um “p-value” de 0.327, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem concordam com esta concepção de educação para a saúde com a mesma intensidade que os de Fisioterapia.

A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Raramente ou nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	11	19	14	4	48
Podologia	9	19	14	9	51
Total	20	38	28	13	99

TABELA Nº32 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO PROCESSO TRANSMISSÃO DE CONHECIMENTOS PARA UM PÚBLICO PASSIVO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2253, conduzindo a um “p-value” de 0.140, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem concordam com esta concepção de educação para a saúde com a mesma intensidade que os de Podologia.

Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Raramente ou nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	13	14	15	7	49
Podologia	9	19	14	9	51
Total	22	33	29	16	100

TABELA Nº 33 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO PROCESSO TRANSMISSÃO DE CONHECIMENTOS PARA UM PÚBLICO PASSIVO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2393, conduzindo a um “p-value” de 0.280, pelo que se deve concluir que os estudantes de Fisioterapia e de Podologia concordam com esta concepção com a mesma intensidade.

Portanto, em resumo, todos os estudantes concordam significativamente com esta concepção, embora em menor grau do que em todas as anteriores concepções, e essa concordância tem a mesma intensidade em todos os cursos.

g) Actividade intencional que incita o indivíduo ou a comunidade a pensar e decidir por si mesma

A concordância com esta concepção continua a ser forte, ocupando numa posição intermédia, ou seja, existindo outras concepções com maior concordância e outras com menor. Em Enfermagem, a resposta mais frequente é “Às vezes” (35.4%), seguindo-se “Muitas vezes” e “Sempre” (29.2%) e, a uma grande distância, as respostas “Raramente”

(4.1%) e “Nunca” (2.1%). Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (40.8%), seguindo-se de perto “Às vezes” (32.7%) e, a uma grande distância, “Raramente” (16.3%), “Sempre” (10.2%) e não existindo respostas “Nunca”. Em Podologia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (47.1%), seguindo-se a uma grande distância “Muitas vezes” e “Raramente” (19.6%), “Sempre” (7.8%) e “Nunca” (5.9%). Portanto, existe uma forte concordância com esta concepção, em diversos graus conforme o curso.

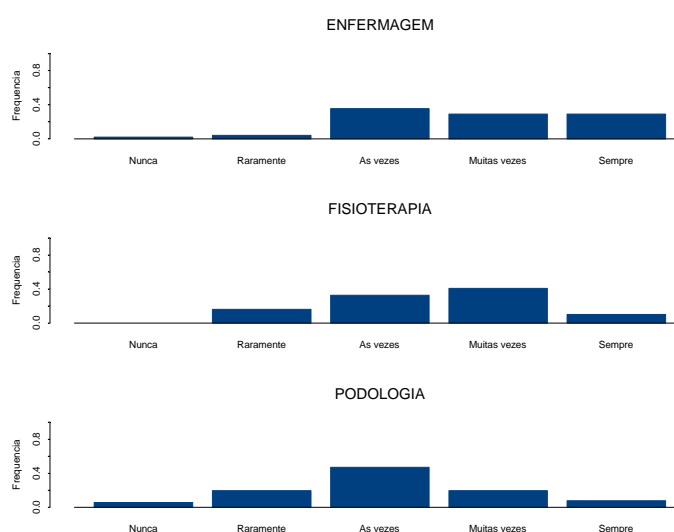


GRÁFICO N°19 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO UMA ACTIVIDADE INTENCIONAL QUE INCITA O INDIVÍDUO OU A COMUNIDADE A PENSAR E A DECIDIR

A tabela de contingência para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Raramente ou nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	3	17	14	14	48
Fisioterapia	8	16	20	5	49
Total	11	33	34	19	97

TABELA N°34 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO ACTIVIDADE INTENCIONAL ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2587 conduzindo a um “p-value” de 0.038, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem concordam com esta concepção de educação para a saúde mais fortemente do que os de Fisioterapia.

A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Raramente ou nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	3	17	14	14	48
Podologia	13	24	10	4	51
Total	16	41	24	18	99

**TABELA Nº35 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO ACTIVIDADE INTENCIONAL
ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 2894.5, conduzindo a um “p-value” de 0.000, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem concordam com esta concepção de educação para a saúde mais fortemente do que os de Podologia.

Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Raramente ou nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	8	16	20	5	49
Podologia	13	24	10	4	51
Total	21	40	30	9	100

**TABELA Nº36 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO ACTIVIDADE INTENCIONAL
FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 2762, conduzindo a um “p-value” de 0.019, concluindo-se que os alunos de Fisioterapia concordam com esta concepção de educação para a saúde mais fortemente do que os de Podologia.

Portanto, em resumo, todos os estudantes concordam fortemente com esta concepção, sendo que os de Enfermagem revelam maior intensidade nesta concordância e os de Podologia menor, o que é interessante e mostra uma grande diferença de opinião entre os alunos dos três cursos, contrariamente à concepção anterior, em que a intensidade era a mesma

H) Actividade planeada

Os estudantes continuam a mostrar uma fortíssima concordância com esta concepção. Em Enfermagem, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (45.8%), seguindo-se “Sempre” (35.4%) e “Às vezes” (18.8%), não existindo respostas “Raramente” e “Nunca”, ou seja, estes alunos mostram uma fortíssima concordância com esta concepção. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente também é “Muitas vezes” (40.8%), seguindo-se também “Sempre” (28.6%), “Às vezes” (18.4%), “Raramente” (12.2%) e não existindo respostas “Nunca”.

Em Podologia, as respostas mais frequentes são “Muitas vezes” e “Sempre” (35.3%), seguindo-se “Às vezes” (27.5%) e “Raramente” (2%), não existindo respostas “Nunca”.

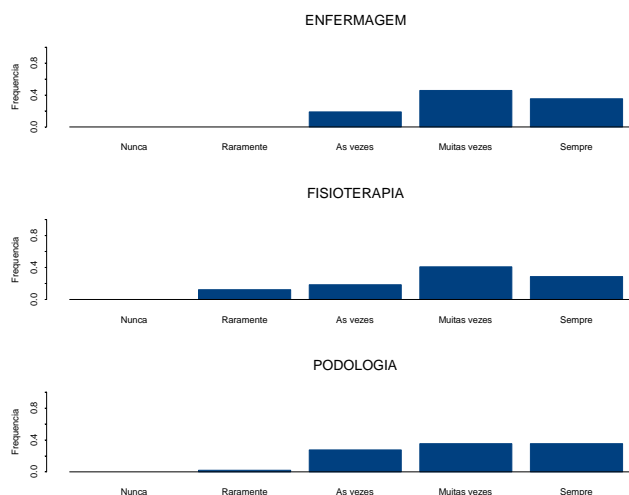


GRÁFICO Nº20 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO UMA ACTIVIDADE PLANEADA

Nas tabelas de contingência seguintes, voltou a agregar-se as respostas “Nunca”, “Raramente” e “Às vezes”. A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	9	22	17	48
Fisioterapia	15	20	14	49
Total	24	42	31	97

**TABELA Nº37 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO ACTIVIDADE PLANEADA
ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA**

O valor da estatística do teste é de 2507.5 conduzindo a um “p-value” de 0.115, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem concordam com esta concepção de educação para a saúde com a mesma intensidade que os de Fisioterapia.

A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	9	22	17	48
Podologia	15	18	18	51
Total	24	40	35	99

**TABELA Nº38 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO ACTIVIDADE PLANEADA
ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 2485.5, conduzindo a um “p-value” de 0.261, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem concordam com esta concepção de educação para a saúde com a mesma intensidade que os de Podologia.

Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	15	20	14	49
Podologia	15	18	18	51
Total	30	38	32	100

**TABELA Nº39 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO ACTIVIDADE PLANEADA
FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 2405.5, conduzindo a um “p-value” de 0.260, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e de Podologia concordam com esta concepção com a mesma intensidade.

Portanto, em resumo, todos os estudantes concordam muito fortemente e com a mesma intensidade com esta concepção.

i) Actividade de ensino ocasional

A concordância com esta concepção é consideravelmente fraca, sendo mesmo a mais fraca de todas, embora não deixe de existir um número razoável de respostas concordantes. Em Enfermagem, a resposta mais frequente é “Às vezes” (50%), seguindo-se a grande distância “Muitas vezes” (31.2%), “Raramente” (14.6%) e “Nunca” (4.2%), não existindo respostas “Sempre”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (32.7%), logo seguida de “Raramente” (28.6%), “Muitas vezes” (24.5%), “Nunca” (8.2%) e “Sempre” (6%). Em Podologia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (51%), seguindo-se a uma grande distância “Raramente” (23.5%), “Muitas vezes” (11.8%), “Nunca” (9.8%) e “Sempre” (3.9%). Portanto, a resposta mais frequente nos três cursos é “Às vezes”, o que é demonstrativo da concordância com esta concepção, sendo a única em que as percentagens das respostas “Nunca” e “Raramente” são consideráveis. A concordância com esta concepção é então bastante fraca.

Nas tabelas de contingência seguintes, agregou-se as respostas “Muitas vezes” e “Sempre”. A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	2	7	24	15	48
Fisioterapia	4	14	16	15	49
Total	6	21	40	30	97

TABELA Nº40 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO ACTIVIDADE DE ENSINO OCASIONAL ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2503.5 conduzindo a um “p-value” de 0.123, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e de Fisioterapia concordam com esta concepção com a mesma intensidade.

A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	2	7	24	15	48
Podologia	5	12	26	8	51
Total	7	19	50	23	99

TABELA Nº41 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO ACTIVIDADE DE ENSINO OCASIONAL ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2683, conduzindo a um “p-value” de 0.016, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem concordam com esta concepção de educação para a saúde mais fortemente do que os de Podologia.

Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Fisioterapia	4	14	16	15	49
Podologia	5	12	26	8	51
Total	9	26	42	23	100

TABELA Nº42 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO ACTIVIDADE DE ENSINO OCASIONAL FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2574, conduzindo a um “p-value” de 0.234, concluindo-se que os estudantes de Fisioterapia e de Podologia concordam com esta concepção de educação para a saúde com a mesma intensidade.

Portanto, em resumo, os estudantes dos três cursos concordam com esta concepção com uma intensidade inferior à das outras concepções, sendo que os alunos de Enfermagem concordam com maior intensidade do que os de Podologia. Foi esta a única distinção encontrada.

OBJECTIVO: Caracterizar práticas de educação para a saúde dos estudantes que frequentam cursos de licenciatura na área da saúde.

Será que há diferenças significativas, nos estudantes dos diferentes cursos, como fazem o planeamento das acções de educação para a saúde?

Os alunos foram inquiridos sobre alguns dos factores que têm em conta quando planeiam uma acção de educação para a saúde.

a) Conhecimento dos utentes antes da sessão

Este factor é muito fortemente tido em conta pelos estudantes dos três cursos, o que é claramente mostrado pelo gráfico abaixo e pelas frequências das respostas. Em Enfermagem, a resposta maioritária é “Sempre” (62.5%), seguindo-se a uma grande distância “Muitas vezes” (29.2%), “Às vezes” (8.3%) e não existindo respostas “Raramente” e “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é também “Sempre” (44.2%), seguindo-se “Muitas vezes” (37.2%), “Às vezes” (18.6%) e não existindo respostas “Raramente” e “Nunca”. Em Podologia, a resposta maioritária é novamente “Sempre” (63.6%), seguindo-se a uma grande distância “Muitas vezes” e “Às vezes” (15.9%), “Raramente” (4.6%) e não existindo respostas “Nunca”. Portanto, é óbvio que este factor é muitíssimo tido em conta pelos alunos.

Nas tabelas de contingência seguintes, agregou-se as respostas “Nunca”, “Raramente” e “Às vezes” (alguns alunos de Fisioterapia e de Podologia não responderam a esta questão).

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	4	14	30	48
Fisioterapia	8	16	19	43
Total	12	30	49	91

TABELA Nº43 - PONDERAÇÃO DO FACTOR CONHECIMENTO DOS UTENTES ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2421 conduzindo a um “p-value” de 0.030, devendo concluir-se que os estudantes de Enfermagem têm este factor em conta mais frequentemente do que os de Fisioterapia.

A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	4	14	30	48
Podologia	9	7	28	44
Total	13	21	58	92

TABELA Nº44 - PONDERAÇÃO DO FACTOR CONHECIMENTO DOS UTENTES ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2269, conduzindo a um “p-value” de 0.368, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia têm este factor igualmente em conta.

Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	8	16	19	43
Podologia	9	7	28	44
Total	17	23	47	87

TABELA Nº45 - PONDERAÇÃO DO FACTOR CONHECIMENTO DOS UTENTES FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1752, conduzindo a um “p-value” de 0.094, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia têm este factor em conta menos frequentemente do que os de Podologia, embora com uma ligeira diferença apenas.

Portanto, em resumo, todos os estudantes têm este factor em conta com uma elevadíssima frequência, sendo que os de Enfermagem e os de Podologia o fazem com igual frequência e os de Fisioterapia com menos.

b) Necessidades de aprendizagem dos utentes

Este factor também é muito fortemente tido em conta pelos estudantes dos três cursos, embora em menor grau pelos de Fisioterapia. Em Enfermagem, a resposta maioritária é “Sempre” (66.7%), seguindo-se a uma grande distância “Muitas vezes” (27.1%), “Às vezes” (6.2%) e não existindo respostas “Raramente” e “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (48.8%), seguindo-se “Sempre” (37.2%), “Às vezes” (9.3%), “Raramente” (4.7%) e não existindo respostas “Nunca”. Em Podologia, a resposta maioritária é “Sempre” com uma larga maioria (70.5%), seguindo-se a uma

grande distância “Muitas vezes” (20.5%), “Às vezes” (9.1%) e não existindo respostas “Raramente” e “Nunca”.

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	3	13	32	48
Fisioterapia	6	21	16	43
Total	9	34	48	91

TABELA Nº46 - PONDERAÇÃO NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM DOS UTENTES ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2519.5 conduzindo a um “p-value” de 0.003, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem têm este factor em conta mais frequentemente do que os de Fisioterapia.

A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	3	13	32	48
Podologia	4	9	31	44
Total	7	22	63	92

TABELA Nº47 - PONDERAÇÃO NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM DOS UTENTES ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2204.5, conduzindo a um “p-value” de 0.396, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia têm este factor igualmente em conta.

Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	6	21	16	43
Podologia	4	9	31	44
Total	10	30	47	87

TABELA Nº48 - PONDERAÇÃO NECESSIDADES DE APRENDIZAGEM DOS UTENTES FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1592.5, conduzindo a um “p-value” de 0.002, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia têm este factor em conta menos frequentemente do que os de Podologia.

Portanto, em resumo, todos os estudantes têm também este factor em conta com uma elevadíssima frequência, sendo que os de Enfermagem e os de Podologia o fazem igualmente e os de Fisioterapia o fazem menos

c) Receptividade dos utentes

Este factor é novamente muito tido em conta pelos estudantes dos três cursos, especialmente em Podologia. Em Enfermagem, as respostas mais frequentes são “Sempre” e “Muitas vezes” (41.7%), seguindo-se a uma grande distância “Às vezes” (16.%) e não existindo respostas “Raramente” e “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (44.2%), seguindo-se “Sempre” (39.5%), “Às vezes” (16.3%) e não existindo respostas “Raramente” e “Nunca”. Em Podologia, “Sempre” é a resposta maioritária (63.6%), seguindo-se a uma grande distância “Muitas vezes” (27.3%), “Às vezes” (6.8%) e “Nunca” (2.3%), não existindo respostas “Raramente”.

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	8	20	20	48
Fisioterapia	7	19	17	43
Total	15	39	37	91

**TABELA Nº49 - PONDERAÇÃO FACTOR RECEPTIVIDADE DOS UTENTES
ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA**

O valor da estatística do teste é de 2224 conduzindo a um “p-value” de 0.445, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Fisioterapia têm este factor igualmente em conta. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	8	20	20	48
Podologia	4	12	28	44
Total	12	32	48	92

**TABELA Nº50 - PONDERAÇÃO FACTOR RECEPTIVIDADE DOS UTENTES
ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 1992, conduzindo a um “p-value” de 0.019, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem têm este factor em conta menos do que os de Podologia. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	7	19	17	43
Podologia	4	12	28	44
Total	11	31	45	87

**TABELA Nº51 - PONDERAÇÃO FACTOR RECEPTIVIDADE DOS UTENTES
FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 1660, conduzindo a um “p-value” de 0.015, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia têm este factor em conta menos frequentemente do que os de Podologia.

Portanto, em resumo, todos os estudantes têm também este factor em conta com uma elevadíssima frequência, sendo que os de Podologia o fazem mais do que os dos outros dois cursos, que o fazem de igual forma

d) Motivação dos utentes

Este continua a ser um factor muito tido em conta pelos estudantes dos três cursos. Em Enfermagem, a resposta maioritária é “Muitas vezes” (52.1%), seguindo-se a uma grande distância “Sempre” (29.2%), “Às vezes” (16.6%) e “Raramente” (2.1%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Sempre” (46.5%), seguindo-se “Muitas vezes” (37.2%) e “Às vezes” (16.3%), não existindo respostas “Raramente” e “Nunca”. Em Podologia, a resposta mais frequente é também “Sempre” (50%), seguindo-se “Muitas vezes” (29.5%), “Às vezes” (18.2%) e “Nunca” (2.3%), não existindo respostas “Raramente”.

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	9	25	14	48
Fisioterapia	7	16	20	43
Total	16	41	34	91

**TABELA Nº52 - PONDERAÇÃO FACTOR MOTIVAÇÃO DOS UTENTES
ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA**

O valor da estatística do teste é de 2044.5 conduzindo a um “p-value” de 0.079, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem têm este factor em conta menos frequentemente do que os de Fisioterapia, o que surge pela primeira vez, constituindo por isso um resultado interessante. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	9	25	14	48
Podologia	9	13	22	44
Total	18	38	36	92

**TABELA Nº53 - PONDERAÇÃO FACTOR MOTIVAÇÃO DOS UTENTES
ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 2066, conduzindo a um “p-value” de 0.081, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem têm este factor em conta menos do que os de Podologia. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	7	16	20	43
Podologia	9	13	22	44
Total	16	29	42	87

**TABELA Nº54 - PONDERAÇÃO FACTOR MOTIVAÇÃO DOS UTENTES
FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 1885.5, conduzindo a um “p-value” de 0.476, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia têm este factor igualmente em conta.

Portanto, em resumo, todos os estudantes têm este factor em conta com uma elevadíssima frequência, sendo que os de Fisioterapia e os de Podologia o fazem com a mesma frequência e os de Enfermagem com menos, situação diferente da encontrada nos factores anteriores, isto é, a motivação dos doentes é um factor mais importante para os estudantes de Fisioterapia e de Podologia do que para os de Enfermagem

e) Identificação do diagnóstico de situação com os utentes

Este factor também é muito tido em conta pelos alunos, embora um pouco menos do que os anteriores. Em Enfermagem, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (35.4%), logo seguida de “Sempre” (31.3%), “Às vezes” (27.1%) e “Raramente” (6.2%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (39.6%), logo seguida de “Sempre” (37.2%), “Às vezes” (20.9%) e “Raramente” (2.3%), não existindo respostas “Nunca”. Em Podologia, as respostas mais frequentes são “Às vezes” e “Sempre” (34.1%), seguindo-se “Muitas vezes” (27.3%) e “Raramente” (4.5%), não existindo respostas “Nunca”.

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	16	17	15	48
Fisioterapia	10	17	16	43
Total	26	34	31	91

**TABELA Nº55 - PONDERAÇÃO FACTOR IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO COM
UTENTES ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA**

O valor da estatística do teste é de 2095.5 conduzindo a um “p-value” de 0.171, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Fisioterapia têm este factor igualmente em conta. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	16	17	15	48
Podologia	17	12	15	44
Total	33	29	30	92

TABELA Nº56 - PONDERAÇÃO FACTOR IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO COM UTENTES ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2250.5, conduzindo a um “p-value” de 0.439, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia têm este factor igualmente em conta. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	10	17	16	43
Podologia	17	12	15	44
Total	27	29	31	87

TABELA Nº57 - PONDERAÇÃO FACTOR IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO COM UTENTES FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2006, conduzindo a um “p-value” de 0.152, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia têm este factor igualmente em conta.

Portanto, em resumo, todos os estudantes têm este factor em conta com uma elevada frequência, embora não tão alta como nos factores anteriores. Além disso, os alunos dos três cursos têm este factor igualmente em conta.

f) Definição de objectivos com os utentes

Este factor também é significativamente tido em conta por todos os estudantes, mas em Enfermagem e Podologia, é-o menos do que os factores anteriores. Em Enfermagem, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (33.3%), seguida de “Às vezes” (27.1%), “Sempre” e “Raramente” (18.7%) e “Nunca” (2.1%). Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Sempre” (44.2%), seguindo-se “Muitas vezes” (30.2%), “Às vezes” (16.3%) e “Raramente” (9.3%), não existindo respostas “Nunca”. Em Podologia, a resposta mais

frequente é “Às vezes” (38.6%), seguindo-se “Muitas vezes” e “Sempre” (27.3%), “Raramente” (2.3%) e “Nunca” (4.5%). Portanto, em Enfermagem em Podologia é bem visível que as respostas “Sempre” e “Muitas vezes” têm frequências menores do que nos outros factores e, em contrapartida, as respostas “Raramente” e “Nunca” têm frequências maiores, o que mostra claramente que os alunos têm este factor em conta em menor grau do que os factores anteriores. Este fenómeno não se ocorre em Fisioterapia, que se distingue assim dos outros dois cursos.

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	23	16	9	48
Fisioterapia	11	13	19	43
Total	34	29	28	91

TABELA Nº58 - PONDERAÇÃO FACTOR IDENTIFICAÇÃO OBJECTIVOS COM UTENTE ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 1884 conduzindo a um “p-value” de 0.003, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem têm este factor em conta menos do que os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	23	16	9	48
Podologia	20	12	12	44
Total	43	28	21	92

TABELA Nº59 - PONDERAÇÃO FACTOR IDENTIFICAÇÃO OBJECTIVOS COM UTENTE ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2164 conduzindo a um “p-value” de 0.283, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia têm este factor igualmente em conta. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	11	13	19	43
Podologia	20	12	12	44
Total	31	25	31	87

TABELA Nº60 - PONDERAÇÃO FACTOR IDENTIFICAÇÃO OBJECTIVOS COM UTENTE FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2116, conduzindo a um “p-value” de 0.022, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia têm este factor mais em conta do que os de Podologia.

Portanto, em resumo, todos os estudantes têm este factor em conta com uma frequência significativa mas os de Enfermagem e de Podologia fazem-no com uma frequência menor do que nos factores anteriores, o que já não sucede com os estudantes de Fisioterapia. Em consequência, estes últimos mostram uma frequência superior aos estudantes dos outros cursos, ou seja, têm-no mais em conta.

g) Número de indivíduos por sessão

Este factor é ainda menos tido em conta do que o anterior, embora não deixando de ser muito significativo. Em Enfermagem, a resposta mais frequente é “Às vezes” (41.7%), seguindo-se “Muitas vezes” (35.4%), “Sempre” (20.8%) e “Raramente” (2.1%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (32.6%), logo seguida de “Às vezes” (30.2%), “Sempre” (27.9%) e “Raramente” (9.3%), não existindo respostas “Nunca”. Em Podologia, a resposta mais frequente é também “Às vezes” (47.7%), seguindo-se “Sempre” (25%), “Muitas vezes” (18.2%), “Raramente” (6.8%) e “Nunca” (2.3%).

Nas tabelas de contingência, voltou a agregar-se as respostas “Nunca”, Raramente” e “Às vezes”. A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	21	17	10	48
Fisioterapia	17	14	12	43
Total	38	31	22	91

**TABELA Nº61 - PONDERAÇÃO FACTOR Nº INDIVÍDUOS POR SESSÃO
ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA**

O valor da estatística do teste é de 2132.5 conduzindo a um “p-value” de 0.260, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Fisioterapia têm este factor igualmente em conta. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	21	17	10	48
Podologia	25	8	11	44
Total	46	25	21	92

TABELA Nº62 - PONDERAÇÃO FACTOR Nº INDIVÍDUOS POR SESSÃO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2316.5, conduzindo a um “p-value” de 0.236, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia têm este factor igualmente em conta. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	17	14	12	43
Podologia	25	8	11	44
Total	42	22	23	87

TABELA Nº63 - PONDERAÇÃO FACTOR Nº INDIVÍDUOS POR SESSÃO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2026.5, conduzindo a um “p-value” de 0.108, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia têm este factor igualmente em conta.

Portanto, em resumo, todos os estudantes têm este factor em conta com uma frequência significativa, embora menos do que nos factores anteriores. Além disso, os estudantes dos três cursos têm este factor igualmente em conta

h) Local

Este factor volta a ser muito tido em conta. Em Enfermagem, a respostas mais frequente é “Sempre” (37.5%), seguindo-se “Muitas vezes” (33.3%), “Às vezes” (22.9%) e “Raramente” (6.3%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (34.9%), logo seguida de “Sempre” (32.6%), “Muitas vezes” (30.2%) e “Raramente” (2.3%), não existindo respostas “Nunca”. Em Podologia, as respostas mais frequentes são “Às vezes” e “Sempre” (36.4%), seguindo-se “Muitas vezes” (18.2%) e “Raramente” (9.1%), não existindo respostas “Nunca”.

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	14	16	18	48
Fisioterapia	16	13	14	43
Total	30	29	32	91

TABELA Nº64 - PONDERAÇÃO DO FACTOR LOCAL ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2296 conduzindo a um “p-value” de 0.229, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Fisioterapia têm este factor igualmente em conta. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	14	16	18	48
Podologia	20	8	16	44
Total	34	24	34	92

TABELA Nº65 - PONDERAÇÃO DO FACTOR LOCAL ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2348, conduzindo a um “p-value” de 0.167, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia têm este factor igualmente em conta. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	16	13	14	43
Podologia	20	8	16	44
Total	36	21	30	87

TABELA Nº66 - PONDERAÇÃO DO FACTOR LOCAL FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1922, conduzindo a um “p-value” de 0.393, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia têm este factor igualmente em conta.

Portanto, em resumo, todos os estudantes têm este factor em conta com alta frequência. Além disso, os alunos dos três cursos têm-no igualmente em conta.

i) Horário mais adequado para assimilação de informação

Este factor também é muito tido em conta. Em Enfermagem, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (39.6%), seguindo-se “Sempre” (27.1%), “Às vezes” (25%) e “Raramente”

(8.3%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (34.9%), seguindo-se “Sempre” (25.6%), “Raramente” (20.9%) e “Às vezes” (18.6%), não existindo respostas “Nunca”. Em Podologia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (36.4%), seguindo-se “Sempre” (29.5%), “Muitas vezes” (20.5%) e “Raramente” (13.6%), não existindo respostas “Nunca”.

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	16	19	13	48
Fisioterapia	17	15	11	43
Total	33	34	24	91

TABELA Nº67 - PONDERAÇÃO FACTOR HORÁRIO ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2265 conduzindo a um “p-value” de 0.315, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Fisioterapia têm este factor igualmente em conta. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	16	19	13	48
Podologia	22	9	13	44
Total	38	28	26	92

TABELA Nº68 - PONDERAÇÃO FACTOR HORÁRIO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2343, conduzindo a um “p-value” de 0.177, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia têm este factor igualmente em conta. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	17	15	11	43
Podologia	22	9	13	44
Total	39	24	24	87

TABELA Nº69 - PONDERAÇÃO FACTOR HORÁRIO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1943, conduzindo a um “p-value” de 0.321, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia têm este factor igualmente em conta.

Portanto, em resumo, todos os estudantes têm este factor em conta com alta frequência e fazem-no de igual forma nos três cursos.

j) Tempo de duração da sessão

Este factor também é tido em conta muito frequentemente. Em Enfermagem, as respostas mais frequentes são “Muitas vezes” e “Sempre” (33.3%), seguindo-se “Às vezes” (25%) e “Raramente” (8.4%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (39.5%), seguindo-se “Sempre” (30.2%), “Às vezes” (25.6%) e “Raramente” (4.7%), não existindo respostas “Nunca”. Em Podologia, a resposta mais frequente é “Sempre” (36.4%), seguindo-se “Às vezes” (31.8%), “Muitas vezes” (20.5%), “Raramente” (9.1%) e “Nunca” (2.3%).

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	16	16	16	48
Fisioterapia	13	17	13	43
Total	29	33	29	91

TABELA Nº70 - PONDERAÇÃO DO FACTOR TEMPO DURAÇÃO ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2208 conduzindo a um “p-value” de 0.500, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Fisioterapia têm este factor igualmente em conta. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	16	16	16	48
Podologia	19	9	16	44
Total	35	25	32	92

TABELA Nº71 - PONDERAÇÃO DO FACTOR TEMPO DURAÇÃO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2280, conduzindo a um “p-value” de 0.345, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia têm este factor igualmente em conta. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	13	17	13	43
Podologia	19	9	16	44
Total	32	26	29	87

TABELA Nº72 - PONDERAÇÃO DO FACTOR TEMPO DURAÇÃO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1768, conduzindo a um “p-value” de 0.132, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia têm este factor igualmente em conta.

Portanto, em resumo, todos os estudantes têm este factor em conta com alta frequência e fazem-no de igual forma nos três cursos.

1) Características dos formandos

Este é um factor muito tido em conta pelos estudantes dos três cursos, apesar de existirem algumas diferenças entre eles, conforme é bem evidenciado pelas frequências das respostas “Muitas vezes” e “Sempre”. Em Enfermagem, a resposta maioritária é “Sempre” (54.2%), seguindo-se “Muitas vezes” (33.3%), “Às vezes” (8.3%) e “Raramente” (4.2%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (46.5%), seguindo-se “Sempre” (39.5%), “Às vezes” (9.3%) e “Raramente” (4.7%), não existindo respostas “Nunca”. Em Podologia, a resposta “Sempre” é novamente maioritária (61.4%), seguindo-se a uma grande distância “Muitas vezes” (20.4%) e “Às vezes” (18.2%), não existindo respostas “Raramente” e “Nunca”.

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	6	16	26	48
Fisioterapia	6	20	17	43
Total	12	36	43	91

**TABELA Nº 73 - PONDERAÇÃO CARACTERÍSTICAS DOS FORMANDOS
ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA**

O valor da estatística do teste é de 2347 conduzindo a um “p-value” de 0.113, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Fisioterapia têm este factor igualmente em conta. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	6	16	26	48
Podologia	8	9	27	44
Total	14	25	53	92

**TABELA Nº74 - PONDERAÇÃO CARACTERÍSTICAS DOS FORMANDOS
ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 2193, conduzindo a um “p-value” de 0.365, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia têm este factor igualmente em

conta. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	6	20	17	43
Podologia	8	9	27	44
Total	14	29	44	87

**TABELA Nº75 - PONDERAÇÃO CARACTERÍSTICAS DOS FORMANDOS
FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 1738.5, conduzindo a um “p-value” de 0.076, pelo que se deve concluir que os estudantes de Fisioterapia têm este factor em conta menos do que os de Podologia.

Portanto, em resumo, todos os estudantes têm este factor em conta com alta frequência, existindo apenas uma diferença – os estudantes de Fisioterapia têm-no em conta em menor grau do que os de Podologia

m) Costumes e tradições dos formandos

Este factor é frequentemente tido em conta, embora não seja dos mais tidos em conta em Fisioterapia e em Podologia. Em Enfermagem, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (41.7%), seguindo-se “Sempre” (29.2%), “Às vezes” (22.9%) e “Raramente” (6.2%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (34.9%), seguindo-se “Sempre” (27.9%), “Muitas vezes” (23.3%) e “Raramente” (13.9%), não existindo respostas “Nunca”. Em Podologia, as respostas mais frequentes são “Às vezes” e “Muitas vezes” (31.8%), seguindo-se “Sempre” (22.7%) e “Raramente” (13.7%), não existindo respostas “Nunca”.

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	14	20	14	48
Fisioterapia	21	10	12	43
Total	35	30	26	91

**TABELA Nº76 - PONDERAÇÃO COSTUMES E TRADIÇÕES DOS FORMANDOS
ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA**

O valor da estatística do teste é de 2361 conduzindo a um “p-value” de 0.098, devendo concluir-se que os estudantes de Enfermagem têm este factor um pouco mais em conta do

que os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	14	20	14	48
Podologia	20	14	10	44
Total	34	34	24	92

TABELA Nº77 - PONDERAÇÃO COSTUMES E TRADIÇÕES DOS FORMANDOS ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2402, conduzindo a um “p-value” de 0.079, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem têm este factor mais em conta do que os de Podologia. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	21	10	12	43
Podologia	20	14	10	44
Total	41	24	22	87

TABELA Nº78 - PONDERAÇÃO COSTUMES E TRADIÇÕES DOS FORMANDOS FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1894, conduzindo a um “p-value” de 0.492, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e de Podologia têm este factor igualmente em conta.

Todos os estudantes têm este factor em conta com considerável frequência, embora não seja dos que têm maior frequência em Fisioterapia e em Podologia. Os alunos destes dois cursos têm-no igualmente em conta, mas em menor grau do que os de Enfermagem.

Será que há diferenças significativas, nos estudantes dos diferentes cursos, na utilização de estratégias educativas nas sessões de educação para a saúde?

Os alunos foram inquiridos sobre a frequência com que utilizam diferentes estratégias numa sessão de educação para a saúde.

A técnica

a) Dinâmica de grupo

Esta estratégia é muito utilizada pelos alunos de Enfermagem e com menor frequência, ainda que significativa, pelos dos outros dois cursos que, aliás, evidenciam fortes semelhanças entre si, conforme é bem visível no gráfico com a distribuição das respostas.

Em Enfermagem, “Muitas vezes” é a resposta maioritária (52.1%), seguindo-se a uma grande distância “Às vezes” (20.8%), “Raramente” (14.6%) e “Sempre” (12.5%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (46.5%), seguindo-se a uma grande distância “Muitas vezes” (25.6%), “Sempre” e “Raramente” (11.6%) e, por fim, “Nunca” (4.7%). Em Podologia, a resposta mais frequente é também “Às vezes” (50%), seguindo-se “Muitas vezes” (25%), “Sempre” (15.9%) e “Raramente” (9.1%), não existindo respostas “Nunca”. Existe portanto uma grande semelhança entre as distribuições das respostas destes dois cursos.

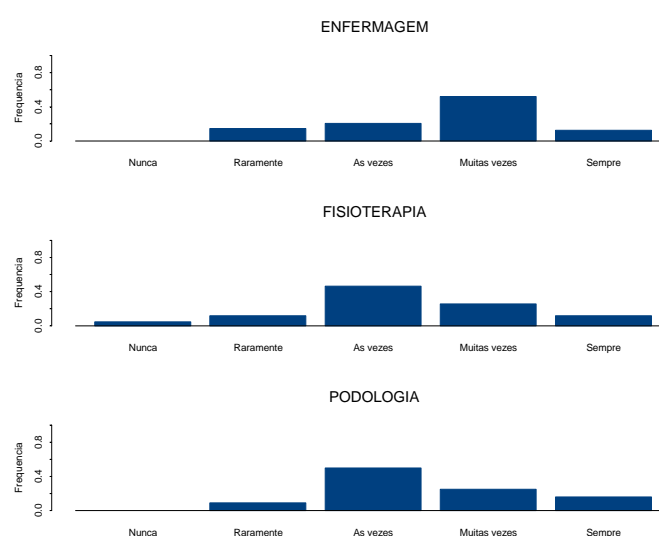


GRÁFICO Nº21 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA DINÂMICA DE GRUPO

Nas tabelas de contingência para comparação dos cursos, agregou-se as respostas “Nunca” e “Raramente” devido à escassez de observações. A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Raramente ou nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	7	10	25	6	48
Fisioterapia	7	20	11	5	43
Total	14	30	36	11	91

TABELA Nº79 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA DINÂMICA DE GRUPO ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2426, conduzindo a um “p-value” de 0.034, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem utilizam esta estratégia mais frequentemente do que os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Raramente ou nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	7	10	25	6	48
Podologia	4	22	11	7	44
Total	11	32	36	13	92

TABELA Nº80 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA DINÂMICA DE GRUPO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2370.5, conduzindo a um “p-value” de 0.126, devendo concluir-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia utilizam esta estratégia com a mesma frequência. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Raramente ou nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	7	20	11	5	43
Podologia	4	22	11	7	44
Total	11	42	22	12	87

TABELA Nº81 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA DINÂMICA DE GRUPO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1809, conduzindo a um “p-value” de 0.225, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e de Podologia utilizam esta estratégia com a mesma frequência.

Os alunos dos três cursos utilizam esta estratégia com uma frequência muito apreciável, existindo apenas uma diferença entre os cursos que consiste no facto de os estudantes de Enfermagem o fazerem mais frequentemente do que os de Fisioterapia.

b) Dramatização

Esta estratégia é pouco utilizada pelos estudantes dos três cursos, especialmente quando comparada com a anterior. Em Enfermagem, as respostas mais frequentes são “Raramente” e “Às vezes” (41.7%), seguindo-se a uma grande distância “Nunca” (12.5%) e “Muitas vezes” (4.1%), não existindo respostas “Sempre”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é também “Raramente” (41.9%), seguindo-se “Nunca” (23.2%), “Às vezes” (16.3%), “Muitas vezes” (11.6%) e “Sempre” (7%). Em Podologia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (43.2%), seguindo-se “Raramente” (38.6%), “Nunca” e “Muitas vezes” (9.1%), não existindo respostas “Sempre”. Portanto, é bem evidente que esta estratégia é muito menos utilizada, o que é evidenciado pelo facto de só em Fisioterapia existirem respostas “Sempre”, e mesmo assim em número muitíssimo reduzido, e pelo facto de as respostas estarem concentradas em “Nunca” e “Raramente” ou, quando muito,

em “Às vezes” (em Podologia). Conclui-se então que é uma estratégia pouco utilizada, conforme o gráfico abaixo bem mostra.

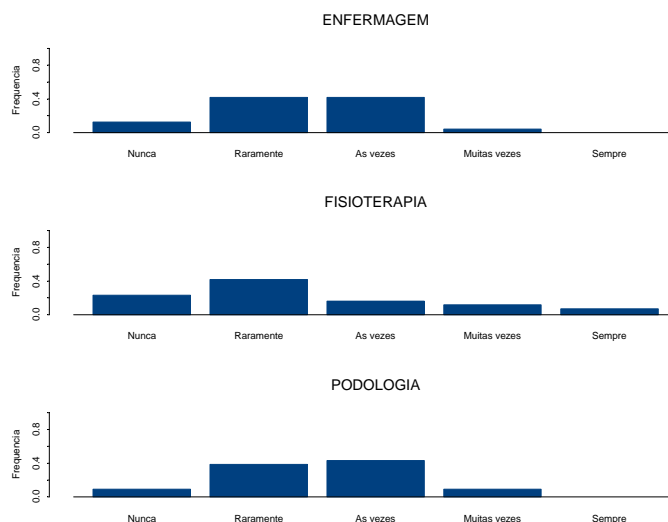


GRÁFICO Nº22 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA DRAMATIZAÇÃO

Nas tabelas de contingência para comparação dos cursos, agregou-se as respostas “Muitas vezes” e “Sempre” devido à escassez de observações. A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	6	20	20	2	48
Fisioterapia	10	18	7	8	43
Total	16	38	27	10	91

TABELA Nº82 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA DRAMATIZAÇÃO ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2294, conduzindo a um “p-value” de 0.235, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Fisioterapia utilizam esta estratégia com a mesma frequência. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	6	20	20	2	48
Podologia	4	17	19	4	44
Total	10	37	39	6	92

TABELA Nº83 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA DRAMATIZAÇÃO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2132, conduzindo a um “p-value” de 0.199, devendo concluir-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia utilizam esta estratégia com a mesma frequência. Finalmente, a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Fisioterapia	10	18	7	8	43
Podologia	4	17	19	4	44
Total	14	35	26	12	87

TABELA Nº84 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA DRAMATIZAÇÃO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1665.5, conduzindo a um “p-value” de 0.021, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia utilizam esta estratégia com menos frequência do que os de Podologia.

Portanto, em resumo, os estudantes dos três cursos utilizam esta estratégia pouco frequentemente, existindo apenas uma diferença entre os cursos de Fisioterapia e Podologia sendo que este o utiliza menos vezes.

c) Uso de linguagem técnica

Esta estratégia também não é muito utilizada pelos estudantes, embora seja mais do que a anterior. Em Enfermagem, a resposta maioritária é “Às vezes” (54.1%), seguindo-se “Raramente” (37.5%), e “Nunca” e “Muitas vezes” (4.2%), não existindo respostas “Sempre”. Em Fisioterapia, “Às vezes” também é a mais frequente (44.2%), seguindo-se “Muitas vezes” (23.2%), “Raramente” (16.3%), “Sempre” (9.3%) e “Nunca” (7%). Em Podologia, a resposta mais frequente é novamente “Às vezes” (40.9%), seguindo-se “Raramente” (25%), “Muitas vezes” (22.7%), “Nunca” (6.8%) e “Sempre” (4.6%).

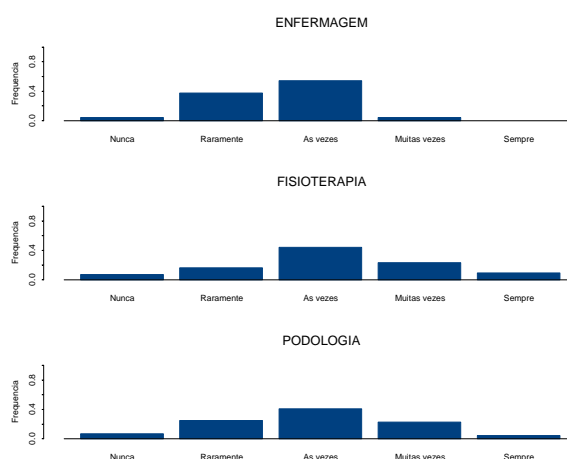


GRÁFICO N°23 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA USO DE LINGUAGEM TÉCNICA

Nas tabelas de contingência para comparação dos cursos, agregou-se as respostas “Muitas vezes” e “Sempre” devido à escassez de observações. A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	2	18	26	2	48
Fisioterapia	3	7	19	14	43
Total	5	25	45	16	91

TABELA N°85 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA LINGUAGEM TÉCNICA ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 1875, conduzindo a um “p-value” de 0.002, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem utilizam menos esta técnica do que os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	2	18	26	2	48
Podologia	3	11	18	12	44
Total	5	29	44	14	92

TABELA N°86 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA LINGUAGEM TÉCNICA ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2006, conduzindo a um “p-value” de 0.028, devendo concluir-se que os estudantes de Enfermagem utilizam menos esta técnica do que os de Podologia. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Fisioterapia	3	7	19	14	43
Podologia	3	11	18	12	44
Total	6	18	37	26	87

TABELA Nº87 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA LINGUAGEM TÉCNICA FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1979, conduzindo a um “p-value” de 0.217, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia utilizam esta estratégia com a mesma frequência.

Assim, os estudantes dos três cursos utilizam esta estratégia não muito frequentemente, sendo que os de Enfermagem utilizam-na menos do que os estudantes dos outros dois cursos, que a utilizam com a mesma frequência.

d) Reforço de ideias e pontos importantes dos conteúdos abordados

O gráfico com a distribuição das respostas abaixo mostra claramente que esta é de longe a estratégia mais utilizada no domínio da técnica pelos estudantes dos três cursos. É com efeito uma estratégia muito utilizada por todos os alunos. Em Enfermagem, a resposta maioritária é “Muitas vezes” (64.6%), seguindo-se “Sempre” (31.2%) e, a uma grande distância, “Às vezes” (4.2%), não existindo respostas “Nunca” e “Raramente”. Em Fisioterapia, o cenário é semelhante – “Muitas vezes” é maioritária (65.1%), seguindo-se “Sempre” (23.3%), “Às vezes” (9.3%) e, quase sem significado, “Nunca” (2.3%). Em Podologia, repete-se o padrão, com “Muitas vezes” a ser novamente maioritária (54.6%), seguida de “Sempre” (29.5%) e “Às vezes” (15.9%), não existindo respostas “Nunca” e “Raramente”.

Nas tabelas para comparação dos cursos, agregou-se as respostas “Nunca”, “Raramente” e “Às vezes” devido à escassez de observações. A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	2	31	15	48
Fisioterapia	5	28	10	43
Total	7	59	25	91

TABELA Nº88 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA REFORÇO DE IDEIAS ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2340 conduzindo a um “p-value” de 0.106, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e de Fisioterapia utilizam esta estratégia com igual frequência. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	2	31	15	48
Podologia	7	24	13	44
Total	9	55	28	92

TABELA Nº89 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA REFORÇO DE IDEIAS ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2334.5, conduzindo a um “p-value” de 0.196, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e de Podologia utilizam esta estratégia com igual frequência. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	5	28	10	43
Podologia	7	24	13	44
Total	12	52	23	87

TABELA Nº90 - UTILIZAÇÃO ESTRATÉGIA REFORÇO DE IDEIAS FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1870.5, conduzindo a um “p-value” de 0.417, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e de Podologia utilizam esta estratégia com igual frequência.

Portanto, em resumo, os estudantes dos três cursos utilizam esta estratégia com igual frequência, sendo esta muito elevada.

O método

a) Expositivo

Este método é claramente privilegiado pelos estudantes de Enfermagem, é muito utilizado pelos de Podologia, embora em menor grau, e não é muito utilizado pelos de Fisioterapia. No primeiro curso, a resposta “Muitas vezes” detém uma maioria esmagadora (70.8%), seguindo-se a uma grande distância “Às vezes” (18.7%), “Sempre” (6.3%) e “Raramente” (4.2%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, o padrão é muito diferente, pois a resposta mais frequente é “Às vezes” (48.9%), seguindo-se a uma grande distância

“Raramente” e “Muitas vezes” (20.9%), “Sempre” (7%) e “Nunca” (2.3%). Em Podologia, a resposta mais frequente é também “Às vezes” (45.4%), mas é logo seguida de “Muitas vezes” (43.2%), seguindo-se a uma grande distância “Sempre” (11.4%) e não existindo respostas “Nunca” e “Raramente”.

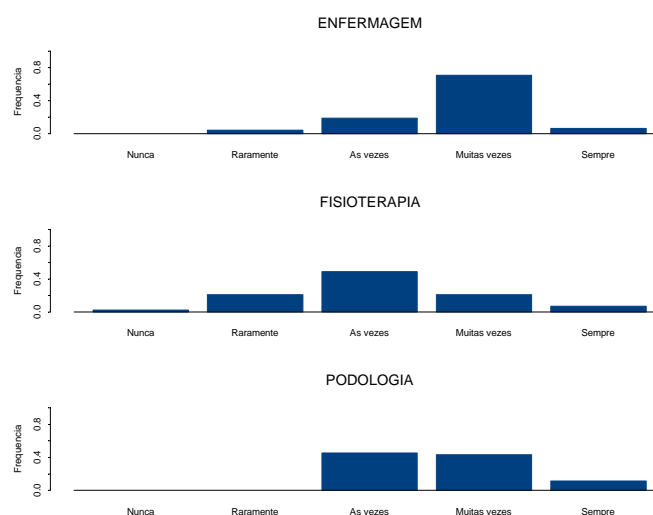


GRÁFICO Nº24 - UTILIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA MÉTODO EXPOSITIVO

Nas tabelas para comparação dos cursos, agregou-se as respostas “Nunca”, “Raramente” e “Às vezes” devido à escassez de observações. A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	11	34	3	48
Fisioterapia	31	9	3	43
Total	42	43	6	91

TABELA Nº91 - UTILIZAÇÃO MÉTODO EXPOSITIVO ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2678 conduzindo a um “p-value” de 0.000, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem utilizam este método mais do que os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	11	34	3	48
Podologia	20	19	5	44
Total	31	53	8	92

TABELA Nº92 - UTILIZAÇÃO MÉTODO EXPOSITIVO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2413.5, conduzindo a um “p-value” de 0.053, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem utilizam este método mais do que os de Podologia. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	31	9	3	43
Podologia	20	19	5	44
Total	51	28	8	87

TABELA Nº93 - UTILIZAÇÃO MÉTODO EXPOSITIVO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1646, conduzindo a um “p-value” de 0.008, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia utilizam este método menos do que os de Podologia.

Portanto, os estudantes de Enfermagem são os que mais utilizam o método expositivo e os de Fisioterapia os que menos utilizam, ocupando os de Podologia uma posição intermédia. Os primeiros e os últimos utilizam este método muito frequentemente, enquanto os de Fisioterapia utilizam-no em geral apenas por vezes.

b) Interactivo

Este método é muito utilizado pelos estudantes de Enfermagem e Fisioterapia e bastante menos pelos de Podologia. Em Enfermagem, a resposta maioritária é “Muitas vezes” (64.6%), seguindo-se a uma grande distância “Às vezes” (31.2%) e “Sempre” (4.2%), não existindo respostas “Nunca” e “Raramente”. Em Fisioterapia, a resposta maioritária também é “Muitas vezes” (62.8%), seguindo-se a uma grande distância “Às vezes” (18.6%), “Sempre” (9.3%), “Raramente” (7%) e “Nunca” (2.3%). Em Podologia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (45.4%), seguindo-se “Muitas vezes” (36.4%), “Sempre” e “Raramente” (9.1%), não existindo respostas “Nunca”.

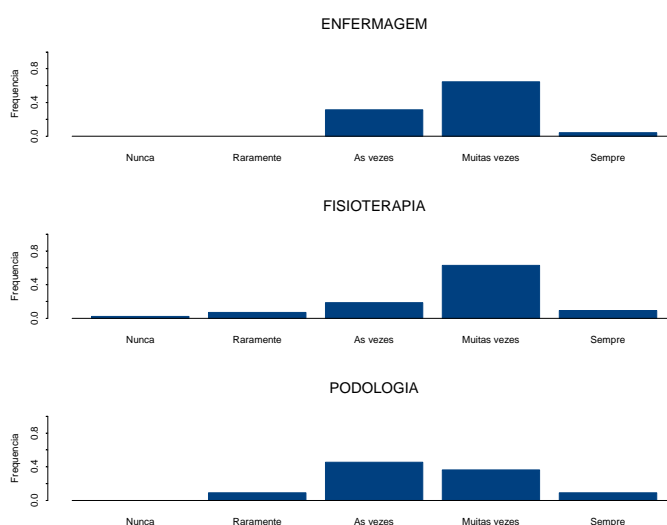


GRÁFICO Nº25 - UTILIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA MÉTODO INTERACTIVO

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	15	31	2	48
Fisioterapia	12	27	4	43
Total	27	58	6	91

TABELA Nº94 - UTILIZAÇÃO MÉTODO INTERACTIVO ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2138.5 conduzindo a um “p-value” de 0.257, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Fisioterapia utilizam este método com a mesma frequência. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	15	31	2	48
Podologia	24	16	4	44
Total	39	47	6	92

TABELA Nº95 - UTILIZAÇÃO MÉTODO INTERACTIVO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2432, conduzindo a um “p-value” de 0.039, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem utilizam este método mais do que os de Podologia. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	12	27	4	43
Podologia	24	16	4	44
Total	36	43	8	87

TABELA Nº96 - UTILIZAÇÃO MÉTODO INTERACTIVO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2122, conduzindo a um “p-value” de 0.015, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia utilizam este método mais do que os de Podologia.

Portanto, os estudantes de Enfermagem e de Fisioterapia utilizam igualmente (e muito) este método e fazem-no com mais frequência do que os de Podologia.

Os meios

a) Auxiliares de ensino

Os meios auxiliares de ensino são muito utilizados pelos estudantes dos três cursos. Em Enfermagem, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (50%), seguindo-se “Sempre” (33.3%), “Às vezes” (10.4%), “Raramente” (4.2%) e “Nunca” (2.1%). Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é também “Muitas vezes” (44.2%), seguindo-se “Sempre” (27.9%), “Às vezes” (16.3%), “Raramente” (7%) e “Nunca” (4.6%). Em Podologia, a resposta mais frequente é novamente “Muitas vezes” (40.9%), seguindo-se “Sempre” (34.1%), “Às vezes” (13.6%) e “Raramente” (11.4%), não existindo respostas “Nunca”.

Nas tabelas para comparação dos cursos, agregou-se as respostas “Nunca” e “Raramente” devido à escassez de observações. A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	3	5	24	16	48
Fisioterapia	5	7	19	12	43
Total	8	12	43	28	91

TABELA Nº97 - UTILIZAÇÃO MEIOS AUXILIARES DE ENSINO ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2334, conduzindo a um “p-value” de 0.140, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Fisioterapia utilizam estes meios com igual frequência. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	3	5	24	16	48
Podologia	5	6	18	15	44
Total	8	11	42	31	92

TABELA Nº98 - UTILIZAÇÃO MEIOS AUXILIARES DE ENSINO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2287.5, conduzindo a um “p-value” de 0.320, concluindo-se que os de Enfermagem e os de Podologia utilizam estes meios com igual frequência. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	5	7	19	12	43
Podologia	5	6	18	15	44
Total	10	13	37	27	87

TABELA Nº99 - UTILIZAÇÃO MEIOS AUXILIARES DE ENSINO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1832.5, conduzindo a um “p-value” de 0.296, pelo que se conclui que estudantes de Fisioterapia e os de Podologia utilizam este método com igual frequência.

Portanto, em resumo, os estudantes dos três cursos utilizam os meios auxiliares de ensino com grande frequência e de igual forma.

b) Fornecimento de informação escrita suplementar

O fornecimento de informação escrita suplementar é também um meio muito utilizado pelos estudantes dos três cursos, especialmente os de Enfermagem, sendo um pouco menos utilizado do que os meios auxiliares de ensino pelos estudantes dos outros dois cursos. Em Enfermagem, a resposta maioritária é “Muitas vezes” (56.2%), seguindo-se “Sempre” (31.3%), “Às vezes” (10.4%) e “Raramente” (2.1%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é também “Muitas vezes” (39.5%), embora não seja maioritária, seguindo-se “Sempre” e “Às vezes” (23.3%), “Raramente” (11.6%) e “Nunca” (2.3%). Em Podologia, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (43.2%), seguindo-se “Às vezes” (29.5%), “Sempre” (20.5%) e “Raramente” (6.8%), não existindo respostas “Nunca”.

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	1	5	27	15	48
Fisioterapia	6	10	17	10	43
Total	7	15	44	25	91

**TABELA Nº100 - UTILIZAÇÃO MEIOS FORNECIMENTO DE INFORMAÇÃO ESCRITA
ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA**

O valor da estatística do teste é de 2465,5, conduzindo a um “p-value” de 0.014, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem utilizam estes meios com mais frequência do que os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	1	5	27	15	48
Podologia	3	13	19	9	44
Total	4	18	46	24	92

**TABELA Nº101 - UTILIZAÇÃO MEIOS FORNECIMENTO DE INFORMAÇÃO ESCRITA
ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 2506, conduzindo a um “p-value” de 0.010, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem utilizam estes meios com mais frequência do que os de Podologia. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	6	10	17	10	43
Podologia	3	13	19	9	44
Total	9	23	36	19	87

**TABELA Nº102 - UTILIZAÇÃO MEIOS FORNECIMENTO DE INFORMAÇÃO ESCRITA
FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 1878,5, conduzindo a um “p-value” de 0.452, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia utilizam este método com igual frequência.

Portanto, em resumo, os estudantes dos três cursos utilizam o fornecimento de informação escrita suplementar com grande frequência, destacando-se os estudantes de Enfermagem, que o fazem com maior frequência dos que os dos outros dois cursos, que não se distinguem entre si.

Será que há diferenças significativas, nos estudantes dos diferentes cursos, na forma como avaliam as ações de educação para a saúde?

Os alunos foram também inquiridos sobre os procedimentos que adoptam após a implementação de uma acção de educação para a saúde.

a) Avaliação dos conhecimentos adquiridos

Este procedimento é frequentemente adoptado pelos estudantes dos três cursos, com maior utilização dos de Enfermagem e menos dos de Podologia. Em Enfermagem, a resposta “Muitas vezes” é a mais frequente (50%), seguindo-se “Às vezes” (25%), “Sempre” (18.8%) e “Raramente” (6.2%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é também “Muitas vezes” (44.2%), seguindo-se “Às vezes” (27.9%), “Raramente” (13.9%), “Sempre” (9.3%) e “Nunca” (4.7%). Em Podologia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (43.2%), seguindo-se “Muitas vezes” (27.3%), “Sempre” (15.9%), “Raramente” (9.1%) e “Nunca” (4.5%).

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	15	24	9	48
Fisioterapia	20	19	4	43
Total	35	43	13	91

**TABELA Nº103 - AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS
ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA**

O valor da estatística do teste é de 2403, conduzindo a um “p-value” de 0.045, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem adoptam este procedimento mais frequentemente do que os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	15	24	9	48
Podologia	25	12	7	44
Total	40	36	16	92

**TABELA Nº104 - AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS
ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 2472, conduzindo a um “p-value” de 0.021, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem adoptam este procedimento mais frequentemente do

que os de Podologia. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	20	19	4	43
Podologia	25	12	7	44
Total	45	31	11	87

TABELA N°105 - AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1947, conduzindo a um “p-value” de 0.303, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia adoptam este procedimento com igual frequência.

Portanto, em resumo, os estudantes dos três cursos fazem frequentemente a avaliação dos conhecimentos adquiridos, destacando-se os estudantes de Enfermagem, que o fazem com maior frequência dos que os dos outros dois cursos, que não se distinguem entre si.

b) Avaliação da dinâmica implementada

Este procedimento também é frequentemente adoptado pelos estudantes, destacando-se novamente os de Enfermagem. Neste cursos, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (45.8%), seguindo-se “Às vezes” (39.6%) e “Sempre” (14.6%), não existindo respostas “Nunca” e “Raramente”. Em Fisioterapia, a resposta maioritária é “Às vezes” (53.5%), seguindo-se “Muitas vezes” (32.6%), “Sempre” (7%), “Raramente” (4.6%) e “Nunca” (2.3%). Em Podologia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (50%), seguindo-se “Muitas vezes” (25%), “Sempre” (15.9%), e “Raramente” (9.1%), não existindo respostas “Nunca”. Nas tabelas para comparação dos cursos, agregou-se as respostas “Nunca”, “Raramente” e “Às vezes” devido à escassez de observações. A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	19	22	7	48
Fisioterapia	26	14	3	43
Total	45	36	10	91

TABELA N°106 - AVALIAÇÃO DA DINÂMICA ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2439.5, conduzindo a um “p-value” de 0.021, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem adoptam mais este procedimento do que

os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	19	22	7	48
Podologia	26	11	7	44
Total	45	33	14	92

TABELA Nº107 - AVALIAÇÃO DA DINÂMICA ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2399.5, conduzindo a um “p-value” de 0.076, devendo concluir-se que os estudantes de Enfermagem adoptam este procedimento mais do que os de Podologia. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	26	14	3	43
Podologia	26	11	7	44
Total	52	25	10	87

TABELA Nº108 - AVALIAÇÃO DA DINÂMICA FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1846.5, conduzindo a um “p-value” de 0.329, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia adoptam este procedimento com igual frequência.

Portanto, em resumo, novamente os estudantes dos três cursos fazem frequentemente a avaliação da dinâmica implementada, destacando-se também novamente os estudantes de Enfermagem.

c) Avaliação das necessidades de re-ensino

Este procedimento é também adoptado frequentemente, com especial incidência para Enfermagem. Neste curso, a resposta maioritária é “Muitas vezes” (56.2%), seguindo-se “Às vezes” (27.1%), “Sempre” (12.5%) e “Raramente” (4.2%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta maioritária é “Às vezes” (62.8%), seguindo-se a uma grande distância “Muitas vezes” (23.2%), “Sempre” (9.3%) e “Raramente” (4.7%), não existindo respostas “Nunca”. Em Podologia, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (38.6%), seguindo-se “Às vezes” (34.1%), “Sempre” (20.5%), “Raramente” (4.5%) e “Nunca” (2.3%).

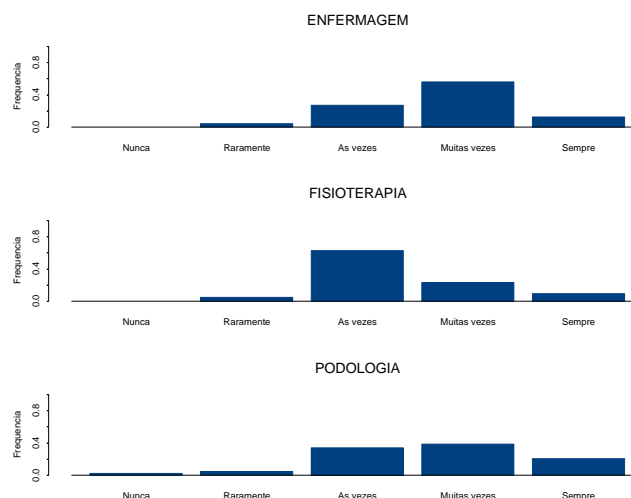


GRÁFICO N°26 - AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE RE-ENSINO

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	15	27	6	48
Fisioterapia	29	10	4	43
Total	44	37	10	91

TABELA N°109 - AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE RE-ENSINO ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2557,5, conduzindo a um “p-value” de 0,001, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem adotam mais este procedimento do que os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	15	27	6	48
Podologia	18	17	9	44
Total	33	44	15	92

TABELA N°110 - AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE RE-ENSINO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2263,5, conduzindo a um “p-value” de 0,394, devendo concluir-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia adotam este procedimento com igual frequência. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	29	10	4	43
Podologia	18	17	9	44
Total	47	27	13	87

TABELA Nº111 - AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE RE-ENSINO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1630, conduzindo a um “p-value” de 0.007, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia menos este procedimento do que os de Podologia. Portanto, em resumo, conclui-se que os estudantes dos três cursos fazem frequentemente a avaliação da necessidade de “reensino”, sendo que os de Fisioterapia o fazem menos do que os dos outros dois cursos, que o fazem com igual frequência.

d) Avaliação da necessidade de acompanhamento

Este procedimento é adoptado frequentemente apenas pelos estudantes de Enfermagem, sendo muito menos adoptado pelos dos outros dois cursos. Em Enfermagem, a resposta maioritária é “Muitas vezes” (56.2%), seguindo-se a uma grande distância “Às vezes” (29.2%), “Sempre” (12.5%) e “Raramente” (2.1%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta maioritária é “Às vezes” (65.1%), seguindo-se “Raramente” (20.9%) e “Muitas vezes” (14%), não existindo respostas “Nunca” e “Sempre”. Em Podologia, a resposta maioritária é “Às vezes” (59.1%), seguindo-se “Raramente” (20.4%), “Muitas vezes” (18.2%) e “Sempre” (2.3%), não existindo respostas “Nunca”. Portanto, é bem claro que os alunos de Enfermagem se destacam dos outros dois cursos, pois adoptam este procedimento com amior frequência.

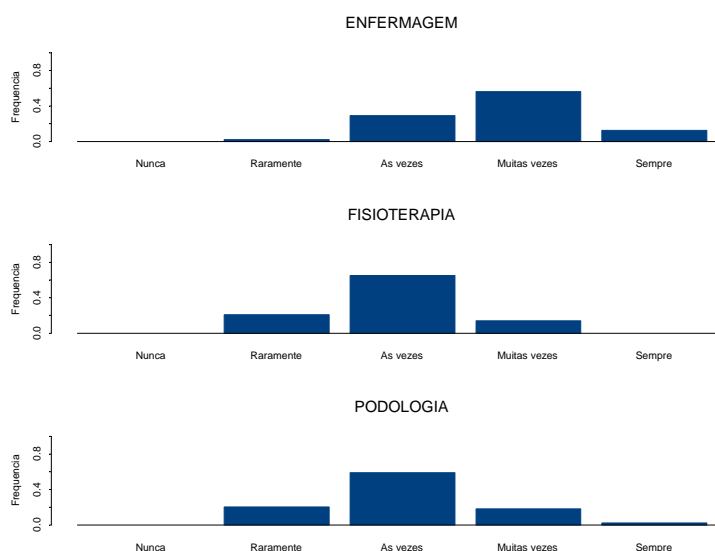


GRÁFICO N°27 - AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO

Nas tabelas de contingência para comparação dos cursos, agregou-se as respostas “Nunca” e “Raramente” por um lado, e “Muitas vezes” e “Sempre” por outro, devido à escassez de observações. A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	15	27	6	48
Fisioterapia	24	14	5	43
Total	39	41	11	91

**TABELA N°112 - AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO
ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA**

O valor da estatística do teste é de 2436, conduzindo a um “p-value” de 0,023 concluindo-se que os estudantes de Enfermagem adoptam mais este procedimento do que os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Enfermagem	15	27	6	48
Podologia	20	14	10	44
Total	35	41	16	92

**TABELA N°113 - AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO
ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA**

O valor da estatística do teste é de 2289, conduzindo a um “p-value” de 0,315 concluindo-se que os estudantes de Enfermagem adoptam mais este procedimento do que os de

Podologia. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Às vezes ou menos	Muitas vezes	Sempre	Total
Fisioterapia	24	14	5	43
Podologia	20	14	10	44
Total	44	28	15	87

TABELA Nº114 - AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1759, conduzindo a um “p-value” de 0.108, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e de Podologia adoptam este procedimento com a mesma frequência.

Portanto, em resumo, apenas os estudantes de Enfermagem fazem frequentemente a avaliação da necessidade de acompanhamento, destacando-se por isso dos estudantes dos outros dois cursos, que adoptam este procedimento com pouca frequência.

Quais são as dificuldades que os estudantes de Enfermagem, Fisioterapia e Podologia sentem na realização de actividades de educação para a saúde?

Por último, os alunos foram ainda inquiridos sobre as dificuldades sentidas na realização de actividades de educação para a saúde.

a) Diagnóstico da situação

Fazer o diagnóstico da situação é uma dificuldade não muito sentida pelos estudantes dos três cursos. Em Enfermagem, a resposta “Às vezes” é fortemente maioritária (72.9%), seguindo-se a uma grande distância “Raramente” e “Muitas vezes” (12.5%) e “Sempre” (2.1%), não existindo respostas “Nunca”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (46.5%), seguindo-se “Raramente” (27.9%), “Muitas vezes” (18.6%), “Sempre” (4.7%) e “Nunca” (2.3%). Em Podologia, a resposta “Às vezes” é maioritária (59.1%), seguindo-se “Raramente” (20.5%), “Muitas vezes” (18.2%) e “Sempre” (2.3%), não existindo respostas “Nunca”.

Nas tabelas de contingência para comparação dos cursos, agregou-se as respostas “Nunca” e “Raramente” por um lado, e “Muitas vezes” e “Sempre” por outro, devido à escassez de observações. A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	6	35	7	48
Fisioterapia	13	20	10	43
Total	19	55	17	91

TABELA Nº115 - DIFICULDADE EM FAZER DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2286, conduzindo a um “p-value” de 0.238, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Fisioterapia sentem igualmente esta dificuldade. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	6	35	7	48
Podologia	9	26	9	44
Total	15	61	16	92

TABELA Nº116 - DIFICULDADE EM FAZER DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2249.5, conduzindo a um “p-value” de 0.435, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia sentem igualmente esta dificuldade. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Fisioterapia	13	20	10	43
Podologia	9	26	9	44
Total	22	46	19	87

TABELA Nº117 - DIFICULDADE EM FAZER DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1839.5, conduzindo a um “p-value” de 0.312, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia sentem igualmente esta dificuldade. Portanto, em resumo, esta dificuldade não é muito sentida pelos estudantes dos três cursos, não existindo diferenças significativas entre eles.

b)Planeamento adequado das actividades

Esta dificuldade também não é muito sentida pelos estudantes dos três cursos. Em Enfermagem, a resposta maioritária é novamente “Às vezes” (72.9%), seguindo-se “Raramente” (14.6%) e “Muitas vezes” (12.5%), não existindo respostas “Nunca” nem “Sempre”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (46.5%), seguindo-se “Raramente” (27.9%), “Muitas vezes” (18.6%), “Sempre” (4.7%) e “Nunca” (2.3%). Em Podologia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (38.6%), seguindo-se “Muitas vezes” (27.3%), “Raramente” (20.5%), “Sempre” (9.1%) e “Nunca” (4.5%).

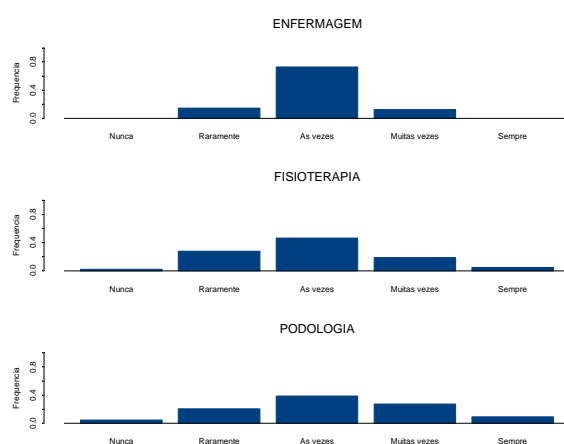


GRÁFICO Nº28 - DIFICULDADE NA REALIZAÇÃO DO PLANEAMENTO DAS ACTIVIDADES

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	7	35	6	48
Fisioterapia	13	20	10	43
Total	20	55	16	91

TABELA Nº118 - DIFICULDADE NO PLANEAMENTO ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2254.5, conduzindo a um “p-value” de 0.336, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Fisioterapia sentem igualmente esta dificuldade. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	7	35	6	48
Podologia	11	17	16	44
Total	18	52	22	92

TABELA Nº119 - DIFICULDADE NO PLANEAMENTO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2113, conduzindo a um “p-value” de 0.149, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia sentem igualmente esta dificuldade. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Fisioterapia	13	20	10	43
Podologia	11	17	16	44
Total	24	37	26	87

TABELA Nº120 - DIFICULDADE NO PLANEAMENTO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1767.5, conduzindo a um “p-value” de 0.129, pelo que se conclui que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia sentem igualmente esta dificuldade.

Portanto, em resumo, esta dificuldade também não é muito sentida pelos estudantes dos três cursos, não existindo diferenças significativas entre eles.

c) Selecção da metodologia a implementar

Esta dificuldade também não é muito sentida pelos estudantes dos três cursos, embora os de Enfermagem e os de Podologia pareçam senti-la um pouco mais do que as anteriores. Neste curso, a resposta mais frequente continua a ser “Às vezes” (43.8%), seguindo-se “Muitas vezes”, com uma frequência bastante superior à verificada nas dificuldades anteriores (35.4%) e “Raramente” (20.8%), não existindo respostas “Nunca” e “Sempre”. Em Fisioterapia, a resposta maioritária é “Às vezes” (55.8%), seguindo-se “Raramente” (25.6%), “Muitas vezes” (14%) e “Sempre” (4.7%), não existindo respostas “Nunca”. Em Podologia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (40.9%), seguindo-se “Muitas vezes” (27.3%), “Raramente” (22.7%) e “Sempre” (9.1%), não existindo respostas “Nunca”.

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	10	21	17	48
Fisioterapia	11	24	8	43
Total	21	45	25	91

TABELA Nº121 - DIFICULDADE NA SELECÇÃO DA METODOLOGIA ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2377, conduzindo a um “p-value” de 0.072, devendo concluir-se que os estudantes de Enfermagem sentem mais esta dificuldade do que os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	10	21	17	48
Podologia	10	18	16	44
Total	20	39	33	92

TABELA Nº122 - DIFICULDADE NA SELECÇÃO DA METODOLOGIA ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2237, conduzindo a um “p-value” de 0.483, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia sentem igualmente esta dificuldade. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Fisioterapia	11	24	8	43
Podologia	10	18	16	44
Total	21	42	24	87

TABELA Nº123 - DIFICULDADE NA SELECÇÃO DA METODOLOGIA FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1745, conduzindo a um “p-value” de 0.089, devendo concluir-se que os estudantes de Fisioterapia sentem menos esta dificuldade do que os de Podologia.

Portanto, em resumo, esta dificuldade também não é muito sentida pelos estudantes dos três cursos, embora os de Fisioterapia a sintam um pouco menos do que os dos outros dois cursos, que a sentem com igual intensidade.

d) À vontade perante o indivíduo ou público estranho

Esta dificuldade é pouco sentida pelos estudantes de Fisioterapia e de Podologia, contrastando com os Enfermagem, que a sentem com bastante intensidade. Neste último curso, a resposta mais frequente é “Muitas vezes” (43.7%), seguida de “Às vezes” (20.8%),

“Raramente” (16.7%), “Muitas vezes” (14.6%) e “Nunca” (4.2%). Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (39.6%), seguida de “Raramente” (30.2%), “Muitas vezes” (20.9%) e “Nunca” (9.3%), não existindo respostas “Sempre”. Em Podologia, a resposta mais frequente é “Raramente” (29.5%), seguida de “Às vezes” e “Muitas vezes” (27.3%), “Nunca” (11.4%) e “Sempre” (4.5%).

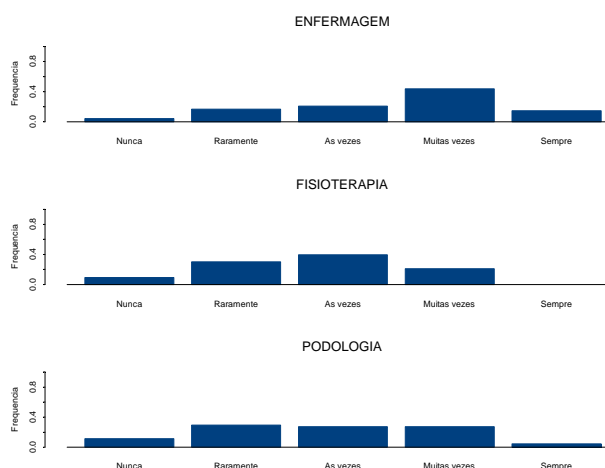


GRÁFICO N°29 - DIFICULDADE EM ESTAR COM O INDIVÍDUO OU PÚBLICO ESTRANHO
A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	10	10	28	48
Fisioterapia	17	17	9	43
Total	27	27	37	91

TABELA N°124 - DIFICULDADE EM ENFRENTAR O PÚBLICO ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2594, conduzindo a um “p-value” de 0.001, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem sentem mais esta dificuldade do que os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	10	10	28	48
Podologia	18	12	14	44
Total	28	22	42	92

TABELA N°125 - DIFICULDADE EM ENFRENTAR O PÚBLICO ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2542, conduzindo a um “p-value” de 0.005, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem sentem mais dificuldade do que os de Podologia. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Fisioterapia	17	17	9	43
Podologia	18	12	14	44
Total	35	29	23	87

TABELA Nº126 - DIFICULDADE EM ENFRENTAR O PÚBLICO FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1840, conduzindo a um “p-value” de 0.319, concluindo-se que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia sentem a mesma dificuldade.

Portanto, em resumo, esta dificuldade não é muito sentida pelos estudantes dos cursos de Fisioterapia e de Podologia, contrastando com os de Enfermagem, que sentem muito mais dificuldade.

e) Utilização de linguagem adequada

Esta dificuldade não é muito sentida pelos estudantes, embora os de Fisioterapia revelem um pouco menos do que os dos outros cursos. Em Enfermagem, a resposta mais frequente é “Às vezes” (50%), seguindo-se “Muitas vezes” (27.1%), “Raramente” (20.8%) e “Nunca” (2.1%), não existindo respostas “Sempre”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (41.9%), seguindo-se “Raramente” (30.2%), “Nunca” (11.6%), “Muitas vezes” (9.3%) e “Sempre” (7%). Em Podologia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (45.4%), seguindo-se “Raramente” e “Muitas vezes” (20.5%), “Sempre” (9.1%) e “Nunca” (4.5%).

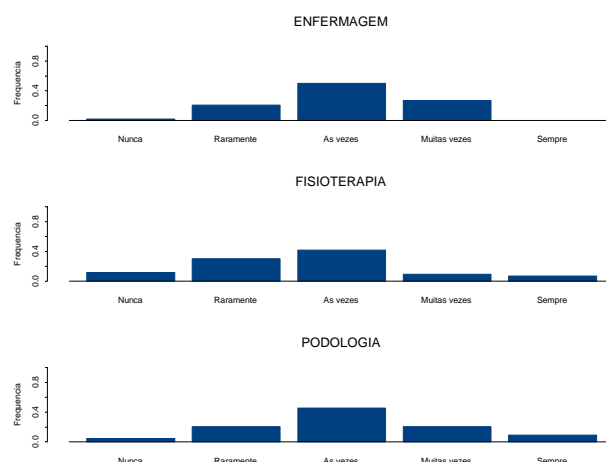


GRÁFICO Nº30 - DIFICULDADE EM UTILIZAR LINGUAGEM ADEQUADA

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	11	24	13	48
Fisioterapia	18	18	7	43
Total	29	42	20	91

TABELA Nº127 - DIFICULDADE UTILIZAR LINGUAGEM ADQUADA ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2436.5, conduzindo a um “p-value” de 0.025, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem sentem mais esta dificuldade do que os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	11	24	13	48
Podologia	11	20	13	44
Total	22	44	26	92

TABELA Nº128 - DIFICULDADE UTILIZAR LINGUAGEM ADQUADA ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2228, conduzindo a um “p-value” de 0.486, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia sentem igualmente esta dificuldade. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Fisioterapia	18	18	7	43
Podologia	11	20	13	44
Total	29	38	20	87

TABELA Nº129 - DIFICULDADE UTILIZAR LINGUAGEM ADQUADA FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1685.5, conduzindo a um “p-value” de 0.030, concluindo-se que os estudantes de Fisioterapia sentem mais esta dificuldade do que os de Podologia.

Portanto, em resumo, esta dificuldade não é muito sentida pelos estudantes, com os de Fisioterapia a sentirem-na menos do que os dos outros dois cursos.

f) Trabalhar em equipa

Esta dificuldade é muito pouco sentida pelos estudantes dos três cursos, sendo claramente a menos sentida de todas. Em Enfermagem, a resposta mais frequente é “Raramente” (50%), seguida de “Nunca” (27.1%), “Às vezes” (16.7%) e “Muitas vezes” (6.3%), não existindo respostas “Sempre”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente também é “Raramente” (46.5%), seguindo-se “Às vezes” (20.9%), “Nunca” (14%) e “Muitas vezes” e “Sempre” (9.3%). Em Podologia, a resposta mais frequente é novamente “Raramente” (43.2%), “às vezes” (20.4%), “Nunca” (15.9%), “Muitas vezes” (11.4%) e “Sempre” (9.1%).

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	37	8	3	48
Fisioterapia	26	9	8	43
Total	63	17	11	91

TABELA Nº130 - DIFICULDADE EM TRABALHAR EM EQUIPA ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2018, conduzindo a um “p-value” de 0.032, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem sentem menos esta dificuldade do que os de Fisioterapia. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	37	8	3	48
Podologia	26	9	9	44
Total	63	17	12	92

TABELA Nº131 - DIFICULDADE EM TRABALHAR EM EQUIPA ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2019.5, conduzindo a um “p-value” de 0.021, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem sentem menos esta dificuldade do que os de Podologia. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Fisioterapia	26	9	8	43
Podologia	26	9	9	44
Total	52	18	17	87

TABELA Nº132 - DIFICULDADE EM TRABALHAR EM EQUIPA FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1874.5, conduzindo a um “p-value” de 0.433, concluindo-se que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia sentem igualmente esta dificuldade.

Portanto, em resumo, esta dificuldade é muito pouco sentida pelos estudantes, sendo a menos sentida de todas as dificuldades. Além disso, os alunos de Enfermagem são os que menos a sentem.

g) Avaliação dos resultados obtidos

Esta dificuldade não é muito sentida pelos estudantes. Em Enfermagem, a resposta maioritária é “Às vezes” (62.5%), seguindo-se a uma grande distância “Raramente” (22.9%) e “Muitas vezes” (14.6%), não existindo respostas “Nunca” e “Sempre”. Em Fisioterapia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (41.9%), seguindo-se “Raramente” (32.5%), “Muitas vezes” (11.6%), “Sempre” (9.3%) e “Nunca” (4.7%). Em Podologia, a resposta mais frequente é “Às vezes” (36.4%), seguindo-se “Raramente” (29.5%), “Muitas vezes” (22.7%), “Sempre” (9.1%) e “Nunca” (2.3%).

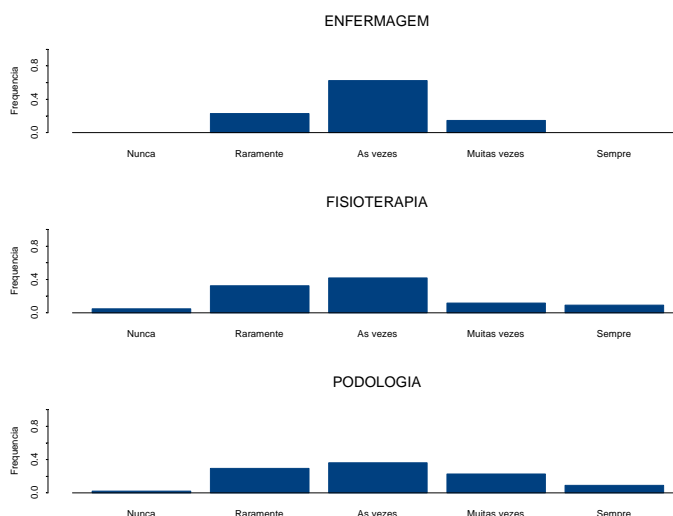


GRÁFICO Nº31 - DIFICULDADE NA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

A tabela para comparação entre Enfermagem e Fisioterapia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	11	30	7	48
Fisioterapia	16	18	9	43
Total	27	48	16	91

TABELA Nº133 - DIFICULDADE EM AVALIAR OS RESULTADOS ENFERMAGEM VS. FISIOTERAPIA

O valor da estatística do teste é de 2283.5, conduzindo a um “p-value” de 0.254, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Fisioterapia sentem igualmente esta dificuldade. A tabela de contingência para a comparação entre Enfermagem e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Enfermagem	11	30	7	48
Podologia	14	16	14	44
Total	25	46	21	92

TABELA Nº134 - DIFICULDADE EM AVALIAR OS RESULTADOS ENFERMAGEM VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 2172, conduzindo a um “p-value” de 0.305, concluindo-se que os estudantes de Enfermagem e os de Podologia sentem igualmente esta dificuldade. Finalmente, a tabela de contingência para a comparação entre Fisioterapia e Podologia é

Curso	Nunca ou raramente	Às vezes	Muitas vezes ou sempre	Total
Fisioterapia	16	18	9	43
Podologia	14	16	14	44
Total	30	34	23	87

TABELA Nº135 - DIFICULDADE EM AVALIAR OS RESULTADOS FISIOTERAPIA VS. PODOLOGIA

O valor da estatística do teste é de 1787, conduzindo a um “p-value” de 0.171, concluindo-se que os estudantes de Fisioterapia e os de Podologia sentem igualmente esta dificuldade.

Portanto, em resumo, esta dificuldade também não é muito sentida pelos estudantes, não havendo distinções significativas entre eles.

Em síntese podemos salientar os resultados mais significativos deste estudo na opinião dos estudantes que fizeram parte da amostra.

Não há diferenças significativas:

- Avaliação global da formação
- Capacidade de intervir como educador para a saúde
- Entendimento de educação para a saúde
- Factores a ter em conta durante o planeamento
- Dificuldades sentidas na realização de actividades de educação para a saúde

Há diferenças significativas:

- 1ª opção de curso a quando da candidatura
- Importância que atribui à educação para a saúde
- Oportunidade de implementar actividades de educação para a saúde
- Estratégias de educação
- Avaliação do processo educação para a saúde
- Área teórica ou prática que mais contribuiu para a sua formação como educador para a saúde

Figura nº23 - Síntese de resultados

Das diferenças significativas verificamos que:

Os estudantes que frequentam o Curso de Enfermagem frequentam o curso por primeira opção, atribuem mais importância à educação para a saúde, tiveram mais oportunidades de implementar actividades de educação para a saúde, evidenciam-se nas estratégias de educação e na forma como avaliam o processo;

Os estudantes que frequentam o Curso de Fisioterapia, frequentam o curso por primeira opção;

Os estudantes que frequentam o Curso de Podologia atribuem mais importância aos ensinamentos clínicos e às ciências fundamentais como contributos para a sua formação como educador para a saúde.

6 - DISCUSSÃO

Quando nos questionávamos: que influência tem a formação, em concepções de saúde/doença e educação para a saúde? Como implementam os estudantes actividades de educação para a saúde? Algo nos inquietava, relativamente à formação de futuros profissionais de saúde e, sobretudo se a formação influencia as perspectivas deste grupo de alunos.

De modo algum seria correcto inferir as nossas conclusões para a generalidade das práticas de formação dos diversos estudantes de saúde nos diferentes estabelecimentos de formação. Muitas variáveis não analisadas neste trabalho podem interferir nas conclusões.

Com a metodologia eleita, e face à análise da diferente informação por nós recolhida e analisada, passamos à apresentação das conclusões que nos parecem mais pertinentes.

Os resultados por nós obtidos resultaram de uma amostra constituída por 341 estudantes que frequentam cursos superiores na área de saúde. Após a caracterização dos mesmos concluímos que os nossos participantes são a esmagadora maioria do sexo feminino, jovens com idades compreendidas entre 18 e 23 anos de idade solteiras.

O desenvolvimento deste trabalho teve como principal finalidade a descrição de concepções de saúde/doença e educação para a saúde de futuros profissionais de saúde (avaliar o efeito da formação); e avaliação da implementação de educação para a saúde pelos mesmos participantes.

EMERGENCIA DAS CONCEPÇÕES

Todas as categorias utilizadas pelos nossos participantes, para definir saúde, são encontradas todas elas ao nível do 1º ano de formação nos diferentes cursos. As dimensões mais referenciadas para caracterizar as diferentes categorias são a dimensão física e psíquica. Verifica-se também como resultado da compilação das respostas que alguns dos termos utilizados ao nível do 1º ano para caracterizar saúde foram eliminados nas

definições dos estudantes do 4º ano, recorrendo alguns destes alunos a termos mais subjectivos para as suas definições. Pode-se dizer que a formação ao longo de quatro anos influencia a concepção de saúde. Onde esta influência é mais notória é no curso de Enfermagem. O curso de Fisioterapia em algumas categorias assemelha-se com o curso de Enfermagem. Podologia é o curso que descreve de forma um pouco diferente o conceito de saúde. No entanto, em jeito de síntese podemos dizer que, no final da formação, os nossos participantes partilham a ideia de que saúde como a OMS (1946) como “*um estado completo de bem-estar físico mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”.

Fundamentalmente, emergem dos discursos dos nossos participantes o conceito *saúde*, como *bem-estar* do indivíduo, bem e *valor* fundamental, onde existe *equilíbrio* físico, psicológico, social, cultural, com o meio interno e externo, ou seja, em todas as dimensões, que lhe proporciona um *estado* de saúde, apoiado na *ausência* de patologias.

Doença, no dizer dos nossos participantes, ao nível do 1º ano de formação nos diferentes cursos, é caracterizada por menos palavras e descritas com termos mais subjectivos. Assim, a formação modifica também a concepção de doença. Verificando-se, que ao nível do 4º ano as categorias que caracterizam o conceito aumentam em termos de representatividade e surgem termos mais objectivos para a definir. Continuam a valorizar distintamente a dimensão física e psíquica mais que qualquer outra dimensão. Da análise efectuada não se verifica diferenças significativas entre os três cursos estudados.

No geral, todos os participantes partilham concepções semelhantes que podem ser interpretadas ao abrigo do paradigma biomédico. Doença é definida essencialmente, como um *estado* de *desequilíbrio* e *alteração de funcionamento* que lhe *altera o bem-estar*, trazendo-lhe uma sensação negativa de *mau estar*.

Da bibliografia consultada, e à luz do paradigma biomédico, os indivíduos são reduzidos a estruturas físicas, processos fisiológicos e bioquímicos. A doença é encarada como o resultado de *desequilíbrio* dessas estruturas e processos, originado por agentes físicos/biológicos. Os indivíduos são perspectivados em duas entidades fundamentais: mente e corpo, em que o tratamento das doenças físicas e psíquicas separam-se e são distintas entre si. O indivíduo é estudado por sistemas e funções, o seu corpo é igual à soma das suas partes em detrimento da concepção de globalidade (Bolander, 1998).

Os discursos destes estudantes podem ter influencia dos conteúdos ministrados nas diferentes unidades curriculares dos diferentes cursos. Muita da carga horária é para disciplinas onde se abordam a fisiologia, patologia e tratamento, tendo uma perspectiva predominantemente patológica.

Educação para a saúde foi caracterizada por um menor numero de categorias e a variância de definições não foi tão notória como no conceito de saúde e de doença. Os nossos participantes definem educação para a saúde numa perspectiva salutógena, enquadrando-se as suas concepções principalmente na 2ª geração da educação para a saúde: comportamental. Verifica-se com a influência da formação durante quatro anos que as descrições passam a ser menos específicas recorrendo a menos termos para a caracterizar. A variância entre os cursos também não é significativa, tal como no conceito de doença, verificando-se no entanto que a Enfermagem e Fisioterapia aproximam-se nas suas definições. No curso de Podologia verificam-se descrições mais simples e com recurso a menos termos.

Esta semelhança no curso de Enfermagem e Fisioterapia pode ter influência dos conteúdos programáticos, verificando-se muitos conteúdos comuns nas unidades curriculares dos dois cursos.

Educação para a saúde na perspectiva dos estudantes do ensino superior é, sobretudo, um *processo continuo e activo*, que deve ser implementado pelos técnicos de saúde, com estratégias adequadas, de *promoção, prevenção,....*convergindo para o conhecimento de regras, conceitos e atitudes promotoras de saúde como conceito de *bem estar, consigo* e com os *outros*.

A educação para a saúde, na 2ª geração: comportamental, é interpretada como um processo a aplicar a indivíduos ou grupos com comportamento problema. O seu desenvolvimento centra-se na promoção de comportamentos saudáveis (Moreno *et al*, 2000). Trata-se de uma abordagem adaptativa, em que o principal objectivo é atingir a melhor adaptação ao meio.

Os dados permitem-nos concluir que os estudantes dos três cursos, do 1º e 4º ano, consideram que a implementação de actividades de educação para a saúde são muito importantes. Contudo, no 1º ano os alunos de Enfermagem e Fisioterapia atribuem mais

importância a esta questão do que os de Podologia. Verifica-se que a importância atribuída à educação para a saúde aumenta no 4º ano especialmente na opinião dos alunos de Enfermagem. Há uma influência positiva da formação. O facto dos estudantes de Enfermagem atribuírem mais importância pode estar relacionado com o ensino clínico VII que se realiza no 4º ano e os seus objectivos são direccionados para a prevenção e promoção da saúde, onde se preconiza a realização de actividades de educação para a saúde.

Podemos afirmar que os estudantes dos três cursos do quarto ano fazem uma apreciação muito positiva aos conteúdos leccionados direccionados para a educação para a saúde. Considerando que estes têm uma importância muito considerável, o que é um resultado muito favorável. Apenas é de notar que existem alguns estudantes do curso de Podologia que atribuem pouca ou nenhuma importância aos mesmos, mas não são em número significativo. Este facto pode ter alguma influência com as características gerais do curso de Podologia em que os conteúdos são predominantemente direccionados para a intervenção a nível tratamento, é um curso com grande influência do paradigma biomédico.

E, na tentativa de esclarecer melhor esta questão, procuramos saber quais eram as unidades curriculares que mais contribuíram para a formação dos estudantes como futuros educadores de saúde. Assim, os alunos de Enfermagem consideram as Ciências da Enfermagem e os Ensinos Clínicos. Os alunos que frequentam o curso de Fisioterapia atribuem a maior importância às Ciências da Fisioterapia e aos Ensinos Clínicos, à semelhança do curso de Enfermagem. Os alunos de Podologia atribuem maior importância aos Ensinos Clínicos, tal como nos outros dois cursos, seguindo-se as Ciências Fundamentais, em que estas estão em último lugar nos outros dois cursos. Esta diferença de importância atribuída às Ciências Fundamentais é realmente um importante factor de distinção em relação aos outros cursos, revelando uma significativa divergência de opinião dos estudantes de Podologia.

Quando efectuada comparação da importância atribuída às unidades curriculares comuns aos três cursos obtemos as seguintes conclusões : à Metodologia Científica e aos Ensinos Clínicos, a importância atribuída pelos estudantes é a mesma tal como entre os cursos de Fisioterapia e Podologia relativamente às Ciências Sociais. Nas restantes unidades curriculares, existem diferenças na importância atribuída pelos estudantes dos três cursos.

Podemos afirmar que todos os participantes consideram-se igualmente preparados para intervir a nível da educação para a saúde. Os resultados obtidos e apresentados anteriormente não deixam dúvidas de que os três cursos não se distinguem, ou seja, as respostas dos estudantes são semelhantes.

A importância das respostas “Pouco preparado” ou “Nada preparado” são desprezáveis, mas o mesmo acontece com “Muito preparado”, ou seja, embora a esmagadora maioria dos alunos se sinta preparada, quase nenhum se sente muito seguro, consideram-se na sua esmagadora maioria “Preparados”, mas não muito bem preparados, nem mal preparados.

Apesar desta uniformidade de opinião nos três cursos, os estudantes de Enfermagem tiveram mais oportunidades de implementar actividades de educação para a saúde que os outros dois cursos. Os que frequentam o curso de Fisioterapia e Podologia tiveram as mesmas oportunidade de implementar actividades neste âmbito e com a mesma frequência. Este trabalho permitiu-nos saber onde é que os estudantes implementam acções de educação para a saúde. Os três cursos fazem-no maioritariamente os estabelecimentos de saúde, ou seja, no local do ensino clínico, no hospital, na clínica e no centro de saúde. Regista-se uma excepção muito curiosa, que é a de Podologia, em que não existem respostas “Hospital”. É certo que os estudantes de Podologia raramente tem ensinamentos clínicos em contexto hospitalar.

Foi também possível através da análise das respostas dos estudantes perceber que perspectivam educação para a saúde como um processo dinâmico, interactivo direccionado para uma vertente salutogénica, podendo-se verificar pequenas diferenças entre os três cursos estudados. Esta afirmação pode ser fundamentada pelos resultados das opiniões que obtivemos. Assim, todos os estudantes concordam fortemente que educação para a saúde é *uma variável de intervenção na área de prevenção*, sendo que os de Enfermagem concordam com mais intensidade e os de Fisioterapia com menos com esta concepção.

Educação para a saúde - quando sugerida como a *base de actividade de uma profissão da área da saúde* - é também uma ideia fortemente aceite por todos os participantes, sendo que os estudantes de Enfermagem concordam com mais intensidade e os de Fisioterapia e de Podologia não se distinguem entre si.

Educação para a saúde como um *processo que vai de encontro às necessidades de um indivíduo ou comunidade*, é uma ideia mais apoiada pelos estudantes de Fisioterapia, no entanto, e, no geral todos os participantes concordam fortemente com esta perspectiva.

Em menor grau de concordância estão todos os estudantes com a proposta de educação para a saúde como *processo de transmissão de conhecimentos para um público passivo*.

E, para reforçar esta perspectiva foi o resultado de opinião, quando sugerimos educação para a saúde como uma *actividade intencional que incita o indivíduo ou a comunidade a pensar e decidir por si mesma*. Todos os estudantes concordam fortemente com esta concepção, sendo que os de Enfermagem revelam maior intensidade nesta concordância e os de Podologia menor, contrariamente à concepção anterior, em que a intensidade era a mesma.

A comparação dos cursos no que respeita a estas duas últimas concepções é curiosa – com efeito, elas revelam pontos de vista divergentes sobre a educação para a saúde, em que a anterior defende que o público receptor é passivo e em que esta última considera que o receptor tem um papel muito mais activo e interveniente. Na concepção anterior, os três cursos concordam de igual forma, revelando também um grau de concordância não muito forte, enquanto nesta última, em que a concordância é muito forte, existem diferenças muito marcadas entre os cursos, com os estudantes de Enfermagem a exibirem maior a concordância e os de Podologia a menor. Este padrão é bem demonstrativo das diferenças de perspectiva entre os estudantes dos três cursos relativamente à educação para a saúde.

Em conclusão, no que respeita à educação para a saúde, verifica-se em geral que todos os estudantes concordam fortemente com as concepções por nós apresentadas. Verifica-se também que os estudantes de Enfermagem se destacam claramente, revelando maior concordância do que os dos outros cursos, aproximando-se de concepções mais actuais e preconizadas actualmente.

Foi possível concluir que todos os estudantes concordam muito fortemente que educação para a saúde é uma actividade planeada e que não deve ser uma actividade de ensino ocasional. Foi nosso objectivo saber se ponderam alguns factores no planeamento e implementação de uma acção de educação para a saúde.

Os resultados permitem-nos dizer que todos os estudantes têm em consideração os conhecimentos dos utentes e as suas necessidades de aprendizagem, antes de uma acção de educação para a saúde, com uma elevadíssima frequência, sendo que os de Enfermagem e os de Podologia o fazem com igual frequência e os de Fisioterapia com menos.

Todos os estudantes têm também em conta com uma elevadíssima frequência a *receptividade dos utentes* sendo que os de Podologia o fazem mais do que os dos outros dois cursos.

A *motivação dos utentes* é também um factor que consideram com uma elevadíssima frequência, sendo que os de Fisioterapia e os de Podologia o fazem com a mesma frequência e os de Enfermagem com menos, o que é uma situação diferente da encontrada nos factores anteriores.

A *definição de objectivos com os utentes* é efectuada com uma frequência significativa mas os estudantes de Enfermagem e de Podologia fazem-no com uma frequência menor do que nos factores anteriores, o que já não sucede com os alunos de Fisioterapia. Em consequência, estes últimos mostram uma frequência superior aos alunos dos outros cursos, ou seja, têm-no mais em conta.

Todos os estudantes ponderam *as características dos formandos* com alta frequência, existindo apenas uma diferença – os de Fisioterapia têm-no em conta em menor grau. Os *costumes e tradições* dos formandos são tidos em conta por todos os estudantes com considerável frequência, embora não seja dos que têm maior frequência em Fisioterapia e em Podologia.

A *identificação do diagnóstico de situação com os utentes*, a ponderação do *numero de indivíduos* por sessão, *o local, horário* e *o tempo de duração* da sessão são factores tidos em conta por todos os participantes com frequência semelhante.

Em conclusão, todos os factores de planeamento, por nós sugeridos, a ponderar numa acção de educação para a saúde são fortemente tidos em conta pelos alunos dos três cursos. Além disso, apesar de existirem algumas diferenças entre os cursos em vários factores, nenhum curso se destaca claramente em relação aos outros e, com efeito, os estudantes dos três cursos não se distinguem.

Foi também nossa intenção saber que estratégias é que utilizam aquando das acções de educação para a saúde, e, no que se refere às técnicas utilizadas podemos concluir que recorrem à *dinâmica de grupo* com uma frequência mensurável em que é mais utilizada pelos estudantes de Enfermagem. Recorrendo a esta metodologia reforçam a ideia de que a educação para a saúde é um processo interactivo com participação dos formandos.

A *dramatização* é uma estratégia pouco utilizada e quem a utiliza menos são os estudantes de Fisioterapia. Esta metodologia não deve ser a de eleição para as actividades de

educação para a saúde sendo adequada apenas para determinadas situações, logo pode ser interpretado como um resultado positivo.

O uso de *linguagem técnica* é também pouco frequente sendo que os alunos de Enfermagem recorrem a ela com menos frequência que os outros dois cursos. O que pode ser analisado também como um resultado positivo, alguns termos técnicos não são do conhecimento geral do público. Tendo os alunos demonstrado o cuidado em passar mensagens claras para o público a quem se destinam.

Com os resultados ainda podemos concluir, que os estudantes dos três cursos, privilegiam claramente a estratégia de *reforço de ideias* e pontos importantes dos conteúdos abordados.

Assim, pelo descrito conclui-se que os estudantes utilizam correctamente as estratégias por nós sugeridas, e, com a mesma frequência, existindo apenas pequenas diferenças entre os cursos, mas, nenhum curso se distingue claramente.

Ainda, procuramos saber com que frequência utilizam o *método expositivo* e o *método interactivo*, e, em jeito de conclusão, podemos dizer que os estudantes do curso de Enfermagem se destacam na utilização destes métodos, recorrendo a ambos com grande frequência. Simultaneamente, regista-se uma alternância de posições entre os alunos dos outros dois cursos: no método expositivo são os de Fisioterapia que recorrem menos a este método e o fazem pouco frequentemente, ocupando os de Podologia uma posição intermédia, enquanto no método interactivo se passa o oposto, observando-se que os de Fisioterapia estão a par dos de Enfermagem e os de Podologia estão em terceiro lugar, recorrendo pouco a este método.

No que respeita à utilização de *meios auxiliares de ensino* e fornecimento de *informação escrita suplementar*, os dados permitem-nos concluir que os estudantes dos três cursos utilizam meios auxiliares de ensino e fornecem informação escrita suplementar muita frequência. No entanto, existe uma diferença significativa: enquanto os estudantes dos três cursos recorrem aos meios auxiliares de ensino com a mesma frequência, no que respeita ao fornecimento de informação escrita suplementar, os de Enfermagem destacam-se claramente, recorrendo a estes meios com mais frequência. Este resultado pode estar relacionado com o facto destes estudantes estarem mais sensibilizados para a avaliação dos conhecimentos adquiridos dos formandos avaliação de necessidade de re-ensino ou

acompanhamento, como foi possível avaliar com a última questão, e por outro lado com o facto de terem tido mais oportunidades de implementar actividades de educação para a saúde.

Após a implementação de uma actividade de educação para a saúde concluímos que os estudantes dos três cursos avaliam os conhecimentos adquiridos dos educandos assim como a necessidade de “re-ensino” ou acompanhamento, fazem, ainda, avaliação da dinâmica implementada. Destacam-se, no entanto, os estudantes de Enfermagem, estes adoptam estes procedimentos mais frequentemente do que os estudantes dos outros dois cursos.

Por último podemos concluir que os estudantes dos três cursos sentem poucas dificuldades na realização de actividades de educação para a saúde, o que é extremamente positivo, pois significa que a formação que recebem nas respectivas licenciaturas os preparam de forma adequada para os problemas e dificuldades que certamente encontrarão na vida profissional. Este deve ser um motivo de grande congratulação para o corpo docente da escola, pois a preparação para enfrentar a vida profissional é seguramente uma das vertentes mais importantes da formação ministrada em qualquer licenciatura. Além disso, nenhum dos cursos se destaca, existindo mesmo diversas dificuldades igualmente sentidas por todos os estudantes.

7 - CONCLUSÃO

A experiência humana torna-se útil sempre que sejamos capazes de a reverter a favor do Homem, neste trabalho os resultados não terão um contributo directo mas poderão ser um potencial no desenvolvimento para os futuros educadores em saúde, senão por mais, pelo reconhecimento das lacunas encontradas e que não poderão ficar limitadas a este documento.

Nesta ultima parte assinalamos as principais conclusões relativas à pesquisa bibliográfica a que tivemos aceso e aos resultados obtidos com o nosso trabalho empírico. Vamos também utilizar este momento para propor algumas sugestões que poderão contribuir para melhorar a formação de futuros educadores de saúde e deste modo melhorar intervenções de educação para a saúde.

CONCLUSÕES DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Os conceitos de *saúde/doença* são realidades polimorfas, complexas, em constante movimento, com ligação á existência humana adquirindo deste modo um sentido variável, ancorado de muitas interpretações tendo forte ligação com o contexto histórico, social em que são definidos.

Ao analisarmos o conceito de saúde ao longo dos tempos verificamos que o mesmo sofreu algumas modificações. Inicialmente, saúde, foi perspectivada como mera ausência de doença. Mas com as sucessivas transformações resultam conotações multidimensionais onde se englobam dimensões objectivas e subjectivas. Um grande marco histórico foi a Carta Magna (1946) em que define a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

Saúde, hoje, deve ser perspectivada de forma global e holística, mas sobretudo, como um recurso para a vida, com um sentido positivo, em que os indivíduos e comunidades tem algum poder para escolher o seu nível de saúde, tal como decidem sobre o nível de outros bens. Está directamente relacionado com o conceito de bem-estar e qualidade de vida, com a capacidade de nos relacionamos e intervirmos nos contextos em que nos movemos.

Doença é encarada como desequilíbrio ou alteração física e mental do organismo, tendo implicações directas no bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos.

Os modelos que valorizam a saúde são designados de modelos salutogénicos. Fundamentam-se na procura de elementos que conduzem o indivíduo para a promoção ou manutenção da sua saúde. Valorizam as condições gerais implicadas na saúde, relativizando os factores dos quais depende a doença, procuram antecipar-se à doença recorrendo a estratégias comportamentais que reforcem a saúde. Sugerem adaptação ao meio, exigem a participação dos indivíduos no estabelecimento de condições que garantem saúde.

Educação é considerada uma componente vital para o desenvolvimento integral da personalidade do indivíduo, na expressão da sua autonomia e como estratégia global de desenvolvimento de maturidade pessoal. É um instrumento de progresso individual e social, permitindo aperfeiçoamento das capacidades humanas e a melhoria dos processos de âmbito interpessoal.

Por educação, hoje, devemos entender o processo de desenvolvimento da criança, do jovem ou mesmo do adulto, que crie condições para que se tornem capazes de dar respostas às suas necessidades e aspirações. Podendo, ainda, ser perspectivada como um processo global e sequencial de desenvolvimento das comunidades humanas a partir da interacção dos processos de educação permanente de cada um dos seus membros.

Podemos referenciar a *educação para a saúde* como um processo educativo que está associada à aquisição de capacidades e competências individuais e sociais necessárias ao exercício da cidadania, isto é, ao processo de desenvolvimento global dos indivíduos de forma a promover manter e restabelecer a saúde.

Educação para a saúde é perspectivada como uma combinação de experiências de aprendizagem, planeadas com o objectivo de facilitar mudanças, voluntárias, responsáveis, resultado de uma reflexão que conduzam a comportamentos ditos saudáveis.

Para organizar a educação para a saúde são recomendados modelos teóricos sendo os mais actuais os enquadrados na 3ª geração da educação para a saúde designados de *modelos críticos e participativos*, apoiando-se fundamentalmente numa cultura social e democrática. Sugerem alternativas de mudança sociais, para tentar reduzir as desigualdades e potenciar a participação comunitária. Caracterizam-se pela interacção dialéctica entre os

indivíduos e a sua realidade, promovendo a participação do indivíduo, do grupo ou comunidade. Desta forma a educação para a saúde desenvolve-se com os indivíduos, nas quais o educador se envolve, tendo um papel de guia, ou agente pedagógico.

As cinco fases do processo educativo são: identificar as necessidades educativas, estabelecer objectivos, seleccionar métodos apropriados, implementar o plano educativo e avaliar o processo e o resultado das intervenções.

Tendo em conta todos estes aspectos, consideramos que o nosso estudo pode ter implicações a diferentes níveis, nomeadamente, no que se refere a concepções de saúde/doença e educação para a saúde e práticas de acções de educação para a saúde mais concretamente como desenvolvem o processo educativo na área da educação para a saúde. Vejamos cada um deles separadamente.

CONCLUSÕES DOS RESULTADOS

Ao longo do estudo, procuramos identificar concepções de saúde/doença e educação para a saúde, expressas por estudantes do ensino superior que frequentam licenciaturas em cursos de saúde, perceber a variabilidade destes conceitos perspectivado no início e no fim da formação destes actores sociais. Foi também nossa intenção saber que importância atribuem estes estudantes à educação para a saúde e como colocam em prática este processo educativo.

Os resultados obtidos com este estudo, a par com a literatura, permite-nos concluir que, efectivamente as concepções de saúde/doença e educação para a saúde sofrem modificações ao longo do tempo, estes conceitos são alterados com a influencia da formação. Verifica-se com o resultado da compilação das respostas do nossos participantes que a concepção de *saúde* é descrita por termos mais subjectivos e globais ao nível do 4º ano de formação sendo eliminadas algumas expressões utilizadas pelos alunos de 1º ano. No geral podemos referi que os nossos participantes comungam da ideia de que a saúde é um estado completo de bem-estar físico mental e social e não apenas ausência de doença como foi preconizado em 1946 pela Organização Mundial de saúde.

Com a concepção *doença* verificamos uma situação oposta, os alunos de 4º ano recorrem a termos mais objectivos para a caracterizar do que os alunos que se encontram no 1º ano de formação. Sendo também notório a influencia da formação. No final dos cursos valorizam

essencialmente a dimensão física e psicológica mais que qualquer outra dimensão. Sendo notório a influencia do paradigma biomédico que serve de base à construção da maioria das unidades curriculares que constituem os cursos por nós estudados.

A concepção de *educação para a saúde* não sofreu grande variância com a formação como o conceito de saúde e doença. Na perspectiva de todos os estudantes educação para a saúde é um processo contínuo, activo, planeado e implementado com estratégias adequadas, por profissionais de saúde, que visão a promoção prevenção da saúde e tratamento ou adaptação à doença. Tendo realçado mais a componente de promoção e manutenção da saúde, ou seja, tem uma concepção tendencialmente salutogénica.

Verificamos através da análise estatística que desde o inicio da formação os estudantes dos cursos de saúde em análise atribuem bastante importância à educação para a saúde, no entanto apenas os estudantes de enfermagem no final da formação dão mais importância.

No que se refere á forma como implementam as actividades de educação para a saúde os alunos demonstram a interiorização de um processo com bases científicas contudo há diferenças significativas destacam-se positivamente os estudantes de Enfermagem seguidos de Fisioterapia e em ultimo os de Podologia.

SUGESTÕES

A análise dos conteúdos curriculares e dos resultados levam-nos a identificar uma forte componente de ensino no modelo biomédico sendo de sugerir, considerando a finalidade dos curso, um esforço no investimento de unidades curriculares mais centradas no modelo salutogénico.

Considerando a complexidade das intervenções em saúde, no sentido multidisciplinar, seria de aconselhar que os estudantes da área de saúde fossem treinados durante todo o processo formativo de uma forte componente para o desenvolvimento de competências pedagógicas activas adequadas à implementação do processo de educação para a saúde.

Dos resultados encontrados verificamos concepções já ultrapassadas face aos actuais conceitos, pelo que terá que haver um esforço de incorporação contínua da inovação nesta área.

LIMITAÇÕES

As características dos instrumentos e a natureza da amostra tornam o estudo limitado e com impossibilidade de generalização, contudo o seu valor fica circunstanciado ao caso particular em apreciação, e aí pode constituir uma fonte de desenvolvimento.

AREAS DE INTERVENÇÃO PARA ESTUDOS FUTUROS

Na sequência do que temos vindo a referir, convém, salientar mais uma vez que o nosso estudo pretendeu apenas compreender a variabilidade dos conceitos de saúde/doença e educação para a saúde e saber como implementam actividades de educação para a saúde, contudo podemos afirmar que este poderá ser um ponto de partida para outros estudos tais como:

- Comparar estes resultados com outras amostras;
- Desenvolver um processo formativo controlando as variáveis em estudo e posteriormente avaliar os resultados junto de uma população;
- Comparar resultados em dois grupos modificando as metodologias formativas.

Para terminar, gostaríamos de referir que a temática por nós seleccionada é uma área recente e ainda pouco estudada no nosso país, muitas outras investigações são necessárias para que se possa contribuir de forma mais significativa para a compreensão destes fenómenos e, para a elaboração e implementação de estratégias mais eficazes a na formação de educadores de saúde.

Esta experiência nova por nós vivenciada foi bastante enriquecedora e aliciante, constituindo um importante momento de aprendizagem. Permitti-nos desenvolver conhecimentos necessários para a elaboração de um trabalho desta natureza e aprofundar conhecimentos a vários níveis, nomeadamente à temática da educação e em especial educação para a saúde além de ficarmos sensibilizados para continuar a investir nesta área.

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

- ABECAIS, S. (2002). *Saúde 21. Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS*. Loures. Lusociência.
- AFONSO, A J. (1989). *A Função socializadora da Educação Escolar: Perspectivas Teóricas e atitudes Docentes*. Braga. Universidade do Minho (Provas de aptidão Pedagógica e Capacidade Científica).
- AMADO, I. *et al* (1999). Opinião dos utentes face ao ensino em grupo. In *Nursing*. Março. Nº 131. 35-42.
- AMORIM, C. (1999). “Intervenção para autonomia de opção”. In *Trajectos e projectos*. Viana do Castelo, 1, 17-21.
- AZEVEDO, C. A; AZEVEDO, A G. (1996). *Metodologia Científica Contributos Práticos para Elaboração de Trabalhos Académicos*. Porto. Ed. C. Azevedo
- BALAIÁ, J. D. P. (2001). Fundamentação teórica de um programa participativo de promoção/educação para a saúde. *Investigação e debate em serviço social*. 11.Abril.26-30.
- BARBOSA, A. (1987). Educação para a saúde: Determinante individual ou social? *Revista Critica de Ciências Sociais*. 23. 169-184.
- BARDIN, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa. edições 70.
- BENNETT, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da saúde*. Lisboa. Climepsi Editores.
- BENNETT, P; MURPHY, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa Manuais Universitários 14. Climepsi Editores.
- BISHOP, G. D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston. Allyn and Bacon.
- BOLANDER, V. E. (1998). *Enfermagem Fundamental- Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa. Lusodidacta. 31-51.
- BOWLING, A. (1994). *La Medida de la Salud: Conceptualización de la función física, la salud y calidad de la vida*. Barcelona. Editora Masson.

- BRUCECLAYTON; STOCK V. (2002). Educação para a saúde. In *Fundamentos de Farmacologia*. Camarate. Lusociência. 45-52.
- BRYMAN, A; CARMER, D. (2002). *Análise de dados em ciências sociais. Introdução às técnicas utilizadas no SPSS*. Oeira. Celta Editora.
- CRACEL, C. (2000). “Paradigma holístico”. *Revista trajectos e Projectos*. 2.31-35.
- CARMO, H; FERREIRA M. M. (1998). *Metodologia da Investigação guia para auto aprendizagem*. Lisboa. Universidade Aberta.
- CARVALHO, A. A. S. (2002). *Educação para a Saúde desenvolvida por enfermeiros em cuidados de saúde primários: Avaliação das necessidades de formação*. Dissertação de mestrado. Braga. Universidade do Minho. (não publicado).
- CAVANAS, J. M. Q. (1999). *Teoria da Educação*. Porto. Edições ASA.
- CONNER, M; NORMAN, P. (1994). Applying the Health Belief Model and the Theory of Planned Behavior to Predicting Attendance at Health Screening. In J. P. DAUWALDER. *Psychology and Promotion of Health*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- COUVREUR, C. (1999). *A qualidade de vida – arte para viver no século XXI*. Camarate. Lusociência.
- CUSTÓDIO, J. A; CABRITA, M. F. G. (2002). “Educação para a Saúde: prioridade em cuidados de saúde primários”. In *Sinais Vitais*, 44, 55-58.
- D’Oliveira, T (2002). *Teses e dissertações recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa. RH Editora.
- DÉJOURS, C. (1993). Intelligence pratique et sagesse pratique: deux dimensions méconnues du travail réel. *Education Permanente*. 216. 47-70.
- DELORES, J. (2003). *Educação um Tesouro a descobrir*. Relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. Porto. Edições ASA.
- DIAS, J. R. (1993). Filosofia da Educação Pressupostos, funções, métodos, estatuto. In *Revista Portuguesa de Filosofia*. Tomo XLIX. Braga. 3-28.
- DIAS, J. R. et al (1996). *Educação e utopia*. Braga. CEEP – Edições. Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho.
- DIAS, J. R. (1988). Para o estudo das antropologias com maior influência na história de educação em Portugal. In *1º Encontro de História da Educação em Portugal*. Comunicações. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian. 279-291.
- DIEGUES, J ; GUEDES, M. (2002). Promoção da saúde comunitária. CRSP- Saúde

publica, n.º 49.

DUARTE, A. (1990). *A motivação*. Lisboa. Gradiva – publicações.

DUARTE, S. (2002). *Saberes de saúde e de doença: Porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra. Quarteto Editora.

ECO, U. (1991). *Como se faz uma tese em ciências humanas*. Lisboa. Editorial Presença.

FERNANDES, O M. T; LOPES, M. A P. (2002). Corpo, Saúde e Doença: que representações dos enfermeiros? *In Revista de Investigação em Enfermagem*. Coimbra. Agosto nº 6 .4-17.

FERRÃO, L; RODRIGUES, M. (2000). *Formação pedagógica de formadores. Da teoria à prática*. Lisboa. Lidel.

FERREIRA, P. T. (1999). *Guia do animador – Animar uma Actividade de Formação*. Ed Multinova.

FORTIN, M. F. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. Lisboa. Lusociência.

GARCÍA MATÍNES, A; SÁEZ CARRERAS, J; ESCARBAJAL DE HARO, A. (2000). *Educación para la salud la apuesta por la calidad de vida*. Madrid. Arán Ediciones S. A.

GIL, A. C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo. Atlas.

GLEITMON, H. (2002). *Psicologia*. Lisboa. fundação Calouste Gulbenkian.164-172.

GONÇALVES, O. F. (1990). *Terapia Comportamental: Modelos Teóricos e manuais terapêuticos*. Porto. Edições Jornal de Psicologia.

GONZÁLEZ, M. I. S. (1998). *La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud*. Madrid: Dias de Santos.

GREEN, *et al.*(1980). *Health Education Planning: a diagnostic approach*. Palo Alto, Mayfield (policopiado).

GREEN, *et al.* (1998). *Educación para la salud*. Madrid. Interamericana.

HARTZ, C. (1994). O que é promoção de saúde? *In Nursing* nº 72.17-19.

HILL, M. M.; HILL A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Silabo.

HONORÉ, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Paris. Lusociência.

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

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Publica.

KEY, C. (1996). *Adult Education and Training*. London. Malcolm Tichit.

- KULBOK, P. A.; LAFFEY.S. C; GOEPPINGER. (1999). Promoção da saúde comunitária: Uma estrutura de vários níveis para a prática. In STANHOPE.M; LANCASTER, J. *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa. Lusociência. 235-308.
- LANCASTER, J. (1999). História da saúde e da Enfermagem Comunitária. In STANHOPE.M; LANCASTER, J. *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa. Lusociência. 3-19.
- LANDS, V. (1994). *Educação, formação em ciência*. Porto. Perspectivas actuais/educação. Edições ASA. 239-244.
- LESNE, M. (1977). *Trabalho pedagógico e formação de adultos*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkioan.
- LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro. Guanabara koogan.
- LOGENECKER, G. K. D. (1991). Conceitos de saúde e de doença. In PHIPPS; LONG; WOODS. *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica*. Lisboa. Lusodidata.vol.I.25-42.
- MAHLER, H. (1981). *Que signifie la santé pour tous d'ici l'an 2000?*. Forum Mundial de la santé. 2.5-26.
- MARTÍNEZ-OTERO, V. (2003). *Teoría y Práctica de la Educación*. Madrid.Editorial CCS.
- MARTINS, C. A. (2002). “Seremos educadores para a saúde?” In *Sinais Vitais*,40, 21-22.
- MARTINS, M. M. (2002). *Uma crise accidental na família o doente com AVC*. Coimbra. Edição FORMASAU.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998). *Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do seculo*.
- MOREIRA, C. D. (1994). *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- MORENO, A. S.; GARCIA, E. R.; CAMPOS, P. M. (2000). “Conceptos e educación para la salud”. In MORENO, A. S.; GARCIA, E. R.; CAMPOS, P.M. *Enfermería comunitária*”. Madrid: McGraw-Hill.
- MORENO, A. S.; GARCIA, E.R.; CAMPOS, P.M. (2000). “Procedimentos en educación para la salud”. In MORENO, A. S.; GARCIA, E.R.; CAMPOS, P.M.

- Enfermeria comunitária*". Madrid: McGraw-Hill.
- NADIZ, M. V. A. (1989). *Enfermeria y atencion primária de salud de enfermeras de médicos a enfermeras de comunidad*. Madrid. Edição Días de Santos.
- NAVARRO, M. F. (1995). Educação para a Saúde e profissionais de saúde comunitária. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 43,nº4.77-83.
- NAVARRO, M. F. (2000). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. In *Educação para a saúde*. Braga. Departamento de Metodologias da Educação Universidade do Minho.
- NUNES, L. A. S. (1999). *O sentido de coerência: Operacionalização de um conceito que influência a saúde mental e a qualidade de vida*. Tese de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Publica. (Não publicada).
- O'DONNELL, M. P. (1986). Definition of health promotion. *American Journal of Health Promotion*.1.4-5.
- OLIVEIRA, C. C. (1999). *A Educação como Processo Auto-organizativo – Fundamentos Teóricos para uma Educação Permanente e Comunitária*. Lisboa. Instituto Piaget.
- OLIVEIRA, C. C. (2001). Holismo: Aprender e Educar. In *Diversidade e Diferença*. Porto. Universidade do Porto. 1-10.
- PASTOR RUIZ, Y; BALAGUR SOLÁ, I; GARCIA-MERITA, M. (1999). *Estilo de vida e salud*. Valencia. Albatos Educacion.
- PESTANA, M. H; GAMEIRO. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa. edições Síbaló.
- PESTANA, M. T. (1996). "A formação do enfermeiro e educação para a saúde num contexto multicultural" *Revista Portuguesa de Enfermagem* nº13º Trimestre.
- POLETTI, R. (1980).Cuidados de Enfermeria. Tendencias y Conceptos Actuales. In *Rol*. Barcelona.
- POLIT, D; HUNGLER, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. Brasil. Artes Médicas.
- PRECIOSO, J. A. G. (1992). Algumas estratégias de âmbito intra e extracurricular. Para promover e educar para prática de uma alimentação racional. In *Revista Portuguesa de Educação*,2 11-128.
- QUINTELA, M. (1991). Investigação uma estratégia em Enfermagem. *Revista Enfermagem em Foco*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.nº1. 45-48.

- QUIVY, R; CAMPENHOUDT,L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa. Gradiva – Publicações.
- REDMAN, B. K. (2003). *A prática da educação para a saúde*. Lisboa. Lusociência.
- REIS, J. C. (1998). *O sorriso de Hipócrates. A investigação biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa. Veiga.
- RIBEIRO, J. L. (1994). Psicologia da saúde, saúde e doença. In MCINTYRE, T.M. *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção Perspectivas Futuras*. Braga. APPORT.55-72.
- RIBEIRO, J. L. (1994). Psicologia da saúde e a revolução da saúde. In MCINTYRE, T.M. *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção Perspectivas Futuras*. Braga. APPORT.33-53.
- RIBEIRO, J. L. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa. Instituto de Superior de Psicologia Aplicada-CRL.
- ROGADO, T.; TEIXEIRA, J. A C. (1997). Intervenção psicológica na educação para a saúde no sistema de cuidados de saúde primários. In *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da saúde*. Braga. Editor: Ribeiro, J. L.
- ROPER, N; LOGAN,W.W.; TIERNEY, A. J. (1995). Enfermagem e assistência à saúde. In *Modelo de Enfermagem*. Alfraide. Editora MC Graw-Hill. 3-11.
- RUSSEL, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde.
- SANMARTÍ, L. S. (1985). *Educación sanitária. Principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona. Ediciones Dias de SANTOS.
- SANTOS, V. L. (2000). “Marco conceptual de educación para lá salud”. In OSUNA, A. F. *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- SERRANO GONZÁLEZ M. I. (1990). *Educación para la salud y participación comunitária*. Madrid. Diaz de Santos.
- SILVA, N. S. P. (1999). *Influencia de diferentes representações de saúde e doença na adopção de comportamentos em utentes de centro de saúde da zona norte*. Tese de Mestrado apresentada na Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Braga.
- SILVESTRE, C. A (2003). *Educação/Formação de Adultos como dimensão dinamizadora do sistema educativo/formativo*. Lisboa. Instituto Piaget.
- SIMÕES, A. (1979). *Educação Permanente e a formação dos professores*. Coimbra

Livraria Almeida.

SPRINTHALL, N; SPRINTHALL, R. (1993). *Psicologia educacional*. Grawhill.Lisboa.

STREUBERT, H;CARPENTER. (2002). *Investigação qualitativa em Enfermagem avanço do imperativo humanista*. Loures. Lusociência.

TAVARES, A .S. R. (2003). *Promoção da saúde*. In www.enps.unl.pt/saboga/prosaude.

TAVARES, A. S. R. (2003). Task 2 *Promoção da Saúde*. In www.enps.unl.pt/saboga/prosaude.

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

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

VEIGA, M. A. (2001). *Vida Violência Escola Família*. Braga. Edições APPACDM de Braga.

VIANA, M. C. C. (2001). *Promoção de saúde na escola: Perspectivas teóricas e opiniões de profissionais de educação e de saúde. Um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado. Braga. Universidade do Minho.(não publicado).

VICENTE P.; REIS E.;FRAZÃO. (2001). *Sondagens: a amostragem como factor decisivo de qualidade*. Lisboa. Síbaló.

www.cespu.pt (23/11/03).

www.dgsaude.pt (30/08/03).

www.who.int/hpr/archiv/docs/Otava.html(25/01/03).

www.who.int/hpr/archive/docs/adelaide.html(25/01/03).

www.who.int/hpr/archive/docs/jacarta/portugueses2.pdf(25/01/03).

www.who.int/hpr/archive/docs/sundsvall.html(25/01/03).

www.who.int/hpr/conference/products/mmsproducts.html(25/01/03).

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO VERSÃO 1

ANEXO II – QUESTIONÁRIO VERSÃO 2

ANEXO III – QUADROS ANÁLISE DE CONTEÚDO

ANEXO IV – CONCEPÇÕES PRÉ-TESTE

ANEXO V – RESULTADOS ALPHA
